



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

JÚLIA DE MARCO

O ATO DE AMAMENTAR PARA MULHERES EM SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO

PASSO FUNDO

2019

JÚLIA DE MARCO

O ATO DE AMAMENTAR PARA MULHERES EM SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Me. Jeanice de Freitas Fernandes
Coorientadora: Esp. Eliana Paula Brentano

PASSO FUNDO

2019

MARCO, JÚLIA DE
O ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação /
JÚLIA DE MARCO. -- 2019.
152 f.

Orientadora: Jeanice de Freitas Fernandes.

Co-orientadora: Eliana Paula Brentano.

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Passo Fundo,
RS, 2019.

1. Gestantes. 2. Aleitamento materno. 3. Cuidados de enfermagem.
I. Fernandes, Jeanice de Freitas, orient. II. Brentano, Eliana
Paula, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV.

Elaborado pela autora Júlia De Marco.

JÚLIA DE MARCO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS, RS), como requisito para obtenção do título de **Especialista em Saúde da Família e Comunidade**.

Orientadora: Profa. Ms Jeanice de Freitas Fernandes

Co-orientadora: Eliana Paula Brentano

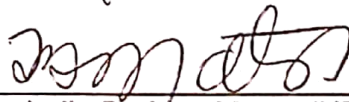
Este trabalho de conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em 10 de dezembro de 2018.



Profa. Ms. Jeanice de Freitas Fernandes (UPF)
(Presidente/Orientadora)



Profa. Ms. Andrea Nobre Vianna (UFFS)



Profa. Dra. Izabella Barison Matos (UFRGS)

PASSO FUNDO, RS

2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela minha vida, pela escolha da minha profissão e pela luz com que guia meus caminhos, dando-me forças em cada obstáculo para poder vivenciar todos os momentos da melhor forma.

Em especial, agradecer e dedicar esta produção aos meus pais Marisete e Evandro, que ao longo destes dois anos sempre me apoiaram e entenderam os motivos de não ir para casa alguns finais de semana e feriados. Também, aos meus irmãos Alexandra, Caroline e Matheus, e aos meus avós Antônio, Irene e Maria, que sentiram minha falta, mesmo em poucos momentos de ausência.

Como Deus é maravilhoso, logo no primeiro dia do Programa de Residência colocou em minha companhia de almoço duas pessoas maravilhosas, Cintia e Thaíze, que se tornaram minhas companheiras no dia-a-dia e minha força a cada dificuldade. Muito amor, carinho e saudade de nós três! Mesmo não ter vocês por perto depois deste programa, quero aqui dizer que estarão sempre comigo, em meu coração. Obrigada por escolherem Marau e dividirem comigo tantas alegrias, choros, inquietações e muita intensidade em tudo isso.

Às minhas duas R2 tão amadas, Gabi e Marina, e aos meus R1 Cami, Jaque e Gustavo. Obrigada por serem tão vocês em cada período que estivemos juntos. Vocês fizeram meus dias e da Thaíze com certeza melhores.

À minha professora orientadora Jeanice, gratidão eterna por não me abandonar em meio a este processo (heheh), você ficou marcada em muitos corações e no Programa durante a tua pequena, mas grandiosa passagem pela UFFS.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família São José Operário, em especial a minha preceptora Eliana, obrigada por todo aprendizado adquirido, cada um de vocês foi responsável por me tornar uma profissional melhor a cada dia.

Aos pacientes, que de muitas formas ficaram marcados em minhas lembranças, e as participantes do TCR, mães incríveis com muito amor para dar aos seus filhos.

Por fim, aos amigos, colegas, familiares e professores que de alguma forma contribuíram para a realização e conclusão dessa Especialização em Saúde da Família e Comunidade.

Muito obrigada!

“Ao ter como foco ações sobre os determinantes dos problemas de saúde e aquelas necessárias à redução das iniquidades sociais, a operacionalização da promoção requer um trabalho com os múltiplos setores onde estes problemas e iniquidades estão radicados, sendo, portanto a intersectorialidade um princípio essencial.”

(Juliana Lordello Sícoli e Paulo Roberto do Nascimento)

RESUMO INDICATIVO

O presente arquivo trata-se do Trabalho de Conclusão de Residência, o qual é o resultado dos estudos desenvolvidos no decorrer dos dois anos de realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculada à Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, possuindo uma formação teórica associada ao campo de prática na Estratégia Saúde da Família São José Operário, localizada no município de Marau, interior do Rio Grande do Sul. Este trabalho é composto por quatro capítulos, os quais correspondem às pesquisas desenvolvidas ao final dos componentes curriculares de cada semestre:

CAPÍTULO I: Diagnóstico de Território da Estratégia Saúde da Família São José Operário;

CAPÍTULO II: Projeto de pesquisa – “O significado do ato de amamentar”;

CAPÍTULO III: Relato do percurso da intervenção;

CAPÍTULO IV: Manuscrito – “O significado do ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação”.

Palavras-chave: Gestantes; Aleitamento materno; Cuidados de enfermagem.

INDICATIVE SUMMARY

The present file is the Work of Completion of Residence, which is the result of the studies developed during the two years of the Multiprofessional Residency in Family and Community Health, linked to the Federal University of the Southern Border, Passo Fundo campus, with a theoretical background associated to the field of practice in the São José Operário Family Health Strategy, located in the city of Marau, in the interior of Rio Grande do Sul. This work is composed of four chapters, which correspond to the research developed at the end of the curricular components of each semester:

CHAPTER I: Territorial Diagnosis of the Family Health Strategy São José Operário;

CHAPTER II: Research project - "The meaning of the act of breastfeeding";

CHAPTER III: Report on the course of the intervention;

CHAPTER IV: Manuscript - "The meaning of the act of breastfeeding for women in their first gestation".

Keywords: Pregnant women; Breastfeeding; Nursing care

SUMÁRIO

1	DIAGNÓSTICO DE TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO	11
2	PROJETO DE PESQUISA – “O SIGNIFICADO DO ATO DE AMAMENTAR”	80
3	RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO	111
4	MANUSCRITO – “O SIGNIFICADO DO ATO DE AMAMENTAR PARA MULHERES EM SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO”	123
4.1	Considerações finais	142
4.2	Anexos	143

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO DE TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ OPERÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL



**CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**CÍNTIA CAROLINE MENEGAZZI GIONGO
JÚLIA DE MARCO
THAÍZE LOPES DE SOUZA**

DIAGNÓSTICO DE TERRITÓRIO DA ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO

**PASSO FUNDO
2017**

SUMÁRIO

1. MARAU: CAPITAL NACIONAL DO SALAME!.....	4
2. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO.....	5
2.1. Breve histórico sobre a formação do município.....	5
2.1.1. Linha do tempo do município	7
2.2. História da saúde de Marau.....	9
2.2.1. Linha de tempo da saúde.....	10
2.3. História da educação de Marau.....	12
3. TERRITÓRIO E POPULAÇÃO	13
3.1. Localização Geográfica de Marau	13
3.2. Aspectos demográficos	14
3.3. Habitação e Infraestrutura	16
3.4. Educação	17
3.4.1. Estrutura de educação do município.....	19
3.4.2. Ensino infantil, fundamental, médio, privado e superior	20
3.4.3. Educação complementar.....	22
3.4.4. Educação profissionalizante.....	24
3.4.5. Educação especial	24
3.5. Condições de Vida	26
3.6. Emprego e rendimento	27
3.7. Economia	27
3.8. Saúde	30
4. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.....	35
4.1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.....	36
4.2. Investimentos em Saúde	37
4.3. Regulação	38

4.4. Sistemas de Informação em Saúde.....	39
4.5. Sistema Municipal de Vigilância em Saúde	40
5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	42
5.1. Urgência e Emergência	42
5.2. Atenção Especializada	43
5.3. Saúde Suplementar	46
5.4. Atenção Básica.....	47
5.5. ESF São José Operário.....	48
5.5.1. Análise de Território	52
5.5.2. Análise de demanda.....	54
REFERÊNCIAS.....	67

1. MARAU: CAPITAL NACIONAL DO SALAME!

Localizado no Norte do Estado, na região do planalto médio, Marau é considerado um dos municípios brasileiros mais promissores do Estado do Rio Grande do Sul, destacando-se nacionalmente como referência em qualidade de vida e modernidade através de ações de sustentabilidade, investindo em mobilidade urbana, projetos de segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos.

De colonização Italiana, transformou-se município em 28 de fevereiro de 1955. Conta com empresas que atendem aos mais diversos segmentos, incluindo alimentação, couros, avicultura, suinocultura, metal mecânico e, em expansão, a construção civil.

Com população que ultrapassa 40 mil habitantes, a cidade tem como marcos de destaque a culinária, bebidas e as belezas naturais interioranas, que incluem cascatas e rotas de passeios, como a Rota das Salamarias e o Caminho das Águas e Sabores. Marau preserva ainda no interior, famílias que vivem da agricultura familiar, através da produção de grãos, leite, aves e suínos.

O município pode ser considerado também como referência em qualidade de vida, com cem por cento de cobertura da população e acesso gratuito nas unidades de saúde, bem como disponibilização de transporte sem custos para universitários.

Além disso, Marau mostra sua vitalidade através da soma de esforços entre empreendedores, indústrias e cidadãos que fazem deste município uma das cidades que mais se destacam em crescimento e prosperidade no estado do Rio Grande do Sul.

Fonte: Prefeitura Municipal de Marau.



Figura 1: Restaurante Camera.

Foto: Robispierre Giuliani.



Figura 2: Comida e bebida típica da Rota das Salamarias.

Foto: Robispierre Giuliani.

2. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO

2.1. Breve histórico sobre a formação do município

Com origem em uma trágica história, o município de Marau recebeu este nome em homenagem a um bravo cacique, que conforme conta a história, ao buscar alimento, percorria as selvas da Serra Geral, fazendo frente a um grupo de índios Coroados. Neste contexto, há relatos de que estas excursões nem sempre tinham caráter pacífico e que muitas vezes ocorriam roubos em lavouras ou mortes. Conta-se ainda que nestes tempos, os gaúchos, especialmente os estancieiros encontravam-se em um movimento de mobilização por seus ideais farroupilhas, ocupando o território conhecido como República Rio-Grandense.

Deste modo, a vinda de mão-de-obra europeia patrocinada pelo Império, via-se ameaçada pela presença de índios na região. Assim sendo, após acusação de trucidar dois moradores da Aldeia Passo fundo das Missões e sequente perseguição no rio Capingui por uma escolta, iniciou-se o extermínio do bando chefiado pelo temido cacique Marau. No local, hoje conhecido como Mortandade, travou-se a primeira batalha, que prosseguiu em direção ao sudeste e, do sangue derramado na água, nomeou-se rio Marau.

Por muito tempo, o território do município serviu de espaço para tropeio de gado, e, mais tarde, distribuiu-se através da Coroa, em sesmarias para que os tropeiros e os militares povoassem as estâncias.

A partir de 1857, Marau passou a integrar o território do município de Passo Fundo. O surgimento dos primeiros módulos populacionais deu-se com a vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias, sendo estes módulos denominados

Tope e Marau, tendo este último, por volta de 1904, recebido as primeiras famílias de imigrantes italianos, onde em 1912, constituiu-se “Colônia de Marau” e em 1916, tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo.

Através do trabalho árduo dos colonizadores, que transformaram as matas densas em lavouras férteis, a vila e a zona rural compuseram-se de imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino, bem como do estímulo dos freis capuchinhos, assistentes espirituais dos marauenses a partir de 1934.

Marau foi emancipado em 18 de dezembro de 1954, entretanto, sua comemoração de aniversário passou a ser celebrada a partir de 28 de fevereiro de 1955, data de instalação do município.

A agricultura de subsistência e a suinocultura predominaram a economia Marauense até a década de 60, tendo sido impulsionada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda , fundado na década de 20 e reconhecido nacionalmente pela qualidade de seus produtos.

A partir dos anos 70, demarcou-se a monocultura, impulsionada pelo cooperativismo agrícola e mecanização das lavouras, bem como pela instalação de agências bancárias, alterando fortemente o perfil de produção no município. Porém, em razão de crise no setor, na década de 80, uma nova mudança na atividade ocorreu a fim de atender a demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau, buscando uma maior diversidade na avicultura e na produção do leite.

É possível considerar que nas duas últimas décadas houve um avanço significativo do parque industrial de Marau, destacando-se as empresas BRF- Grupo Perdigão, Fuga Couros, Metasa e GSI Group.

Os municípios da região, em sua maioria, apoiam a atividade agrícola. Porém, a cidade de Marau, enquanto sede de indústrias, fortalece e impulsiona o comércio e demais serviços. Esse diferencial atrai a população da região em busca de bens e serviços.

Fonte: IBGE; Prefeitura Municipal de Marau.



Figura 3: Chaminé do antigo Frigorífico Borella.

Foto: Google imagens.

2.1.1. Linha do tempo do município

Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados. Em 1827 começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.

1845: o cacique Marau, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, o qual passou a ser chamado de Rio Marau, nome também dado às imediações do rio, povoadas por caboclos.

1857: foi criado o município de Passo Fundo.

1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização do território hoje pertencente à Marau.

1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.

10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.

1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.

3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito.

1923: surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.

1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos marauenses, integrando tanto a zona urbana quanto a rural da comunidade e lideram seu desenvolvimento.

18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé.

28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e tornando-se esta a data de seu aniversário.

17 de fevereiro de 1959: ocorreu a anexação de Camargo ao município de Marau, chegando a 1192 km². Dessa forma, Marau passa a contemplar três distritos: Marau, Maria e Camargo.

03 de junho de 1961: é criado o distrito de Nicolau Vergueiro e anexado ao município de Marau, passando a contemplar quatro distritos.

19 de dezembro de 1975: é criado o distrito de Frei Gentil e anexado ao município de Marau, constituído neste momento da história por cinco distritos.

08 de fevereiro de 1990: município de Marau e os distritos de Camargo e de Maria são desmembrados e estes dois últimos passam a ser considerados municípios.

20 de março de 1992: município de Marau e os distritos de Nicolau Vergueiro e Frei Gentil são desmembrados e estes dois últimos passam a ser classificados como municípios.

26 de dezembro de 1996: são criados os distritos de Laranjeiras e Veado Pardo e anexados ao município de Marau.

2001: o município de Marau é constituído por três distritos: Marau, Laranjeiras e Veado Pardo.

Fonte: Prefeitura Municipal de Marau.



Figura 4: Praça central de Marau durante nevasca em 1965.

Foto: Rogério Minella.

2.2. História da saúde de Marau

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi inaugurada em 11 de maio de 1988, tendo como responsabilidade a atenção básica à saúde de seus munícipes. O atendimento é prestado à população em doze Unidades de Saúde da Família, um Posto de Especialidades Médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao final de 2002 ocorreu a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo ampliada gradativamente até atingir 100% da população do município em 2013 (SILVA, 2012).

Desde o ano de 1991 a cidade conta com a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), responsável por determinar o Plano Municipal de Saúde (PMS), fundamental para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), bem como para expressar e discutir as metas pactuadas pela gestão. Além disso, o CMS é responsável pela distribuição dos recursos assegurados pela gestão para os diferentes setores da saúde do município, garantindo, assim, a oferta de atendimento integral aos munícipes mantendo a lógica de promoção de saúde com base nos conceitos de humanização e cidadania (SILVA, 2012).

Cabe destaque o ano de 2004 em que o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), importante polo de saúde de Porto Alegre, iniciou o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) compondo nesta, a ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC), que tem como seu principal foco de atuação a prática nas Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária. Nesta seq uência, em 2009 foi criada a Escola GHC, tendo por objetivo norteador a formação e qualificação de recursos humanos multiprofissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), como uma modalidade formativa de pós-graduação de caráter multiprofissional, realizada em serviço.

Já em 2012 iniciou-se a formação com ênfase em “Saúde da Família e Comunidade”, havendo a descentralização de campos de prática para municípios do interior do Rio Grande do Sul, compreendendo Marau, São Domingos do Sul e Novo Hamburgo e visando a formação de especialistas em Atenção Primária à Saúde. Em 2013, deu-se início as atividades da primeira turma de residentes, inicialmente

instaladas na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo está segunda, mais tarde, substituída pela ESF São José Operário (SJO) (SILVA, 2012).

Atualmente a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus de Passo Fundo, assumiu a coordenação da Residência, através da portaria Nº 0911/GR/UFFS/2015, o que ocorreu em agosto de 2015. No momento, a instituição conta com onze residentes, apoiadas pelas profissionais preceptoras. Além disso, cabe destacar que em março do corrente ano, o GHC encerrou sua parceria com o município de Marau, após a formatura da terceira turma de residentes (SILVA, 2012).

2.2.1. Linha de tempo da saúde

1934: Chegada do primeiro médico, Dr. Elpídio Fialho e construção do hospital Providência.

1937: Inauguração do primeiro hospital.

1940: Inaugurada a primeira farmácia do município, a Farmácia da família Bergonsi, Santo Antônio, além da abertura do primeiro laboratório instalado no município.

1954: Emancipação do Município, passando a ser considerado município.

1968: Atendimento aos pacientes se dava por meio de parteiras ou pelo setor privado.

1970: Construção do Hospital Cristo Redentor (HCR) e transferência do Hospital Providência.

1975: Criada a Sala de Vacinas e população passa a contar com atendimento do médico do Estado.

1978: Criação da Secretaria de Saúde.

1980: Ano em que houve alerta para a epidemia do HIV, além de ter sido marcado, no município, como o ano em que foi iniciado o atendimento médico e encerrada a era das parteiras.

1985 – 1988: Criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), venda do Frigorífico Borella para a perdigão (BRF) e criação e instalação dos ramais telefônicos.

1991: Criação do Conselho Municipal de Saúde.

1992: Concurso para admissão de profissionais da saúde.

1993: Início do atendimento da Farmácia Pública e criação do sindicato dos motoristas.

1996: Criação do Pronto de Atendimento Municipal (PAM) e troca de gestão e partido político em atuação no município.

1997: Atendimento médico e odontológico em feiras de saúde no interior do município.

1999: Programa de Agentes Comunitárias de Saúde com contratação de nove.

2000: Primeira Conferência Municipal de Saúde.

2001: Mapeamento do município e início de atendimento com unidade móvel.

2002: Programa Saúde da Família (PSF) é instalado no bairro Fuga e abertura de edital para novo concurso público, além da criação do sindicato pró-saúde.

2003: PSF é instalado no Centro Social Urbano (CSU), no Jardim do Sol, no Santa Rita e no Santa Lúcia, havendo atendimento garantido por médicos integrantes do PSF.

2004: Segunda Conferência Municipal de Saúde.

2005 – 2007: instalação do PAM no HCR e do CAPS, além da inauguração das ESF central I, central II e SJO. Neste período também foi aberto processo seletivo para contratação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

2008: ano em que houve alerta para a epidemia do crack, abertura de edital para novo concurso público, a fim de contratar profissionais para atuação nas ESF Planalto, Progresso Rural e Central III, classificando, assim, que cem por cento dos atendimentos públicos fornecidos aos municípios pertencem ao programa ESF.

2009: Quarta Conferência Municipal de Saúde e unificação dos hospitais do município. Ocorreu um surto de febre amarela.

2013: Cem por cento de cobertura da população de Marau pelas doze ESF instaladas no município.

2016: Inauguração Hospital São Lucas, hospital-dia privado (antigo Hospital Providência).

2.3. História da educação de Marau

A educação no município de Marau é atendida por três redes de ensino: municipal, estadual e privado.

Segundo dados históricos apresentados por Bernardi (1992), em seu livro intitulado *História de Marau*, uma comunidade laboriosa, o mais antigo estabelecimento de ensino da comunidade e primeira escola implantada, é a Escola Estadual de I Grau Charrua, a qual foi criada em 20 de março de 1934 e entrou em funcionamento no dia 2 de outubro do mesmo ano. A instituição ainda existe, entretanto passou por reformas em suas instalações e, assim, garantiu a ampliação da oferta de vagas. Atualmente, a escola atende seus alunos nos turnos da manhã e tarde, atuando na modalidade de Ensino Fundamental com duração de nove anos.

A segunda escola instalada no centro da cidade, hoje considerada a mais antiga da rede particular, é a Escola Cristo Rei. Com fundação no ano de 1938, atendendo, na época, 80 alunos do ensino primário (1ª à 4ª séries). Também passou por diversas reestruturações, tanto em nível material como na oferta das modalidades de ensino. Hoje o Colégio Franciscano Cristo Rei atende a Educação Infantil, o Ensino Fundamental com duração de nove anos e o Ensino Médio (BERNARDI, 1992).

Na década de 60, por haver problemas, especialmente de ordem disciplinar no único ginásio do Município, o Ginásio Estadual Santo Tomás de Aquino, a comunidade organizou uma campanha e trouxe os Irmãos da Sagrada Família, os quais foram responsáveis pela instalação de um novo ginásio no local em que antes funcionava uma fábrica de calçados. Esta escola funcionou até o ano de 1957 e, com seu fechamento, os irmãos se transferiram para Vila Maria. No ano de 1991, os Irmãos retornaram a Marau reabrindo a Escola de 1º e 2º Grau Gabriel Taborin, com funcionamento em prédio cedido pela Prefeitura na Escola de Ensino Fundamental Pedro Rigo, no Bairro São Pelegrino. Atualmente, com a construção das novas dependências da escola Taborin, hoje conhecida como Colégio Gabriel Taborin, mantém suas funções escolares, oferecendo à comunidade Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Além disso, nas mesmas dependências é oferecido o Ensino Superior, através de uma parceria com a instituição Faculdades da Associação Brasileira de Educação (FABE) (BERNARDI, 1992).

A terceira escola implantada em Marau foi a Escola de 1º e 2º Grau Santo Tomás de Aquino. Esta foi criada em 1957, através da Campanha Nacional de Educandários Gratuitos, sob o nome de Ginásio Pio XII. Foi o primeiro ginásio de Marau. Pelo decreto número 9.413, datado em 8 de outubro de 1958, foi assumido pelo Estado, tornando-se escola pública. Hoje denomina-se Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino (IESTA).

A mais recente escola, sendo a quarta criada no município, foi então denominada a Escola Estadual de 1º Grau Anchieta, criada em 14 de março de 1979. Esse ato deve-se ao desmembramento do Grupo Escolar Charruas. A escola passou a ocupar o prédio B, localizado na Rua Rui Barbosa, o mesmo prédio antes ocupado pelo Ginásio Santo Tomás de Aquino. Segundo Bernardi (1992), no ano de 1981 foi criado o 1º grau completo e, em 1992 figurava como a maior escola do município, atendendo aproximadamente mil alunos. Hoje é denominada Escola Estadual de Ensino Médio Anchieta.

3. TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

3.1. Localização Geográfica de Marau

O município está no limite sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, região classificada como Planalto Médio e conhecida como região da produção. Sua área é de 649,3 km², configurando 0,23% da área total do estado e 0,008% do território nacional. O município distancia-se 269 km da capital do estado, Porto Alegre.

Marau limita-se ao norte com o município de Passo Fundo e Mato Castelhano, ao sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, à oeste com Nicolau vergueiro, à noroeste com Ernestina e à sudoeste com Ibirapuitã (figura 5). Além disso, podemos mencionar que o município de Marau conta hoje com vinte e quatro comunidades urbanas e três distritos, os quais compreendem quarenta e uma comunidades rurais.

Fonte: IBGE.



Fonte: IBGE (2014)

Figura 5: Limites do município.

Foto: IBGE, 2014.

3.2. Aspectos demográficos

O município de Marau tem população estimada em 40.629 habitantes (IBGE, 2016), entretanto, de acordo com o último censo oficial do IBGE realizado para o município de Marau em 2010, a população é de 36.364 habitantes, dos quais 18.030 são homens e 18.334 são mulheres. A população urbana é de 31.558 enquanto a rural é de 4.806 habitantes, sendo sua densidade demográfica de 56,00 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM - 2010) igual a 0,774.

De acordo com a pirâmide etária do município podemos analisar a distribuição da população nas diferentes faixas etárias e analisar as diferenças entre os sexos masculino e feminino. Na figura 6 podemos analisar a pirâmide etária de Marau comparada à do estado do Rio Grande do Sul e à do país, sendo possível classificá-la como uma *pirâmide envelhecida*, ou seja, temos a base, na qual se enquadra a população mais jovem (0 – 14 anos) mais estreita do que o trecho referente à população adulta (15 – 59 anos), estreitando novamente no topo onde se encontra a análise da população idosa (acima de 60 anos). Através destes dados podemos determinar que houve uma diminuição da natalidade e aumento na expectativa média de vida dos munícipes de Marau. A quantificação dos dados apresentados nesta pirâmide estão descritos na tabela exposta na figura 7 do presente trabalho, obtida através do mesmo censo demográfico.

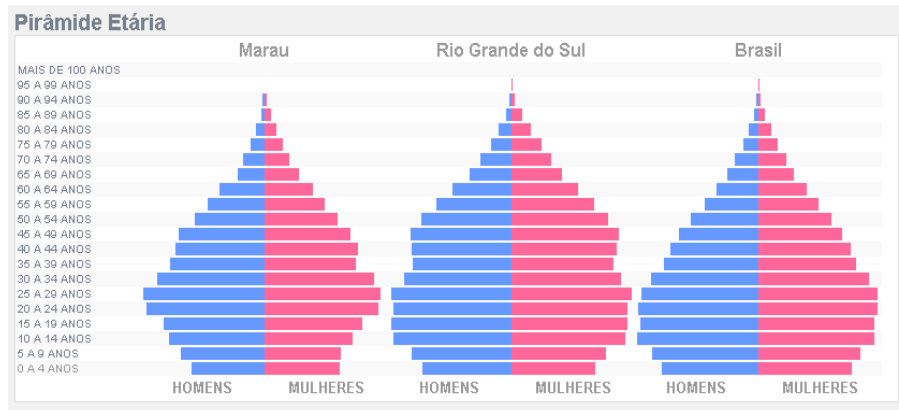


Figura 6: Pirâmide etária do município de Marau.

Fonte: IBGE (2010).

Idade	Marau		Rio Grande do Sul		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	1.084	1.116	327.601	316.361	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	1.235	1.134	368.967	354.792	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	1.410	1.314	438.629	423.154	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	1.492	1.451	442.405	433.332	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	1.757	1.698	437.737	433.169	8.629.807	8.614.561
25 a 29 anos	1.799	1.731	445.502	448.497	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	1.592	1.631	398.879	409.412	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	1.393	1.365	366.041	379.078	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	1.327	1.390	369.087	391.278	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	1.286	1.283	372.803	399.833	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	1.041	1.101	332.590	360.676	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	845	899	277.346	307.163	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	664	724	217.076	247.908	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	406	517	155.838	187.741	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	317	382	112.895	149.150	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	197	273	73.926	113.162	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	122	182	42.599	76.474	668.589	998.311
85 a 89 anos	40	101	17.730	38.252	310.739	508.702
90 a 94 anos	16	30	5.887	14.732	114.961	211.589
95 a 99 anos	5	7	1.271	3.917	31.528	66.804
Mais de 100 anos	2	5	248	791	7.245	16.967

Figura 7: Quantificação dos dados apresentados na pirâmide etária de Marau.

Fonte: IBGE (2010).

O município de Marau, de acordo com o número de habitantes que comporta, apresenta-se na 56ª posição dentre 497 do estado, enquanto em comparação com outros municípios do Brasil, sua posição configura a posição 844 dentre os 5.570 municípios brasileiros. Já de acordo com sua densidade demográfica, anteriormente mencionada, Marau coloca-se na 105ª posição dentre as cidades do estado e,

realizando esta mesma comparação, mas à nível nacional, Marau passa a ocupar a posição 1301.

A altitude média do Município é de 650 m acima do nível do mar e possui como pontos mais elevados a região de Tope e de São Pedro do Jacuí. O clima caracteriza-se como temperado e sua temperatura média é de 18º C.

O relevo é composto por coxilhas, caracterizando-se por território ondulado com aclives e penhascos em margens de rios. A estrutura geológica é Arenito basáltico, sendo o solo mais frequente o lato solo roxo.

Os principais rios são o Capinguí, o qual é afluente do rio Guaporé, cortando o município de norte a sul, e tendo como afluentes os Arroios Gritador e Burro Preto; o Rio Jacuí, o qual se encontra ao norte, na divisa com Passo Fundo, no qual foi construída a barragem de Ernestina e tem como afluentes os Arroios Ernestina, Três Passos e Carreta Quebrada; e o Rio Marau, que banha a cidade de leste a sul e é formado pelos rios Marauzinho e Sesteada, desembocando no rio Capinguí.

Além disso, Marau conta com belas cascatas localizadas no interior da cidade, sendo elas a Cascata da Pedra Grande (a 30 km da cidade), a Cascata do Cachoeirão (a 10 km da cidade, com queda d'água de 30 m de altura), a Cascata do Rio Tigre (a 08 km da cidade), a Cascata da Ponte (a 15 km da cidade), a Cascata dos Tibola (a 16 km da cidade) e a Cascata do Tope (a 23 km da cidade).

Fonte: IBGE.

3.3. Habitação e Infraestrutura

De acordo com o IBGE o município de Marau apresenta 87.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 86.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, o que caracteriza-se pela presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (figura 8). Quando comparamos estes parâmetros do município aos outros do estado, classificando Marau na posição 45 de 497, 217 de 497 e 132 de 497, respectivamente. Já quando comparado aos outros municípios do Brasil, sua posição é 594 de 5570, 1820 de 5570 e 1093 de 5570, respectivamente.

Fonte: IBGE.



Figura 8: Comparação dos índices do município de Marau com os do estado e do país.

Fonte: IBGE (2010).

3.4. Educação

De acordo com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2015 obtido através da avaliação dos alunos do município de Marau e disponibilizado pelo IBGE, é possível afirmar que os estudantes do ensino fundamental da rede pública tiveram nota média de 6.2 no IDEB enquanto os alunos do ensino médio, essa nota foi de 4.3 (figura 9). Na comparação com os demais municípios do Rio Grande do Sul, a nota dos alunos ensino fundamental colocava Marau na posição 108 de 497 e, considerando a nota dos alunos do ensino médio, a posição passava a ser 165 de 497. A taxa de escolarização, analisando a população que compreende 6 a 14 anos, foi de 94.5% em 2010, conforme é demonstrado na figura 9. Isso posicionava o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do estado e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do país.



Figura 9: Comparação dos índices do município de Marau com os do estado e do país.

Fonte: IBGE (2010).

Além disso, segundo o Censo Educacional de 2015, há outros dados referentes a educação de Marau que podem ser mencionados, tais como número de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino das escolas do município (figura 10), o número de docentes disponíveis para cada nível de ensino ofertado (figura 11) e, também, o número de escolas que oferecem estes níveis de ensino (figura 12).

Conforme estes dados disponíveis é possível afirmar que: em relação ao número de alunos matriculados, que há 1061 alunos inscritos na pré-escola, 4352 alunos no ensino fundamental e 1383 alunos no ensino médio (figura 10); em relação aos docentes, há 111 professores atuando na pré-escola, 326 no fundamental e 88 no ensino médio (figura 11); e, em relação ao número de escolas, há 17 instituições que oferecem pré-escola, 17 que oferecem ensino fundamental e 4 que oferecem ensino médio (figura 12).

Fonte: IBGE; IDEB.

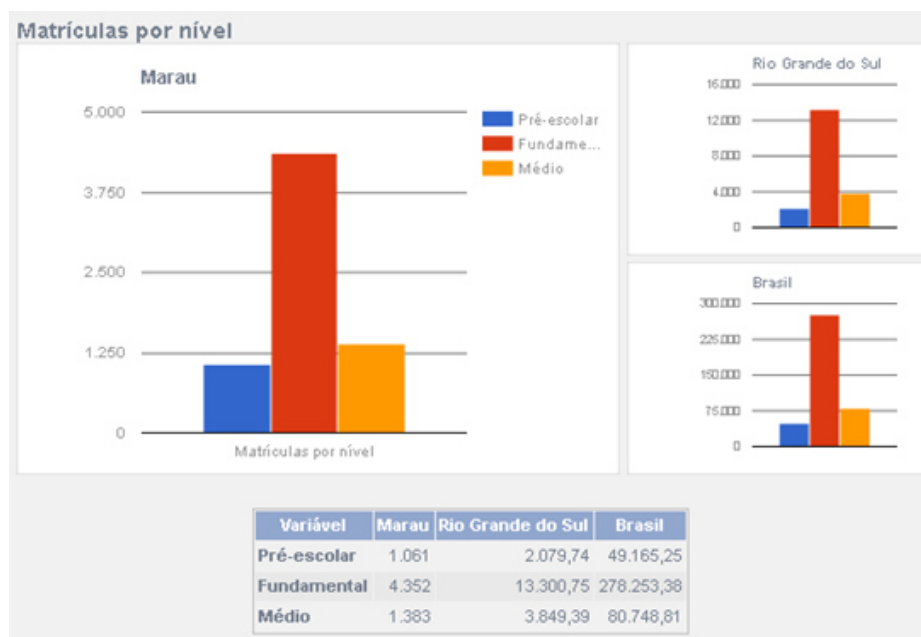


Figura 10: Número de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino em Marau.

Fonte: Ministério da Educação, Censo Educacional de 2015.

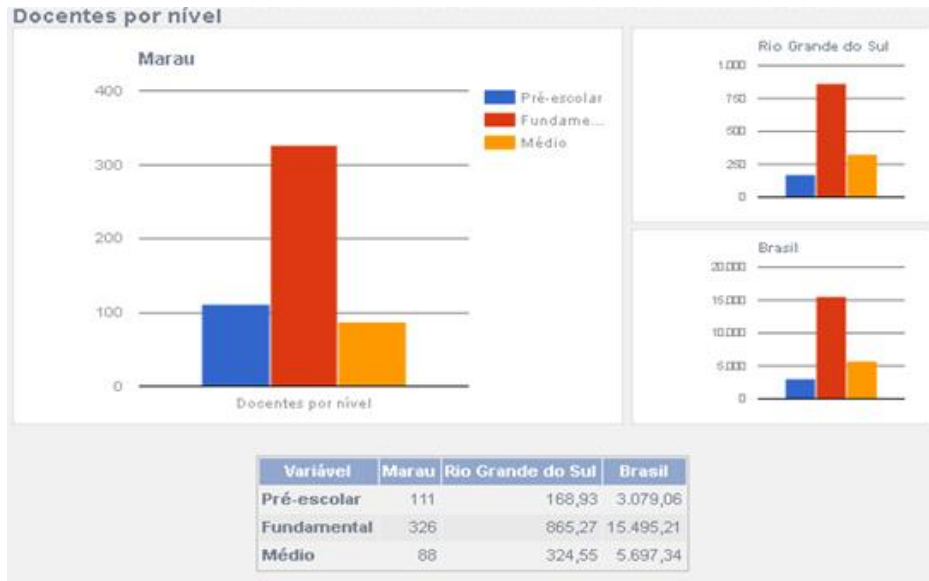


Figura 11: Número de docentes atuando nos diferentes níveis de ensino em Marau.

Fonte: Ministério da Educação, Censo Educacional de 2015.

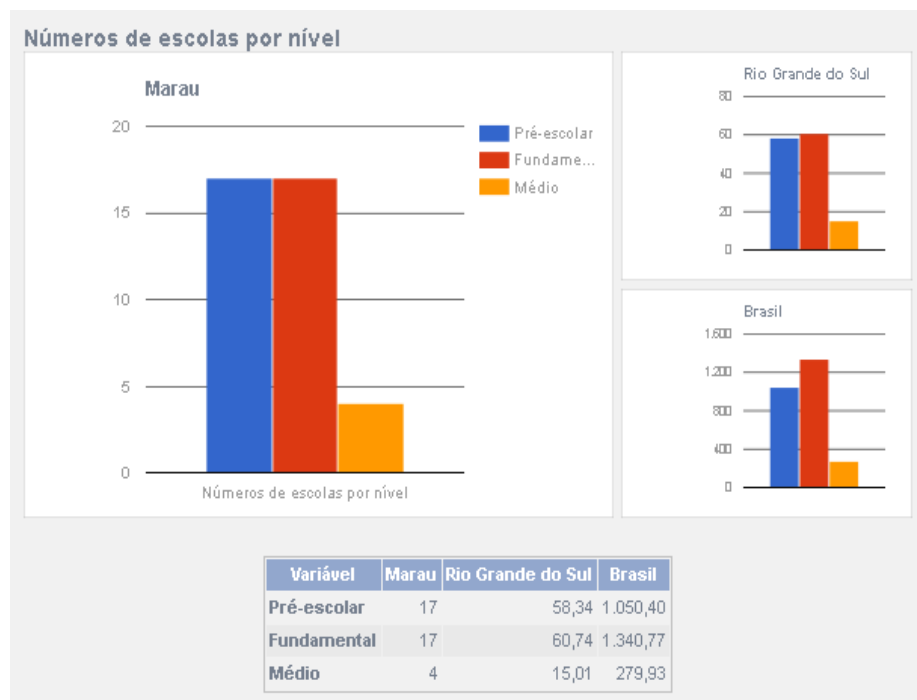


Figura 12: Número de escolas que oferecem os diferentes níveis de ensino em Marau.

Fonte: Ministério da Educação, Censo Educacional de 2015.

3.4.1. Estrutura de educação do município

No ano de 2014, foi construído o Plano Municipal de Educação (PME), em que propostas foram discutidas com representantes das instituições ligadas direta e indiretamente à área da educação. Essas discussões procuram atender as necessidades da comunidade com relação a educação e o plano gerado subsidiará e orientará, nos próximos dez anos, contatos a partir da organização do PME, a educação que deve ser oferecida no município de Marau.

Atualmente, a educação custeada pelo município conta com escolas de ensino infantil e fundamental, e a educação custeada pelo Estado com ensino fundamental e médio. Além disso, há escolas de ensino privado com todos os módulos de ensino, contemplando, inclusive, o ensino superior, ensino complementar, ensino especial e ensino profissionalizante.

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015 - 2024.

3.4.2. Ensino infantil, fundamental, médio, privado e superior

- *Escolas de educação infantil:*
 - EMEI Cantinho do Coração;
 - EMEI Favo de Mel;
 - EMEI Sementinha;
 - EMEI Tio Luiz;
 - EMEI Pinto de Gente;
 - EMEI Criança Feliz;
 - EMEI Toca do Coelho;
 - EMEI Mágico de Oz;
 - EMEI Monteiro Lobato;
 - EMEI Mundo Encantado;
 - EMEI Pequeno Aprendiz;
 - EMEI Sonho de Criança.

- *Escolas municipais de ensino fundamental* (quatro destas instituições encontram-se na zona rural do município):
 - EEEF Herzellino David Bordin;

- EMEF Afonso Volpato;
 - EMEF Agostinho Mistura;
 - EMEF Darwin Marosin;
 - EMEF Elpídio Fialho;
 - EMEF Ernesto Dornelles;
 - EMEF Frei Benjamin;
 - EMEF Henrique Dias;
 - EMEF Hygino Coelho Portella;
 - EMEF Honorino Pereira Borges;
 - EMEF Pedro Rigo;
 - EMEF Vinte e Oito de Fevereiro.
-
- *Escolas estaduais:*
 - EEEM Anchieta;
 - EEEM Charruas;
 - IESTA.
-
- *Escolas particulares:*
 - Colégio Gabriel Taborin;
 - Colégio Franciscano Cristo Rei.
-
- *Instituições de ensino superior:*
 - Faculdade da Associação Brasiliense de Educação - FABE;
 - Centro de Ensino Superior Riograndense - CESURGS;
 - Instituto de Desenvolvimento Educacional - IDEAU;
 - Faculdade Educacional da Lapa - FAEL.

Além disso, há no município um Centro de Ensino com escolas para o atendimento da educação de jovens e adultos (EJA), contemplando as seguintes instituições de ensino:

- Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Anchieta, na modalidade presencial;

- Escola Municipal de Ensino Fundamental Honorino Pereira Borges – Serviço de Educação de Jovens e Adultos (SEJA), com funcionamento em sede própria e modalidade presencial;
- CESURG e IDEAU, na modalidade de EJA, atendendo 49 alunos.

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015 - 2024.

3.4.3. Educação complementar

Além do ensino básico, Marau oferece outras modalidades de educação, cultura e lazer para crianças e jovens em turno diferente daquele ocupado pelo ensino escolar.

O *Programa Integração da AABB Comunidade*, criado em 1998, pela Prefeitura, Secretaria de Educação, Fundação Banco do Brasil, FENABB e o Banco do Brasil agência local, possuindo como objetivo contribuir para a inclusão social, a não repetência e a permanência na escola de crianças e adolescentes, integrando família, escola e comunidade. Este Programa recebe anualmente em torno de 657 crianças e adolescentes em turno inverso à escola, em que são oportunizadas oficinas que envolvem atividades culturais, esportivas, iniciação ao trabalho e profissionalizantes. São ofertadas as seguintes oficinas: mini confeitaria, culinária, artes, artesanato (bijuterias, biscuit, pintura em tecido, pintura em tela, crochê, mosaico), salão de beleza (manicure, pedicure, maquiagem artística e maquiagem), música, dança, teatro, xadrez, marcenaria, futsal misto, handebol misto, voleibol misto, karatê, ginástica acrobática e rítmica, campeira e informática.

A partir de 2002 o Programa passou a ser considerado o maior Projeto do Brasil, destacando-se pela qualidade, quantidade de alunos e número de oficinas desenvolvidas.

A *Associação Shobu-kan de Karatê* foi fundada em dezembro de 1988 pelo professor Juarez da Silva. Em seus anos de trabalhos educacionais no município de Marau já conquistou muitos títulos Estaduais, Nacionais e Internacionais, liderando o ranking gaúcho desde o ano de 2000, passou a ser considerado o polo mais importante de karatê do sul brasileiro. A Associação Shobu-kan é um projeto do Governo Municipal, Secretaria de Esporte, Cultura e Lazer e do Instituto Estadual Santo Tomás de Aquino. Além disso, é uma parceria com a Secretaria Municipal de

Educação e Fundação Banco do Brasil, com a qual organiza uma oficina de karatê que atende crianças no Projeto AABB Comunidade.

O *Projeto Bombeiro Mirim* foi criado no ano de 2001 com o lema: “Prevenir, Combater, Salvar e Educar”. Com isso, o objetivo é proporcionar conhecimento teórico e prático aos Bombeiros Mirins sobre prevenção de acidentes domésticos e incêndios, combate a incêndios e primeiros socorros, bem como inculcar nas crianças valores sociais como convivência comunitária, espírito voluntariado, ética, disciplina e respeito ao meio ambiente, lhes permitindo uma visão de mundo de acordo com as responsabilidades sociais que se exige de cada cidadão. Este projeto estende-se dos meses de março a dezembro de cada ano. A presença é cobrada como forma de inculcar nas crianças os valores de responsabilidade e disciplina, sendo abonadas apenas por atestado médico ou outra justificativa idônea, assim considerada pelos instrutores.

Com o lema: “Em Defesa da Cidadania”, o *Projeto Brigada Militar Mirim* iniciou suas atividades em 2010, com a participação de 126 crianças. No ano de 2014, 105 crianças participaram do projeto e, no decorrer dos anos de atividades 529 alunos já foram atendidos. O projeto Brigada Militar Mirim é coordenado pelo Sargento Sidonir Fabris e tem por objetivo inserir as crianças no convívio social da comunidade, como um instrumento de apoio ao cidadão, na orientação, prevenção e disciplina, proporcionando, ao mesmo tempo, uma visão de que são integrantes importantes na sociedade.

O *Grupo Escoteiro Cacique Marau*, registrado na União dos Escoteiros do Brasil (U.E.B.) sob o nº 125 - Região do Rio Grande do Sul, foi criado em 23 de abril de 1977, em comemoração ao dia do escoteiro pelo então chefe Sérgio Sady Musckopff. O Grupo contribuiu com a educação e formação de muitos jovens marauenses, que hoje atuam nos mais diversos setores da comunidade. O grupo, que tem sua sede localizada no Parque Municipal Lauro Riciéri Bortolon, participa de atividades, campanhas e serviços na comunidade marauense ou em outros municípios da região e do estado. Conta com uma estrutura de atendimento de crianças e jovens de ambos os sexos: dos 6,5 aos 18 anos.

A *Biblioteca Pública Municipal* foi criada em 1960 e seu acervo contém aproximadamente 15 mil obras. A biblioteca está localizada no subsolo da Casa da

Cultura, junto a Secretaria Municipal de Cultura, Esporte e Lazer, no centro do município de Marau.

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015/ 2024.

3.4.4. Educação profissionalizante

Tendo em vista que após a conclusão do ensino básico completo a profissionalização é o caminho de muitos jovens e adultos, Marau oportuniza uma educação que proporciona aprendizagem através de ensino teórico e prático para futuras profissões a serem seguidas pelos alunos.

- *Instituições de educação profissionalizante:*
 - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI;
 - Serviço Social da Indústria - SESI;
 - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC;
 - Serviço Social do Comércio - SESC;
 - Projeto AABB Comunidade;
 - Sindicatos;
 - Secretaria Municipal de Assistência Social, que oferece cursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (PRONATEC);
 - Escola QI, que é uma Escola Profissionalizante, Técnica e de Pós-Graduação e atua no mercado de trabalho há 25 anos.

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015/ 2024.

3.4.5. Educação especial

Considerando que todas as diferenças humanas são normais e que o ensino deve adequar-se às necessidades de cada pessoa, a educação especial de Marau busca incluir tais necessidades de forma a educar crianças, jovens e pais.

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), mantenedora da escola de Educação Especial Amor e Vida, foi fundada como instituição em 1979, por iniciativa do LIONS CLUBE com apoio do poder público e da comunidade tendo por motivação a necessidade de oferecer atendimento em Marau a quem

necessitava, uma vez que alguns alunos precisavam frequentar a APAE de Passo Fundo. Após muito trabalho e dedicação o prédio foi concluído e a escola equipada, iniciando suas atividades em abril de 1987 com nove (9) alunos. Desde então, a escola tem buscado atender as pessoas com deficiência intelectual e múltiplas, bem como, alunos com aspecto autista.

Atualmente a escola atende não somente alunos do municípios de Marau, mas, também, de Nicolau Vergueiro, Vila Maria, Camargo e Nova Alvorada. A escola tem por objetivo oferecer atendimento educacional especializado a crianças desde os primeiros meses de vida até a idade adulta, iniciando com o atendimento de estimulação essencial.

Para o desenvolvimento desta proposta a Escola de Educação Especial Amor e Vida conta com a colaboração de dez professores municipais, quatro monitores, três serventes merendeiras, uma coordenadora pedagógica e uma secretária. A organização curricular na área pedagógica compreende: educação infantil, educação fundamental e educação de jovens e adultos.

Na área da reabilitação oferece atendimento clínico através de sua equipe multidisciplinar nas áreas da neuropediatra, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social. Através dos profissionais técnicos pode ser oferecido atendimento de equoterapia e metodologia Snozelen MSE.

Marau atende todos os alunos encaminhados pela APAE, além de realizar salas de Atendimento Especial Especializado (AEE) e atendimento especializado para cegos e pacientes com baixa visão, disponibilizando interprete de libras. O município também oferece transporte gratuito aos que necessitam de atendimento na instituição. Entretanto, o grande desafio a ser enfrentado é operacionalizar no plano político pedagógico de inclusão escolar, de modo que todos os alunos possam aprender juntos numa escola de qualidade.

O município ainda conta com a Associação Marauense da Pessoa com Deficiência (AMPD), que foi fundada em 2012 com o lema: “Nada sobre nós, sem nós”. Esta associação tem a missão de promover condições e oportunidades de encontro e organização das pessoas com deficiência, bem como, seus familiares, voluntários e colaboradores, desenvolvendo ações, serviços, programas e projetos

para garantir os direitos dos pacientes com alguma deficiência nas áreas de saúde, educação e assistência social.

É considerada uma organização de referência na área da Pessoa com Deficiência, atuando para o desenvolvimento integral do sujeito e contribuindo para a transformação social. Assume como valores a ética, transparência, honestidade, participação, inclusão, defesa do direito, respeito, confiança, justiça, igualdade, protagonismo e amor.

Fonte: Plano Municipal de Educação 2015/ 2024.

3.5. Condições de Vida

De acordo com os dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE), no ano de 2013, refletindo a excelente qualidade de vida da população de Marau, foi constatado um aumento no valor do Produto Interno Bruto (PIB) do município, o qual foi de R\$ 1.508.491. Além disso, houve aumento no valor do PIB per capita, o qual passou a ser de R\$ 41.627,49.

Estes dados podem ser relacionados as fortes influencias econômicas anteriormente mencionadas, as quais garantem a integração da cadeia produtiva local, gerando não somente um alto valor agregado mas, também, emprego e renda, possibilitando que o comércio seja relevante na composição do PIB (FERNEDA, 2015).

Outro fator que influi sobre as condições de vida da população é a expectativa média de vida, que em Marau, de acordo com o censo demográfico do IBGE em 2010 é de 74,64 anos. Embora esta média possa ser considerada elevada, quando comparamos à média do estado (77,2 anos) e do país (75,5 anos) este índice ainda encontra-se abaixo.

Há também outro fator a ser analisado, o Coeficiente de Mortalidade Infantil, o qual, conforme dados do IBGE (2010), para o município de Marau é de 8,05 nascidos mortos para cada mil nascidos vivos. Ao contrário do dado anterior, este parâmetro apresenta uma diferença positiva quando comparamos aos dados do estado (10,8 por mil nascidos vivos, de acordo com os dados da Secretaria de Saúde do Estado - 2015) e do país (13,82 por mil nascidos vivos, de acordo com o IBGE).

Fonte: IBGE.

3.6. Emprego e rendimento

De acordo com dados do IBGE, em 2014, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos por habitante e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 43,5% (figura 13). Comparando Marau com os demais municípios do estado, o município em estudo ocupa as posições 54 de 497 e 38 de 497, respectivamente. Já na comparação com municípios do Brasil, classifica-se na posição 405 de 5570 e 153 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, encontrou-se que 22,6% da população estava nessas condições (figura 13), o que o colocava a cidade na posição 406 de 497 dentre os municípios do estado e na posição 5422 de 5570 dentre os municípios do Brasil.

Fonte: IBGE.



Figura 13: Comparação dos índices do município de Marau com os do estado e do país.

Fonte: IBGE (2010).

3.7. Economia

Em 2014, conforme dados obtidos pelo IBGE e demonstrado na figura 14, o PIB per capita do município de Marau era de R\$ 41627,49, o qual quando comparado aos demais municípios do Rio Grande do Sul, classificando a cidade na posição 64 de 497. Já na comparação com municípios do Brasil, sua colocação era de 355 de 5570. O PIB de Marau atinge índices mais altos a cada ano e este crescimento se deve principalmente à influência do setor agropecuário, industrial e

de serviços (figura 15), sendo que, em 2015, também conforme dados do IBGE, também na figura 14, 79.3% do seu orçamento era proveniente de fontes externas, e, em comparação com outros municípios do estado, sua posição era 267 de 497 e, quando comparado aos municípios do país, classificava-se em 3861 de 5570.

Fonte: IBGE.



Figura 14: Comparação dos índices do município de Marau com os do estado e do país.

Fonte: IBGE (2010).

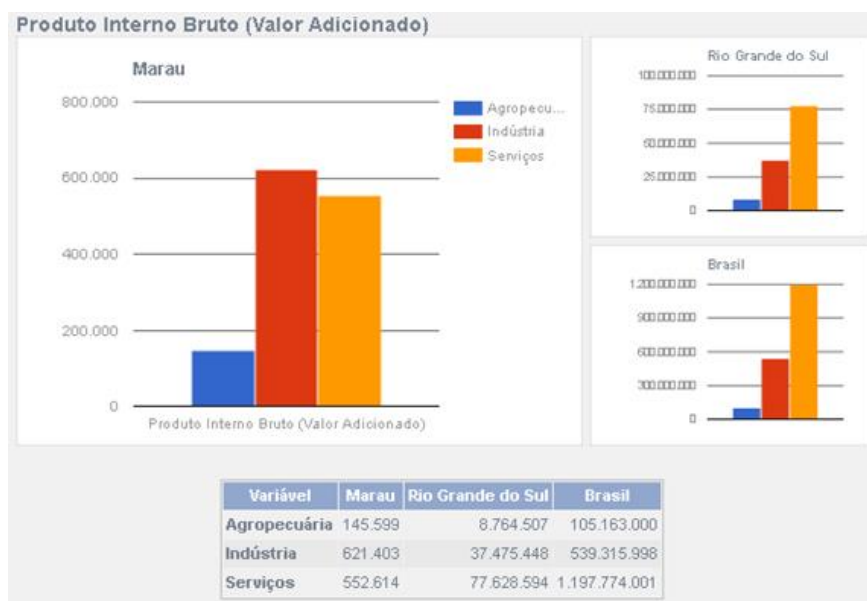


Figura 15: PIB do município de Marau e setores que mais influenciam o índice.

Fonte: IBGE (2010).

Ainda tratando-se de economia e desenvolvimento, segundo Ferneda (2015) ao citar o dado estatístico do índice Firjam de Desenvolvimento Municipal (IFDM), o qual é considerado um dos mais conceituados indicativos do país no que diz

respeito ao desenvolvimento dos municípios, em que são avaliadas questões de saúde, educação e geração de emprego, o município de Marau aparece em destaque na primeira posição entre os 497 municípios do Rio Grande do Sul.

Cabe destacar, que a economia marauense apresenta sua dinâmica relacionada às indústrias metalúrgicas e de transformação, tendo como atividades secundárias o comércio de varejo, serviços diversos e agropecuarista, sendo estas, as que mais envolvem a mão de obra local. De modo geral, o setor de serviços conta atualmente com 367 empresas, o que corresponde a 24,23% da mão de obra local e no setor agropecuário, 2,04% de empregos gerados, contando com 62 empresas. Ainda neste setor econômico, o comércio compreende 465 empresas, sendo responsável pela empregabilidade em 13,70% (FERNEDA, 2015.).

Ainda conforme Ferneda (2015) houve grandes mudanças no aspecto econômico entre os anos de 2003 e 2009, com aumento de população, construção de novas moradias, tais como condomínios residenciais e edifícios e a instalação de um parque industrial. Além disso, também foram realizadas melhorias na infraestrutura urbana, incluindo incentivo a atividades culturais, implantação de novas práticas na gestão de saúde, como por exemplo, a adoção do programa ESF, atingindo a meta de cobertura de 100% do município, realização de campanhas de promoção e prevenção da saúde, atendimento 24 horas, dentre outros projetos.

O mesmo autor ainda complementa que os dados de Marau revelam que o município recebe mais verbas com financiamento estadual, sendo 15% em educação, 25% em saúde e o restante destinado como recurso livre. Quanto à arrecadação, o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) são as maiores fontes de receita do município. Os impostos estaduais, tais como o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), mantiveram-se em constata elevação. Com isso, a receita total aumentou 35,02% no período analisado e o total de investimentos alavancou 13,80% no período de 2003-2011 (FERNEDA, 2015).

3.8. Saúde

Conforme dados apresentados na Conferência Municipal de Saúde realizada em maio do presente ano, podemos relatar que as doze unidades que compõem o serviço de atenção primária em saúde do município de Marau integram o programa ESF, garantindo cem por cento de cobertura de atendimento à população. Além disso, estas unidades contam com a utilização de um prontuário eletrônico, com acesso à internet, no qual é possível acompanhar, em partes, a trajetória do paciente pela rede básica, permitindo um cuidado continuado deste paciente.

Setenta e cinco por cento dos profissionais que atuam junto à saúde do município são concursados e os demais foram admitidos através do Processo Seletivo Simplificado (CLT). A partir do ano de 2016, a prefeitura de Marau atua ao lado de seus colaboradores incentivando a capacitação dos mesmos através da criação do plano de carreira.

Para compor as equipes que atuam nas ESFs do município assegurou a contratação de seis profissionais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e, também, quatro médicos especialistas em medicina da família e comunidade. Além disso, para garantir um atendimento integral aos munícipes o pronto atendimento trabalha com horário estendido, das 18 às 22h (tabela 1), garantindo, dessa forma, o apoio às unidades para a demanda excedente. Além disso, a saúde do município recebe apoio do Hospital Cristo Redentor, no qual alguns leitos são destinados à pacientes do SUS, os quais são encaminhados a partir das unidades básicas de saúde.

A prefeitura assegura a contratação, via concurso público, de quatro farmacêuticas, via CLT quatro atendentes e dois auxiliares administrativos, e através de contrato com a Residência Multiprofissional da UFFS, quatro residentes farmacêuticas, para atender aproximadamente 350 pacientes por dia. A rede de assistência farmacêutica conta a disponibilização de 215 medicamentos que compõem a lista básica da farmácia municipal. Além destes profissionais, as ESFs possuem o apoio de enfermeiras, psicólogas, dentistas, técnicos de enfermagem e especialistas em pediatria, ginecologia e saúde mental (tabela 1).

Tabela 1: atendimentos realizados durante o mês de abril do corrente ano pelas diferentes áreas profissionais as quais a prefeitura de Marau disponibiliza.

Fonte: Conferência Municipal (maio de 2017).

Núcleo profissional	Atendimentos em abril/2017
Médicos das ESF's	6.320
Ginecologista	362
Pediatra	298
Saúde Mental	51
Psicólogas	391
Enfermeiras	1.664
Técnicos de Enfermagem	2.439
Dentista	520
Apoio	339
Horário estendido	341

A prefeitura também assegura para a população vinte e três veículos em uso, os quais são disponibilizados para situações de emergência e para atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para com o seu território. Dentre estes veículos estão cinco ambulâncias e dois Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro micro-ônibus, uma unidade móvel e doze carros. Através deste serviço, conforme dados referentes ao mês de abril do corrente ano, foram realizados 2.947 transportes para Passo Fundo, 251 transportes para Porto Alegre, 20 transportes para outros municípios, 1.938 transportes para consultas e exames, 242 transportes para realização de radioterapias, quimioterapias e hemodiálise e 767 atendimentos por ambulâncias.

Alguns programas são desenvolvidos em conjunto entre a prefeitura municipal e a gestão em saúde. O Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual tem por objetivo principal garantir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, assegurando um padrão de qualidade com maior transparência e efetividade das ações direcionadas à atenção básica de saúde. No município, sete das doze unidades estão vinculadas ao programa. Outro programa desenvolvido em Marau é a Rede Cegonha, que, por sua vez, permite o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. Através deste programa é

possível promover a vinculação da paciente gestante à unidade de referência para assistência ao parto, tendo como lemas e objetivos, digamos assim, “gestante não peregrina” e “vaga sempre para gestantes e bebês”. Além disso, este último programa visa garantir a realização de um parto seguro, através de boas práticas de atenção, como por exemplo, a permissão de um acompanhante durante o momento o parto, sendo de livre escolha da gestante e, após o nascimento, é assegurado o acompanhamento da criança dos 0 aos 24 meses de vida, com qualidade e resolutividade.

Em relação aos índices de mortalidade do município, conforme dados disponibilizados pelo IBGE (2014), com base em informações do Ministério da Saúde (MS) e do DATASUS, é possível analisar o número total de óbitos ocorridos tanto em pacientes do sexo masculino quanto do feminino, bem como pode-se analisar as diferentes causas de óbitos no município expressos tanto na forma de tabela (tabela 2) quanto na forma de gráfico (figura 16). Além disso, através destas mesmas fontes, é possível acompanhar a taxa de mortalidade no município de Marau no intervalo de tempo que compreende os de 2005 a 2014 (figura 17).

Tabela 2: Óbitos ocorridos no ano de 2014 no município de Marau e as principais causas relacionadas.

Fonte: IBGE, MS e DATASUS (2014).

Causas	Mulheres	Homens
Dados Gerais	43 óbitos	46 óbitos
Doenças do aparelho circulatório	7 óbitos	9 óbitos
Doenças do aparelho digestivo	2 óbitos	4 óbitos
Doenças do aparelho geniturinário	2 óbitos	3 óbitos
Doenças do aparelho respiratório	12 óbitos	9 óbitos
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	0 óbitos	0 óbitos
Doenças originadas no período perinatal	0 óbitos	3 óbitos
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	1 óbito	0 óbitos
Doenças relacionadas ao sangue	1 óbito	0 óbitos
Doenças infecciosas e parasitárias	5 óbitos	6 óbitos
Óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério	0 óbitos	0 óbitos
Óbitos por lesões ou envenenamentos	3 óbitos	0 óbitos

Óbitos por malformações ou anomalias cromossômicas	0 óbitos	1 óbito
Neoplasias e tumores	10 óbitos	10 óbitos
Óbitos por transtornos mentais e comportamentais	0 óbitos	0 óbitos

Número de óbitos por grupo de causas

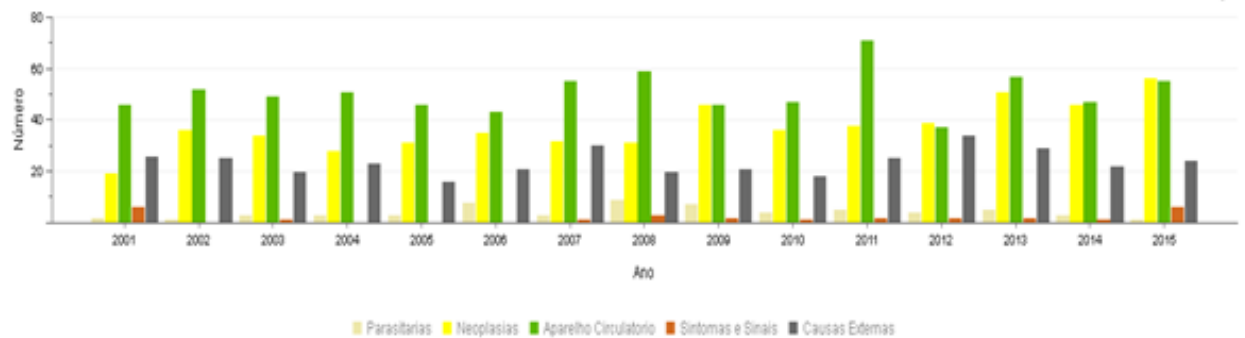


Figura 16: Número de óbitos de acordo com as diferentes causas entre o ano de 2001 e 2015.

Fonte: IBGE, MS e DATASUS (2010).

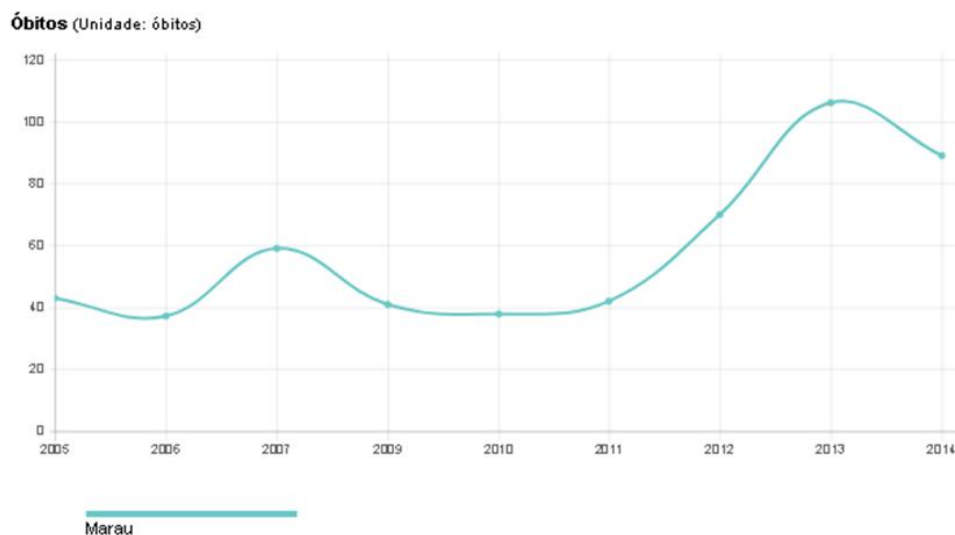


Figura 17: Taxa de mortalidade no município de Marau entre o ano de 2005 e 2014.

Fonte: IBGE, MS e DATASUS (2014).

Segundo dados obtidos pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e pelo IBGE (2017), alguns indicadores epidemiológicos

registrados no município de Marau podem ser adicionados aos demais parâmetros já mencionados. O primeiro indicador a ser analisado é o índice de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência, sofridas tanto pelo sexo masculino quanto pelo feminino no período de tempo de compreende do ano 2010 até 2016, demonstrando que a cada ano o sexo feminino é o que mais sofre nestes casos, havendo, no sexo oposto, uma diminuição dos registros de violência (figura 18). A partir disso, o segundo indicador fornecido pelo SINAN e IBGE apresenta a distribuição desta violência conforme a faixa etária dos envolvidos, demonstrando que as pessoas com idade entre 20 e 59 anos são as mais afetadas por este comportamento de violência (figura 19). O terceiro indicador revela dados sobre a saúde do trabalhador marauense, apresentando o número de doenças e agravos relacionados ao trabalho, tais como a taxa de acidentes biológicos, de acidentes graves, de lesões por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e de intoxicação exógena no período de tempo entre 2010 e 2016. Dentre estes fatores, os que se destacaram e se mostraram elevados ao longo destes anos de análise foram os acidentes biológicos e graves e os quadros de intoxicação exógena (figura 20).

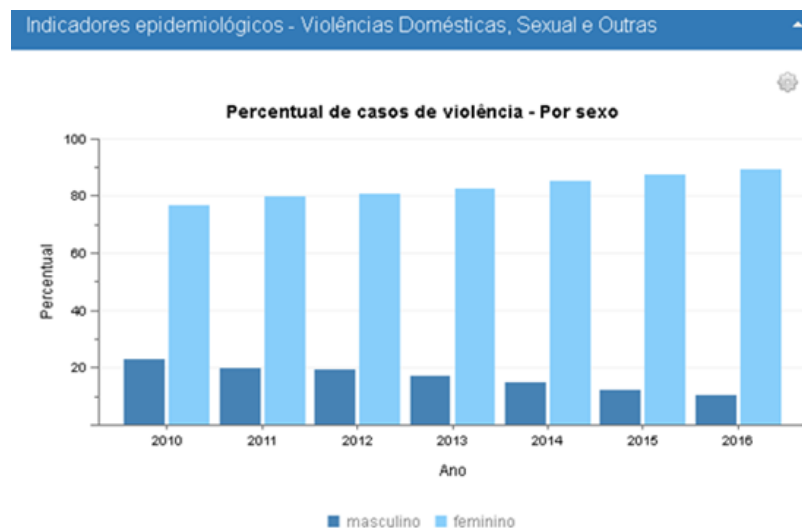


Figura 18: Índice de violência doméstica, sexual ou de outros tipos sofridas tanto pelo sexo masculino quanto feminino entre 2010 e 2016 no município de Marau.

Fonte: SINAN e IBGE (2017).

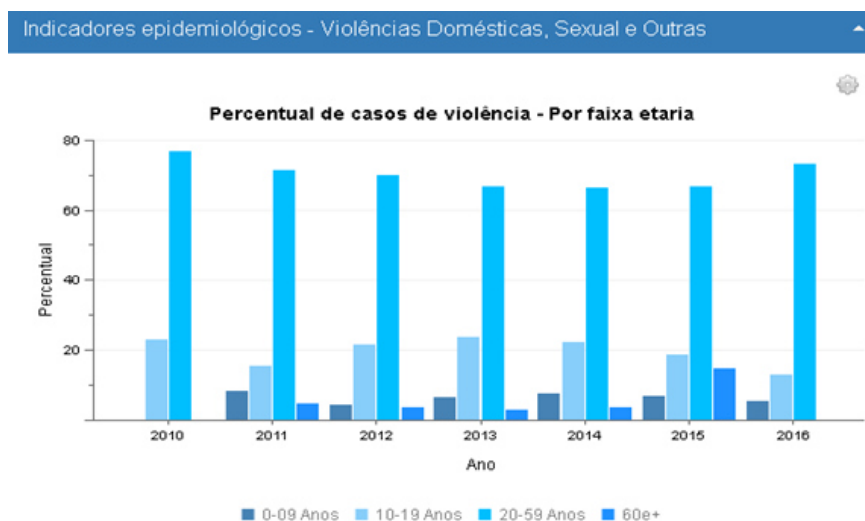


Figura 19: Distribuição da violência conforme a faixa etária dos envolvidos entre o ano 2010 e 2016 no município de Marau.

Fonte: SINAN e IBGE (2017).

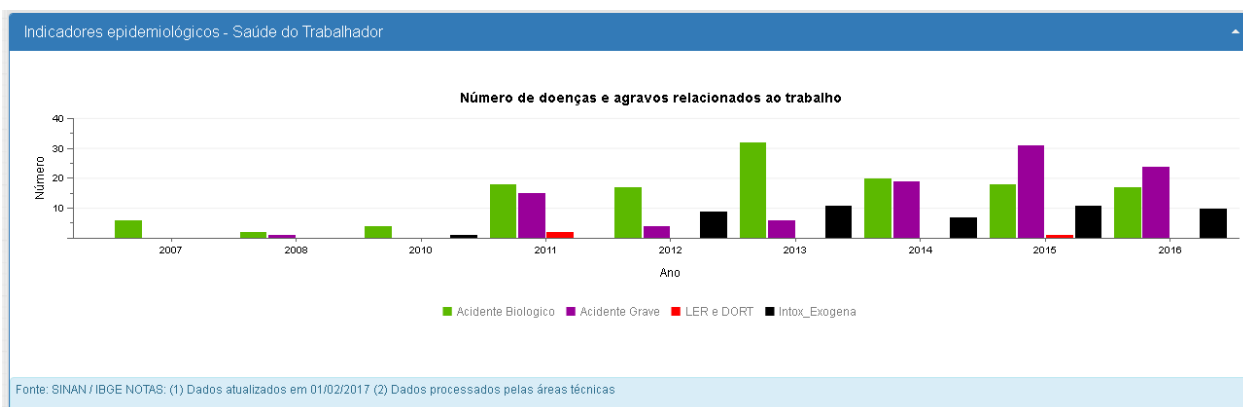


Figura 20: Número de doenças e agravos relacionados ao trabalho entre o ano 2010 e 2016 no município de Marau.

Fonte: SINAN e IBGE (2017).

4. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

O município de Marau mantém, desde a implementação das estratégias no ano de 2012, doze unidades básicas de saúde estruturadas conforme o programa ESF. Cada unidade conta com uma equipe multiprofissional capaz de fornecer à população atendimentos tanto por médicos quanto pela equipe de enfermagem, sendo capazes de atender urgências de menor complexidade, vacinação e aplicação de injetáveis, distribuição e orientação sobre medicamentos, psicoterapia, serviços

de atendimento domiciliar, além de haver desenvolvimento de atividades e grupos de orientação voltados para a comunidade.

As ESFs contam com uma rede apoio que inclui atendimento ambulatorial, estruturado e organizado de acordo com os princípios do SUS, e hospitalar, no qual são garantidos os serviços de urgência, emergência e especialidades por meio de compra de serviço em benefício dos usuários garantindo, assim, acesso a todos que procuram os serviços de saúde do município.

Em conformidade com os dados mais atualizados a saúde do município de Marau abrange cem por cento dos usuários cadastrados, os quais contabilizam 34.750 pacientes, sendo, portanto, considerada referência para as cidades da região (SILVA, 2012).

4.1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

Segundo dados obtidos através do projeto de qualificação da gestão em saúde de Marau, trabalho este integrante do Currículo Integrado das Residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional pelo GHC em 2015, o organograma da SMS encontra-se abaixo, na figura 21. Este organograma foi adaptado pelas autoras do presente trabalho, sendo atualizado de acordo com o que se encontra nos dias de hoje.

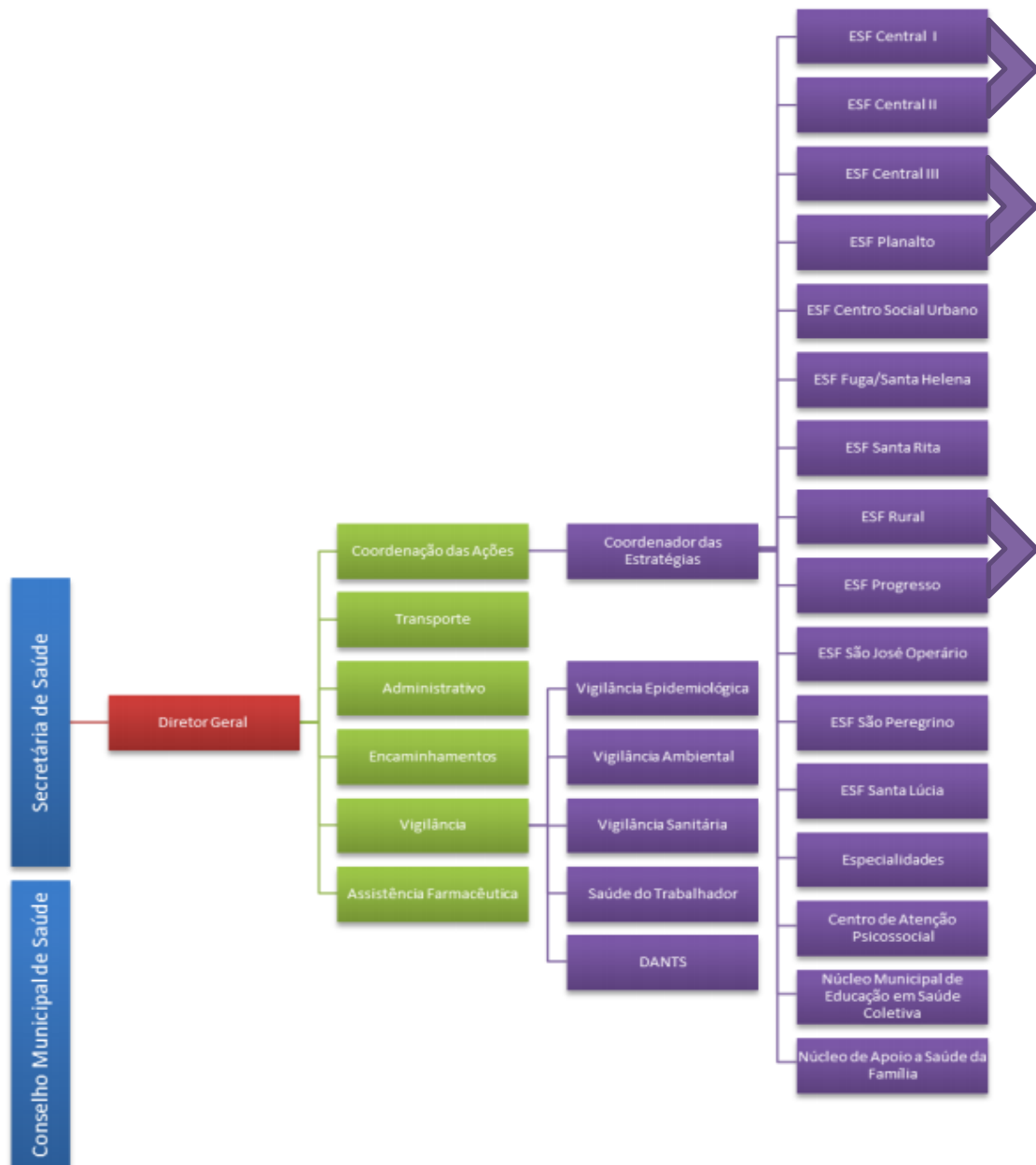


Figura 21: Organograma adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Marau.

Fonte: SMS (2017).

4.2. Investimentos em saúde

Os dados apresentados na figura 22 foram obtidos através do site do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE-RS), referentes ao período do primeiro e segundo bimestres do presente ano, com última atualização em 23 de maio de 2017.

Programa	Código	Valor Liquidado	%	
ATENCAO PRIMARIA A SAUDE	24	6.707.557,13	74,72	
PLANEJAMENTO E GESTAO EM SAUDE	23	1.679.697,00	18,71	
ASSISTENCIA MEDICA-HOSPITALAR ESPECIALIZADA	27	445.392,30	4,96	
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	29	135.467,87	1,51	
SAUDE MENTAL	26	8.035,23	0,09	
VIGILANCIA SANITARIA	28	308,09	0,00	
		8.976.517,62	100,00	

Dados acumulados até o 2º bimestre entregues em 23-MAI-2017 às 15:55:35.

Figura 22: Investimentos em saúde do município de Marau.

Fonte: TCE-RS (2017).

4.3. Regulação

A Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 Instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho; a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- I - Regulação de Sistemas de Saúde;
- II - Regulação da Atenção à Saúde; e
- III - Regulação do Acesso à Assistência.

Dentre outras atividades, cabe aos municípios regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos.

O sistema utilizado por Marau é o Sistema de Informação de Regulação (SISREG), sistema on-line disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a

otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

O fluxo para acesso ao sistema no município é pela seguinte maneira. Em consulta médica, o profissional fornece um documento caracterizando o motivo pelo qual o paciente necessitará de encaminhamento para exame, procedimento ou consulta específica, com o documento em mãos o paciente deve ir até o setor de encaminhamentos junto a SMS para encaminhar junto ao SISREG.

4.4. Sistemas de Informação em Saúde

De acordo com a BVS (2008), os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Marau utiliza diversos sistemas de informação, os quais foram desenvolvidos pelo DATASUS para controle e informação, os quais estão listados abaixo de acordo com conhecimento próprio e perguntado a vigilância epidemiológica, podendo assim outros não mencionados serem utilizados:

- Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS – CADSUS;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM;
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC;
- Sistema de Informações de Agravos de Notificações – SINAN;
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI;
- Sistema de Informações do Câncer – SISCAN;
- Sistema de Informações de Pré-natal – SISPRENATAL;
- Sistema de Informação de Regulação – SISREG
- Sistema de Informações Hospitalares – SIH;
- Sistema de Informações Ambulatorial – SIA;

- Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB;
- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas – SIVEP DDA;
- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral – SISCEL;
- Sistema Integrado de Mapeamento de Competências – SIMC;
- Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA;
- Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST;
- Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD;
- Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL;
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Controle da Dengue – SISFAD.

4.5. Sistema Municipal de Vigilância em Saúde

São desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visam a integralidade do cuidado e estão inseridos na construção das redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

A vigilância epidemiológica tem sua equipe composta por uma enfermeira, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem; a vigilância sanitária conta com dois fiscais, vinte agentes de combate a endemias, pois a cidade é considerada infestada pelo *Aedes aegypti* e um ambulatório para pacientes com Hepatite B e C, além de ter na equipe um médico gastroenterologista.

As atividades desenvolvidas por cada área da vigilância do município do Marau estão listadas abaixo:

- *Vigilância epidemiológica:*
 - Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;

- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
 - Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
 - Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no HCR, retroalimentando o SIM e o SINASC;
 - Monitorar as doenças diarreicas agudas;
 - Notificar e investigar surtos alimentares;
 - Notificar doenças e agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
 - Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória, sendo que, nestes casos, o município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
 - Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
 - Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
 - Monitoramento e investigação de óbitos materno-infantil sempre que ocorrer;
 - Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
 - Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
 - Notificação de eventos adversos pós-vacinação;
 - Programa de Pacientes Ostomizados;
- *Vigilância Sanitária:*
 - Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
 - Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;

- Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
 - Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência, registro e rotulagem de acordo com a legislação;
 - Buscas e apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
 - Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- *Vigilância da Qualidade da Água:*
 - Coleta periódica de amostras de água em fontes alternativas e também fontes de rede da Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), para exame bacteriológico e teor de flúor;
 - Controle de estabelecimentos de interesse à saúde;
 - Vistorias em estabelecimentos para liberação de alvará de saúde;
 - Orientações quanto à legislação vigente para os estabelecimentos a serem vistoriados.
- *Vigilância Ambiental:*
 - Programa de controle da dengue;
 - Controle de zoonoses.

Fonte: Conferência Municipal de Saúde 2017.

5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

5.1. Urgência e Emergência

O serviço de urgência, que compreende uma situação que não pode ser adiada uma vez que se corre risco iminente de morte, e de emergência, quando há uma situação crítica com ocorrência de perigo, no município de Marau, há dois meios de transporte, sendo um deles o corpo de bombeiros civis e o outro o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), este último contando com duas unidades móveis.

O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho ou na via pública através do telefone 192, chegando ao paciente onde quer que ele esteja e através de diferentes meios de socorro. A equipe presta atendimento já no local, ainda fora do ambiente hospitalar, salvando vidas e diminuindo a possibilidade de sequelas. O programa oferece o direcionamento para o serviço de estabilização mais próximo e adequado para a situação do paciente.

A referência é a Associação Hospitalar Beneficente de Marau, localizada no HCR, a qual foi fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, possui 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O HCR presta serviços de obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal, podendo promover atendimento também aos casos mais complexos e que necessitam de internação hospitalar, desde que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Hospital da Cidade (HC) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), todos localizados na cidade Passo Fundo, distante 33 km do município de Marau. Havendo necessidade de transporte para estas instituições a prefeitura municipal disponibiliza meios, como já mencionado anteriormente.

O HSVP é a referência para a realização de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, tendo este último como instituição de referência, também o setor de oncologia do HC. Também pode ser disponibilizado tratamento de braquiterapia, mas, neste caso, o deslocamento é feito até o município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema de Gestão e Regulação da Saúde (AGHOS) e SISREG (Passo Fundo).

Fonte: Conferência Municipal de Saúde 2017.

5.2. Atenção Especializada

O Posto de Especialidades Médicas, localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde, compreende os atendimentos de pediatria, ginecologia, obstetrícia e

enfermagem. É composto pela seguinte equipe: dois pediatras, dois ginecologistas obstetras, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo, atuando 40h semanais.

Localizado junto ao Posto de Especialidades, há um médico clínico geral oferecendo apoio à demanda excedente das ESFs, atuando, também, com carga horária de 40h semanais. Além disso, há atendimento com horário estendido das 18 às 22h, como mencionado anteriormente, contando com um clínico geral, uma enfermeira e técnica de enfermagem, a qual atua por contrato de 20h semanais. Os demais atendimentos especializados necessários são referenciados a cidade de Passo Fundo e região por encaminhamentos.

Atualmente, o município também conta com o CAPS, composto por uma equipe multidisciplinar que contempla uma psicóloga, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico especialista em saúde mental, um assistente social, um administrativo, uma artesã e um cuidador. O CAPS possui 397 usuários cadastrados, sendo realizados aproximadamente 84 atendimentos mensais. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos, grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais pelo profissional médico, além do apoio dos profissionais de enfermagem e das psicólogas, além da realização de oficinas terapêuticas.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas.

O NASF se constitui em um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações, atuando de maneira articulada de modo a apoiar e dar suporte aos profissionais das equipes de saúde da família. Atualmente, no município, o profissional que compõe a equipe do NASF é uma Nutricionista.

A Assistência Farmacêutica do município de Marau disponibiliza atendimentos e dispensação de medicamentos tanto através da rede de farmácia básica quanto pela farmácia do Estado. Os polos de atendimento do município estão localizados nas ESF SJO, ESF Planalto e Central III, ESF Santa Rita, ESF Progresso e Rural e ESF CSU. A farmácia de dispensação de medicamentos do Estado, na qual ocorre o fornecimento de medicamentos que compõe a *Lista dos Medicamentos Especiais*,

encontra-se próxima à farmácia básica. A demanda de atendimentos aproxima-se de 150 atendimentos semanais.

O Programa Criança Feliz em Marau foi implantado em fevereiro de 2017 a fim de substituir o programa Primeira Infância Melhor. O objetivo do programa é orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade.

O Município de Marau no ano de 2011 foi pioneiro na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde na adesão ao Programa Rede Cegonha. Com a criação do Grupo Condutor da Rede Cegonha algumas ações foram pactuadas, tais como agendamento dos exames laboratoriais e de imagem por telefone pela equipe de saúde, resultados on-line para a equipe de saúde, realização de testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV, avaliação de início e final de gestação pelo ginecologista, entre outras.

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado da ESF SJO. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011, instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, tendo por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer, contribuindo, assim, para modos de vida saudáveis.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social, que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

Já o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem por objetivo ofertar serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, o que pode ser classificado como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas ou mesmo cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto.

Sendo assim, o CRAS e o CREAS são centros de referência que as unidades básicas do município podem referenciar e encaminhar pacientes que necessitam de

um apoio, atuando em Marau com profissionais capacitados para atender as demandas.

Fonte: Conferência Municipal de Saúde (2017); SILVA, (2012).

5.3. Saúde Suplementar

A saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado, ou não, por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (FBH).

Em Marau, há também o Unisaúde, plano de saúde próprio da Associação Comercial, Industrial, de Serviços e Agropecuária de Marau oferecido para todas as empresas associadas. Este plano surgiu da necessidade de oferecer assistência à saúde de fácil acesso e custo aos proprietários, sócios, associados e, principalmente, aos colaboradores das empresas associadas, com o ideal único de benefício. Desde 1992, o Unisaúde trabalha para proporcionar aos seus usuários serviços com profissionais, clínicas, laboratórios e hospitais de grande conceito e qualidade em diversas áreas que atendam suas necessidades e expectativas. Na figura 23 é possível observar alguns dados deste plano de saúde, tais como número de beneficiários, receitas de contraprestação, despesa assistencial, percentagem de idosos em planos de assistência médica e percentual de beneficiários em planos coletivos (ACIM MARAU).

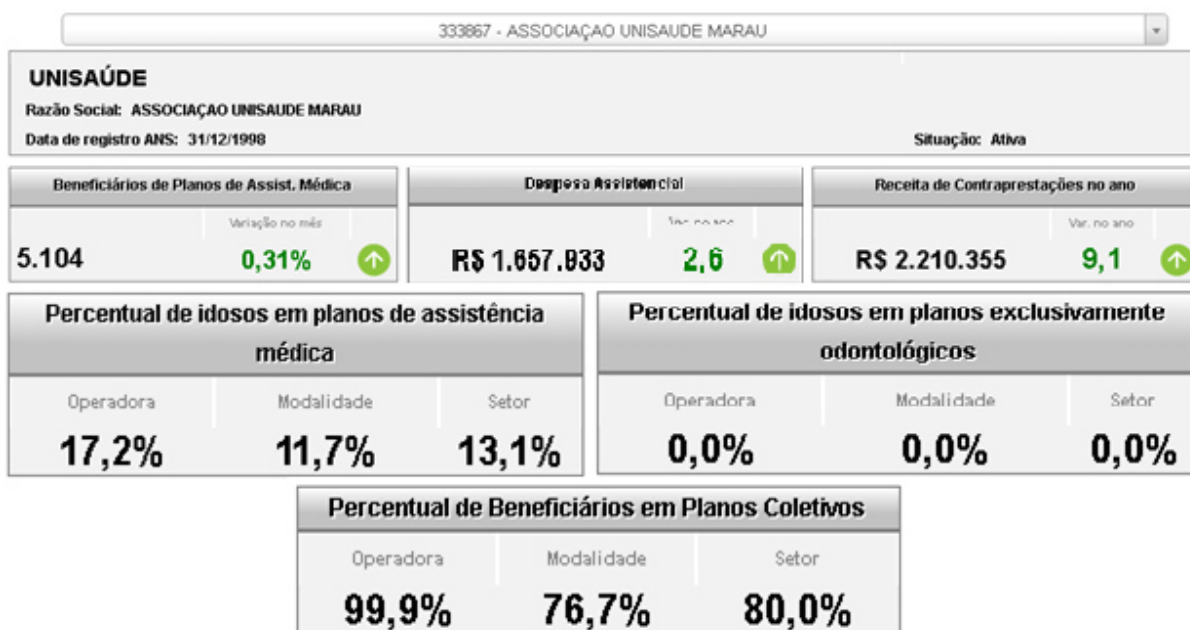


Figura 23: Dados do plano de Saúde Unisaúde do município de Marau.

Fonte: Página online do Unisaúde (2017).

Além do Unisaúde, outros planos são conveniados pela população marauense, como o plano de saúde Prontoclínica, o qual conta com hospital próprio na cidade de Passo Fundo, Ipê, Unimed, plano de saúde disponibilizado pela empresa BRF, Viamed, Cassi, dentre outros.

O Sindicato dos trabalhadores rurais e o Sindicato dos trabalhadores das indústrias da alimentação de Marau possuem convênios com profissionais e estabelecimentos de saúde e oferecem descontos aos associados.

5.4. Atenção Básica

Toda população marauense tem acesso garantido para atendimentos quando necessário em sua estratégia de abrangência ou mesmo nas redes de apoio disponibilizadas pela prefeitura, como já mencionado anteriormente. As equipes de que atuam pela atenção básica realizam suas competências em diferentes setores, sendo eles as ESFs, o NASF, o CAPS, o CRAS e o CREAS. Estas equipes são compostas no seu total pelos seguintes profissionais:

- 18 Enfermeiras;
- 23 Técnicos de enfermagem;

- 20 Agentes de combate endemias;
- 02 Assistentes sociais;
- 08 Dentistas;
- 06 Auxiliares de consultório dentário;
- 08 Psicólogas;
- 63 ACS;
- 27 Médicos (11 concursados, 06 contratados pelo PMM, 05 contratados para 40h semanais e 05 contratados para 20h semanais);
- 04 Farmacêuticas;
- 01 Nutricionista.

As unidades de saúde da família em funcionamento em Marau são a ESF Central I e Central II, que compartilham o mesmo espaço físico, entretanto, trabalham com duas equipes distintas, ESF Santa Rita, ESF Planalto e Central III, que também compartilham o mesmo espaço físico com duas equipes distintas, ESF CSU, ESF Constante Fuga, ESF Santa Helena, ESF Progresso e Rural, os quais se encontram na mesma dependência física com equipes distintas, ESF Santa Lúcia e ESF SJO.

Fonte: Conferencia Municipal de Saúde 2017.

5.5. ESF São José Operário

De acordo com o cadastro das ACS a ESF SJO compreende 1818 famílias, sendo 7.000 usuários de cobertura, população esta, maior do que a capacidade da unidade de saúde suporta.

Esta unidade de saúde foi inaugurada em 2006, abrangendo os bairros SJO, no qual está localizada no endereço Rua 21 de maio, número 161, Frei Adelar, Nova Alternativa, e Distrito Industrial.

A estrutura da ESF caracteriza-se por recepção, três banheiros para o público, dois consultórios médicos, dois consultórios ambulatoriais, farmácia, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de lavagem de materiais, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia, dois consultórios de psicologia, cozinha e sala de reuniões, estes dois últimos dividem o mesmo espaço.

Ainda, ao lado da sede da ESF há um dos dois Polos de Academias de Saúde que o município disponibiliza, onde é realizado o grupo de atividade física, além de ser frequentemente ocupado pela comunidade em geral.

A equipe multiprofissional que compõe nesta unidade é composta por uma administrativa, duas médicas atuando com contrato de 40h semanais, sendo uma contratada pela CLT e outra pelo PMM, duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica atuando 20h semanais, uma dentista, também atuando 20h semanais, uma auxiliar de consultório dentário 20h semanais, uma psicóloga 20h semanais, uma enfermeira 40h semanais, seis ACS e uma sanificadora. Além disso, a equipe conta com profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde pela UFFS, sendo uma enfermeira, duas psicólogas e duas farmacêuticas.

O funcionamento atual da unidade ocorre através da distribuição de vinte fichas para atendimento médico todas as manhãs, quinze fichas para atendimento odontológico em três manhãs da semana, e, durante o turno da tarde, são realizados agendamentos para os grupos de risco, incluindo gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e deficientes físicos, além do agendamento para retornos em procedimentos odontológicos. A farmácia funciona em sete turnos da semana, com presença de farmacêutica em tempo integral.

Há ainda atendimento de demanda espontânea, o qual é realizado diariamente pelas enfermeiras e demais profissionais da equipe, onde há garantia de que os usuários serão acolhidos, orientados e encaminhados ao serviço especializado, se necessário. Os atendimentos psicológicos são agendados diretamente pelas psicólogas, além da realização de atendimentos de acolhimento, os quais ocorrem na segunda-feira.

A ESF oferece à comunidade grupos em que a saúde é o foco dos encontros. Há o grupo de atividade física, realizado toda quarta-feira pela manhã, o grupo de artesanato, na quinta-feira semanalmente à tarde, o grupo “Cuidando de sua saúde”, na quinta-feira quinzenalmente pela manhã, e também é realizado o grupo de gestantes que ocorre semestralmente.

- Atividades realizadas na ESF:
 - Consultas médicas;
 - Consultas odontológicas;
 - Consultas psicológicas;

- Consultas de enfermagem;
- Atendimento ambulatorial;
- Assistência farmacêutica;
- Acompanhamento de pacientes com HIV, IST's, tuberculose, sífilis congênita;
- Visitas domiciliares;
- Atividades coletivas (realização dos grupos mencionados acima);
- Imunizações;
- Vigilância Epidemiológica;
- Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos;
- Planejamento familiar;
- Pré-natal e puericultura;
- Notificações;
- Cadastramento de hipertensos e diabéticos;
- Coleta citopatológica;
- Administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular);
- Teste de glicemia capilar;
- Testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C;
- Teste de gravidez;
- Monitoração de pressão arterial;
- Saúde bucal curativa e preventiva;
- Medidas antropométricas;
- Retirada de pontos;
- Curativos de pequeno e médio porte;
- Lavagem otológica;
- Procedimentos médicos de pequeno porte.

A ESF possui considerável presença de gestantes em sua abrangência, sendo, no momento, atendidas aproximadamente 40 gestantes, as quais realizam o pré-natal de baixo risco na unidade. Entretanto há algumas que o realizam em rede privada, e outras, quando há classificação de gestação de alto risco, realizam atendimentos diretamente no serviço especializado.

A realização de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C não é uma prática realizada com frequência, sendo testadas, em média, dez pessoas ao mês incluindo neste dado as novas gestantes cadastradas.

A ESF SJO, no momento, presta acompanhamento a um paciente com tuberculose e seis com HIV, os quais realizam o tratamento e os mesmos buscam suas medicações mensalmente na ESF, além do acompanhamento de três crianças com sífilis congênita.

As notificações são enviadas semanalmente para a vigilância epidemiológica para controle, neste ano até a 23ª semana foram notificados 15 casos de diarreia.

A assistência em enfermagem atende a população que ali busca pelas profissionais, sendo uma enfermeira concursada atuando 40 h semanais na unidade e uma enfermeira residente pelo programa de Residência Multiprofissional da UFFS. Uma essencial característica que muito ocorre é o vínculo criado com usuários para um acompanhamento satisfatório do processo que vivem. Diariamente, há atendimento de usuários que buscam acolhimentos; assim como consulta de enfermagem em saúde da mulher; realização de testes rápidos com aconselhamento pré e pós testes; primeira consulta de pré-natal com realização de cadastro em SISPRENATAL; entrega de medicação e acompanhamento de pacientes mensalmente; realização de relatórios e notificações epidemiológicas; participação nos grupos coletivos, interconsultas e visitas domiciliares.

A assistência farmacêutica prestada na unidade de saúde SJO conta com a atuação de uma farmacêutica concursada, atuando 20h semanais, e com duas farmacêuticas residentes. Além da dispensação dos medicamentos disponíveis na lista básica do município, as profissionais realizam a prática de atenção farmacêutica, orientando os pacientes a respeito do uso correto dos medicamentos, acompanhado os casos individuais de cada usuário que procura o serviço, além de orientar sobre o correto descarte dos produtos. Além dos atendimentos realizados na farmácia, as residentes realizam interconsultas com os demais profissionais da equipe, a fim de garantir um apoio integral a cada paciente, visitas domiciliares e participam de atividades de grupo, com intuito de promover saúde.

A atenção psicológica conta com duas modalidades de atendimento, incluindo o serviço de acolhimento e acompanhamento psicológico. No momento o serviço conta com uma psicóloga concursada e também preceptora, além de duas

psicólogas residentes. Além dos atendimentos ambulatoriais, as profissionais atuam com interconsultas e de forma intersetorial, com atividades de grupo, visitas domiciliares e demais atividades que contemplem a promoção e proteção da saúde.

5.5.1. Análise de Território

De acordo com análise do território que contempla a ESF SJO realizada pelas ACS atualmente, a unidade em estudo atende a população de sete micros áreas, estando duas localizadas no bairro SJO, micro áreas 30 e 31, duas no Frei Adelar, 27 e 28 além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa, sendo as micro áreas 29, 67 e 68.

As atividades econômicas predominantes no território em estudo são o comércio e serviços, tais como fruteiras, confeitarias, eletrônicas, lojas de roupas, mercados, bares, locadoras, *lan house*, costureiras, lojas de artesanato, cabeleireiros, chapeação, lavagem automotiva e indústrias, com destaque para duas grandes empresas, Metasa e a Plastimarau, e outras como Imezza, Aglofor, Essenza Cosméticos, CS Metal, entre outras.

Além disso, fazem parte do território, a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, um centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes.

Em relação ao tipo de moradia, a maioria dos moradores possuem casa própria e alvenaria, dado observado principalmente nas micro áreas do bairro Nova Alternativa, no qual a maioria das casas foi projetada, porém o bairro foi criado para ser um condomínio fechado.

O abastecimento de água varia de acordo com cada área, sendo que no Nova alternativa e no Frei Adelar responsabilidade da Corsan, enquanto no SJO e na micro 29 do Frei Adelar o abastecimento ocorre por poços artesianos através da associação de moradores. Referente à coleta de lixo, todas as micro áreas contempladas no território possuem, e a maioria das casas também possuem coleta de esgoto. Entretanto, no bairro SJO e no Nova Alternativa cabe destaque ao fato de que algumas casas possuem fossa séptica. Entretanto, é importante destacar que

também há pontos de reciclagem de lixo, que servem como meio de sustento para alguns moradores.

A pavimentação das ruas é considerada satisfatória, possuindo calçamento em sua maioria. Entretanto há dificuldade em relação ao acesso aos bairros SJO e Nova alternativa, uma vez que se tem apenas uma via de acesso aos bairros pela ERS 324, a qual apresenta intenso fluxo de veículos. A sinalização de ruas principalmente no bairro São Jose Operário é dificuldade pela sua falta, em que não há placas identificando as ruas.

Outro ponto que chama a atenção, desde a estimativa rápida realizada em 2010 pelas ACS que atuam na ESF SJO, e que se confirma até os dias de hoje, são os vários locais que existem no bairro em que há distribuição de drogas, caracterizando-se como pontos de vulnerabilidade do território, ficando de fácil acesso para as crianças e adolescentes que ali circulam. Além disso, é notada a falta de locais para recreação, especialmente para os jovens residentes no território.

O bairro Nova Alternativa apresenta como características sua população predominantemente jovem, além da mudança frequente de novas famílias. Já no bairro SJO, provavelmente por ser o mais antigo do território, abrange a população majoritariamente idosa. Em relação à área do bairro Frei Adelar caracteriza-se pelo maior número prédios e casas financiadas pela prefeitura do município, além de ser identificado com o maior índice de vulnerabilidade do território. O território abrangente da ESF SJO também conta com o Distrito Industrial, no qual, apesar de não ser aprovada a construção de residências, existem aproximadamente 70 pessoas habitando.

Com uma população adstrita de aproximadamente 7.000 usuários, a população é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência. Ainda, há grande população de crianças e idosos, além de imigrantes haitianos, que utilizam os serviços de saúde. Percebe-se no território um alto índice de vulnerabilidade, havendo alto índice de uso de drogas pelos jovens e, também, elevado número de casos de violência doméstica.



Figura 24: Vista aérea da indústria Metasa e, também, dos pontos de acesso aos bairros SJO (à esquerda da empresa) e Nova Alternativa (à direita).

Fonte: Site oficial da Metasa (2017).

5.5.2. Análise de demanda

No ano de 2016, através de um projeto de Gerenciamento, realizado pelas Residentes Rosane Rosa e Bruna Vieira, foram levantados dados de análise de demanda da Unidade SJO, compreendendo o período de junho a julho do referido ano. Neste recorte, foi possível obter os seguintes dados:

O período que compreendeu o levantamento de dados foi de 06 de junho à 06 de julho de 2016 (figura 25). Neste tempo, é possível observar que a semana com maior número de atendimentos foi a semana 4 (27/06 à 01/07) (figura 26). No que diz respeito às demandas por núcleo de atuação da unidade, neste caso não tendo sido incluídas as dispensações realizadas nos atendimentos da farmácia, a maior procura foi para os atendimentos médicos (figura 27), configurando 46% dos atendimentos realizados no período (figura 28). Além disso, pode-se observar que estes atendimentos ocorriam majoritariamente no turno da manhã, o qual pode ser definido como o de maior movimento da ESF (figura 29).



Figura 25: Número de atendimentos ao longo do período que compreendeu a análise, de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

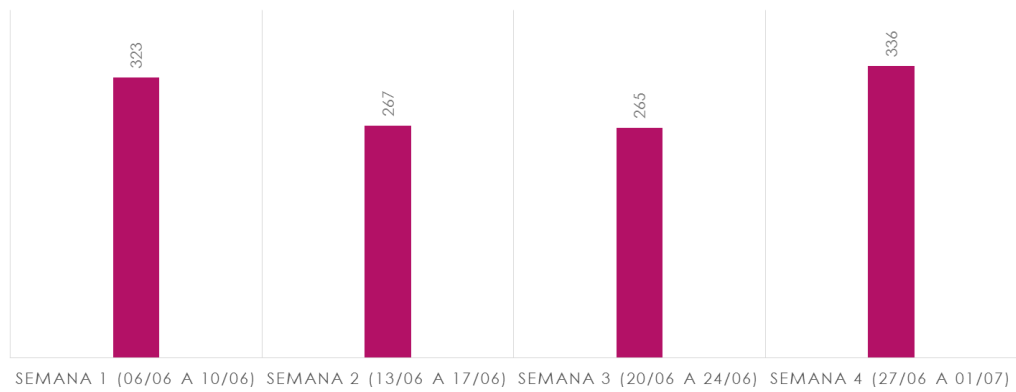


Figura 26: Número de atendimentos ao longo das semanas analisadas, compreendendo o período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

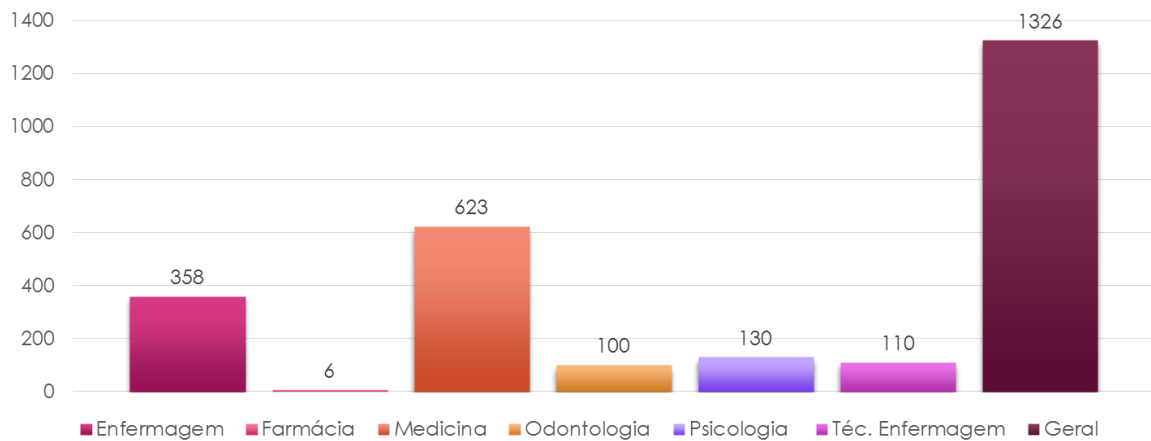


Figura 27: Número de atendimentos realizados por cada núcleo no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

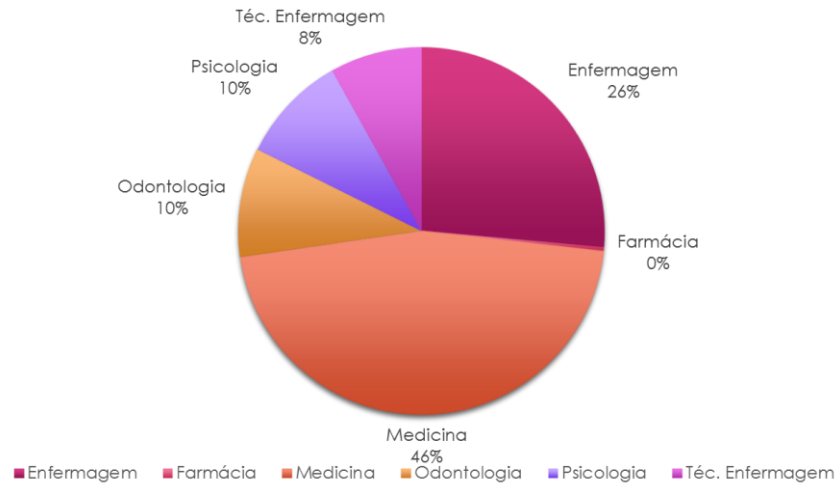


Figura 28: Atendimentos realizados por cada núcleo no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016, expressos em percentagem em relação ao total.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

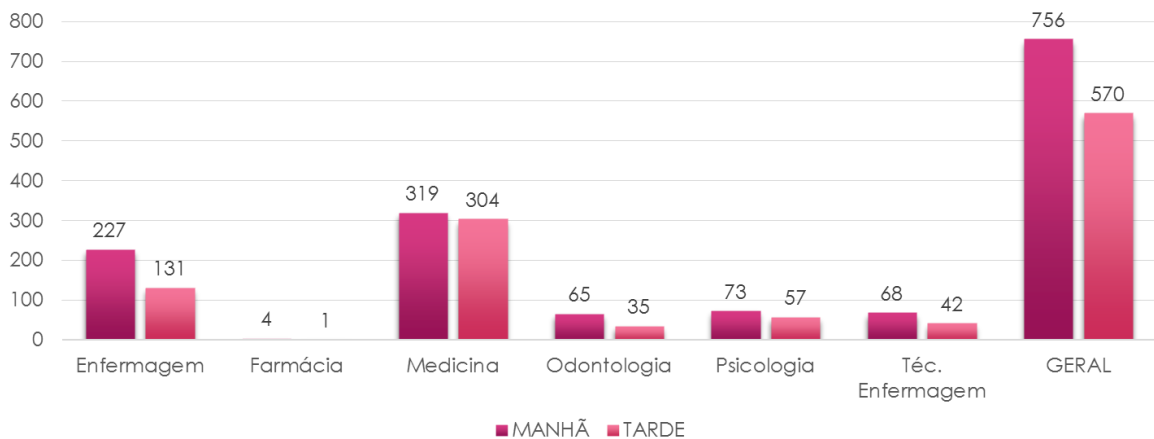


Figura 29: Distribuição dos atendimentos realizados por cada núcleo nos turnos de funcionamento da unidade no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

O gênero que mais acessa a unidade é do público feminino, totalizando 847 atendimentos, enquanto, em contrapartida, o público masculino compreende a metade deste dado, tendo sido realizados 481 atendimentos (figura 30). Já em relação à faixa etária dos pacientes que buscaram o serviço de saúde da unidade, a

maior circulação de usuários compreendeu o grupo dos adultos, estando os adolescentes como o grupo que menos frequentou os serviços de saúde (figura 31).

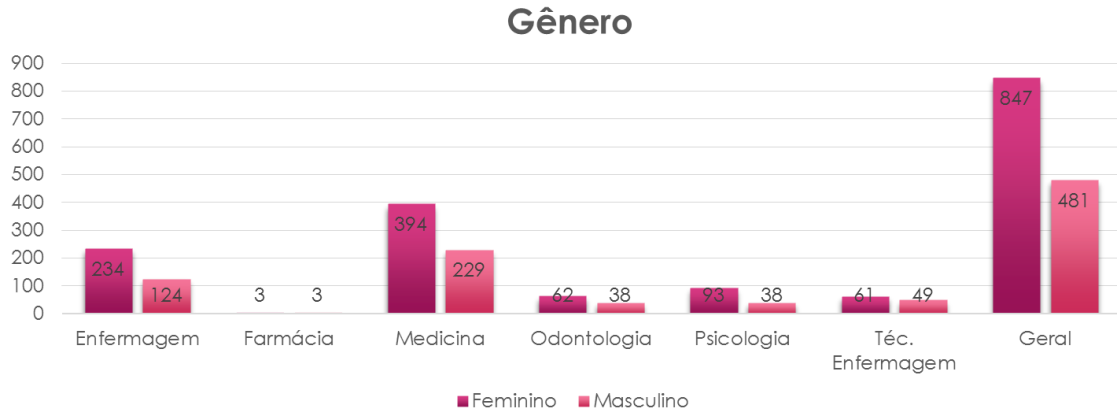


Figura 30: Diferenças entre os pacientes que acessaram os serviços de saúde da unidade no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

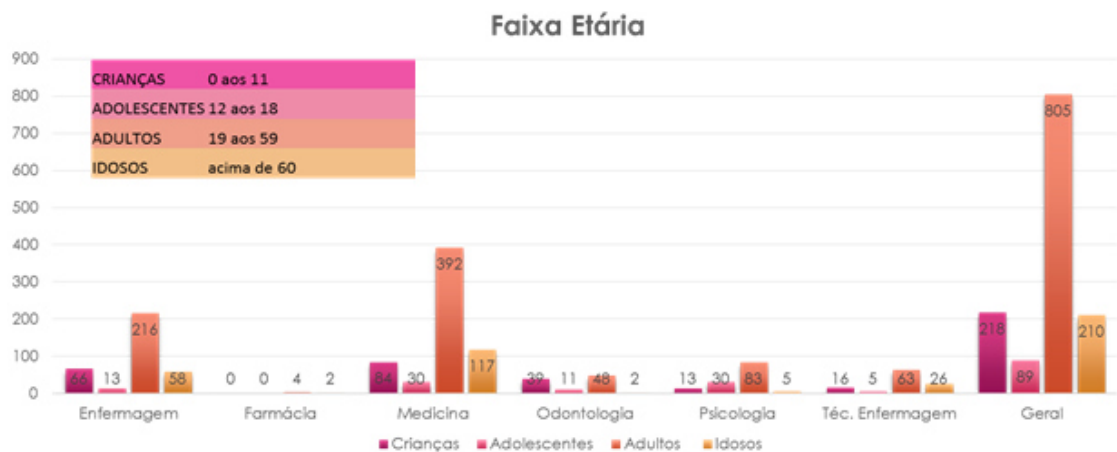


Figura 31: Diferenças entre a faixa etária dos pacientes que acessaram os serviços de saúde da unidade no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Os tipos de demanda deste período eram classificados em três modos, sendo eles a demanda espontânea, que compreendia os casos agudos, a assistência farmacêutica ou o acolhimento psicológico; a demanda agendada, que no período considerava o sistema de organização de atendimento da ESF, especialmente para a agenda médica; e a demanda programada ou de cuidado continuado, a qual incluía o acompanhamento longitudinal dos pacientes. Deste modo, é possível observar que, no período de estudo, a ESF SJO teve como maior demanda os

agendamentos, compreendendo 48% dos atendimentos, e, como menor, o cuidado continuado ou programado, 19% (figura 32). Além disso, os atendimentos foram divididos entre urgentes e não urgentes, e, mais uma vez, o núcleo que mais realizou atendimentos considerados urgentes foi o da medicina, enquanto o que menos realizou este tipo de atendimento foi o da farmácia (figura 33).

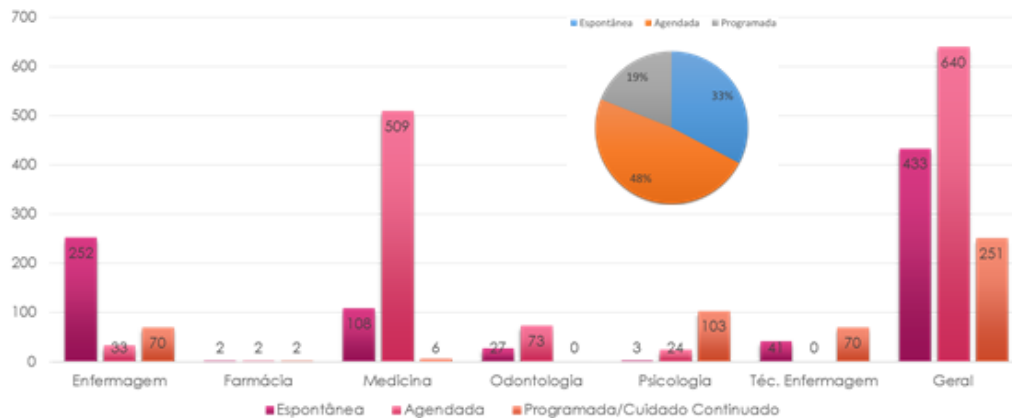


Figura 32: Demandas observadas na unidade no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

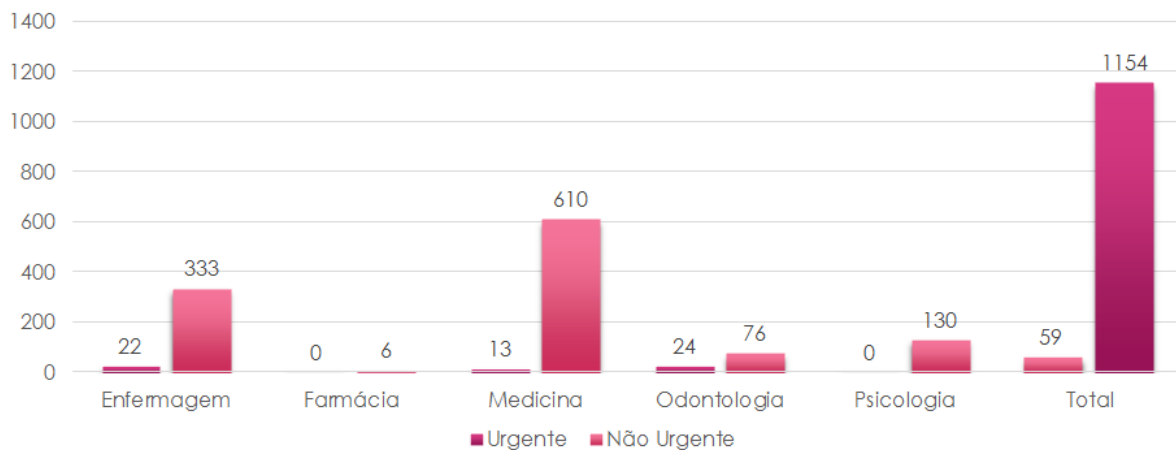


Figura 33: Atendimento realizado por cada núcleo das demandas classificadas como urgentes e não urgentes no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Com relação à dispensação de medicamentos, complementada da assistência farmacêutica, a farmácia realizou o total de 601 dispensações, com maior número de atendimentos realizados à tarde (figura 34). Além disso, foram realizadas pelo núcleo de farmácia outras atividades, tais como procedimentos,

atividades de acompanhamento, escuta e orientação, entretanto, em menor número quando comparadas aos dados da dispensação de medicamentos (figura 35).

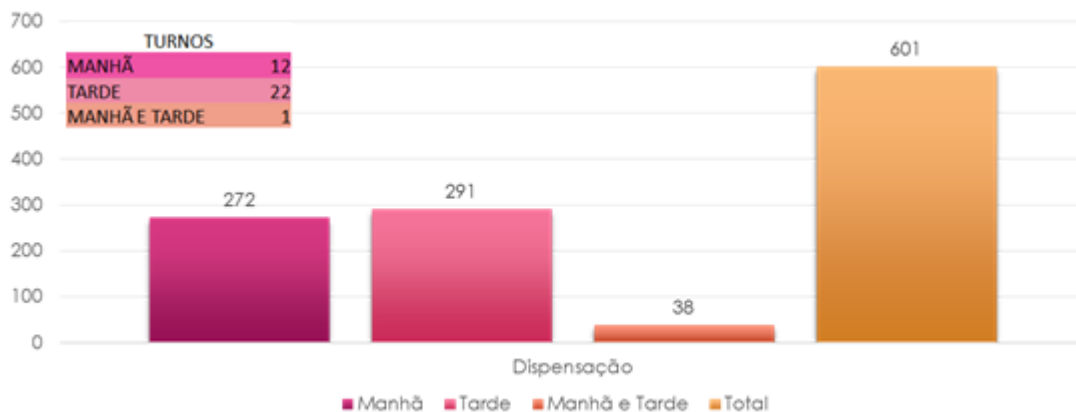


Figura 34: Dados da dispensação de medicamentos realizados pela farmácia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016 na unidade ESF SJO.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).



Figura 35: Atividades desempenhadas pela farmácia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016 na unidade ESF SJO.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Dentre os motivos de busca geral pelos serviços de saúde da unidade, destacaram-se o grupo de hipertensos e a busca pela realização de exames/renovação de receitas (figura 36). Já em relação ao núcleo de enfermagem, de acordo com a Classificação internacional de Atenção primária (CIAP), o principal motivo de procura foi o de procedimentos em geral enquanto o motivo com menor demanda estava relacionado às questões de problemas sociais (figura 37). Em termos de frequência destes motivos de procura, destacaram-se os sintomas gripais,

coincidindo com a época do ano em que foi realizado o estudo, inverno na região, e, a menor procura, a realização de testes rápidos (figura 38). Os procedimentos mais frequentes do núcleo da enfermagem foram de interconsulta com a medicina e de orientação (figura 39).

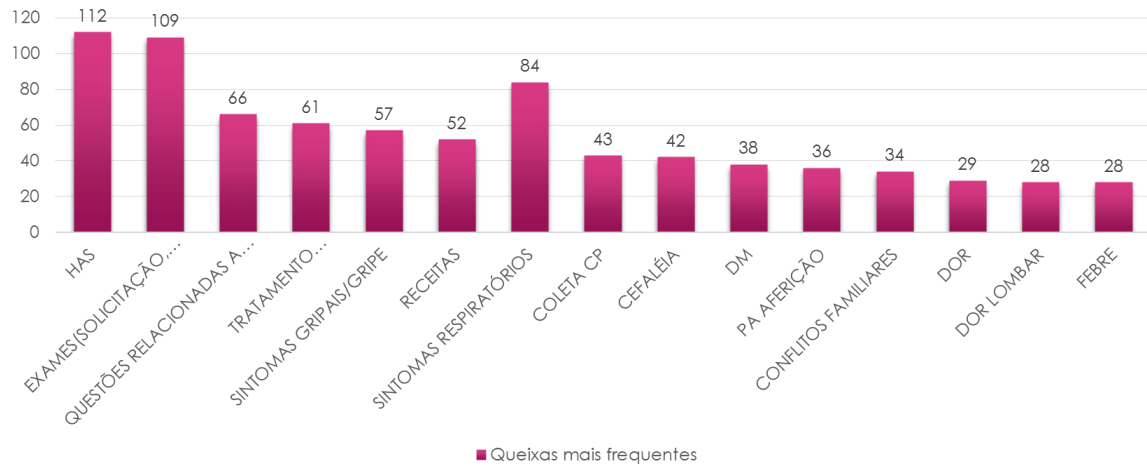


Figura 36: Motivos mais frequentes de procura pelos serviços de saúde da unidade no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

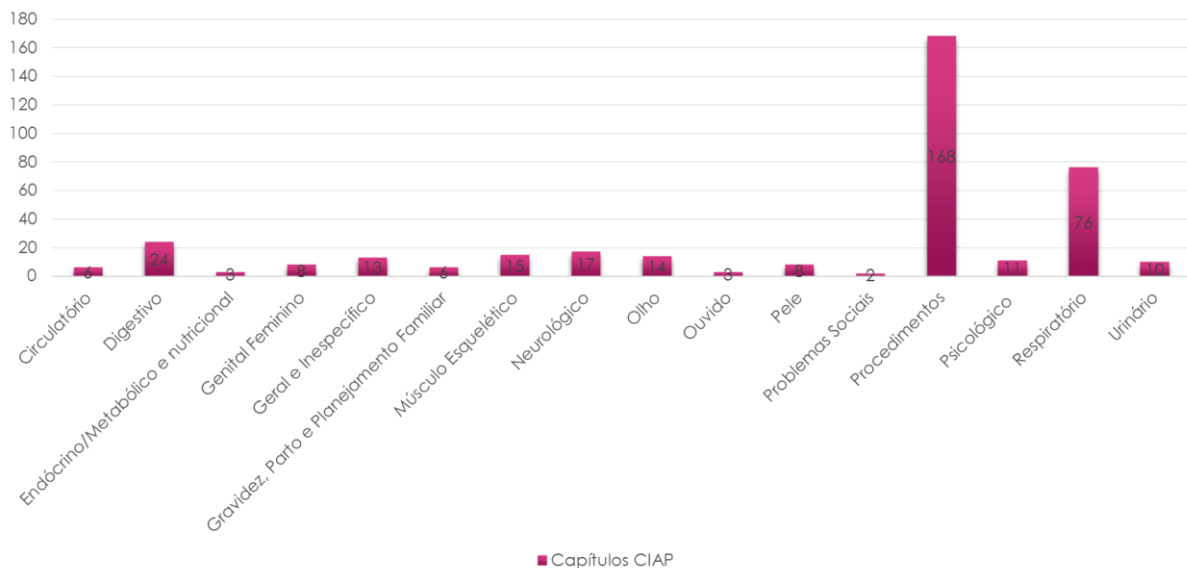


Figura 37: Principais motivos de procura pelo atendimento do núcleo de enfermagem no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

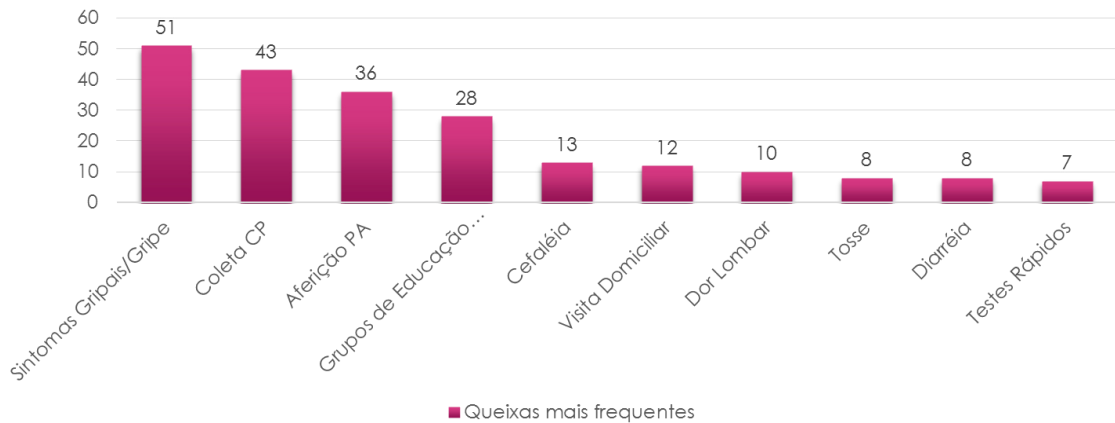


Figura 38: Motivos mais frequentes de procura pelo atendimento do núcleo de enfermagem no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

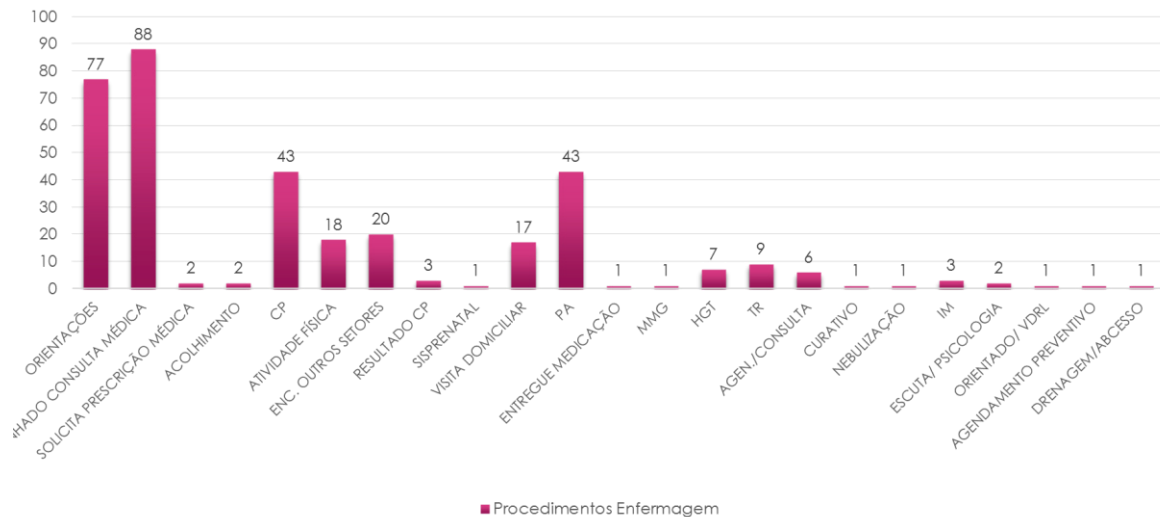


Figura 39: Procedimentos mais frequentes realizados pelo núcleo de enfermagem no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Ainda de acordo com o CIAP, o principal motivo para a procura pelo atendimento médico compreendia os procedimentos em geral enquanto a menor, era relacionada a questões auditivas e de sistema circulatório (figura 40). Já em termos de frequência, a solicitação de exames e renovação de receitas configurava como o maior número nesta procura pelo atendimento médico, estando a dor lombar e a asma como demandas menos frequentes, apesar do período em que o estudo foi realizado (figura 41). Quanto aos procedimentos médicos, os mais realizados foram os tratamentos de modo geral, estando em menor número as situações de

laudos e atestados (figura 42). Já em relação ao núcleo da odontologia, o principal motivo de procura do atendimento se referiu à busca de tratamento (figura 43), estando a restauração como procedimento mais frequente realizado na ESF (figura 44).

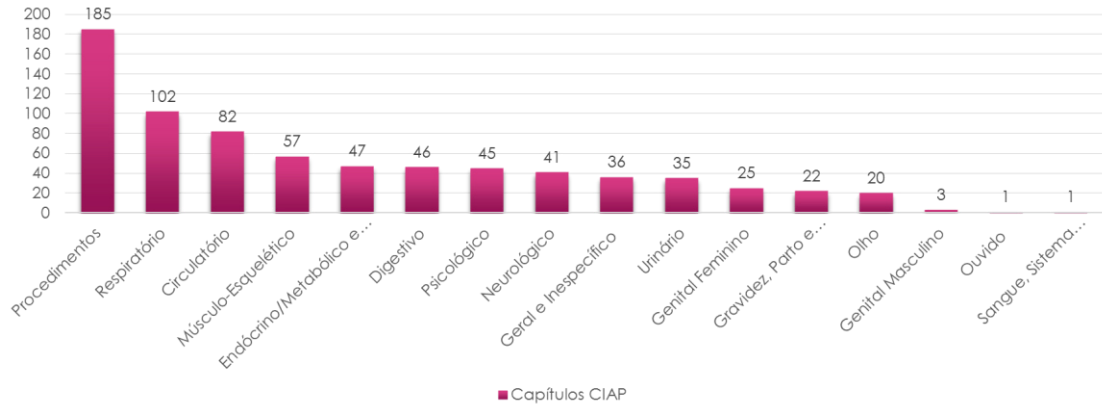


Figura 40: Principais motivos de procura pelo atendimento do núcleo da medicina no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

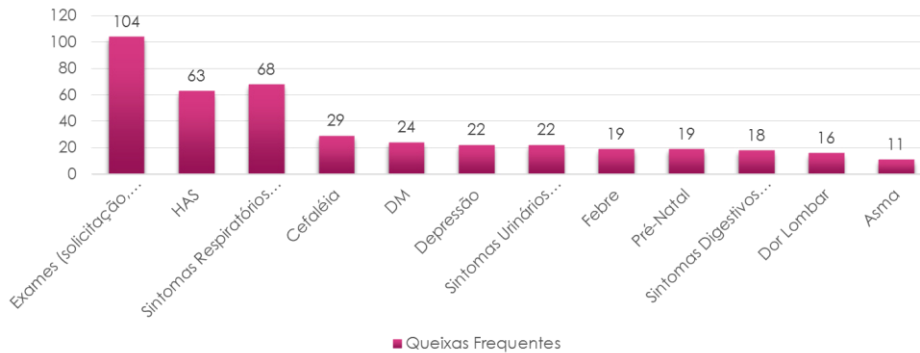


Figura 41: Motivos mais frequentes de procura pelo atendimento do núcleo da medicina no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

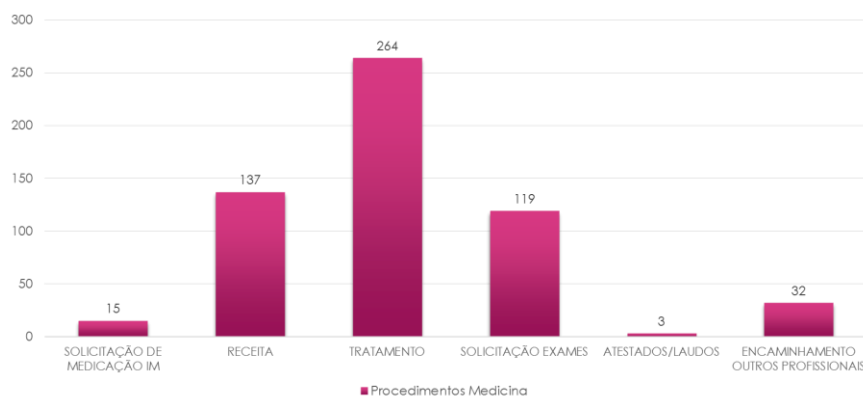


Figura 42: Procedimentos mais frequentes realizados pelo núcleo da medicina no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

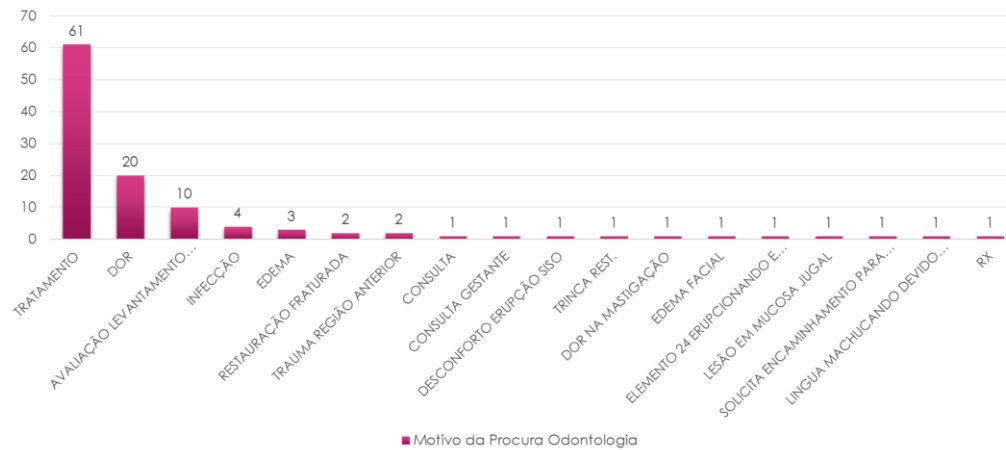


Figura 43: Principais motivos de procura pelo atendimento do núcleo da odontologia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

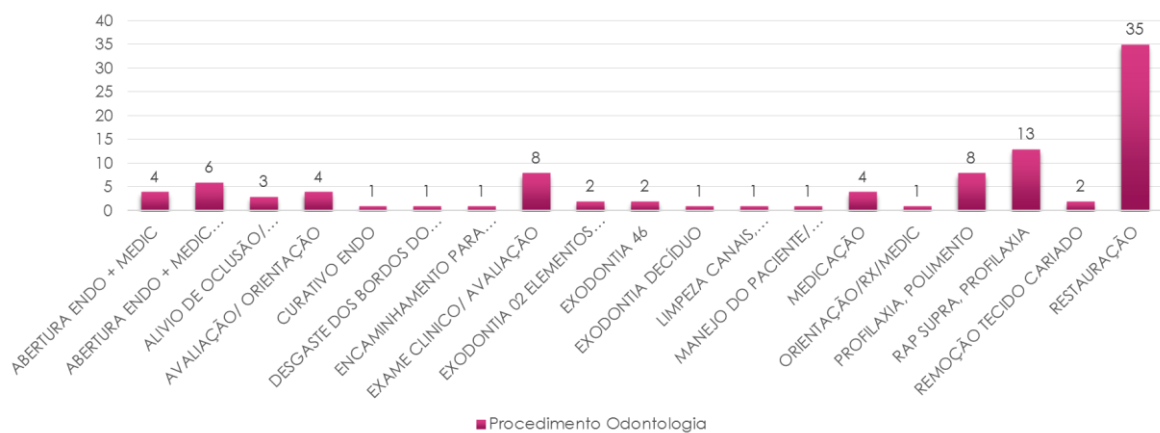


Figura 44: Procedimentos mais frequentes realizados pelo núcleo da odontologia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Quanto à busca pela psicologia, destacaram-se as temáticas relacionadas à ansiedade e conflitos familiares, embora, mesmo que pudessem estar inter-relacionados aos motivos de maior procura, os sintomas menos frequentes observados foram Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), baixa autoestima e introversão (figura 45). No que diz respeito à conduta, em maior

número esteve o atendimento psicológico individual e, em menor, o atendimento com familiar e psicoterapia de casal (figura 46).

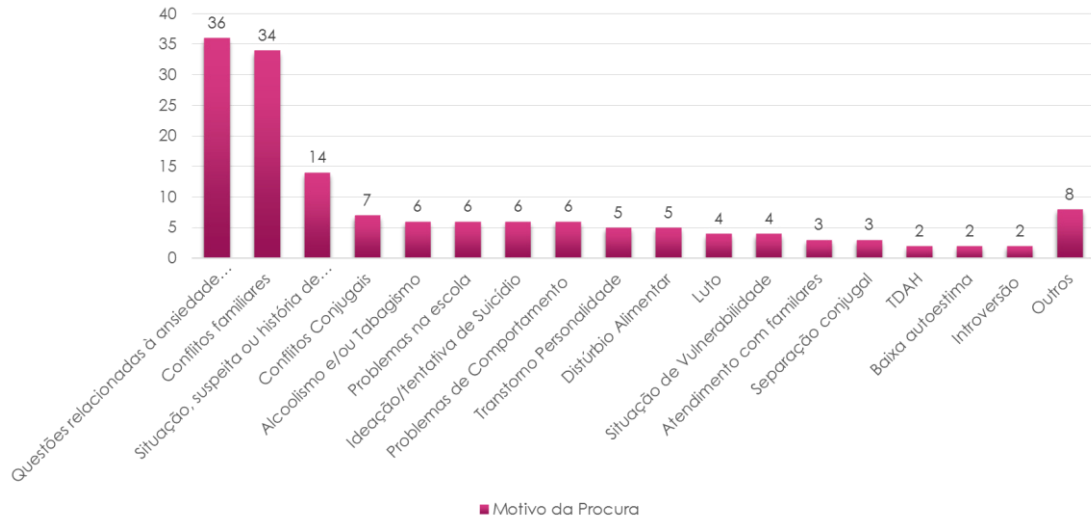


Figura 45: Principais motivos de procura pelo atendimento do núcleo da psicologia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

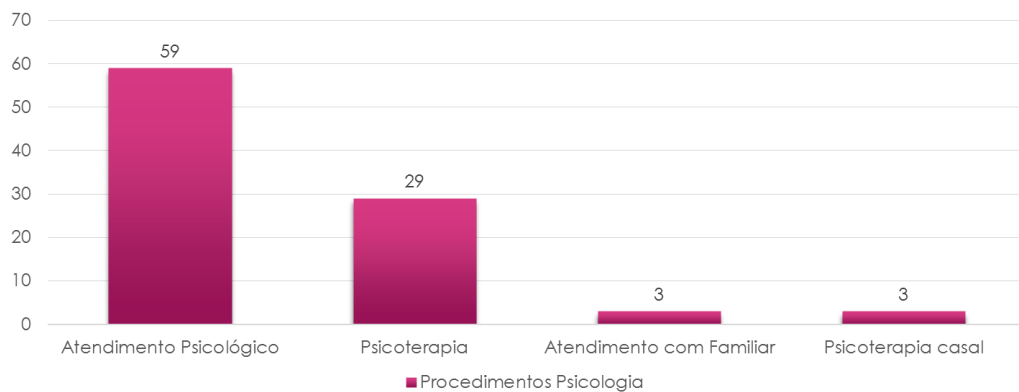


Figura 46: Condutas mais frequentes realizadas pelo núcleo da psicologia no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Referente ao núcleo das técnicas de enfermagem o principal motivo de procura foram os sintomas relacionados à hipertensão arterial (figura 47), enquanto, os procedimentos mais realizados pelo núcleo compreenderam a aferição de sinais, tais como aferição de pressão arterial, de batimentos cardíacos e de temperatura (figura 48).

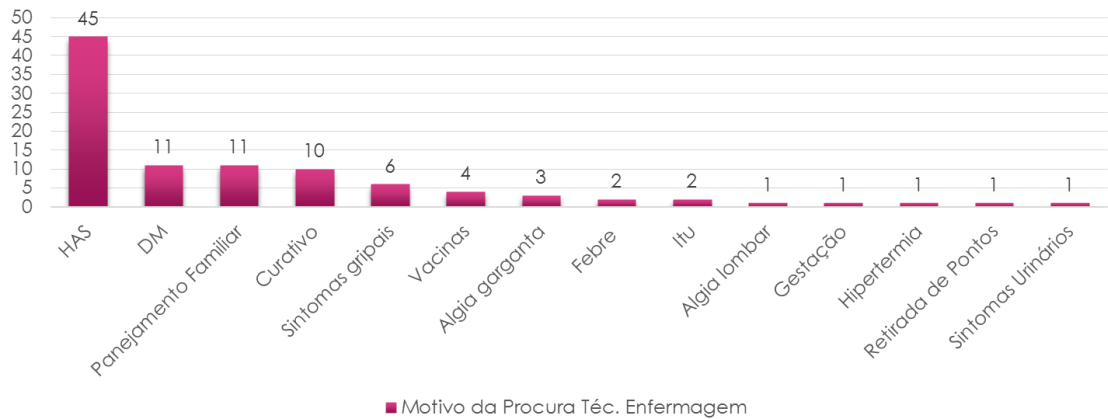


Figura 47: Principais motivos de procura pelo atendimento do núcleo das técnicas de enfermagem no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

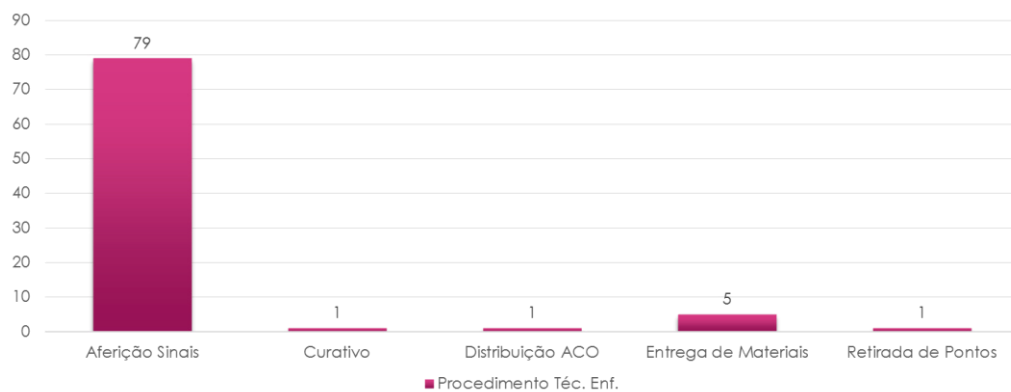


Figura 48: Procedimentos mais frequentes realizados pelo núcleo das técnicas de enfermagem no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

Por fim, no que diz respeito às condutas, é possível considerar que a maioria das demandas que foram apresentadas no dia-a-dia da ESF SJO durante o período de análise tiveram resolução, seja através da alta do episódio, agendamento para retorno e acompanhamento do caso ou, ainda encaminhamento para o apoio, compreendendo 557, 342 e 243 dos 1326 casos recebidos na unidade, respectivamente (figura 49).

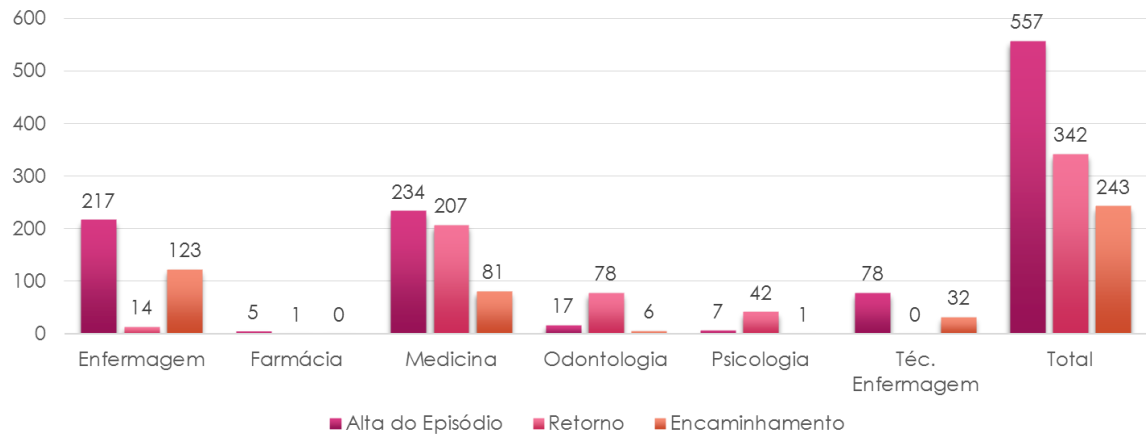


Figura 49: Conduas adotadas pela equipe da unidade de saúde ESF SJO no período de 06 de junho à 06 de julho de 2016.

Fonte: Análise de demanda da ESF SJO (2016).

REFERÊNCIAS

ACIM Marau. Disponível em: <<http://www.acim-marau.com.br/departamentos/unisaude>>. Acesso em: 19 jun 2017.

Análise de demanda da ESF São José Operário (jun- jul2016). Bruna Vieira, Rosane Rosa. Residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, pelo GHC, Porto Alegre.

Bernardi, F. *História de Marau: uma comunidade laboriosa*. Ed. Pallotti. Porto Alegre, 1992. 141 pag.

BVS. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação (2008). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>. Acesso em 22 jun 2017.

DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>.

IBGE. *Dados do censo*. Marau (RS). Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>; <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>.

IDEB. *Resultados*. Marau (RS). Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>.

FBH. *O que é saúde suplementar*. Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em: <<http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em: 20 jun 2017.

Ferneda, R. et. al. *Alocação de gasto público no município de Marau: uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento econômico*. Teoria e Evidência Econômica - Ano 21, n. 44, p. 186-220, jan./jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/ws/Downloads/5360-17619-3-PB%20.pdf>>. Acesso em: 25 jun 2017.

Marau (RS). *Conferência Municipal de Saúde de 2017*.

Marau (RS). *Plano Municipal de Educação 2015 – 2024*. Disponível em: <https://www.pmmarau.com.br/site/upload/conteudo_dinamico_arq/24_arq-391.pdf>.

Marau (RS). *Prefeitura*. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br>>.

Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. *Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 05 jul 2017.

Projeto de qualificação da gestão em saúde de Marau, Currículo integrado – R2. Cassiela Roman; Claudete Adriana Moretti; Deisi Antunes; Êmili Martins da Silveira; Mateus Augusto Pellens Baldissera. GHC 2015.

SILVA, J.P. *Inovação na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso no município de Marau-RS.* / Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2012. Caxias do Sul, 2012.

SISREG. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>>.

Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/>>.

CAPÍTULO II

**PROJETO DE PESQUISA:
“O significado do ato de amamentar”**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

JÚLIA DE MARCO

O SIGNIFICADO DO ATO DE AMAMENTAR

PASSO FUNDO, RS

2017

JÚLIA DE MARCO

O SIGNIFICADO DO ATO DE AMAMENTAR

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Ms. Jeanice de Freitas Fernandes

Co-orientadora: Enfermeira Eliana Paula Brentano

PASSO FUNDO, RS

2017

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo entender as percepções de gestantes sobre o ato de amamentar, para que se possa proporcionar conhecimento e orientações durante o pré-natal a respeito dos benefícios do aleitamento materno para mãe e filho. Justifica-se pelo fato que o profissional enfermeiro deve conhecer e entender sobre os saberes da gestante, suas crenças, valores e costumes, para assim poder realizar um bom trabalho de orientação sem desprezar a cultura de cada mulher. O sujeito serão mulheres gestantes primíparas, ou seja, que estejam em sua primeira gestação, cadastradas do SISPRENATAL, com idade superior a dezoito anos. Os dados serão coletados a domicílio de gestantes no município de Marau/RS. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa com entrevista semiestruturada e realização de intervenção após análise de dados, sendo realizado no período de janeiro a dezembro de 2018. Os resultados do estudo contribuirão para a melhoria da assistência de enfermagem para gestantes, puérperas e recém-nascidos, por haver a possibilidade de proporcionar orientações e conhecimento científico com relação à amamentação e aleitamento materno. Além de, incentivar esta prática e por consequência diminuir o uso de complemento alimentar sem necessidade ao neonato.

Palavras chaves: Gestantes; Amamentação; Assistência de Enfermagem; Percepção.

ABSTRACT

The present study aims to understand the perceptions of pregnant women about the act of breastfeeding, so that knowledge and guidance can be provided during prenatal care regarding the benefits of breastfeeding for mother and child. It is justified by the fact that the nurse professional must know and understand about the pregnant women's knowledge, their beliefs, values and customs, in order to be able to perform a good orientation work without neglecting the culture of each woman. The subject will be primiparous pregnant women, that is, they are in their first pregnancy, registered with SISPRENATAL, over the age of eighteen. The data will be collected at the home of pregnant women in the municipality of Marau / RS. This is an exploratory descriptive exploratory study with a qualitative approach with a semi-structured interview and intervention after data analysis, being carried out from January to December 2018. The results of the study will contribute to the improvement of nursing care for pregnant women who have recently given birth and newborns, given the possibility of providing guidelines and scientific knowledge regarding breastfeeding and breastfeeding. In addition, to encourage this practice and consequently to reduce the use of food supplement without necessity to the neonate.

Keywords: Pregnant; Breast-feeding; Nursing Care; Perception.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	DESENVOLVIMENTO	07
2.1	DIAGNÓSTICO	07
2.1.1	Breve contextualização do município	07
2.1.2	Breve contextualização do sistema e da rede de saúde local e regional	08
2.1.3	Breve contextualização do engajamento público da Unidade de Saúde	10
2.1.4	Breve contextualização da estrutura da Unidade de Saúde	11
2.1.5	Breve contextualização do processo de trabalho na Unidade de Saúde	12
2.1.6	Breve contextualização da população	12
2.2	ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO	14
2.2.1	Justificativa	14
2.2.2	Referencial teórico	14
2.2.3	Objetivos	16
2.2.3.1	Objetivo geral	16
2.2.3.2	Objetivos específicos	17
2.2.5	Metodologia	17
2.2.5.1	Tipo de estudo	17
2.2.5.2	Local e período de realização	17
2.2.5.3	População e amostragem	18
2.2.5.4	Variáveis e instrumento de coleta de dados	18
2.2.5.5	Logística	18
2.2.5.6	Processamento, controle de qualidade e análise de dados	19
2.2.5.7	Aspectos éticos	20
2.2.6	Orçamento	21
2.2.7	Cronograma	22
	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICES	25

1 INTRODUÇÃO

No território da comunidade verifica-se a situação de saúde e questões de doença dos usuários, com a equipe de saúde criam-se relações de vínculo, afeto e confiança, assim como entre os próprios usuários, famílias e grupos (BRASIL, 2012). O reconhecimento do local de abrangência do campo de prática torna-se elemento fundamental para que tais relações que construam para a promoção de saúde.

A saúde é “Direito de todos e dever do Estado”, assim foi definido pela Constituição Federal Brasileira quando criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O qual foi um importante marco no desenvolvimento da política de saúde do Brasil, em que a partir disso criam-se meios para melhoria na assistência as pessoas com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com integrada realização de atividades preventivas em benefício a população (BRASIL, 1990).

A Atenção Básica (AB) como fundamental porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde inicia-se com o ato de acolher e escutar, com a garantia de resposta resolutiva para a maioria das questões de saúde dos pacientes, ou encaminhamento das questões não resolvidas na AB. Posto que, a equipe é a responsável por reduzir danos, ser eficaz no cuidado e garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Para isso ser efetivo há a necessidade de as ações serem realizadas em equipe, principalmente multiprofissional, de forma com que os saberes de cada integrante se acrescentem e as ações sejam planejadas conforme prioridades identificadas no território da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), revisada no presente ano, a ESF visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do SUS para a fortificação da AB e ampliação de resolutividades na situação de saúde dos usuários e da comunidade de forma multidisciplinar.

O contato e a realização de trabalho contínuo no campo de prática da rede de atenção à saúde fizeram surgir alguns questionamentos quanto os modos de trabalho e dificuldades observadas na população. Ambas as indagações possuem a expectativa que o trabalho a ser desenvolvido aperfeiçoe o serviço, assim como o fortalecimento de vínculos e o desenvolvimento de ações junto aos usuários escolhidos para o estudo.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade que se inserem na atenção básica tornam o serviço um local mais ativo e proativo na formação de recursos humanos em benefício ao SUS. Visto que, se formam profissionais especializados

ao atendimento multiprofissional e integral para com o usuário, além disso, provocam os profissionais do serviço com novas possibilidades de promoção e prevenção.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.117, de 3 de novembro de 2005 são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem diversas profissões da área da saúde (BRASIL, 2006).

Dentro da promoção e prevenção está o acompanhamento de gestantes, com cuidado continuado desde o seu primeiro trimestre seguindo a puericultura, onde são desenvolvidas atividades visando seus benefícios, para a família e para a criança, seguindo uma linha de cuidado específica criada no município de acordo com a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

No entanto, apesar da existência de um fluxo em que se visa o cuidado integral e continuado de mãe e filho, a questão sobre o aleitamento materno sofre interferências, visto que pode haver escassez de incentivo e orientações transmitidas a ela referente a amamentação. Além disso, através da observação da autora sobre a fala de gestantes, o uso de complemento alimentar é prescrito indiscriminadamente dificultando assim o vínculo do bebê com aleitamento materno exclusivo.

Logo, surgiu uma inquietude sobre, qual a percepção da gestante ao ato de amamentar? Estudo este, que se presume necessário para que os profissionais de saúde possam compreender sobre o entendimento da mulher em relação ao ato da amamentação, para que assim possam proporcionar melhor assistência as gestantes e futuras puérperas, bem como ao recém-nascido.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. DIAGNÓSTICO

2.1.1 Breve contextualização do município

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade está inserida no município de Marau, localizado ao norte do Rio Grande do Sul. Segundo o IBGE, a população estimada para 2017 é de 41.059 habitantes, sendo que no último censo demográfico o qual foi realizado em 2010 a população era de 36.364 pessoas, e a expectativa média de vida da população era de 74,64 anos (IBGE, 2010). Possui 649,3 km² de área, configurando 0,23% da área total do estado e 0,008% do território nacional (IBGE, 2010).

De colonização Italiana, Marau transformou-se município em 28 de fevereiro de 1955. A cidade tem como marcos de destaque a culinária, bebidas e as belezas naturais interioranas, que incluem rotas de passeios, como a Rota das Salamarias e o Caminho das Águas e Sabores. Marau preserva ainda no interior, famílias que vivem da agricultura familiar, através da produção de grãos, leite, aves e suínos (MARAUA).

No ano de 2014, foi construído o Plano Municipal de Educação, em que foram discutidas propostas procurando atender as necessidades da comunidade com relação a educação, o plano gerado subsidiará e orientará pelos próximos dez anos. (MARAUB).

Atualmente, a educação custeada pelo município conta com escolas de ensino infantil e fundamental, a educação custeada pelo Estado com ensino fundamental e médio. Além disso, há escolas de ensino privado com todos os módulos de ensino, contemplando, inclusive, o ensino superior, ensino complementar, ensino especial e ensino profissionalizante (MARAUB).

Tratando-se de economia e desenvolvimento, cabe destacar, que Marau apresenta sua dinâmica relacionada às indústrias metalúrgicas e de transformação, tendo como atividades secundárias o comércio de varejo, serviços diversos e agropecuarista, sendo estas, as que mais envolvem a mão de obra local (FERNERDA; et al, 2015).

Houve grandes mudanças no aspecto econômico entre os anos de 2003 e 2009, com o aumento de população e construção de novas moradias. Além disso, também foram realizadas melhorias na infraestrutura urbana, incluindo incentivo a atividades culturais, implantação de novas práticas na gestão de saúde, como por exemplo, a adoção do programa ESF, atingindo a

meta de cobertura de 100% do município, realização de campanhas de promoção e prevenção da saúde, atendimento 24 horas, dentre outros projetos (FERNERDA; et al, 2015).

2.1.2 Breve contextualização do sistema e da rede de saúde local e regional

Conforme dados apresentados por gestores da Secretaria Municipal de Saúde na Conferência Municipal de Saúde realizada em maio de 2017, são doze unidades que compõem o serviço de atenção primária em saúde do município os quais integram o programa ESF implantado desde 2012, garantindo cem por cento de cobertura de atendimento à população. Além disso, estas unidades contam com a utilização de um prontuário eletrônico, com acesso à internet, no qual é possível acompanhar a trajetória do paciente pela rede básica permitindo um cuidado continuado deste paciente, porém quando o usuário entra no hospital não há acesso ao prontuário da rede de atenção básica.

Todas as unidades possuem equipe multiprofissional capaz de fornecer à população atendimentos por médicos, equipe de enfermagem, farmacêuticas e psicólogas, sendo capazes de atender urgências de menor complexidade, vacinação e aplicação de injetáveis, distribuição e orientação sobre medicamentos, psicoterapia, serviços de atendimento domiciliar, além de haver desenvolvimento de atividades e grupos de orientação voltados para a comunidade.

Além disso, para garantir um atendimento integral aos munícipes o pronto atendimento trabalha com horário estendido, das 18 às 22h garantindo, dessa forma, o apoio às unidades para a demanda excedente. Além disso, a saúde do município recebe apoio do Hospital Cristo Redentor, no qual alguns leitos são destinados à pacientes do SUS, em que são garantidos os serviços de urgência, emergência e especialidades por meio de compra de serviço em benefício dos usuários garantindo, assim, acesso a todos que procuram os serviços de saúde do município.

São desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visam a integralidade do cuidado e estão inseridos na construção das redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador. Junto a vigilância, parte dos Sistemas de Informação a Saúde são alimentados, são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, como objetivo de fornecer informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Atualmente, o município também conta com o CAPS, composto por uma equipe multidisciplinar que contempla uma psicóloga, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um médico especialista em saúde mental, um assistente social, um administrativo, uma artesã e um cuidador.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas atuando de maneira articulada de modo a apoiar e dar suporte aos profissionais das equipes de saúde da família. Atualmente, no município, o profissional que compõe a equipe do NASF é uma Nutricionista.

Possui Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social, sendo responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social.

Já o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) tem por objetivo ofertar serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, o que pode ser classificado como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas ou mesmo cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto.

Outro programa desenvolvido em Marau é a Rede Cegonha, que, por sua vez, permite o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. Através deste programa é possível promover a vinculação da paciente gestante à unidade de referência para assistência ao parto.

O sistema de regulação utilizado por Marau é o Sistema de Informação de Regulação (SISREG), parte da Política Nacional de Regulação do SUS, sistema on-line disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento do Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (BRASIL, 2008).

O fluxo para acesso ao sistema no município é pela seguinte forma; em consulta médica, o profissional fornece um documento caracterizando o motivo pelo qual o paciente necessitará de encaminhamento para exame, procedimento ou consulta específica, com o documento em mãos o paciente deve ir até o setor de encaminhamentos junto à secretaria municipal de saúde para ser realizado o encaminhamento junto ao SISREG.

Para as especialidades que o SISREG não contempla para a cidade de Passo Fundo, há o GERCON, Sistema de Gerenciamento de Consultas e Exames Especializados com referência para Porto Alegre.

A referência hospitalar é a Associação Hospitalar Beneficente de Marau, o Hospital Cristo Redentor, a qual foi fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, possui 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O HCR presta serviços de obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal, podendo promover atendimento também aos casos mais complexos e que necessitam de internação hospitalar, desde que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Hospital da Cidade (HC) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), todos localizados na cidade Passo Fundo/RS. Havendo necessidade de transporte para estas instituições a prefeitura municipal disponibiliza meios.

O HSVP é a referência para a realização de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, tendo este último como instituição de referência, também o setor de oncologia do HC. Também pode ser disponibilizado tratamento de braquiterapia, mas, neste caso, o deslocamento é feito até o município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema de Gestão e Regulação da Saúde (AGHOS) e SISREG (Passo Fundo).

2.1.3 Breve contextualização do engajamento público da Unidade de Saúde

Existem diversas atividades de educação em saúde oferecidas a comunidade através dos profissionais da ESF, como grupos que proporcionam orientações, rodas de conversas, além de diversão aos usuários participantes. Semanalmente acontece o grupo de atividade física, em que os usuários realizam exercícios junto a Academia de saúde e pelas ruas com caminhadas; além deste, ocorre o grupo de artesanato onde mulheres se encontram para bordar, montar, costurar e criar com novas ideias. Quinzenalmente, ocorre o grupo “Cuidando de sua saúde” com foco na roda de conversa sobre assuntos diversos sobre saúde e bem-estar. Semestralmente acontece o grupo de tabagismo e o grupo de gestantes.

Além disso, uma vez ao mês ocorre um encontro com usuários e profissionais no Conselho Local de Saúde para tratar sobre controle social, momento este para a população fazer questionamentos sobre situações, problemas, sugestões e críticas sobre os serviços oferecidos da ESF, e assuntos referentes na comunidade. Pois, a partir de então as falas elaboradas são repassadas no momento do Conselho Municipal de Saúde para a gestão.

2.1.4. Breve contextualização da estrutura da Unidade de Saúde

A estrutura da ESF foi readequada as necessidades de uma unidade de saúde, antes era espaço de escola. Hoje a estrutura física é composta por recepção, três banheiros para o público, dois consultórios médicos, dois consultórios ambulatoriais, farmácia, consultório odontológico, consultório de enfermagem, sala de lavagem de materiais, sala de esterilização, almoxarifado, lavanderia, dois consultórios de psicologia, cozinha e sala de reuniões, estes dois últimos dividem o mesmo espaço.

Ainda, ao lado da sede da ESF há um dos dois Polos de Academias de Saúde que o município disponibiliza, onde é realizado o grupo de atividade física, além de ser frequentemente ocupado pela comunidade em geral.

A reposição de equipamentos e materiais acontece de acordo com o estoque ofertado pelo município, realiza-se pedido de materiais mensalmente, normalmente trabalha-se com um estoque adequado para as necessidades, entretanto no momento há falta de materiais odontológicos em que não há possibilidade da realização de alguns procedimentos.

A rede de assistência farmacêutica integrante da equipe, conta a disponibilização de 215 medicamentos que compõe a lista básica da farmácia municipal. Há a farmácia de dispensação de medicamentos do Estado, na qual ocorre o fornecimento de medicamentos que compõe a Lista dos Medicamentos Especiais os quais devem ser solicitados.

A equipe multiprofissional que compõe esta unidade é composta por uma administrativa, duas médicas (uma contratada 40 horas e outra pelo Programa Mais Médicos com 36 horas), duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica atuando 20h semanais, uma dentista, também atuando 20h semanais, uma auxiliar de consultório dentário 20h semanais, uma psicóloga 20h semanais, uma enfermeira 40h semanais, seis ACS e uma sanificadora. Além disso, a equipe conta com profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde pela UFFS, sendo uma enfermeira, duas psicólogas e duas farmacêuticas. Portanto, é uma equipe com saúde bucal, a qual a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) prevê, e além disso possui demais profissionais e profissões trabalhando junto à comunidade. No que se

refere ao cumprimento de atribuições, há profissionais que apenas cumprem suas funções e há profissionais que buscam além disso, como outras formas de promover saúde.

O serviço de atendimento especializado pelo SUS o qual a ESF possui acesso conta com médicos ginecologista/ obstetra e pediatras para atender pacientes com necessidade de especialista encaminhados das unidades de saúde. As demais consultas especializadas pelo SUS são encaminhadas via SISREG, ou há a possibilidade de atendimento em hospitais de referência na cidade de Passo Fundo, porém o paciente deve arcar com os custos da consulta, é fornecido apenas um desconto para estes casos.

Quanto ao acesso para realização de exames complementares quando necessários são solicitados pelas médicas da ESF. A gestão possui convênio com todos os laboratórios de análises clínicas do município, em que são disponibilizados exames pelo SUS, assim como exames de imagem, os quais são encaminhados ao setor de exames do HCR, porém alguns há a necessidade de ser encaminhados via sistemas de regulação.

2.1.5. Breve contextualização do processo de trabalho na Unidade de Saúde

O funcionamento atual da unidade ocorre através da distribuição de fichas para atendimento médico todas as manhãs, e fichas para atendimento odontológico em três manhãs da semana. Durante o turno da tarde, são realizados agendamentos para os grupos de risco, incluindo gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e deficientes físicos, além do agendamento para retornos em procedimentos odontológicos. Na ESF não se realiza classificação de risco, os pacientes que necessitam procuram a unidade e são atendidos por ordem de chegada.

Ainda, há atendimento a demanda espontânea, o qual são realizados diariamente com acesso livre para a população, em que os usuários são acolhidos, orientados e havendo necessidade de atendimento médico são encaminhados para consulta no serviço de apoio a demanda excedente, ou quando espaço nas agendas médicas são atendidos na própria ESF. Além disso, o HCR funciona com setor de pronto atendimento 24 horas, onde pacientes podem ser encaminhados das ESF para atendimento emergencial.

2.1.6. Breve contextualização da população

De acordo com o cadastro das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a ESF compreende 1818 famílias, sendo 7.000 usuários de cobertura. As ACS atendem sete micros

áreas, estando duas localizadas no bairro São José Operário (micro áreas 30 e 31), duas no Frei Adelar, (27 e 28) além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa (micro áreas 29, 67 e 68). Além disso, há uma área descoberta sem acompanhamento de ACS, e a área do Distrito Industrial do município em que se instalaram cerca de 70 pessoas as quais procuram a ESF para atendimento.

A população de abrangência da ESF São José Operário caracteriza-se pela diferenciação de perfil por bairros. O bairro em que está implantada a unidade de saúde diferencia-se por ser um bairro com população mais experiente, as casas são mais antigas e as pessoas permanecem ali por mais tempo.

As atividades econômicas predominantes no território são desenvolvidas no setor de comércio, serviços, e há presença de grandes empresas. Fazem parte do território, a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, um centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes.

Em relação ao tipo de moradia, a maioria dos moradores possuem casa própria e alvenaria, dado observado principalmente nas micro áreas do bairro Nova Alternativa, no qual a maioria das casas foi projetada, porém o bairro foi criado para ser um condomínio fechado.

O abastecimento de água varia de acordo com cada área, com responsabilidade da Corsan ou abastecimento por poços artesianos através da associação de moradores. Referente à coleta de lixo, todas as micro áreas contempladas no território possuem, e a maioria das casas possuem coleta de esgoto. Entretanto, no bairro SJO e no Nova Alternativa cabe destaque ao fato de que algumas casas possuem fossa séptica. Entretanto, é importante destacar que também há pontos de reciclagem de lixo, que servem como meio de sustento para alguns moradores.

A pavimentação das ruas é considerada satisfatória, possuindo calçamento em sua maioria. Entretanto há dificuldade em relação ao acesso aos bairros SJO e Nova alternativa, uma vez que se tem apenas uma via de acesso aos bairros pela ERS 324, a qual apresenta intenso fluxo de veículos. A sinalização de ruas principalmente no bairro São Jose Operário é dificuldade pela sua falta, em que não há placas identificando as ruas.

A população é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência. Ainda, há grande população de crianças e idosos, além de imigrantes haitianos, que utilizam os serviços de saúde. Percebe-se no território um alto índice de vulnerabilidade, havendo alto índice de uso de drogas pelos jovens e, também, elevado número de casos de violência doméstica.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.2.1. Justificativa

Durante o período gestacional a mulher passa por diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais. O marco do início da gestação se dá pela concepção, ou seja, a união do óvulo com o espermatozoide. Após, eventos sequenciais marcam um período da vida da mulher que se prolonga por no máximo nove meses, até o momento do parto onde marca o fim da gravidez, o nascimento de uma criança e um novo capítulo na vida da mãe e seus familiares.

Em seguida ao nascimento, após a expulsão da placenta inicia-se o puerpério. Barros (2006) diz que o puerpério compreende o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, causadas pela gestação no organismo materno retornam ao estado pré-gravídico. Junto ao ciclo uma nova fase se inicia, o ato de proporcionar alimento e criação de vínculo com o neonato, dá-se início a amamentação.

O profissional enfermeiro deve conhecer e entender sobre os saberes da gestante, suas crenças, valores e costumes, para assim poder realizar um bom trabalho de orientação, e além disso sem desprezar a cultura de cada mulher.

Após o entendimento sobre o serviço de saúde atuante, do reconhecimento da população e do território, além do acompanhamento de casos, o assunto para pesquisa e intervenção escolhido foi sobre o aleitamento materno.

A partir do aprendizado do profissional enfermeiro sobre as questões que preocupam as futuras nutrizas, ainda no período do pré-natal haverá possibilidade de proporcionar orientações e conhecimento científico sobre as vantagens e possíveis dificuldades que as mesmas poderão ter com relação à amamentação e aleitamento materno. Além de, incentivar esta prática e por consequência diminuir o uso de complemento alimentar sem necessidade ao neonato. Desta forma, pretende-se saber qual o entendimento da gestante sobre o aleitamento materno?

2.2.2. Referencial teórico

O leite humano é um alimento presente na vida das pessoas há muito tempo, com significativo valor biológico e cultural. Desde os tempos de 2500 AC os povos tinham o

hábito de alimentar os recém-nascidos com leite humano, especialmente das “amas de leite”, mulheres plebeias que alimentavam as crianças de seus servos. Entretanto, com o aumento de casos de mortes infantis, as quais foram vinculadas as enfermidades que as amas de leite possuíam houve receio de que doenças seriam transmitidas via leite materno, então as crianças começaram a ser alimentadas com leite de vaca oferecido em mamadeiras. (BOSI, MACHADO, 2005; VINAGRE, DINIZ, VAZ, 2001).

Com o passar do tempo, ocorreu crescentes pesquisas com intuito de buscar substituto ao leite materno. Na metade do século XIX houve diminuição da prática do aleitamento materno em consequência da comercialização de novas alternativas à alimentação infantil, sendo incentivadas pelos pediatras como melhor opção de nutrição para as crianças (BOSI, MACHADO, 2005).

Após os anos 50 o “leite em pó” foi o produto indicado para facilitar a tarefa do aleitamento materno, passou a ser prescrito indiscriminadamente às mães como forma mais prática para alimentar seus filhos desde a secção do cordão umbilical, sendo ofertado à mãe pela indústria ao sair da maternidade (BOSI, MACHADO, 2005).

Não obstante, ocasionou uma grande mudança no comportamento e na vida das mulheres, sendo os valores e hábitos transmitidos de geração em geração deixados para trás e o ato de amamentar antes uma prática cultural, e após tornou-se influenciado pela indústria e comércio.

Com a normativa do Código de Substitutos do leite humano, realizado em 1981 em Assembleia Mundial de Saúde, vários programas estratégicos de promoção ao aleitamento materno foram implementados no Brasil através do Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) com enfoque ao resgate do aleitamento materno exclusivo no país (BRASIL, 2009; BOSI, MACHADO, 2005).

Atualmente, a PNAM atual está organizada em seis braços estratégicos. Através, do incentivo ao aleitamento materno na AB por intermédio da Rede Amamenta Brasil; na atenção hospitalar pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e pelo Método Canguru (BRASIL, 2009). Entre as principais estratégias da política de promoção do aleitamento materno está a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH) (BRASIL, 2009).

Com relação à proteção legal ao aleitamento materno, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, a partir disto, algumas leis e normas foram criadas e reformuladas, como a licença maternidade, que de quatro meses foi ampliada para seis meses em 2008 (BRASIL, 2009).

Visto os benefícios que a amamentação proporciona para a mãe e filho, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2015a).

Entre os benefícios estão: evita mortes infantis, diarreia e infecção respiratória; diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol e diabetes; reduz a chance de obesidade; melhor nutrição; efeito positivo na inteligência; melhor desenvolvimento da cavidade bucal; proteção contra o câncer de mama; evita nova gravidez; menores custos financeiros; promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho e melhor qualidade de vida para mãe e filho (BRASIL, 2015b).

Como já visto, a gestante sofre muitas interferências com repercussão de mitos e crenças populares por parte da família e da sociedade, que passam suas experiências antigas e seus saberes históricos (PRIMO, CAETANO; 1999). Os quais são facilmente influenciados beneficemente ou maleficamente sobre a decisão de amamentar, ou na continuidade do aleitamento materno, além de como agir na hora de dificuldades.

Para tanto, é imprescindível que o profissional de saúde obtenha conhecimento sobre tais saberes de cada gestante, para que compreenda as possíveis atitudes da mulher com seus possíveis desafios e possibilidades. Posto que, ao identificar e entender as influências existentes poderá trabalhar junto a isso oferecendo melhor assistência e proporcionando possibilidades de suporte.

Não basta ao profissional ter conhecimento e habilidade, ele precisa ter competência para se comunicar com eficiência, pois aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer, mas sim ajudá-la a tomar decisões após ouvi-la. É fundamental que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas em suas decisões (BRASIL, 2015b).

2.2.3. Objetivos

2.2.3.1 Objetivo geral

Entender as percepções de gestantes primíparas sobre o ato de amamentar, para que se possa proporcionar conhecimento e orientações durante o pré-natal a respeito dos benefícios do aleitamento materno para mãe e filho.

2.2.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer a percepção da gestante sobre o ato da amamentação.
- Incentivar a confiança das mães sobre sua habilidade de amamentar.
- Promover a atuação do enfermeiro na orientação junto às gestantes sobre ao aleitamento materno.
- Investigar se a gestante possui algum conhecimento sobre complemento alimentar.

2.2.4 Metodologia

2.2.4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, Minayo (2002), define que a pesquisa qualitativa consiste em um estudo para compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver.

Como a pesquisa qualitativa em geral, a pesquisa-ação não é facilmente definida, é uma forma de pesquisa participante, na qual os pesquisadores trabalham explicitamente *com, para e por* pessoas, em vez de realizar a pesquisa *sobre* elas, seu foco é sobre a realização de uma ação (POPE, MAYS; 2009).

Em que se planeja, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo sempre mais no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP; 2005).

2.2.4.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na área de abrangência da ESF São José Operário no município de Marau/ RS já descrito. O período em que será efetuado será de janeiro a dezembro de 2018.

2.2.4.3 População e amostragem: grupo de estudo, critérios de inclusão e exclusão

A população será constituída por vinte mulheres que estejam no período gravídico no período da coleta de dados cadastradas no Programa SISPRENATAL e em lista própria da unidade de saúde.

A lista de nomes para seleção das participantes encontra-se em pasta de documentos na rede de computadores com acesso livre na Unidade de saúde em que se realizará o estudo. É disposta em documento de fácil acesso a todos os membros da equipe de saúde, sendo atualizada pelos profissionais enfermeiros.

A seleção das participantes será realizada por meio de sorteio, em que ocorrerá se houver mais participantes aptas a participar do que o número da amostragem. Sendo assim, a pesquisadora irá enumerar as mesmas e realizar o sorteio de 20 participantes, e estas serão selecionadas a participar.

Critérios de inclusão: mulheres primíparas (primeira gestação), que estejam com mais de 30ª semana de idade gestacional, que realizem o pré-natal na unidade em estudo, acima de dezoito anos.

Critérios de exclusão: mulheres gestantes que não tenham capacidade de compreender e responder verbalmente o questionário.

2.2.4.4 Variáveis e instrumento de coleta de dados

Optou-se como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, conforme POPE e MAYS (2009) consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes.

A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais. As perguntas foram elaboradas pela autora (Apêndice A).

As variáveis que caracterizam o sujeito da pesquisa, tais como idade, escolaridade, raça e renda familiar.

2.2.4.5 Logística

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, de acordo com o que estabelece o item XI.2, da

Resolução 466/12, os sujeitos aptos a participar da pesquisa serão convidados pela pesquisadora através de contato telefônico. Em que será agendando um encontro com a pesquisadora em ambiente domiciliar em modo privado para formalizar a autorização e informando sobre o objetivo da pesquisa.

De forma individual na data e horário que for melhor para as gestantes, e estas aceitarem de livre e espontânea vontade será solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B). Desta forma, será feito entrevista para a coleta de dados, a qual será gravada em um gravador de celular marca Samsung que propriedade da pesquisadora, em seguida os dados serão transcritos em tabela eletrônica (Apêndice C), e após deletados. Posteriormente, será realizado análise dos dados obtidos, e após será realizado a intervenção da pesquisa.

Sendo assim, será implantado na ESF São José Operário uma rotina de consulta de enfermagem para gestantes primíparas a partir da 30^a semana gestacional, visto que as mesmas realizam o pré-natal de baixo risco na ESF até a 33^a semana, após migram o local de atendimento, além de, ser mais próximo ao momento do parto. Posto isso, possui por finalidade incentivar o aleitamento materno após o parto, diminuindo o uso de complemento alimentar sem necessidade, com isso proporcionando orientações sobre possíveis medos, dúvidas, mitos que as gestantes possuem, a fim de evitar questionamentos em seguida ao nascimento.

Após a análise dos dados coletados, será proporcionado um encontro com todas as participantes do estudo na unidade de saúde, para apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa.

2.2.4.6 Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Para Minayo (2009), a fase da “análise” pode ser entendida como descrição dos dados e a “interpretação” como articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa. Essa proposta consta dos seguintes passos:

a) Ordenação dos dados: engloba as entrevistas, incluindo as etapas de transcrição, releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem; organização dos dados de observação em determinada ordem.

b) Classificação dos dados: feito a partir do material recolhido, compõe-se nas etapas de leitura exaustiva dos textos, prolongando uma relação interrogativa entre eles; constituição de um corpus ou de vários corpus de comunicações, se o conjunto das informações não é

homogêneo. Assim, por meio de uma leitura transversal de cada corpo, recortando cada entrevista ou documento de unidade de registro a serem diferenciadas por tópicos de informação ou por temas.

c) Análise final: a partir das duas etapas anteriores será feita uma articulação entre as categorias obtidas nas fases de coleta de dados entre os objetivos e a questão problema do estudo com a finalidade de promover a melhoria da assistência de enfermagem sobre aleitamento materno para as gestantes.

No entanto, existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados na pesquisa qualitativa, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades. Segundo Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, em que o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

2.2.4.7 Aspectos éticos

Este estudo em observância com as diretrizes da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem atenderão aos seguintes aspectos éticos:

Consentimento:

a) Da instituição: este projeto de pesquisa será encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau – RS para obter o termo de ciência e concordância desta instituição (Apêndice D).

b) Dos sujeitos: através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as sujeitos maiores de dezoito anos. Os sujeitos autorizarão sua participação voluntária na pesquisa assegurando-lhe o direito dos mesmos de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

c) Sigilo e anonimato: os sujeitos terão assegurado sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, para isso serão utilizados pseudônimos.

d) Benefícios: como benefícios indiretos pode se alcançar o conhecimento que as gestantes têm em relação aos seus medos, dúvidas, angustias relacionadas a amamentação, de modo a poder contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem as gestantes, puérperas e recém-nascidos. Como benefício direto a participante será instruída após responder a entrevista sobre os benefícios do aleitamento materno com entrega de folheto explicativo.

e) Riscos: ao participar desse estudo os sujeitos correm riscos mínimos de caráter emocional, por envolver sentimentos assim como, o risco de constrangimento durante a aplicação da entrevista. De modo a evitar que o risco se concretize o encontro com a pesquisadora será realizado em ambiente privado e de forma individual. Caso os riscos se concretizem a pesquisadora poderá sugerir a interrupção do questionário sem nenhum prejuízo a participante ou ainda encaminhamento para uma ajuda profissional para receber suporte da equipe e da instituição onde está sendo realizada a entrevista. Se algum outro risco não previsto seja observado em um nível acima do aceitável a atividade que gerou o risco será interrompida.

f) Propriedade intelectual dos dados e divulgação dos resultados: O termo de consentimento livre e esclarecido resguardará a autora do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados.

g) Garantia de resposta a qualquer pergunta: Os sujeitos terão a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida relacionada ao estudo e também liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa.

h) Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si: Ressaltamos a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

i) Garantia de privacidade: Asseguramos que os sujeitos não serão identificados e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização.

2.2.5 Orçamento

ITEM	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Folha A4	01 pacote	02	R\$ 5,00	R\$ 10,00
Toner colorido	01	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Toner preto	01	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Canetas esferográficas	01	02	R\$ 1,50	R\$ 3,00
Marcador de texto	01	04	R\$ 1,50	R\$ 6,00
Encadernação	01	06	R\$ 5,00	R\$ 30,00
TOTAL				R\$ 109,00

Esta pesquisa será toda financiada com recursos próprios.

2.2.6 Cronograma

Atividade	Ano 2017		Ano 2018			
	3° Trim.	4° Trim.	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.
Elaboração do projeto	X	X				
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Apresentação do projeto para banca		X				
Submissão ao comitê de ética em pesquisa		X				
Coleta de dados após aprovação do comitê de ética em pesquisa			X	X		
Análise e discussão dos dados			X	X	X	
Fase de intervenção					X	X
Elaboração do artigo					X	X
Apresentação do artigo a banca						X

REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri: Manole, 2006

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. *Amamentação: um resgate histórico*. Cadernos Esp - Escola De Saúde Pública Do Ceará - V. 1 - N. 1 - Julho - Dezembro – 2005. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>>. Acesso em: 15 out de 2017.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo demográfico de 2010. *Dados referentes ao município de Marau (RS)*. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 25 de out de 2017.

_____. 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*. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 26 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 28 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_produtos_amamentacao.pdf>. Acesso em: 20 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 15 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar 2*. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 30 de out de 2017.

_____. Portaria GM No 1.559, de 1o de agosto de 2008. *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 de ou de 2017.

FERNEDA, R. et al. *Alocação de gasto público no município de Marau: uma reflexão crítica sobre o processo de tomada de decisão gerencial e o desenvolvimento econômico*. Teoria e Evidência Econômica - Ano 21, n. 44, p. 186-220, jan./jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/ws/Downloads/5360-17619-3-PB%20.pdf>>. Acesso em: 25 jun 2017.

MARAUa. *Prefeitura municipal de Marau (RS)*. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br>>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

MARAUb. *Plano Municipal de Educação 2015 – 2024*. Disponível em: <https://www.pmmarau.com.br/site/upload/conteudo_dinamico_arq/24_arq-391.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, C. S. (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 20ºed. Petrópolis: vozes, 2002.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Artmed. Porto Alegre. 2009.

PRIMO, C.C.; CAETANO, L.C. *A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe*. Jornal de Pediatria - Vol. 75, Nº6, 1999. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-06-449/port.pdf>>. Acesso em: 10 de out de 2017.

TRIPP, D. *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/81004715/pesquisa%20a%C3%A7%C3%A3o%20metodologia.pdf>>. Acesso em: 01 de nov de 2017.

VINAGRE, R.D.; DINIZ, E.M.A.; VAZ, F.A.C. *Leite humano: um pouco de sua história*. *Pediatria (São Paulo)* 2001;23(4):340-5. Disponível em: <<file:///C:/Users/ws/Downloads/543%20.pdf>>. Acesso em: 25 de out de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1- Dados de identificação:

1.1 Idade;

1.2 Escolaridade;

1.3 Renda familiar;

1.4 Raça

2. Questões norteadoras:

2.1 O que você entende por amamentação;

2.2 Quais as vantagens em amamentar;

2.3 E quais as desvantagens;

2.4 Quais suas dúvidas sobre amamentação;

2.5 Quais os seus medos;

2.6 Como você pensa que será o ato de amamentar;

2.7 Quais os conselhos que lhes passaram sobre a amamentação;

2.8 Quem são essas pessoas;

2.9 Acha que terá alguma dificuldade.

2.10 Você já ouviu falar sobre complemento alimentar?

2.11 O que?

2.12 Em quais situações é indicado?

2.13 Como se usa?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE****Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa sobre “**O significado do ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação**”, de responsabilidade da pesquisadora Júlia De Marco sob orientação da professora Jeanice de Freitas Fernandes para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal da Fronteira Sul. Esta pesquisa justifica-se devido à preocupação do profissional enfermeiro em instrumentalizar gestantes, além de incentivar a prática do aleitamento materno. O objetivo desta pesquisa é entender as percepções de gestantes sobre o ato de amamentar, para que se possa proporcionar conhecimento e orientações durante o pré-natal a respeito dos benefícios do aleitamento materno para mãe e filho. E a finalidade é a melhoria da assistência de enfermagem para gestante e futura puérpera.

A sua participação na pesquisa acontecerá em um único dia, no turno em que desejar, mediante agendamento, com duração em torno de 20 minutos. A entrevista será realizada pela pesquisadora, sendo esta gravada para posteriormente transcrevê-la. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Você não terá nenhuma despesa relacionada à pesquisa, e você não receberá pagamento pela participação na pesquisa.

Ao participar da pesquisa, você terá como benefícios contribuir para a melhoria na assistência de enfermagem para mulheres no período gestacional. Há possibilidade de riscos mínimos de caráter emocional, por envolver sentimentos assim como, o risco de constrangimento durante a aplicação da entrevista. De modo a evitar que o risco se concretize o encontro com a pesquisadora será realizado em ambiente privado e de forma individual. Caso os riscos se concretizem a pesquisadora poderá sugerir a interrupção do questionário

sem nenhum prejuízo a participante ou ainda encaminhamento para uma ajuda profissional para receber suporte da equipe e da instituição onde está sendo realizada a entrevista. Se algum outro risco não previsto seja observado em um nível acima do aceitável a atividade que gerou o risco será interrompida.

As suas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de artigo científico, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso você sinta algum desconforto em responder alguma pergunta você pode desistir da entrevista.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora Júlia De Marco pelo telefone (54) 9 99851936, ou pelo e-mail: juliademarco1@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. CEP 99034-600. Passo Fundo – Rio Grande do Sul - Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS: Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 km 02, Fronteira Sul – Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar. Bairro Área Rural, CEP: 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil. Telefone: (49) 2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Declaro estar esclarecida sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse. A entrevista será gravada com aparelho celular para a transcrição das informações, somente com sua autorização. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

Assinatura do Pesquisador Responsável

Júlia De Marco

_____, ____/____/____.

APÊNDICE D – Termo de Ciência e Concordância**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Termo de ciência e concordância

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, envolvido no projeto de pesquisa intitulado: “O significado do ato de amamentar”, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz**Secretário Municipal de Saúde de Marau**

Júlia De Marco**Enfermeira Residente – Pesquisadora responsável**

Marau, ____ de _____ de 2017.

CAPÍTULO III

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA III**

JÚLIA DE MARCO

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO

**PASSO FUNDO, RS
2018**

JÚLIA DE MARCO

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO

Relatório do processo de intervenção realizado no terceiro semestre pelo Componente Curricular de Trabalho de Conclusão de Curso III. Apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Docente e Orientadora: Ms. Jeanice de Freitas Fernandes

PASSO FUNDO, RS

2018

No componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso (TCR) II do segundo semestre do Programa de Residência está prevista a qualificação do Projeto de Pesquisa e Intervenção. Em novembro de dois mil e dezessete, foi apresentado o projeto para a banca de qualificação, formada pelas professoras Andrea Nobre e Izabella Barison Matos e pela orientadora Jeanice de Freitas Fernandes, integrantes do corpo docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Anteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS. Essa ação justifica-se devido à sugestão de professores do TCR II para que a submissão ocorresse de forma que o mesmo pudesse ser analisado ainda no ano de dois mil e dezessete, antecedendo-se as férias do setor, desta forma a data limite para encaminhamento de novos projetos foi anterior à data de qualificação da pesquisa.

As sugestões da banca de qualificação foram analisadas e discutidas com a orientadora posteriormente à apresentação do projeto. As recomendações consideradas convenientes foram incluídas no projeto após o CEP ter enviado o parecer consubstanciado, o qual ocorreu em dezembro de dois mil e dezessete, em que a pesquisa ficou pendente para aprovação.

Em relação as alterações mencionadas pela banca, houve a modificação pelo título que passou de “O Significado do Ato de Amamentar” para “O Significado do Ato de Amamentar para Mulheres em sua Primeira Gestação”.

Já em relação as pendencias descritas pelo CEP, foram realizadas alterações na metodologia com a inclusão de como a pesquisadora teria acesso à lista de nomes para a seleção das participantes da pesquisa, e como seria a seleção das participantes entre todas as disponíveis da unidade, além de, descrever como seria dado o retorno do resultado da pesquisa para as participantes. Ainda, quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitado para descrever sobre os riscos às participantes da pesquisa. Após as adequações, o projeto foi reenviado ao CEP e em seguida aprovado com o número do parecer: 2.472.804 em janeiro de dois mil e dezoito.

Em fevereiro deste ano, após retorno das minhas férias iniciei verificando a lista de gestantes disposta na unidade de saúde, atualizando os dados, tais como quantidade de gestantes cadastradas, bem como sua idade, número de gestações e idade gestacional de cada uma. Informações encontradas no prontuário eletrônico para que pudesse prosseguir com a seleção das participantes e iniciar a coleta de dados.

Ao realizar a análise da lista, verifiquei que, nesse momento, haviam apenas dez participantes que preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa, e não mais vinte

conforme amostragem descrita no projeto. Devido a abortos e mudanças de domicílio, o percentual foi reduzido a cinquenta por cento.

A justificativa para isso foram algumas intercorrências não previstas no momento da descrição do projeto em outubro e novembro do ano anterior, como por exemplo abortos e mudanças de domicílio.

Ao iniciar a seleção das participantes hábeis, convidei a primeira gestante que atendia aos critérios de inclusão, sendo primípara com trinta e seis semanas de gestação e realizando o pré-natal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José Operário. Em primeiro momento convidei-a por contato telefônico a qual aceitou participar da pesquisa. Após novas tentativas de telefonemas com intuito de agendar a entrevista, não foi possível, pelas ligações não serem completadas, o reencontro aconteceu apenas no retorno da gestante na ESF como puérpera.

A próxima gestante, estando na trigésima quarta semana gestacional aceitou fazer parte do estudo em contato inicial, entretanto após diversos contatos sem sucesso fui informada pela agente comunitária de saúde (ACS) que a gestante não gostaria mais de participar da pesquisa. Acredita-se que isso ocorreu devido à influência de familiares (sogra)

A ESF tem o costume de realizar visita domiciliar para puérpera e recém-nascido, com as colegas farmacêuticas residentes Thaíze e Camila fomos até a casa da gestante que desistiu de participar da pesquisa. Notou-se que apesar da puérpera estar amamentando em seio materno e relatar “*bastante leite*” também estava oferecendo o complemento alimentar. Além disso observou-se certo desapego com relação à criança. Essas percepções também foram confirmadas pela ACS que, revelou que a puérpera possui indiferença com a filha, e até mesmo deixa os cuidados para outras pessoas da família.

Sendo assim, fiquei pensando, se essa mulher tivesse participado da pesquisa, teria a oportunidade de expor suas preocupações e seus sentimentos, e assim poderia ter recebido orientações sobre o período pós-parto.

Em meio ao processo de aplicação do instrumento de coleta de dados, realizei a confecção de um folder (Apêndice A) para ser entregue às participantes no dia da intervenção. No material contém informações sobre a importância do aleitamento materno e uma breve descrição dos benefícios para o bebê e para a mãe, além disso como manejar dificuldades que possam acontecer durante a amamentação. O mesmo foi impresso a Universidade Federal da Fronteira Sul por intermédio da Professora

Vanderleia Pulga. As informações foram retiradas do Caderno de Atenção Básica número 23, sobre Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar de 2015. A proposta é deixar o folder a disposição na unidade de saúde para beneficiar outras gestantes.

Seguindo com a coleta de dados, a próxima gestante com 32 semanas, aceitou o convite, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada entrevista imediatamente na própria ESF, não sendo realizado visita domiciliar neste caso para aproveitar a oportunidade em que a mesma estava no local, ocorrendo em 03 de abril. A entrevista foi gravada em celular e após transcrita em programa de Word. Para garantir sigilo e confidencialidade, a participante escolheu a palavra “*Ansiedade*” para definir o momento pelo qual estava vivendo, sendo assim este será o pseudônimo usado para proteção da identidade da mesma.

Na semana seguinte, em doze de abril aconteceu a primeira intervenção na ESF, em que a gestante *Ansiedade* com 33 semanas de gestação participou de Consulta de Enfermagem com foco no Aleitamento Materno, com orientações e conversa sobre o tema.

Nesse atendimento foi visto que esta mulher havia algumas indicações de familiares no modo de preparo das mamas e como agir no pós-parto, com a consulta foi possível proporcionar esclarecimentos quanto a indicações que possuía. As características da paciente durante o convívio a definem como uma pessoa acanhada, sem muitas perguntas e falas, no entanto atenciosa e segundo sua própria definição ansiosa em relação ao período. O encontro teve a duração de uma hora, importante enfatizar que devido o horário ser final de expediente da ESF, percebi que ficaram pontos a serem esclarecidos.

Ao final, entreguei o folder confeccionado para que pudesse levar para casa. Após encerrado, percebi que não realizei inspeção e palpação das mamas com demonstração de técnica de amamentação. Para a próxima participante irei incluir essa fase e aumentar o tempo da intervenção.

A seguinte participante foi convidada, ao estar com trinta semanas de gestação, aceitando de maneira prazerosa a participar, além de haver um bom vínculo com a mesma. Apesar da gestante residir ao lado da unidade de saúde, a comunicação em seguida para agendamento foi penosa. Pois ao realizar contato telefônico, sendo numerosas chamadas que não foram atendidas e nem retornadas. No entanto, após duas visitas domiciliares a fim de encontrá-la não houveram sucesso, mas em uma delas conversei com familiar que revelou que a mesma havia mudado de residência, indo para o interior da cidade e estava

sem celular para contato. Sendo assim, foram confirmadas as desconfianças de profissionais da equipe que a mesma não fazia mais parte dos atendimentos desta ESF, e não atendia mais os critérios de inclusão.

Com a intensa queda do número de gestantes aptas a participarem do estudo, e o cronograma estar planejado para a realização de coleta de dados até o final do segundo trimestre, ou seja, até junho, optou-se junto a orientadora Jeanice a alteração de critérios de inclusão. Com isso foi encaminhado um Adendo ao CEP UFFS para alteração dos seguintes itens e junto a justificativa para cada pedido.

1. Alteração nos critérios de inclusão da pesquisa, com a **exclusão** do item: “*que estejam com mais de trinta semanas de idade gestacional*”. Permanecendo os demais: “mulheres primíparas (primeira gestação), que realizem o pré-natal na unidade em estudo, acima de dezoito anos.”

Justificativa: devido ao fato de no momento não haver participantes que atendam a este critério. Cabe ressaltar que os objetivos da pesquisa não terão alterações, pois permanece o principal critério de inclusão, que corresponde a gestantes primíparas.

2. **Inclusão** de instrumento de coleta de dados a ser aplicado em visita domiciliar no pós-parto, após realizado a intervenção (Apêndice B).

Justificativa: Permitirá verificar se a intervenção da pesquisa.

3. Alteração no cronograma: **incluir** o terceiro trimestre de dois mil e dezoito para a coleta de dados.

Justificativa: Percebeu-se a necessidade de mais tempo para realização da coleta de dados, visto alteração de critérios de inclusão.

4. **Inclusão** de um objetivo específico “Avaliar a consulta de enfermagem durante o pré-natal para gestantes primíparas”.

Justificativa: Notou-se a importância de avaliar a intervenção a ser realizada.

O documento foi encaminhado ao CEP em junho. Enquanto isso, ao analisar novamente a lista de gestantes a fim de selecionar demais participantes pelos critérios sugeridos, verifiquei existência de seis gestantes aptas a integrar a pesquisa.

Até o relato do parágrafo anterior, foi encaminhado para a preceptora de campo Eliana e orientadora Jeanice, com o objetivo de compartilhar o processo da realização do TCR. Ambas, retornaram com observações e sugestões no desenvolvimento da escrita do relato, as quais foram acolhidas e inseridas no presente texto.

Em julho, recebi resposta ao adendo enviado para o CEP sugerindo as alterações na pesquisa, as quais foram aceitas com parecer favorável de aprovação número 2.752.290. Sendo assim, foi dado seguimento à coleta de dados sem limite de idade gestacional para a entrevista inicial.

No dia seguinte houve a oportunidade de realizar o convite para participação na pesquisa para duas gestantes. Ambas, aceitaram o convite, sendo aplicada entrevista em seguida a assinatura do TCLE. Para a gestante com quinze semanas a palavra escolhida como pseudônimo foi “*Realizada*” e para a gestante com dezessete semanas foi “*Alegria*”. As duas entrevistas foram gravadas e transcritas em seguida.

Foi um turno de entrevistas muito satisfatório, devido o vínculo conquistado com ambas desde o primeiro momento ao iniciar o pré-natal, sendo muito espontâneas e demonstrando imensa vontade em aprender sobre a prática da amamentação.

No dia 11 de julho, realizei o convite a gestante que ao aceitar de imediato, escolheu o sentimento “*Felicidade*”, sendo que por estar completando 30 semanas de gestação foi agendada a intervenção para a semana seguinte. Felicidade possuía algumas dúvidas sobre o preparo com as mamas durante a gestação, como se estimulava as mamas com massagem e os mamilos com buchas e toalha áspera para prepara-los para amamentar. Todas as suas dúvidas foram sanadas, orientada sobre possíveis complicações além do estímulo a amamentação, a consulta aconteceu por durante uma hora e meia, e lhe foi entregue folder explicativo.

Em agosto, houve intensa procura por uma gestante que estava com 36 semanas. Ao primeiro contato aceitou o convite, porém ao contatar para o agendamento não havia retorno, sendo que somente foi possível com ajuda da ACS de uma outra micro área que contactou a paciente e agendou a entrevista. Como pseudônimo, foi escolhida a palavra “*Amor*”, em seguida realizei a intervenção. Com uma hora de duração, demonstrou ter dúvidas sobre o que fazer se lhe faltar leite quando amamentar e se este não for suficiente, além de o tempo necessário a cada mamada e sobre a boa pega. Com a consulta em seguida, foi possível proporcionar muitas orientações, sendo lhe transmitido conhecimento para que insista no aleitamento materno.

Como já mencionado, houveram muitas dificuldades durante o percurso deste semestre, principalmente no contato com as participantes. No entanto, tudo foi superado com ajuda de colegas da unidade de saúde, como por exemplo ao avisar quando a suposta participante estava na ESF, realizar busca ativa, contatos telefônicos, visitas domiciliares.

A seguir, haverá continuidade de entrevistas até o mês de setembro, para gestantes e puérpera, porém decore do momento que acontecerá o parto da participante.

APÊNDICE A

MATERIAL EDUCATIVO CONFECCIONADO

MOTIVOS PARA AMAMENTAR SEU BEBÊ

> Por que é tão importante?

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender, em sua fisiologia e seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além das implicações na saúde física e psíquica da mãe.

> Quais os benefícios da amamentação?

- Para o bebê:

Evita diarreia, infecções, alergias, previne a obesidade, desnutrição, melhora o crescimento e o desenvolvimento (inteligência), melhor desenvolvimento da cavidade bucal.

- Para a mãe: diminui sangramento pós-parto, facilita o retorno ao peso normal, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho, proteção contra o câncer de mama, menores custos financeiros. Portanto, melhora a qualidade de vida da mãe e filho.

> O que o leite materno possui em sua composição?

Nos primeiros dias, o leite é chamado colostro que contém mais proteínas e menos gordura, produzido até o 7º dia. A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada é mais rico em energia e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.



> Como preparar as mamas?

Banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas.

EVITAR: esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo.

> O que fazer com as dificuldades?

- Bebê que não suga / sucção fraca:

• Estimular a mama regularmente (5x ao dia) por ordenha manual ou bomba de sucção;

- Coloque o bebê a mamar sempre que ele quiser;
- Suspender o uso de bicos e chupetas e insistir nas mamadas;
- Posicionamento e pega adequada;
- Pode haver alguma dificuldade por existir alguma diferença entre as mamas.

- Mamilos planos ou invertidos:

- Pega correta;
- Estimular os mamilos;
- Sucção com bomba manual ou seringa de 10ml ou 20ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Antes das mamadas e nos intervalos;
- O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se desconforto.
- Ordenhar o leite enquanto o bebê não sugar efetivamente, e oferecer ao bebê em copinho;
- Uso de conchas protetoras (pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo).

- Ingurgitamento mamário / mama empedrada:

- Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada;
- Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda);
- Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares;
- Suporte para as mamas, com o uso de sutiã com alças largas e firmes;

- Compressas frias em intervalos regulares, não ultrapassar 20 minutos;
- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio;
- Uso de analgésicos e anti-inflamatórios sob orientação médica.

- Mamilos machucados ou doloridos:

- Posicionamento e pega adequada;
- Mamilos secos, expor ao ar livre ou à luz solar, e trocas frequentes dos forros quando há vazamento de leite;
- Não usar produtos que retiram a proteção natural do mamilo;
- Amamentação em livre demanda;
- Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada e para desencadear o reflexo de ejeção de leite;
- Introdução do dedo indicador ou mínimo pelo canto da boca do bebê no momento do desmame;
- Não usar protetores de mamilo;
- Início da mamada pela mama menos afetada;
- Uso de conchas protetoras entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa.
- Analgésicos, com orientação médica.

- Mastite:

- Esvaziamento adequado da mama;

- Repouso da mãe;
- Líquidos abundantes;
- Iniciar a amamentação na mama não afetada;
- Usar sutiã bem firme;
- Uso de analgésicos, anti-inflamatórios, antibioticoterapia com indicação médica.

- Pouco leite:

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- Tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou não sugar;
- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores de mamilos;
- Consumir dieta balanceada;
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente; e repousar.



❖ Posicionamento adequado:

1. Rosto do bebê de frente para a mama;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado;
5. Boca bem aberta;
6. Lábio inferior virado para fora;
7. Queixo tocando a mama.

A pega correta



Fonte: Cadernos de Atenção Básica n. 23. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFFS ESF São José Operário / Marau – RS Enfermeira Residente Júlia De Marco

APÊNDICE B

INSTRUMENTO PÓS INTERVENÇÃO

1. O que significa para você o ato de amamentar?
2. Você está amamentando?
3. Qual a idade do bebê?
4. Está usando complemento alimentar para o bebê? Por que começou a usar? Quando começou? Quem lhe indicou?
5. Durante a sua gestação, quais os profissionais que lhe orientaram sobre amamentação?
6. Quando recebeu orientação sobre a amamentação?
7. A consulta de enfermagem lhe auxiliou na amamentação? Em que aspectos?
8. Como você avalia a consulta de enfermagem que abordou o tema amamentação?
9. A consulta de enfermagem auxiliou a esclarecer dúvidas, e acrescentou conhecimentos sobre amamentação?
10. Comparando o seu conhecimento antes e após a consulta de enfermagem, houve alguma mudança?
11. Que palavra define este momento pelo qual está passando, em relação a amamentação?

CAPÍTULO IV

Manuscrito:

“O significado do ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação”.

O manuscrito a seguir apresentado foi submetido à revista “Ciência & Saúde Coletiva” e, portanto, encontra-se organizado conforme regras de formatação exigidas, as quais encontram-se disponíveis ao final deste Trabalho de Conclusão de Residência.

O ATO DE AMAMENTAR PARA MULHERES EM SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO

THE ACT OF BREASTFEEDING FOR WOMEN IN ITS FIRST MANAGEMENT

Júlia De Marco^{1*};
Jeanice de Freitas Fernandes².

¹ Graduação em Enfermagem, Discente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, Mestra em Enfermagem, Docente no Curso Técnico do Integrado Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

* Autora Correspondente: Júlia De Marco, Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. Rua Capitão Araújo, nº 20, Bairro Centro, CEP 99010-200. Contato: (54) 9 9985 1936

E-mail: juliademarco1@hotmail.com

RESUMO

Esta pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa teve como objetivo conhecer as percepções de primigestas sobre o ato de amamentar, para proporcionar orientações sobre os benefícios do aleitamento materno. Participaram cinco gestantes, acompanhadas em uma Estratégia Saúde da Família de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de março a setembro de 2018. Foi realizada entrevista semiestruturada, intervenção através de uma consulta de enfermagem com foco na amamentação e, após o nascimento do bebê, uma segunda entrevista para analisar se a intervenção auxiliou as puérperas com a amamentação. Para análise de dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo. Emergiram as seguintes categorias: expectativas com a amamentação e vivenciando o ato de amamentar. Os resultados evidenciaram que as expectativas da gestação se concretizaram ao vivenciar o ato de amamentar. Os medos e as dúvidas estiveram presentes, principalmente por serem primigestas. Destaca-se o saber popular, e o saber científico através das agentes comunitárias de saúde e da enfermeira residente por meio da intervenção. Portanto, é primordial que todos os profissionais da Atenção Básica incentivem o aleitamento materno em seus atendimentos, cabendo ao enfermeiro atuar efetivamente no pré-natal.

Palavras-chave: Gestantes; Aleitamento materno; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This qualitative research intervention aimed to know the perceptions of primigravidae about the act of breastfeeding, to provide guidance on the benefits of breastfeeding. Participants were five pregnant women, accompanied by a Family Health Strategy from a municipality in the state of Rio Grande do Sul, from March to September, 2018. A semi-structured interview was carried out through a nursing consultation focused on breastfeeding and , after the birth of the baby, a second interview to analyze if the intervention helped the puerperae with breastfeeding. For data analysis, the content analysis method was used. The following categories emerged: expectations with breastfeeding and experiencing the act of breastfeeding. The results showed that the expectations of gestation were fulfilled when experiencing the act of breastfeeding. Fears and doubts were present, mainly because they were primigravidae. It emphasizes the popular knowledge, and the scientific knowledge through the community health agents and the resident nurse through the intervention. Therefore, it is essential that all Primary Care professionals encourage breastfeeding in their care, and nurses must act effectively in prenatal care.

Key words: Pregnant women; Breastfeeding; Nursing care.

INTRODUÇÃO

No período gestacional a mulher passa por diversas mudanças físicas, psicológicas e sociais. O início da gestação se dá pela concepção, ou seja, a união do óvulo com o espermatozoide. Eventos sequenciais simbolizam um período da vida da mulher que se prolonga por no máximo nove meses até o momento do parto, marcando o fim da gravidez, o nascimento de uma criança e de uma mãe, e um novo capítulo na vida da mulher e seus familiares.

Em seguida ao nascimento, inicia-se o puerpério. Barros¹ escreve que o puerpério compreende o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, causadas pela gestação no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico. Junto, uma nova fase se inicia: o ato de proporcionar alimento e criação de vínculo com o neonato, dando-se início a amamentação.

Durante a gestação, o bebê recebe da mãe todos os nutrientes necessários para sua evolução. Após o nascimento esse laço continua através da amamentação, a qual promove, além do crescimento, o desenvolvimento por meio do contato físico entre mãe e o bebê, possibilitando uma ligação afetiva entre os dois.

Primigestas passam pela experiência de gestar, pelo momento do parto e pelo ato de amamentar pela primeira vez. A mulher em sua primeira gestação espera dos profissionais de enfermagem atenção, apoio, paciência, cuidados e orientações em todas as fases que caracterizam esse período, no qual ela está se adaptando ao seu papel materno e, por vezes, considera uma experiência única em sua vida².

Elas podem manifestar suas dúvidas, angústias, expectativas e dificuldades diante dos acontecimentos que nunca vivenciaram, portanto necessitam de um vínculo confiável em meio a tantas modificações e sentimentos diferentes. Para isso, ter o apoio e a ajuda do companheiro, familiares, amigos e vizinhos é essencial nesta recente fase da vida.

No período da gestação há muitas interferências de mitos e crenças populares por parte da família e da sociedade, que passam suas experiências e seus saberes históricos³, os quais podem influenciar positivamente ou negativamente sobre a decisão de amamentar, na continuidade do aleitamento materno e na maneira de agir com as dificuldades.

Percebe-se a importância de ações educativas para discutir sobre a amamentação por diferentes olhares, sendo possível promover reflexões e encontrar maneiras de lidar com elas. Então, se torna importante conhecer o saber de cada mulher para propor intervenções dinâmicas e permanentes⁴.

É fundamental que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo seu bem-estar e de seus filhos, para que adquiram confiança e sintam-se apoiadas em suas decisões⁵. Ressalta-se, portanto, a importância de o profissional conhecer e entender sobre os saberes das gestantes, suas crenças, valores, costumes e atitudes, identificando as influências que ela sofre para poder realizar um bom trabalho de orientação, oferecendo melhor assistência.

Neste sentido, a pesquisa possui o objetivo de conhecer e entender as percepções de primigestas sobre o ato de amamentar, com intuito de proporcionar orientações durante o pré-natal à respeito dos benefícios do aleitamento materno para mãe e filho. Ainda, pretende-se incentivar a confiança das mães sobre sua habilidade de amamentar, promover a atuação do enfermeiro na orientação junto às gestantes e investigar se há um conhecimento sobre o uso de complemento alimentar.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa, realizada com primigestas que faziam acompanhamento pré-natal em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). Foi desenvolvido no período de março a setembro de 2018.

As gestantes que atendiam aos critérios de inclusão, ou seja, primigestas que realizavam o pré-natal na unidade em estudo e acima de 18 anos, foram convidadas a participar da pesquisa. Ao aceitarem de livre e espontânea vontade, foram informadas sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Optou-se pelo uso da entrevista semiestruturada como instrumento para coleta de dados, a qual foi aplicada antes e após a intervenção.

A primeira etapa da pesquisa, compôs-se de cinco primigestas. As participantes tinham idades entre 18 e 26 anos, raças declaradas como branca, parda e negra, renda variando entre um salário mínimo e meio e quatro salários mínimos. O nível de escolaridade entre o ensino fundamental completo e o ensino superior completo. Na primeira entrevista, as gestantes estavam com idade gestacional entre 17 e 36 semanas.

A segunda etapa da pesquisa correspondeu a intervenção. A intervenção tratou-se de uma consulta de enfermagem, que possuiu a finalidade de orientar sobre a importância do aleitamento materno, os benefícios para mãe, bebê, família, os cuidados para prevenir ou tratar as dificuldades que podem surgir com amamentação (fissura, ingurgitamento mamário, mastite, dentre outras), além de esclarecer dúvidas e amenizar os medos expressos durante a entrevista. Ao final, realizou-se exame físico das mamas para avaliação e foi entregue folder explicativo

com os assuntos abordados durante a consulta. Todos os atendimentos ultrapassaram uma hora de duração.

A terceira etapa, correspondente à após o nascimento do bebê. Duas gestantes entraram no período do puerpério e foram incluídas para esta segunda entrevista, estando entre nove e 19 dias pós-parto vaginal e parto cesárea. Foi realizada visita domiciliar, com o objetivo de observar a experiência da amamentação.

Para garantir o anonimato das gestantes, elas escolheram, na primeira entrevista, sentimentos como pseudônimos, tais como: “Ansiedade”, “Realizada”, “Amor”, “Felicidade” e “Alegria”.

Para a análise de dados, utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo, que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, em que o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material⁶.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 2.472.804.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, serão apresentadas as duas categorias que emergiram da análise dos dados: expectativas com a amamentação e vivenciando o ato de amamentar.

Expectativas com a amamentação

Nesta categoria, as participantes relataram as suas expectativas e medos durante a gestação sobre o ato de amamentar. Evidenciou-se que nesse período as primigestas apresentam dúvidas, medos e falta de conhecimento, no entanto têm como suporte o saber popular de familiares, amigas e vizinhas.

Quanto à percepção sobre o ato de amamentar, as primigestas salientaram este como sendo um ato de afeto e satisfação, como se constata nas falas a seguir.

“Bem gratificante, até pelo fato de tu ter um contato maior, tem mais carinho, porque você acaba dedicando aquele tempo só pra ele [...] o contato te aproxima”. (Alegria)

“É um gesto de amor e carinho, eu acho que é o maior gesto que tem, principalmente quando o bebê tá ali no teu colo, mamando com aquela carinha te dizendo: ‘obrigada mamãe por tudo’. Pega no teu peito, a gente sente que a criança sente um amor por ti e a mãe fica muito idolatrada. Eu acho que o principal de tudo isso é o amor, dá pra ver na cara um do outro. E quero sentir isso quando tiver o meu. É tudo que eu quero, porque eu não peguei no peito da

minha mãe e eu não vivi com a minha mãe, então eu só peço a Deus que me dê a graça de poder amamentar o meu filho”. (Realizada)

Segundo Alegria e Realizada, amamentar proporciona vínculo entre a mãe e o bebê, destacado como a expectativa mais almejada com a prática de amamentação. O que corrobora com o que traz a literatura, ou seja, possibilita à criança experimentar sentimentos de confiança, sensação de bem-estar e segurança, sendo essencial para o desenvolvimento infantil⁷.

Para Araújo⁸, o vínculo afetivo é fator importante para a continuidade do processo de amamentação e para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para isso, as expectativas das gestantes são essenciais para que, após o nascimento, tornem-se reais.

Todavia, a cobrança consigo mesma, como relata Realizada, em seu intenso desejo de proporcionar ao seu filho o que não teve, deve ser observada para que, em situação de insucesso com o ato de amamentar, não ocorra um sentimento de culpabilização³.

Pode-se constatar que a mulher interpreta a amamentação pelo ponto de vista da saúde do bebê e pelo contato entre os dois, mas também pode levar em consideração suas relações do cotidiano⁹. Assim, cada mulher pode interpretar o aleitamento materno de forma individualizada, visto que as decisões se diferenciam pela forma de vida das pessoas. Aspectos físicos, como a “mama ficar caída” podem gerar uma perspectiva ruim quanto ao imaginar o ato de amamentar. No entanto, nesta pesquisa a preocupação com a estética dos seios não apareceu como um fator que influencia na amamentação, como se verifica abaixo:

“Eu já vi várias mães que não querem amamentar para não deixar o peito cair. Eu acho que se isso [amamentar] não existir não é mãe de verdade”. (Realizada)

Para Moraes *et al*⁹, o trabalho de incentivo ao aleitamento materno em todas as equipes de Atenção Básica (AB) proporcionam orientações efetivas às gestantes, uma vez que podem desmistificar ideias de que o “leite é fraco” e “o “peito cai”, por exemplo.

A amamentação é um fenômeno fisiológico que ocorre naturalmente para muitas puérperas. Porém, a mulher precisa ser considerada em todo seu contexto de vida social e cultural. Seu modo de pensar e agir necessitam ser observados para que seus anseios e sentimentos sejam levados em consideração e não sejam fator de problematização.

Vale ressaltar que a expressão do medo esteve muito presente nas falas das gestantes, como verifica-se nos depoimentos das participantes da pesquisa.

“Medo de não conseguir amamentar, dele não conseguir mamar no peito”. (Ansiedade)

“Colocar ele no peito e eu não conseguir alimentar ele [...] se vai ter leite, se não vai ter [...] não tenho noção disso [...] O bebê começar a chorar e não se adaptar, tenho medo de eu

entrar em pânico junto com ele. Não sei como é, não sei se chegando a hora ele vai pegar legal, então é um medo da frustração”. (Alegria)

“Se me falta o leite, se ele vai conseguir pegar [...] o tempo de cada amamentação, eu tenho medo de não conseguir amamentar, muito medo de não ser uma boa mãe”. (Amor)

Para ter sucesso com a prática de amamentação, uma boa pega é primordial, pois além de o bebê conseguir mamar de forma adequada também previne complicações nos mamilos. Para uma boa pega, o bebê necessita estar confortável e bem posicionado, assim como a mãe, para que o posicionamento não interfira na capacidade de o bebê abocanhar a aréola e retirar o leite de forma efetiva¹⁰.

Todas as gestantes que participaram da pesquisa relataram sentir medo em relação a não conseguir amamentar seus filhos ou não terem leite suficiente, desta forma verifica-se a importância de esclarecer dúvidas e mitos, incentivando a autoestima para amenizar os medos. Para algumas primigestas, o medo pode ser reforçado pela falta de conhecimento sobre as vantagens da amamentação, gerando dúvidas e incertezas, como verifica-se nos depoimentos abaixo.

“Ixi, agora tu me pegou. Qual que é a vantagem de amamentar? Na verdade, eu não sei te responder essa [...] é que eu sei muito pouco de amamentação [...] foi muito pouco comentado”. (Realizada)

“Ah, o que eu entendo por amamentar muito pouco [...] nossa, nem sei”. (Ansiedade)

Segundo Frota *et al.*¹¹, existem dificuldades nas estratégias de incentivo ao aleitamento materno, fatores culturais estão presentes e competem com as informações transmitidas pelos profissionais. No entanto, os resultados são satisfatórios, pois beneficiam a saúde da mãe e do bebê. Por isso, é necessário legitimar a mulher como sujeito da experiência da maternidade e considerar o que significa o ato de amamentar para cada uma⁷.

É preciso destacar que orientações não devem ser repassadas, mas, sim, explicadas de forma integral e de acordo com o contexto de vida de cada mãe, levando em consideração suas prioridades no saber e recursos disponíveis para tal¹¹. O conhecimento deve ser transmitido com prudência, pois o profissional de saúde pode passar a ideia de cobrança à mãe.

Gestantes, principalmente primíparas, necessitam de ajuda durante seu período gravídico e puerperal para o efetivo sucesso da amamentação, visto a sua inexperiência com a prática. É compreensível as manifestações de insegurança após o nascimento do bebê, as quais podem comprometer o ato de amamentar, e, como consequência, a amamentação pode ser realizada de forma incorreta.

Quando questionadas sobre o suporte dos profissionais da AB, durante este período sobre o aleitamento materno, expressaram a fragilidade ocorrendo sobre a abordagem desta temática.

“Não recebi nenhum conselho, por enquanto, sobre a amamentação”. (Realizada)

“Não, em nenhum momento”. (Amor)

“Não”. (Felicidade)

Realizar ações de educação em saúde no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal são essenciais. É no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada para que o nascimento do bebê, a recuperação e a amamentação tenham êxito¹². Portanto, cabe ao profissional de saúde ajudar a promover autonomia à gestante, especialmente no enfrentamento de situações de estresse, crises e decisões sobre a sua vida e a de seu filho.

Para Rios e Vieira¹², há falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois as mulheres estão chegando ao último mês de gestação demonstrando falta de conhecimento sobre alterações no puerpério e aleitamento materno. A consulta de enfermagem durante o pré-natal baseada em orientações sobre os cuidados com o ato de amamentar e suas vantagens e desvantagens, torna-se um espaço importante para ajudar a gestante a aprimorar seu conhecimento, além de contribuir para elucidar dúvidas, eliminar medos e esclarecer mitos¹³.

Pesquisas têm demonstrado a influência do companheiro, amigos, vizinhos e familiares no processo⁸. O apoio de pessoas em quem a mulher confia é uma importante fonte de impulso, como o companheiro junto à gestante nos momentos de orientações, torna-se fundamental e ajuda a estimular a amamentação.

Observa-se, por vezes, a falta de conhecimento com relação à amamentação entre os pais das crianças que não são amamentadas⁸. Torna-se relevante a valorização do casal como uma família em processo de mudanças nunca vivenciadas anteriormente, sendo que ambos precisam receber atenção. O pré-natal pode e deve ser acompanhado pelo parceiro, para que, desde o início, todos os momentos e responsabilidades possam ser compartilhados.

Considerando que o período da gestação é, geralmente, especial para uma mulher e importante para o desenvolvimento saudável do bebê, cabe ao profissional enfermeiro o papel de educador, compartilhando saberes, desenvolvendo a autoconfiança da mulher em viver todas as fases e amenizando as suas dificuldades. No entanto, por vezes, pode ocorrer falha no aconselhamento às primigestas e elas encontrarem suporte no saber popular.

“Me deram conselho de passar óleo, pomadinha, botar a teta no sol”. (Ansiedade)

“Minha tia, minha sogra, minhas vizinhas [...] disseram pra massagear bem o bico, na hora do banho passar a bucha vegetal [...] só que eu tenho medo que machuque”. (Amor)

“Já me falaram que diminui o risco do câncer de mama, ovário e ajuda no pós-parto. E para o bebê vários benefícios, além da relação que só melhora [...] não precisa nem chá de funcho, nem de comidinha, o leite materno é o principal”. (Felicidade)

Deve-se considerar que o ser humano tem a sua subjetividade, sua tradição cultural, seus hábitos, suas crenças e seus tabus, os quais foram fundamentados em seus antepassados¹⁴. Cabe ao enfermeiro observar estes comportamentos para obter dados que possam ser utilizados em estratégias de atenção materno-infantil, voltadas ao contexto de vida de cada indivíduo¹⁵.

O profissional deve proporcionar espaço para que as gestantes falem sobre suas crenças, desta forma pode aprender com culturas diferentes e somar ao seu conhecimento. Para isso se concretizar, é indispensável a existência de vínculo entre o profissional e a gestante e, assim, propor um trabalho com enfoque centrado na pessoa em seu contexto de vida.

Percebeu-se que há primigestas com conhecimento sobre as vantagens em amamentar, referindo-se a fatores físicos, psicológicos e econômicos.

“Você tem menos gastos [...] por ser um alimento natural [...] todo mundo quer comer bem [...] acho que pro nenê vai ser bem interessante”. (Alegria)

“Já me disseram [...] é bom tanto na recuperação [...] no pós-parto [...] na estrutura psicológica. [...] Amamentar é tão importante pro bebê quanto pra mim. Traz muitos benefícios, dizem que é até remédio (risos)”. (Amor)

“É o principal alimento do bebê e necessário até os seis meses [...] ajuda a melhorar os laços entre a mãe e o bebê, o amor é o principal de tudo”. (Felicidade)

O ato de amamentar traz vantagens não só para a criança como também para a mãe, a família e a sociedade¹⁰. Quando o bebê procura o seio de sua mãe, além do leite, ele quer carinho, atenção e calor humano, enriquecendo as experiências sensoriais do bebê¹⁶. É possível observar a interação desses fatores durante a amamentação, momento em que o bebê, na maior parte do seu tempo, permanece mamando¹⁷. Os benefícios psicológicos para a mãe incluem maior autoconfiança, desenvolvimento de sentimentos mais calorosos e sensíveis¹⁸. Já o bebê sente-se mais seguro, protegido e tranquilo.

Para o Ministério da Saúde (MS)⁵, o aleitamento materno proporciona as seguintes vantagens: evita mortes infantis, diarreias e infecções respiratórias; diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol e diabetes; reduz a chance de obesidade; melhora a nutrição e o desenvolvimento da cavidade bucal; gera efeito positivo na inteligência; protege contra o câncer de mama; evita nova gravidez; reduz custos financeiros; promove o vínculo afetivo entre mãe e filho; e melhora a qualidade de vida para ambos.

Vistos os benefícios que a amamentação proporciona para a mãe e filho, a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o MS recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros seis meses de vida e complementada até dois anos de idade ou mais¹⁹. A partir de todas as informações citadas anteriormente, cabe aos profissionais da AB orientarem as gestantes durante os atendimentos tanto na unidade de saúde quanto nas visitas domiciliares.

Quanto ao uso de complemento alimentar, as gestantes relataram conhecimentos adquiridos por meio do senso comum.

“Ouvi falar que é bom dar aquele Nan [...] diz que é bom pra deixar mais forte [...] meu marido quer comprar pra dar [...] no começo [...] mas eu não sei, porque eu queria dar só no peito”. (Ansiedade)

“Ah já escutei falar [...] se eles não pegam [...] se dá algum problema, aí eu sei que eles substituem”. (Realizada)

Com o passar do tempo, diversas pesquisas foram realizadas com o intuito de buscar substituto ao leite materno. Na metade do século XIX houve a diminuição da prática do aleitamento materno em consequência da comercialização de alternativas à alimentação infantil, sendo incentivadas pelos pediatras como melhor opção de nutrição para as crianças²⁰.

Após os anos 50 o “leite em pó” foi o produto indicado para facilitar a tarefa do aleitamento materno, então passou a ser prescrito indiscriminadamente às mães como forma mais prática para alimentar seus filhos, sendo ofertado pela indústria ao sair da maternidade²⁰. Não obstante, ocasionou uma grande mudança no comportamento e na vida das mulheres, sendo os valores e hábitos transmitidos de geração em geração deixados para trás.

Hoje, os motivos que contribuem para a introdução de complementos e, conseqüente desmame precoce, incluem as novas formas de organização familiar, as complicações mamárias, problemas de saúde com o neonato, implicações estéticas, influências externas com os mitos de “ter pouco leite” ou “leite fraco”²². Mulheres primíparas também formam um grupo vulnerável para menor período de amamentação²².

O leite artificial pode causar riscos para a criança, para a mãe e para o ambiente. No primeiro caso, os maiores riscos são: mortalidade, otite, hospitalização por infecção respiratória baixa, desenvolvimento de doença celíaca, diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2, obesidade enquanto criança ou adulto, risco de morte súbita do lactente, má oclusão dentária e as alterações da fonação, falta do efeito analgésico do leite materno²³.

Os riscos para a mãe que não amamenta incluem: aumento do risco de câncer de mama, ovário e do endométrio, obesidade, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus tipo 2, depressão pós-parto, doença da vesícula biliar, osteoporose²³.

Sob o olhar nutricional, o leite materno mostra-se superior a outros leites, visto que contém todos os nutrientes essenciais para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças¹⁰.

É importante informar às mulheres sobre critérios adequados de produção de leite suficiente, aspectos do leite, comportamentos e fatores que indiquem o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, que podem contribuir para o reconhecimento de alimentação suficiente. Com isso, possibilitar o retardamento da introdução de alimentos diferentes do leite materno antes do quarto mês de vida da criança, aumentando assim o período de amamentação exclusiva²⁴.

O enfermeiro possui importante papel na condução de informações às gestantes, puérperas e familiares. Junto com a equipe de saúde, em cada atendimento deve-se prestar atenção a sinais que indiquem que a mulher possui dúvidas e medos, visando promover o aleitamento materno de maneira prazerosa, sendo “*um ato de amor e carinho entre o filho e a mãe*”, como destaca Realizada.

Vivenciando o ato de amamentar

Nesta categoria, está descrita a percepção das primigestas com relação à intervenção de enfermagem que foi realizada durante o pré-natal na unidade de saúde, abordando aspectos sobre o preparo das mamas, a pega correta, a prevenção e o manejo das dificuldades com a amamentação. A seguir, expõe-se a percepção das duas participantes que passaram por todas as etapas da pesquisa e, após o nascimento do bebê, relataram suas vivências.

“Muita coisa que falaram que eu achei que era verdade [...] aprendi [...] você me explicou lá aquele dia [...] se não ia sofrer, porque [...] no começo foi difícil de pegar a teta, chorava, chorava, meu Deus. Eu acho que eu ia tudo pelos antigos, eu ia me lascar. Eu achei muito bom participar, teve bastante coisa que mudou”. (Ansiedade)

“Na questão da pega correta, [...] talvez não tivesse aprendido, até aconteceu de querer empedrar o seio, também ficou avermelhado, daí me lembrei e fui fazendo massagem pra ver se aliviava. Me ajudou [...] aliviou bastante, já no outro dia não tinha mais dor e nem nada, e eram coisas que as vezes tu acaba por não saber”. (Felicidade)

As falas de Felicidade evidenciam a importância da intervenção de educação em saúde durante o pré-natal. Muitas vezes os anseios e os medos podem se sobressair e deixar que o desejo de amamentar não seja concretizado por falta de incentivo e conhecimento, sendo um

dever de todo profissional de saúde realizar ações educativas tanto individualmente quanto coletivamente.

Não basta o profissional ter conhecimento e habilidade, ele precisa ter competência para se comunicar com eficiência, pois aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer, mas sim ajudá-la a tomar decisões após ouvi-la. É fundamental que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar delas e de seus filhos para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas em suas decisões⁵.

O profissional enfermeiro atuante na AB assume papel de liderança na construção do conhecimento nos processos de trabalho. Além de coordenar a enfermagem e supervisionar os agentes comunitários de saúde (ACS), muitas atividades de gestão da unidade recaem ao enfermeiro, no entanto ele não pode se distanciar do cuidado ao paciente²⁵. Cabe ao profissional gerir suas funções e trabalhar com o apoio da equipe para não ocorrer sobrecarga de atribuições.

Ao realizar intervenções em saúde pública, espera-se que sejam efetivas, que promovam melhores condições de vida, reduzindo doenças e promovendo saúde²⁷. Ao planejar projetos de intervenção para a comunidade ou de forma individual, há a necessidade de avaliar os objetivos com a proposta e traçar metas, averiguando o seu impacto sobre os grupos prioritários e desigualdades sociais em saúde.

Em sua pesquisa, Oliveira *et al*²⁸ avaliou os desafios elencados por profissionais sobre a intervenção em saúde da ESF. Destacou como facilidades do trabalho: a aproximação com o usuário, família e comunidade, o trabalho interdisciplinar e a resolutividade. Como dificuldades relata a falta de capacitação dos recursos humanos, as cobranças por produtividade e o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde.

O profissional da Atenção Básica está inserido junto ao contexto familiar dos usuários e se defronta com questões além das abordadas durante a vida acadêmica. O mesmo autor faz uma crítica às universidades da área da saúde, refere que elas não preparam os futuros profissionais para enfrentarem a realidade das famílias e comunidades, ensinando formas de intervir para transformar o local que necessita promover saúde²⁸.

Ao acompanhar gestantes, puérperas e bebês é indispensável que se pense em cuidado humanizado. O cuidado na enfermagem se caracteriza por uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se de atitudes humanizadas de acordo com as necessidades de pessoa²⁹.

No que se refere à percepção das nutrizes sobre a experiência com a amamentação após o nascimento, verifica-se que muitas das suas expectativas descritas na primeira categoria foram concretizadas ou até superadas.

“Melhor ainda do que eu imaginava, uma sensação muito boa”. (Ansiedade)

“Um momento maravilhoso, não tem explicação, não tem dinheiro no mundo que pague, a melhor coisa que podia ter acontecido, era o que eu mais esperava que acontecesse depois do nascimento”. (Felicidade)

Quando os desejos da mãe sobre o aleitamento materno acontecem, ela se sente alegre e satisfeita, pois o ato de amamentar faz parte da vivência da maternidade, sendo que durante a prática de amamentar ocorre sensação de prazer³⁰.

O significado do ato de amamentar se trata da mãe dar o seu melhor para o bebê, exibindo uma preocupação exclusiva com o bem-estar e a saúde da criança³².

Quando questionadas sobre as orientações que receberam durante a gestação sobre aleitamento materno as puérperas destacaram o papel da ACS e da pesquisadora como educadores.

“Ali do posto [...] a agente de saúde que ia lá em casa, ela começou a falar pra mim ir cuidando dos meus peitos [...] e só você mesmo”. (Ansiedade)

“Teve sim a agente de saúde, e você também que me orientaram”. (Felicidade)

Verifica-se que outros profissionais da equipe não abordaram o aleitamento materno durante o pré-natal, demonstrando uma carência que necessita ser suprida por todos integrantes da equipe.

À ESF cabe, oferecer um atendimento individual e de qualidade para cada uma das gestantes e o ACS contribui muito através das visitas domiciliares. O ACS representa uma importante relação de comunicação e integração da população com o serviço de AB. Seu trabalho é fundamental na medida em que deve identificar as gestantes na comunidade, orientá-las quanto ao acompanhamento de pré-natal e no período do puerpério^{33,34}. Ainda, deve saber sobre a importância do aleitamento materno no desenvolvimento completo da criança e proporcionar as devidas orientações.

A profissão de ACS define-se pelas práticas de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, através de visitas domiciliares e na comunidade, desenvolvidas de acordo com os preceitos do SUS e sob supervisão local³⁵.

As visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, após a frequência deve ser acordada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção³⁶. Cabe lembrar que a visita domiciliar é uma atribuição de todos os profissionais da equipe, podendo a primeira consulta do recém-nascido e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo (a) médico (a) e/ou enfermeiro (a)³⁶.

Vale ressaltar que, cabe ao enfermeiro em conjunto com os outros membros da equipe planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS³⁵. São profissionais que necessitam estar em constantes capacitações, que proporcionem reflexões e a análise dos problemas enfrentados no dia-a-dia desses profissionais. Para assim, garantir o desenvolvimento de atividades que contribuam, de forma efetiva, para a promoção do aleitamento materno.

Torna-se evidente a importância de todos os profissionais falarem sobre a importância da amamentação durante o pré-natal, principalmente com as primigestas, para iniciar, com sucesso, o aleitamento¹¹.

Destaca-se, que essa pesquisa se baseia em ações específicas a cada participante. Na primeira entrevista, as gestantes relataram suas percepções e expectativas para com a amamentação, suas dúvidas e medos. No momento da consulta de enfermagem, sabendo das prioridades de cada uma, a troca de saberes ocorreu de forma natural e as dúvidas foram sanadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível evidenciar a importância que pesquisas do tipo pesquisa-intervenção possuem para auxiliar equipes no planejamento e execução de ações prioritárias de saúde para com a população. Intervenções educativas que tratam sobre a amamentação são fundamentais na gravidez, principalmente para mulheres em sua primeira gestação.

O acompanhamento do pai durante o pré-natal seja em consultas ou junto à gestante em momentos de cursos, grupos e visitas domiciliares fortalece o entendimento do casal sobre os fatores importantes que ambos necessitam saber sobre a amamentação.

A consulta de enfermagem à gestante de maneira individual beneficia a formação de confiança e vínculo entre a mulher e o enfermeiro. Um espaço para que todas as dúvidas, os medos, as crenças e os mitos sejam expostos e o profissional possa orientar de forma individualizada e efetiva evitando o uso de complemento alimentar e facilitando o ato de amamentar.

A equipe de ESF necessita incorporar em sua prática diária medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças. A atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, sendo assim o incentivo ao aleitamento materno é uma das responsabilidades de cada profissional em sua equipe.

REFERÊNCIAS

1. Barros SMO. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri: Manole, 2006.
2. Alves AM Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm* 2007 Out/Dez; 12(4):416-27. [internet]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10063/6918>.
3. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Jornal de Pediatria* [internet]. - Vol. 75, Nº6, 1999. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-06-449/port.pdf>.
4. Arantes CIS. Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria* [internet]. - Vol. 71, Nº4, 1995. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-04-195/port.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [internet]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.
7. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [internet] 2012. 64 (1): 139-155, Rio de Janeiro.
8. Araujo LDS. *Querer/ poder amamentar. Uma questão de representação*. [tese] Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1997.
9. Moraes MS, Andrea MA, Yagi RGR. A expectativa de amamentar: da intenção à prática. *Arq Ciênc Saúde* [internet] 2004 jul-set;11(3):149-53. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/04%20ac%20-%20id%2020.pdf
10. Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria* [internet]. Vol. 70, Nº3, 1994.
11. Frota MA, Aderaldo NNS, Silveira VG, Rolim KMC, Martins MC. O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enferm* [internet] 2008 Jul/Set; 13(3):403-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12994/8779>
12. Rios CTF, Vieria NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cien Saude Colet* [internet] 2007,

- 12(2):477-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlng=pt
13. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [internet] 2009 maio-jun; 62(3): 387-92 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>
14. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet] 2001 setembro-outubro; 9(5):70-6. Disponível em:
15. Bitar MAF. *Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática*. [dissertação]. Belém (PA): Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Pará; 1995.
16. Rabboni A. *Aleitamento materno: um banho de vitalidade*. Ed. Weleda; 2002.
17. Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. *Vínculo construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
18. Winnicott DW. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2015. [internet] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>.
20. Bosi MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos Esp - Escola De Saúde Pública Do Ceará* [internet] V. 1 - N. 1 - Julho - Dezembro – 2005. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>.
21. Machado MMT. *A conquista da amamentação: o olhar da mulher*. 1999. [Dissertação] Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.
22. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr* 2006; 19 623-30.
23. Pina M, Volpato C. Riscos da alimentação com leite artificial. *Rev Port Clin Geral* 2009; 25:376-83.
24. Borges ALV, Philippi ST. Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet] 2003 maio-junho; 11(3):287-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16536.pdf>
25. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery*

[internet] 2016;20(1):90-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>

26. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB

A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [internet] 2011; 19(1): 1-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf

27. Antunes JLF. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo soc.* [internet]. 2015, vol.27, n.1, pp.161-175. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00161.pdf>

28. Oliveira GP, Peres AM, Chaves MMN, Eduardo EA. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia de saúde da família segundo os profissionais. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2011 Jul/Set; 16(3):448-54. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/24220/16229>

29. Corbani NMS, Brêtas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2009 June; 62(3): 349-354. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300003

30. Schimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. *Rev Bras Enferm* [internet]., v. 63, n. 1, p. 58-65. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a10.pdf>

31. Ferreira EA, Vargas IMÁ, Rocha SMM. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 1998, vol.6, n.4, pp.111-116. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13882.pdf>

32. Carrascoza KC, Possobon RF, Costa ALJ, Moraes ABA. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis* [internet]. 2011, vol.21, n.3, pp.1045-1060. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/15.pdf>

33. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. Disponível em:

http://books.google.com.br/books?id=1OZHFiBYd4C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

34. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas em Atenção Primária à Saúde Baseadas em Evidências. Artmed. 3ed. Porto Alegre, 2004. Disponível em:

[https://books.google.com.br/books?hl=pt-](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=4HZQBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT127&dq=medicina+ambulatorial+condutas)

[BR&lr=&id=4HZQBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT127&dq=medicina+ambulatorial+condutas](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=4HZQBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT127&dq=medicina+ambulatorial+condutas)

+de+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+baseadas+em+evid%C3%A2ncias+pdf&ots=mqnByPyyHh&sig=g-

TeElEyQupPvmdxilmuh01fhiI#v=onepage&q=medicina%20ambulatorial%20condutas%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20baseadas%20em%20evid%C3%A2ncias%20pdf&f=false.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São vários os sentimentos existentes ao findar o Programa de Residência Multiprofissional, principalmente o de leveza e dever cumprido. Foram dois anos de muitas tensões e intensões, não é à toa que a palavra “intensa” é a principal característica de como os residentes descrevem a Residência, e intensões em sempre fazer o melhor possível.

Tudo o que me foi proporcionado eu vivi, experimentei, estudei, trabalhei e proporcionei às pessoas o que estava ao meu alcance. Terminei esta especialidade mais confiante e experiente como profissional e pessoa apaixonada pelo sistema público de saúde, sabendo que não se faz promoção de saúde de qualidade sem ajuda de outro profissional. Participar de uma equipe multiprofissional foi e é um privilégio, pois sabemos que não é qualquer equipe que possui tantas profissões atuando com variados saberes e olhares que são fundamentais para um melhor cuidado ao usuário.

Conheci pessoas maravilhosas que se tornaram grandes amigas, outras aprendi como não devo ser e atuar. Desta forma, sinto que poderia e deveria ter aprendido mais enquanto profissional residente, estudante em serviço, se houvesse tido mais oportunidades de apoio, incentivo e espaço. Contudo, todo conhecimento adquirido foi com muito esforço e dedicação que fizeram valer a pena todo o processo.

Com muito orgulho, sou Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

ANEXOS

Anexo A – Normas de publicação da Revista Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. 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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Anexo B – Comprovante de submissão de artigo científico à Revista Ciência & Saúde Coletiva (e-mail recebido)

Ciência & Saúde Coletiva

Preview (CSC-2019-0202)

From: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

To: juliademarco1@hotmail.com

CC: juliademarco1@hotmail.com, j.fernandes@net11.com.br

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2019-0202

Body: 24-Jan-2019

Dear Miss MARCO:

Your manuscript entitled "O ATO DE AMAMENTAR PARA MULHERES EM SUA PRIMEIRA GESTAÇÃO" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2019-0202.


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

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

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 24-Jan-2019

 Close Window