

Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica

Deployment analysis of the Brazilian Breastfeeding Network: challenges and prospects for promoting breastfeeding in primary care

Análisis sobre la implementación de la Red Amamanta Brasil: desafíos y perspectivas de la promoción de la lactancia materna en la atención primaria

Sônia Ioyama Venâncio ¹
 Maria Cezira Nogueira Martins ¹
 Maria Teresa Cera Sanches ¹
 Honorina de Almeida ¹
 Gabriela Sintra Rios ¹
 Paulo Germano de Frias ²

Abstract

The article evaluates the implementation of the Brazilian Breastfeeding Network, a strategy developed by the Ministry of Health to encourage breastfeeding in primary health care. We performed an evaluation study on the implementation analysis of component 1, considering three levels (Federal, State, and Municipal). A log-frame model and matrix of indicators for the Breastfeeding Network were developed. To understand the organizational context, applying the categories analyzed by Matus Triangles and the degree of implementation of the Breastfeeding Network, we used document analysis, interviews, and focus groups. The degree of implementation was obtained by assessing the proposed activities at all three levels; municipalities were evaluated according to Ministry of Health criteria for certification of primary health care services. We identified different organizational contexts and different degrees of deployment, ranging from 18 to 100%. The study showed the influence of context on the deployment strategy, such that more favorable contexts were associated with more advanced levels of deployment.

Breast Feeding; Primary Health Care; Health Evaluation

Resumo

Avaliou-se a implantação da Rede Amamenta Brasil, estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde para o incentivo à amamentação na atenção básica. Realizou-se pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 1, considerando-se três níveis de análise (federal, estadual e municipal) e adotando-se o estudo de casos múltiplos. Elaboraram-se o modelo lógico e a matriz de indicadores da Rede Amamenta Brasil. Para apreensão do contexto organizacional, analisado por meio das categorias do Triângulo de Matus e do grau de implantação, foram utilizadas a análise documental, entrevistas e grupos focais. O grau de implantação foi obtido pela avaliação do cumprimento das atividades propostas nos três níveis; nos municípios, foram avaliados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para certificação das unidades básicas. Identificaram-se diferentes contextos organizacionais e graus de implantação, variando, nos municípios, de 18% a 100%. Foi possível observar a influência do contexto sobre a implantação da estratégia, de modo que se evidenciou relação entre contextos mais favoráveis e graus de implantação mais avançados.

Aleitamento Materno; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde

¹ Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Brasil.

Correspondência
 S. I. Venâncio
 Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
 Rua Santo Antônio 590, 5º andar, São Paulo, SP 01314-000, Brasil.
 soniavenancio@uol.com.br

Introdução

No Brasil, os inquéritos epidemiológicos mostram tendência crescente da amamentação. Estimativas provenientes da *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde* (PNDS) de 1996 e de 2006 mostraram aumento da duração mediana do aleitamento materno, independentemente do recebimento de outros alimentos, de 7 para 14 meses^{1,2}. De forma igual, a comparação entre as pesquisas de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal, uma de 1999 e outra de 2008, mostrou a ampliação da prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0-4 meses de 35,5% para 51,2%^{3,4}.

A tendência crescente dessa prática pode ser explicada, pelo menos em parte, pela implementação de várias políticas públicas pautadas no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981⁵. Destacam-se a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH) e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), os avanços na regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), além da mobilização social provocada pela comemoração anual da Semana Mundial da Amamentação⁶.

Embora os avanços sejam inegáveis, indicadores relacionados ao aleitamento materno estão longe do ideal, sendo necessário investir em estratégias de incentivo à amamentação para que atinjam patamares mais elevados⁶.

Apesar da existência de algumas experiências para a promoção do aleitamento materno na atenção básica, como a da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Londrina, que lançou, em 1995, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança, e a da SMS do Rio de Janeiro, em 1999, que promoveu a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), a maioria das políticas públicas em prol do aleitamento materno implementadas no Brasil, desde a década de 1980, teve como foco principal a rede hospitalar⁷.

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta nacional sobre o aleitamento materno direcionada à atenção básica, denominada Rede Amamenta Brasil. O documento foi regulamentado no ano seguinte, mediante a *Portaria nº 2.799*⁸, como uma estratégia baseada nos pressupostos da Educação Crítico-reflexiva e alinhada às propostas da Política da Educação Permanente⁷.

Para a implantação da Rede Amamenta Brasil, formaram-se tutores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por meio de oficinas, com a finalidade de apoiar a expansão da estratégia no âmbito municipal. Nas unidades básicas de saúde

(UBS) dos municípios, igualmente mediante oficinas, as equipes de saúde definem e pactuam ações de incentivo ao aleitamento materno, sendo acompanhadas por tutores, que as apoiam em visitas trimestrais⁹.

No Brasil, a adesão e o processo de desenvolvimento dessa estratégia têm assumido diferentes formas e ritmos. Até o ano de 2010, foram realizadas 58 oficinas formando 1.415 tutores, envolvendo 1.034 UBS e 22.575 profissionais que atuam na atenção básica⁹.

Portanto, tendo em vista o caráter inovador da Rede Amamenta Brasil, este estudo teve como objetivo avaliar a sua implantação em UBS de três municípios brasileiros, identificando fatores do contexto organizacional que podem favorecer ou dificultar esse processo.

Métodos

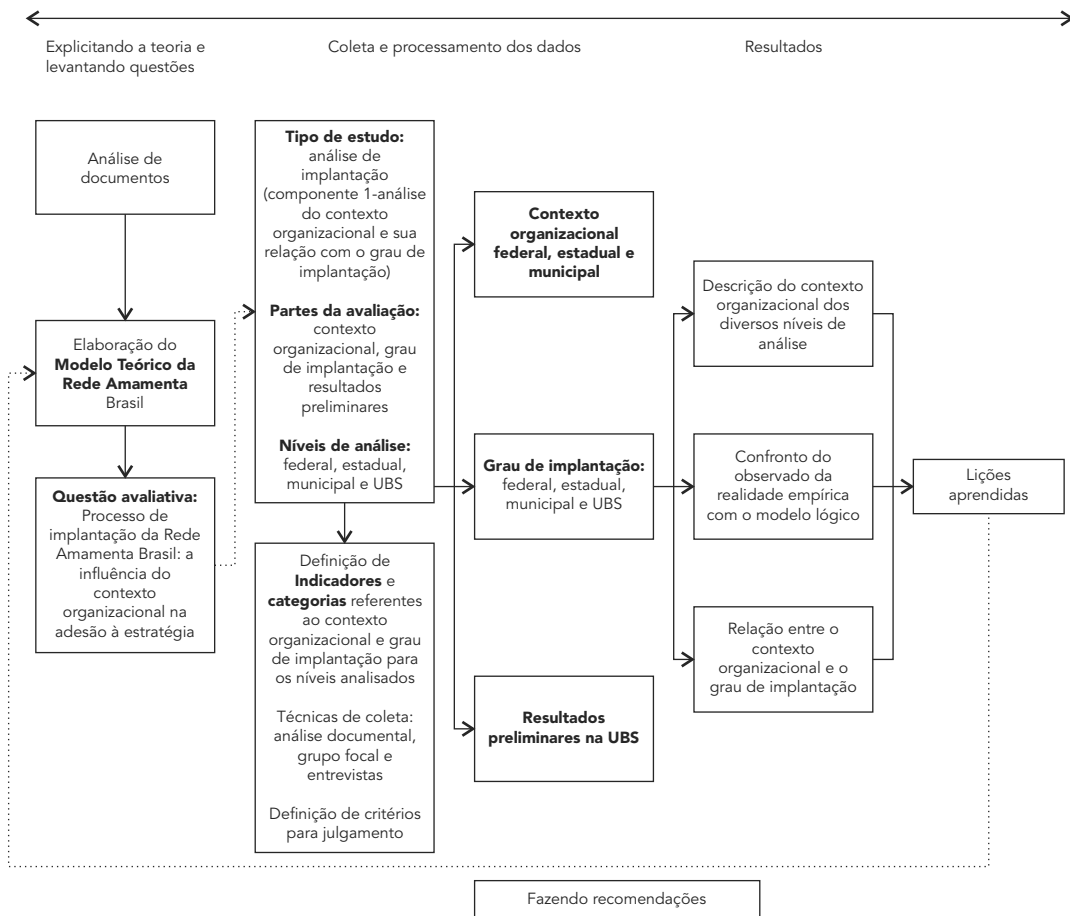
Realizou-se pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 1. Observou-se a variação do contexto organizacional e sua relação com o grau de implantação¹⁰, considerando-se três níveis de análise (federal, estadual e municipal). Adotou-se o estudo de casos múltiplos para garantir maior robustez à pesquisa, ampliando a possibilidade de variações nos contextos organizacionais e no grau de implantação da intervenção¹¹.

As etapas do trabalho podem ser visualizadas no modelo teórico da avaliação (Figura 1). A seleção dos municípios levou em conta diferentes momentos de implantação da Rede Amamenta Brasil, segundo o Ministério da Saúde, sendo escolhidos Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Corumbá (Mato Grosso do Sul), e o Distrito Federal, que apesar de possuir outra organização político-administrativa, foi incluído no conjunto dos municípios. Em cada cidade, foram incluídas as UBS que realizaram as primeiras oficinas da Rede por estarem envolvidas no processo há mais tempo.

Corumbá situa-se no Estado de Mato Grosso do Sul, com população de 96.599 habitantes. Conta com 18 unidades básicas de saúde da família, tendo sido incluídas as dez que participaram da primeira oficina, ocorrida em junho de 2009. Possui uma maternidade não credenciada na IHAC. Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, tem 1.409.351 habitantes, com uma rede de atenção básica composta por 116 equipes de saúde da família, 55 UBS com modelo tradicional e sete centros de saúde. Foram incluídas as 14 unidades que participaram da oficina de julho de 2009, sendo 12 unidades básicas de saúde da família, uma unidade básica de saúde no modelo

Figura 1

Modelo teórico da análise de implantação da Rede Amamenta Brasil, 2011.



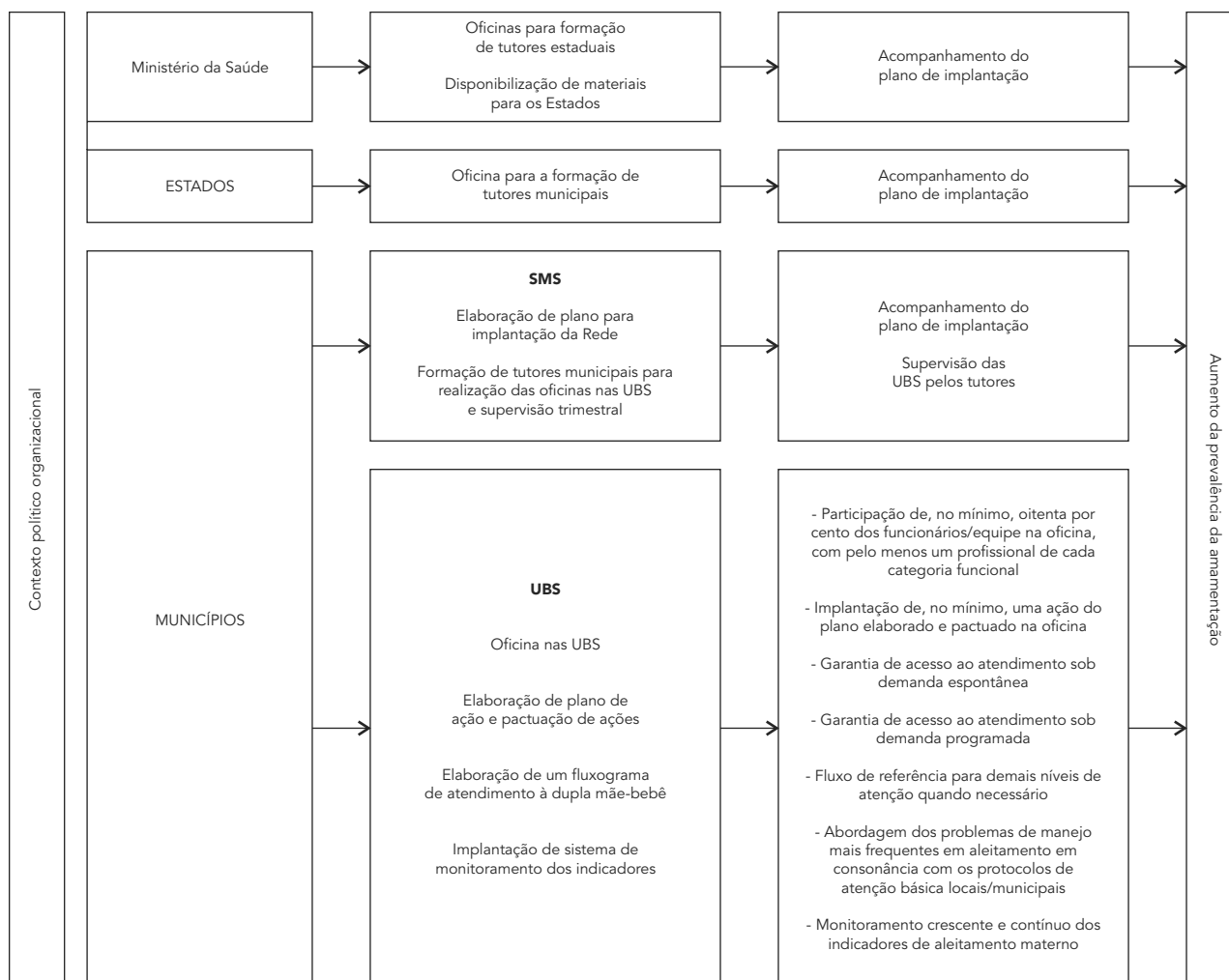
tradicional e um centro de saúde. O município conta com cinco hospitais da IHAC e cinco bancos de leite da Rede BLH; em adição, implantou o *Pra Nenê*, um programa de saúde da criança que inclui ações de incentivo à amamentação. Brasília conta com 2.562.963 habitantes e está conformada em um plano-piloto e regiões administrativas, assumindo configuração semelhante à de um estado. A atenção básica é composta por 127 equipes saúde da família, 67 centros de saúde, 22 postos de saúde rurais, 18 postos de saúde urbanos. Desse total, 12 UBS, três unidades básicas de saúde da família, sete centros de saúde com modelo tradicional e um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) participaram da oficina em março de 2009. A cidade conta com 11 hospitais da IHAC e 19 bancos da Rede BLH.

Para explicitar a intervenção, foi elaborado um modelo lógico valendo-se de consultas a documentos oficiais, a portaria que regulamenta a estratégia⁸ e o caderno do tutor da Rede Amamenta Brasil⁷. Em adição, realizaram-se entrevistas com membros da equipe das áreas técnicas de saúde da criança e aleitamento materno do Ministério da Saúde, para que fossem conhecidas as atribuições das três esferas de governo no processo de implantação da Rede (Figura 2). Com base no modelo de referência, foi desenvolvida uma matriz de indicadores e de julgamento, a fim de que o contexto organizacional e o grau de implantação da estratégia fossem avaliados.

Na análise do contexto organizacional nas três esferas de gestão, considerou-se o pressuposto de que, para governar, as forças sociais

Figura 2

Modelo lógico da Rede Amamenta Brasil.



SMS: Secretaria Municipal de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

precisam se articular ¹². Para sua operacionalização, utilizou-se o Triângulo de Governo de Matus ¹², que envolve as categorias projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema. A Tabela 1 apresenta as definições adotadas com base no escopo do estudo e os indicadores operacionais.

As técnicas utilizadas para apreender o triângulo de Governo foram análise de documentos institucionais e grupo focal ¹³; neste caso, a escolha se deu pela capacidade que os grupos têm de captar expectativas e opiniões dos envolvidos com a intervenção: os gestores federal, estadu-

al e municipal. Na organização dos grupos, as seguintes recomendações foram seguidas: contar com, no mínimo, seis e, no máximo, 15 participantes; durar em torno de 90 minutos; ter a presença de um moderador e de um observador, para condução do trabalho e para registro de fala e expressões não verbais, respectivamente ¹⁴. Foram utilizados diferentes roteiros para os grupos, conforme a inserção destes no âmbito da Rede Amamenta ¹⁵. As reuniões foram gravadas e posteriormente transcritas; para a análise do material obtido, foi realizada uma codificação dos conteúdos, valendo-se de categorias

Tabela 1

Categorias, definições e indicadores operacionais de análise com base no Triângulo de Governo ¹².

Categorias de análise	Definição	Indicadores operacionais
Projeto de governo	Refere-se ao conteúdo propositivo do plano, com ações que se pretende realizar para alcançar objetivos. Considerou-se a direcionalidade do projeto em relação à saúde, atenção básica e aleitamento materno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde e atenção básica como prioridade 2. Aleitamento materno e/ou Rede Amamenta no projeto de governo 3. Atuação no processo de descentralização 4. Existência de outras políticas/programas com objetivos complementares à Rede Amamenta Brasil 5. Direcionalidade do projeto de governo 6. Recursos financeiros disponíveis
Capacidade de governo	Capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo (destreza para estratégias e táticas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perícia/habilidade do pessoal dirigente (estabilidade da direção e perícia do gerente-liderança, conhecimento e experiência) 2. Desenho organizativo (organograma compatível com as funções institucionais, existência de setor relacionado à saúde da criança, existência de coordenação da Rede) 3. Microprocessos que regulam a relação entre gerentes e operadores da Rede Amamenta Brasil (respeito às decisões técnicas, envolvimento de servidores efetivos, funcionamento adequado da atenção básica, conhecimento da equipe técnica sobre o papel da coordenação da saúde da criança na atenção básica, sobre saúde pública e aleitamento materno, experiência em aleitamento materno, articulação entre os diversos setores do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Município, funcionamento dos setores que não fazem parte da atenção básica, rotatividade de recursos humanos, suficiência, mecanismos de contratação e formação, conhecimento da Rede Amamenta Brasil por parte do Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais) 4. Uso de tecnologias de gestão, como assessoria técnico-política, planejamento, manejo de crises, cobrança e prestação de contas de desempenho, monitoramento, dispositivos de comunicação
Governabilidade do sistema	Relacionada à liberdade de ação de que dispõem os atores sociais em situação, em face das variáveis. Considerada a capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomia do responsável pela Rede 2. Legitimidade e composição da coordenação da Rede 3. Relação do coordenador da Rede com a alta direção, com o administrativo-financeiro, com as demais esferas de gestão 4. Satisfação com as demais esferas de gestão 5. Características da Rede em gerar coesão e participação na sua proposição 6. Poder para mobilizar recursos para implantação 7. Adesão dos interessados (outras áreas da mesma esfera) 8. Consonância entre os objetivos da Rede e o projeto de governo 9. História do aleitamento materno na esfera analisada 10. Relação da coordenação da Rede com os demais envolvidos 11. Competição entre prioridades

previamente elaboradas^{15,16} com base no referencial matusiano¹².

Realizaram-se 12 reuniões de grupos focais, sendo o grupo focal 1 constituído por gestores federais (das áreas de saúde da criança, mulher, nutrição, atenção básica), consultores que participaram da formulação da proposta e membros do comitê nacional de aleitamento materno. Os grupos focais 2 e 3 envolveram os coordenadores estaduais das áreas técnicas de saúde da criança e aleitamento materno, com aproximadamente 13 participantes em cada grupo. Em cada uma das cidades selecionadas, realizaram-se 3 grupos focais, sendo um com coordenadores municipais da atenção básica, áreas técnicas de saúde da criança e aleitamento materno, mulher, nutrição e com gerentes de UBS; um com tutores da Rede Amamenta Brasil; e um com profissionais das equipes de saúde, selecionados de forma aleatória.

Para a análise do grau de implantação, verificou-se o cumprimento das atividades propostas para os âmbitos federal, estadual e municipal que constam do modelo lógico da Rede Amamenta Brasil (Figura 2). Em relação ao Ministério da Saúde, observaram-se a realização das oficinas macrorregionais para formação de tutores, a disponibilização de materiais de apoio e o acompanhamento do plano de implantação (monitoramento do número de oficinas realizadas, tutores formados, UBS envolvidas no processo e UBS certificadas). Nos estados, verificaram-se a realização de oficinas para formação de tutores e o acompanhamento do plano de implantação. Nos municípios, foi avaliada a dimensão normativa, com base nos critérios estabelecidos para certificação das UBS: participação de, no mínimo, 80% dos funcionários na oficina, com, pelo menos, um profissional de cada categoria funcional, incluindo administrativos e terceirizados; monitoramento dos indicadores de aleitamento materno por, no mínimo, três meses consecutivos; apresentação de um fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê, construído pela equipe; e implantação de, no mínimo, uma ação do plano elaborado e pactuado na oficina da unidade básica de saúde.

Para os níveis federal e estadual, as informações foram obtidas por intermédio da análise de documentos e de grupos focais. Para o âmbito municipal, foram realizadas entrevistas, no período de outubro a dezembro de 2010, com os seguintes atores: gerente da unidade básica de saúde, sobre o cumprimento dos critérios de certificação; um médico ou enfermeiro, sobre o atendimento às mães e bebês; e cinco mães de crianças menores de seis meses atendidas pela unidade, sobre o atendimento ao pré-natal e

puericultura, orientações e apoio ao aleitamento materno. A seleção das mães foi realizada de forma aleatória, por meio de consulta aos atendimentos agendados no período em que a equipe da pesquisa estava na unidade básica de saúde.

As informações coletadas nas entrevistas foram inseridas em bancos de dados no programa Epi Info 2002 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), a fim de facilitar a análise descritiva dos dados. O grau de implantação da Rede Amamenta Brasil nas UBS foi analisado considerando-se os quatro critérios propostos com detalhamento do fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê.

As informações dos gerentes das UBS, profissionais de saúde e mães foram trianguladas a fim de que se definisse o cumprimento dos critérios estabelecidos para a certificação das UBS. Criou-se um escore de 0 a 100, o último representando o pleno cumprimento dos quatro critérios. Atribuiu-se o mesmo peso, 25 pontos, a cada um dos critérios de certificação. Em cada critério, o valor máximo foi subdividido entre as questões consideradas para sua avaliação. Quanto às questões respondidas pelas mães, a pontuação máxima foi atribuída somente quando todas responderam positivamente ao que era esperado para o cumprimento do critério. Algumas informações tiveram como fonte exclusiva o gerente da unidade básica de saúde e, nesses casos, elas eram cheçadas mediante análise de documentos, como lista de presença dos participantes na oficina, planilhas de monitoramento dos indicadores etc.

Tendo como base a pontuação proposta, classificou-se o grau de implantação da Rede nas UBS em: implantação incipiente: até 20 pontos; parcial: 21 a 50 pontos; avançada: 51 a 80 pontos; consolidada: mais de 80 pontos. O grau de implantação no município, obtido por meio da avaliação das UBS, foi calculado da seguinte forma: (número de UBS com grau consolidado de implantação da Rede dividido pelo número total de UBS incluídas no estudo) x 100. Assim, a classificação proposta nos municípios obedeceu aos mesmos pontos de corte utilizados para o cálculo na unidade básica de saúde, expresso em proporção: implantação incipiente: até 20%; parcial: 21% a 50%; avançada: 51% a 80%; consolidada: acima de 80%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde de São Paulo (parecer nº 011/2010) e pelo da SMS de Porto Alegre (parecer nº 001.040605.10.8).

Resultados

Os contextos organizacionais

• Contexto federal

O contexto federal influenciou, de forma homogênea, a implantação da Rede Amamenta Brasil ao formar tutores em todos os estados. A partir do Triângulo de Governo, em geral, foram identificados mais aspectos positivos do que negativos. Em relação ao projeto de governo, houve apoio ao desenvolvimento da proposta, regulamentada por intermédio de portaria federal, e, do ponto de vista do gestor federal, os recursos financeiros para implantação da Rede foram suficientes. No que diz respeito à capacidade de governo, as dificuldades quanto a recursos humanos foram contornadas com a vinculação de bolsistas; as do monitoramento da ação, com a elaboração de um aplicativo informatizado. Neste, eram registradas e acompanhadas informações sobre as oficinas realizadas, tutores formados, UBS envolvidas no processo e as certificadas, sendo o aplicativo alimentado por gestores estaduais, municipais e tutores das UBS. Nesse âmbito, a maior fragilidade se deu na governabilidade do sistema, identificando-se a necessidade de haver não só maior articulação com áreas técnicas que tenham interface com a Rede Amamenta Brasil, mas também representações de estados e municípios, que poderiam fortalecer a implantação da estratégia.

“Como o Ministério é que iria dar o pontapé inicial, a área técnica, dentro de seu planejamento, alocou recurso para esse fim. [...] Em um primeiro momento, nós formamos quatro tutores para o quadro de cada estado. Em um segundo momento, o grupo de cada estado voltou para suas bases, com o compromisso de replicar a formação em seu estado, e o Ministério atuou com apoio técnico e financeiro” (GF1).

“Tínhamos problemas com relação aos recursos humanos; então, nós trabalhamos com bolsistas, cuja atuação foi fundamental para o desenvolvimento do projeto; duas delas, A. e G., estão aqui conosco na reunião e podem dizer mais sobre o trabalho que elas desenvolveram” (GF1).

“No processo, houve algumas lacunas, que hoje em dia nós podemos constatar. A área técnica da Saúde da Mulher não foi incluída nas discussões desde o início [...] Com a área de Nutrição, poderia ter havido mais integração; além disso, precisaríamos ter convidado outras áreas como: Saúde Mental, Saúde do Adolescente, Saúde do Homem. Também teriam sido parceiros importantes o CONASS e o CONASEMS [...] poderiam ter facilitado o fechamento das UBS para a realização das oficinas” (GF1).

• Contexto estadual

Os representantes dos estados foram bem receptivos em relação à proposta da Rede Amamenta Brasil, embora o projeto de governo não priorize os planos estaduais, revele dificuldades no processo de discussão com regionais de saúde e municípios, enfrente concorrência de outros projetos e programas e careça de recursos financeiros para viabilizar a sua implantação.

“No nosso estado, não foi feito nada; não realizamos nenhuma oficina... A equipe sou eu sozinha... Estou com uma estimativa de que, para fazer duas oficinas, preciso de R\$ 120.000,00. Onde conseguir?” (GF3).

“Os gestores não querem saber de aleitamento, porque isso não dá visibilidade; os interesses políticos de quem está no poder são os que prevalecem” (GF3).

“No nosso estado, para o desenvolvimento da Rede, utilizamos verba do Fundo de Alimentação e Nutrição” (GF2).

Quanto à capacidade de governo, identificou-se situação heterogênea no tocante à competência técnica das equipes para a definição dos desenhos organizativos, condução dos microprocessos e utilização de tecnologias de gestão. Variações relacionadas à autonomia dos responsáveis pela Rede, tipo de relação com superiores, poder de mobilização de recursos financeiros e história anterior em aleitamento materno, que são indicadores da governabilidade do sistema, podem ajudar a explicar as diferenças entre os estados.

“No nosso estado, os quatro capacitados tomaram a frente e fizeram oficinas. Resolvemos começar com alguns municípios, especialmente os que tinham grandes problemas com mortalidade infantil” (GF2).

“Tivemos grande dificuldade com o fechamento das unidades para a realização das oficinas locais” (GF2).

“Nós conversamos muito com os secretários municipais para minimizar as resistências. Isso contribuiu para que não houvesse problemas com o fechamento das unidades” (GF2).

• Contexto local

No contexto municipal, foi possível identificar elementos que facilitaram/dificultaram a implantação da Rede Amamenta Brasil. No que tange ao projeto de governo, em Corumbá, o apoio da gestão municipal, com alocação de recursos para viabilizar as oficinas e cursos de manejo da amamentação, a direcionalidade do programa e a ausência de outras estratégias de promoção do aleitamento materno no município favoreceram

a articulação com os vários atores mobilizados para o trabalho.

“Fomos capacitados pela Região Norte. Na volta, vimos que precisávamos aproveitar todas as oportunidades para tentar implantar a Rede” (GF2 – Corumbá).

“Quando houve essa possibilidade de tirar o foco do hospital e passar para as unidades de AB, nós vimos a oportunidade de mudar a nossa realidade, porque o nosso município apresentava alto índice de mortalidade infantil em relação aos índices do estado” (GF4 – Corumbá).

Em Porto Alegre e em Brasília, o apoio da gestão foi menor, além de outras políticas, de certa forma, “competirem” com a Rede Amamenta Brasil: o Programa Pra Nenê, em Porto Alegre, e a IHAC e Rede BLH, em Brasília, desviaram o foco de atenção e a energia dos atores envolvidos no processo.

“A Rede não é uma coisa da própria Secretaria Municipal de Saúde. É personalizada: tem algumas pessoas ‘empurrando’; aliás, são sempre as mesmas pessoas envolvidas em tudo que se refere ao AM, a quem nós chamamos de ‘mil e uma utilidades’” (GF8 – Porto Alegre).

“Nós temos muita prática com o Prá Nenê. A amamentação foi sempre estimulada aqui em Porto Alegre” (GF7 – Porto Alegre).

“Nós temos uma trajetória muito boa nos hospitais. O primeiro programa de aleitamento foi criado na década de 60. Aqui, no Distrito Federal, quase todas as maternidades são HAC, com exceção de duas maternidades mais recentes: uma tem quatro anos e a outra foi inaugurada há menos de dois anos. Então, pode-se dizer que houve uma hipertrofia da ação hospitalar” (GF3 – Brasília).

“Quanto aos hospitais, a gente é mais pressionado, porque nenhum diretor de hospital quer que, na gestão dele, o hospital perca o título de Hospital Amigo da Criança. Já a Rede... está começando; se o credenciamento não acontecer na gestão de um, acontecerá na gestão de outro... a mancha de não certificar é menor do que a de perder uma certificação” (GF3 – Brasília).

Em relação à capacidade de governo, merece destaque o papel que desempenha a coordenação técnica da Rede. Ainda que os coordenadores dos dois municípios e de Brasília tivessem ampla experiência em aleitamento materno e estivessem mobilizados para sua implantação, as possibilidades e formas de atuação variaram conforme as características dos contextos em que se inseriam. Assim, em Corumbá, um município pequeno, houve a possibilidade de um contato muito próximo do coordenador com todas as UBS.

“Muitas vezes, em algum lugar que apresenta mais resistência – sabe como é, aquele lugar em que a gente já vê que o pessoal vai só ficar de corpo

presente –, o nosso coordenador também participa da oficina, para dar maior legitimidade” (GF4 – Corumbá).

Em Porto Alegre e Brasília, cidades maiores e com sistemas de saúde mais complexos, os coordenadores dependiam da adesão e atuação de outros atores (diretores de distritos ou regionais), o que dificultou o processo.

“Eu acho que os gestores e a atenção básica não aderiram por falta de sensibilização” (GF8 – Porto Alegre).

“O gerente tem que querer, mas ele tem que discutir antes com a equipe, para motivá-la” (GF7 – Porto Alegre).

“Alguns gerentes atuam de forma mais ou menos autônoma e, muitas vezes, são pouco sensíveis às questões do aleitamento materno. Nesses casos, as responsabilidades acabam ficando com os tutores e, às vezes, fica uma tarefa difícil, porque elas deveriam ser divididas entre o gerente e o tutor” (GF10 – Brasília).

Em relação às tecnologias de gestão, apesar dos problemas intrínsecos ao sistema de informação proposto para o monitoramento dos indicadores de amamentação, a mobilização da equipe de Corumbá e o universo menor de UBS possibilitaram alimentação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) *web*, aspecto não contornado em Porto Alegre e em Brasília.

“O fato de as unidades não terem equipamentos de informática para acesso ao sistema... isso realmente é um problema, porque o profissional vai fazer isso à noite, quando está cansado” (GF5 – Corumbá).

“O SISVAN é um complicador, sem dúvida nenhuma: os municípios não têm digitadores ou acesso à internet” (GF3 – Porto Alegre).

“Não tem gente para digitar... o sistema é muito lento, muito pesado... Teve gente que colocou estudantes só para digitar os dados do SISVAN e, mesmo com a dedicação específica deles, tiveram dificuldade e só conseguiram alimentar o sistema levando os dados para casa e colocando no final de semana” (GF11 – Brasília).

Outro fator negativo, apontado em Porto Alegre e Brasília, foi a rotatividade de profissionais, aspecto não enfatizado em Corumbá, que, aparentemente, tem maior estabilidade nesse aspecto.

“Alguns tutores saíram. E as equipes ficam sem suporte. Nós vamos fazer brevemente uma nova oficina” (GF7 – Porto Alegre).

“A rotatividade é muito grande. A pessoa se envolve, aprende e depois sai. A equipe fica desestruturada” (GF9 – Porto Alegre).

“Tem unidade que ficou sem gerente. Aí, assumiu alguém que não tinha nada a ver com a

Saúde. Depois, entrou outra pessoa, que ficou três meses. Agora estou eu, há três meses também” (GF10 – Brasília).

Quanto à governabilidade do sistema, destaca-se o papel da relação da coordenação da Rede com todos os envolvidos no processo de implantação: alta direção, setor administrativo-financeiro, outros setores do poder municipal, coordenadores regionais/distritais, gerentes e tutores. Em Corumbá, o coordenador demonstrou ter autonomia e legitimidade. Em Porto Alegre e Brasília, as relações dos coordenadores parecem mais frágeis e a autonomia, menor, em face do desenho mais complexo da organização do sistema de saúde. Vale destacar que ambos têm legitimidade em decorrência do trabalho desenvolvido em aleitamento materno.

“As pessoas escolhidas foram as pessoas certas. Não adianta escolher profissionais só para comparecer aos treinamentos. Depois ele voltam e não repassam o que viram e aprenderam” (GF5 – Corumbá).

“Foi noticiado pela imprensa que Porto Alegre aderiu à Rede Amamenta, mas eu acho que os gestores e a atenção básica não aderiram, por falta de sensibilização” (GF8 – Porto Alegre).

“Cada regional nossa tem um gestor de saúde, que seria um secretário de saúde local; então, a gente depende do interesse dele pelo tema” (GF10 – Brasília).

Na experiência dos dois municípios e de Brasília, o tutor, figura central para a implantação e alcance dos objetivos da Rede, tem uma atuação intimamente ligada à coordenação municipal, a qual deve identificar os profissionais com o perfil adequado, garantir as condições para o desempenho de suas funções e manter o grupo mobilizado e atuante. As boas experiências relatadas em relação à tutoria não estavam relacionadas a uma motivação ou atuação isolada do tutor, mas articuladas a um projeto institucional.

“Estamos realizando reuniões mensalmente com as tutoras, para manter o vínculo, pois já tivemos desistência: algumas foram atuar em áreas diferentes” (GF3 – Porto Alegre).

A preparação dos profissionais para o manejo do aleitamento materno foi um aspecto mais destacado no desenho de implantação da Rede em Corumbá. Nesse município, o fato de a equipe de saúde estar preparada para resolver os problemas de amamentação foi enfatizado, o que remete à importância da capacitação dos profissionais de saúde nesse processo.

“Aqui nós sempre tivemos treinamentos de manejo no hospital e, como o pessoal que trabalha no hospital também trabalha nas unidades [básicas], acabava levando esse conhecimento para lá. Isso ajudava muito para lidar com vários

problemas que surgiam com a amamentação. Então, a Rede veio fortalecer esse trabalho na atenção básica, e os treinamentos em manejo que temos tido reforçam a Rede” (GF2 – Corumbá).

Grau de implantação da Rede Amamenta Brasil

No âmbito federal, verificou-se a realização de todas as ações propostas, com grau de implantação de 100%. Dos 27 estados, as SES de 24 realizaram oficinas para formação de tutores municipais e acompanharam o processo, gerando grau de implantação de 89%. Nos municípios, o percentual de adequação das UBS em relação aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde está apresentado na Tabela 2.

As dez UBS do Município de Corumbá cumpriam todos os pré-requisitos para certificação; em Porto Alegre, a maior dificuldade foi identificada no quesito “monitoramento dos indicadores de aleitamento materno”; em Brasília, o problema se deu no monitoramento e construção do fluxograma. Todas as UBS dos dois municípios e de Brasília haviam estabelecido mecanismos para a garantia do atendimento à demanda programada e espontânea da dupla mãe-bebê em aleitamento materno. Por outro lado, dificuldades foram identificadas na utilização de protocolos de manejo clínico do aleitamento materno e na definição de referências para outros níveis de atenção. Mesmo em Corumbá, onde todas as UBS construíram seus fluxogramas, oito não haviam definido uma referência para situações de manejo mais complexas, e cinco unidades não haviam adotado um protocolo clínico de manejo do aleitamento materno conforme o recomendado.

Em Corumbá, a média do escore das dez UBS foi 93,8 (DP = 1,78), não havendo grande variabilidade entre elas, sendo o valor mínimo 91,6 e o máximo 96,6. Nas 14 unidades de Porto Alegre, o escore foi 66,3 (DP = 22,7), variando de 13,0 a 95,0. Em Brasília, o escore médio foi de 60,7 (DP = 25,7), com amplitude de 14,1 a 98,2. O cálculo do percentual de UBS com implantação consolidada em relação ao total de UBS analisadas mostrou a seguinte situação: Corumbá – 100% (implantação consolidada); Porto Alegre – 28,6% (implantação parcial); Brasília – 18,2% (implantação incipiente). A Tabela 3 apresenta uma síntese do grau de implantação da Rede Amamenta Brasil nas três esferas de governo.

Tabela 2

Critérios para certificação das unidades básicas de saúde (UBS) na Rede Amamenta Brasil. Corumbá (Mato Grosso do Sul), Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e Brasília (Distrito Federal), Brasil.

Critérios	Município/Distrito Federal			Total (35 UBS)
	Corumbá (10 UBS)	Porto Alegre (14 UBS)	Brasília (11 UBS)	
Percentual de cumprimento dos critérios de certificação das UBS				
Participação de 80% dos profissionais nas oficinas	100,0	92,9	81,8	91,4
Implantação de uma ação pactuada pela equipe na oficina	100,0	84,6	88,9	90,6
Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno nos últimos três meses	100,0	28,6	18,2	45,7
Construção de um fluxograma de atendimento às mães/bebês	100,0	92,9	54,5	82,9
Percentual de cumprimento dos critérios referentes ao fluxograma de atendimento				
Atendimento da demanda programada	100,0	100,0	100,0	100,0
Atendimento da demanda espontânea	100,0	100,0	100,0	100,0
Definição de protocolos de manejo clínico do aleitamento materno	50,0	28,6	45,5	40,0
Definição de referência para outros níveis de atenção se necessário	80,0	92,3	81,8	90,6

Tabela 3

Situação de implantação da Rede Amamenta Brasil nas três esferas de governo.

Ações propostas/critérios	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal		
			Corumbá (10 UBS)	Porto Alegre (14 UBS)	Brasília (11 UBS)
Realização de oficinas envolvendo os Estados	27 (100,0)	24 (89,0)			
Disponibilização de materiais para os Estados	27 (100,0)				
Acompanhamento	27 (100,0)	24 (89,0)			
Participação de 80% dos profissionais nas oficinas			100,0	92,9	81,8
Implantação de uma ação pactuada pela equipe na oficina			100,0	84,6	88,9
Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno nos últimos três meses			100,0	28,6	18,2
Construção de um fluxograma de atendimento às mães/bebês			100,0	92,9	54,5
Atendimento da demanda programada			100,0	100,0	100,0
Atendimento da demanda espontânea			100,0	100,0	100,0
Definição de protocolos de manejo clínico do aleitamento materno			100,0	28,6	45,5
Definição de referência para outros níveis de atenção se necessário			100,0	92,3	81,8
Situação de implantação	100,0	89,0	100,0	28,6	18,2

UBS: unidades básicas de saúde.

Discussão

A análise dos dois municípios e de Brasília possibilitou a identificação de diferentes contextos organizacionais e níveis de implantação da Rede Amamenta Brasil. Com base no referencial matusiano, pôde-se observar a influência do contexto sobre a implantação dessa estratégia, de tal forma que contextos mais favoráveis estiveram relacionados a graus de implantação mais avançados.

As características da avaliação com ênfase na dimensão formativa da Rede Amamenta Brasil resultaram em alguns limites. O curto intervalo de tempo entre o lançamento da intervenção e o desenvolvimento da pesquisa restringiu a seleção dos casos. Com a diversidade de desenhos organizativos para implantação da Rede, a inclusão de mais municípios possibilitaria a compreensão de outras realidades e garantiria maior robustez ao estudo, em especial, pela possibilidade de imbricação dos casos. Também não foi possível incluir todas as UBS dos municípios selecionados e de Brasília, optando-se por incluir somente as unidades envolvidas no processo há mais tempo. Os resultados não permitem inferir sobre a cobertura da Rede Amamenta Brasil em cada cidade, mas refletem a sua capacidade de atingir graus avançados de implantação, uma vez iniciado o processo por meio de oficinas com as equipes de saúde. Além disso, a influência dos processos de trabalho das equipes das UBS sobre o grau de implantação não foi focado, aspecto que poderia elucidar questões adicionais relevantes.

A avaliação da implantação da Rede Amamenta Brasil possibilitou a compreensão de importantes processos relacionados aos três níveis de gestão da estratégia. A inclusão de municípios e uma cidade com diferentes características geográficas, sociopolíticas e organizacionais permitiu a apreensão de diferentes contextos e graus de implantação da estratégia, possibilitando a identificação de fatores facilitadores e restritivos a esta ação. A escolha intencional das UBS envolvidas na primeira oficina de formação de tutores incluiu, nas três cidades estudadas, as unidades com mais tempo no processo de adesão à Rede e maior possibilidade de cumprimentos dos critérios de certificação.

A análise do grau de implantação nas UBS apontou aspectos importantes sobre o processo de avaliação adotado pelo Ministério da Saúde. A avaliação das unidades, levando em consideração apenas os quatro critérios de certificação, sem detalhamento do fluxograma de atendimento às mães e crianças, ocultou dificuldades quanto à utilização de protocolos de manejo do

aleitamento materno pelas equipes e à definição de referências para encaminhamento de casos mais complexos, o que garantiria a continuidade da assistência, princípio da atenção primária e condição indispensável para o êxito da intervenção. Essas dificuldades interferem na qualidade da atenção ao binômio mãe-bebê em aleitamento materno e restringem as chances de sucesso, por isso sugere-se a inclusão do detalhamento do fluxograma para certificação das UBS. Por sua vez, a triangulação das informações de gerentes, profissionais e mães garantiu maior confiabilidade aos resultados, possibilitando a classificação das UBS e das cidades estudadas, a qual poderá ser agregada em futuras avaliações para certificação.

Não foram identificadas, na literatura, outras iniciativas de avaliação do grau de implantação da Rede Amamenta Brasil. Porém, a promoção do aleitamento materno na atenção básica tem sido alvo de pesquisas em âmbito nacional.

Estudo realizado no Município do Rio de Janeiro sobre a IUBAAM constatou que, considerando o cumprimento dos dez passos para o sucesso da amamentação e atribuindo escore de 0 a 10 pontos a cada etapa, em 56 UBS a média foi de 5,45 (IC95%: 5,11-5,78), indicando implantação parcial da estratégia¹⁷. Impacto favorável dessa iniciativa foi verificado em relação à prevalência de aleitamento materno em menores de seis meses e de amamentação até o primeiro ano de vida¹⁸. Ainda em relação à IUBAAM, pesquisa realizada no Município de Montes Claros, Minas Gerais, constatou que, nos locais onde essa estratégia foi adotada, a duração de aleitamento materno exclusivo foi significativamente maior¹⁹.

No Recife, estudo sobre o grau de implantação da ação de incentivo ao aleitamento materno em ambulatórios públicos, mediante avaliação normativa, utilizando-se de instrumento contendo questões estruturadas, identificou que, em apenas 7,1% das equipes de saúde da família, a ação está implantada. O grau de implantação foi insatisfatório, demonstrando a dificuldade de se romper com práticas clínico-individualistas e incorporar propostas universais e integrais de promoção à saúde²⁰.

A influência favorável de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como os grupos de apoio à amamentação e as orientações sobre seu manejo realizadas em UBS, aumentaram a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de forma significativa²¹.

Neste estudo sobre a implantação da Rede Amamenta Brasil, assim como em outras pesquisas, evidenciou-se que a promoção do aleitamento materno não está plenamente implan-

tada no âmbito da atenção básica. Esse achado reforça a necessidade de fortalecimento dessa nova estratégia, com ênfase na continuidade da atenção e no acompanhamento longitudinal, em virtude de sua repercussão na manutenção do aleitamento materno após a alta hospitalar²². Evidenciou-se elevada adesão à prática do aleitamento materno durante a permanência do binômio mãe-bebê na maternidade²³, havendo maior necessidade de se investir no apoio à dupla após a sua alta²⁴. Vários países, como Chile, Peru, Nicarágua, Argentina e Reino Unido, desenvolveram passos para o incentivo ao aleitamento materno na atenção primária²⁵, e estudos apontam que ações desenvolvidas durante o pré-natal e no período pós-natal são capazes de aumentar, de forma significativa, as prevalências de aleitamento materno^{25,26}.

Buscando ampliar a compreensão sobre os fatores facilitadores e restritivos no que se refere à implantação da Rede Amamenta Brasil e, em extensão, à promoção do aleitamento materno na atenção básica, procedeu-se à análise dos contextos organizacionais.

No âmbito federal, embora se verifique direcionalidade no projeto de governo e a criação de condições para a implementação da Rede Amamenta Brasil, a principal fragilidade deveu-se à insuficiente articulação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde com as instâncias representativas de estados e municípios.

A necessidade de articulação e pactuação de ações entre as diferentes esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), percebida pelos atores envolvidos na implantação da estratégia, é apontada como uma questão central para a consolidação desse sistema²⁷. Se as ações de aleitamento materno, no contexto de uma política nacional, fossem pactuadas entre as três esferas de governo, as dificuldades explicitadas pelos atores dos estados e municípios, como a baixa priorização da Rede Amamenta Brasil nos respectivos planos, a concorrência de outros projetos e programas, além da ausência de recursos financeiros para viabilizar a proposta, seriam minimizadas.

Nos estados, a situação é heterogênea no tocante à capacidade técnica das equipes para a definição dos desenhos organizativos, condução dos microprocessos e utilização de tecnologias de gestão para a implementação da Rede Amamenta Brasil. Segundo Spedo et al.²⁸, a proposta de descentralização, um dos desafios do SUS, pressupõe a definição de novas competências para os entes federados e a organização de estruturas administrativas compatíveis. Para que esse arranjo seja efetivo, deve-se consolidar a capacidade de cada ente executar suas funções

e interagir com as desenvolvidas pelas demais esferas de governo²¹.

De forma igual, no âmbito municipal foi possível identificar a relação entre as categorias do Triângulo de Matus e o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil. A estratégia metodológica permitiu identificar questões relevantes, oferecendo subsídios para o aperfeiçoamento da intervenção, pouco conhecida e inovadora, valendo-se de uma avaliação formativa.

Para o aprimoramento da Rede Amamenta Brasil, recomendaram-se, no âmbito federal, as seguintes ações: maior articulação entre as várias áreas do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); pactuação quanto ao financiamento para implantação da Rede Amamenta Brasil e apoio aos estados e municípios para a realização de capacitações em aleitamento materno no contexto da educação permanente. Para os estados, a recomendação é de priorização da Rede Amamenta Brasil nos planos de saúde, a fim de garantir apoio político e financeiro para a sua implantação; fortalecimento da Coordenação Estadual da intervenção e definição de desenhos de implantação adequados aos diferentes contextos organizacionais. Por fim, para os municípios, as ações indicadas foram agregar o fortalecimento do papel dos tutores, incentivar a capacitação das equipes no processo de implantação da Rede e apoiar a inclusão, nos planos de ação, de intervenções efetivas para o aumento da prevalência do aleitamento materno, demonstradas por evidências científicas.

Atualmente, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar (ENPACS) estão sendo integradas à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. O objetivo é facilitar a participação dos profissionais nas oficinas e potencializar o trabalho das equipes da atenção básica na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar. Contudo, os referenciais teóricos da educação crítico-reflexiva e as estratégias de implementação (apoio contínuo às UBS e certificação no contexto da qualificação da atenção básica) foram mantidos, o que leva a crer que o presente estudo pode trazer informações relevantes para subsidiar a implementação da nova estratégia.

Resumen

Se evaluó la implementación de la Red de Lactancia Materna en Brasil, estrategia desarrollada por el Ministerio de Salud para fomentar la lactancia materna en la atención primaria. Se realizó un estudio evaluativo sobre el análisis de la implementación del componente 1, teniendo en cuenta tres niveles (federal, estatal y municipal) y adoptando un estudio de caso múltiple. Hemos desarrollado el modelo lógico y la matriz de indicadores de red de lactancia materna en Brasil. Para comprender el contexto de la organización, las categorías fueron analizadas por el Triángulo de Matus y para el grado de implementación se utilizaron análisis de documentos, entrevistas y grupos focales. El grado de ejecución se obtuvo mediante la evaluación de las actividades propuestas en los tres niveles y los municipios fueron evaluados por los criterios de certificación de unidades básicas del Ministerio de Salud. Se identificaron contextos organizacionales y diferentes grados de implantación en las ciudades que van de 18 a un 100%. Se puede observar la influencia del contexto en la estrategia de implementación.

Lactancia Materna; Atención Primaria de Salud; Evaluación em Salud

Colaboradores

S. I. Venâncio, M. C. N. Martins e P. G. Frias contribuíram na concepção, elaboração e redação do artigo. M. T. C. Sanches e H. Almeida colaboraram na coleta, análise dos dados e revisão do artigo. G. S. Rios participaram na coleta de dados, análise dos resultados e revisão do artigo.

Agradecimentos

À coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, coordenadores estaduais de Saúde da Criança e às equipes de saúde de Corumbá, Porto Alegre e Brasília, pelo apoio ao desenvolvimento do projeto.

Referências

1. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Macro International Inc.; 1997.
2. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G, Estatística e Informação em Saúde).
3. Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).
5. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Pública 2003; 19 Suppl 1:S37-45.
6. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. J Pediatr (Rio J.) 2010; 86:317-24.

7. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil. Caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.799 de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Amamenta Brasil. Diário Oficial da União 2008; 19 nov.
9. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série I História da Saúde).
10. Champagne F, Broussele A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Broussele A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
12. Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Tomo I. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
13. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc 2004; 13:44-57.
14. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120:472-82.
15. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia (Ribeirão Preto) 2003; 12:149-61.
16. Wiggins GS. The analysis of focus groups in published research articles. Can J Program Eval 2004; 19:143-64.
17. Rito RVVF. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: avaliação da implantação em unidades da rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
18. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. J Pediatr (Rio J.) 2008; 84:147-53.
19. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008; 42:1027-33.
20. Bezerra LCA, Frias PG, Vidal SA, Macedo VC, Vanderslei LC. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002) Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:1309-17.
21. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad Saúde Pública 2010; 26:2343-54.
22. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1):CD001141.
23. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. Am J Pub Health 2003; 93:1277-9.
24. Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. Lancet 2005; 366:1094-100.
25. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiol 2002; 5: 41-51.
26. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2008; 149:565-82.
27. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14:807-17.
28. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25:1781-90.

Recebido em 25/Out/2012

Versão final reapresentada em 23/Fev/2013

Aprovado em 8/Mai/2013