



VANESSA DE SANTANA SANTOS

**ALEITAMENTO MATERNO: IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO DE ZERO A SEIS
MESES. COMPREENDER SUAS VANTAGENS E MITOS.**

BRAGANÇA-PA

2017



VANESSA DE SANTANA SANTOS

ALEITAMENTO MATERNO: IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO DE ZERO A SEIS MESES. COMPREENDER SUAS VANTAGENS E MITOS.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Daniel Victor Coriolano Serafim

BRAGANÇA-PA

2017

RESUMO

A realização do portfólio nos permitiu abordar e aprofundar sobre temas que são essenciais para nossa prática diária. Ao realizar a atividade 1, foi possível expor pontos sobre nossa trajetória educacional e profissional e ademais expor informações sobre a nossa vivência no nosso local de trabalho. A atividade 2, quando detalhamos o caso clínico da nossa área de saúde nos permite rever e abordar a conduta médica realizada, nos fazendo refletir se tal conduta está de acordo com os protocolos que são estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e assim nos aprofundar ainda mais sobre o tema. Em relação à atividade 3, onde foi solicitado que abordássemos temas referentes à promoção da saúde e prevenção de doenças, foi de suma importância devido a que é uma situação que devemos por em prática todos os dias na nossa equipe de saúde, pude expor nessa atividade, como são realizadas as nossas consultas de puericultura na unidade. Em relação à atividade 4, abordar sobre visita domiciliar é extremamente importante devido a que é uma atividade semanal na nossa unidade de saúde, o que favorece a uma melhor relação com a equipe o paciente e seus familiares. Por tanto é possível concluir que a elaboração do portfólio nos proporcionou apenas aspectos positivos.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão , Obesidade , Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	16
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	17
ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Vanessa de Santana Santos, tenho 29 anos, nasci no interior da Bahia, onde morei até os 20 anos de idade. Em 2008 ganhei uma bolsa de estudo para cursar medicina em Cuba, na Universidade Latino Americana de Medicina. Terminei a faculdade em julho de 2014.

Em junho de 2015 comecei a trabalhar em Bragança, Pará, pelo Programa Mais Médico (PMM). O município fica localizado ao nordeste do Pará, com população estimada de 122.881 habitantes. Bragança é o maior polo pesqueiro do Estado, exportando sua produção principalmente para as capitais do Nordeste e do estado do Pará. Há grande atividade pecuária, agricultura e extrativismo de caranguejos.

Estou trabalhando desde então na Unidade Básica de Saúde Vila do almoço que fica localizada na zona rural, 34km da cidade. As famílias são de baixo nível socioeconômico, vivem da agricultura, a grande maioria não possuem renda fixa. Na Vila há 1 igreja católica que fica ao lado da UBS, que normalmente sede seu espaço para realizarmos ações de promoção e prevenção em saúde, 1 igreja evangélica (Assembleia de Deus), 1 escola pública que no momento encontra-se fechada.

A unidade de saúde tem uma estrutura antiga, foi construído a aproximadamente 10 anos de acordo com as informações dos próprios pacientes, desde então sofreu apenas algumas mudanças. Outra UBS esta sendo construída com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, porém no momento a obra encontra-se parada. Temos uma abrangência de atendimento de aproximadamente 3 mil pessoas porque atendemos mais 2 comunidades vizinhas que no momento não tem unidade de saúde. As doenças crônicas de maior prevalência no atendimento são a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus tipo 2, entre as agudas são, lombalgia, parasitose intestinal e micoses cutâneas.

No Projeto de Intervenção o tema escolhido foi o “Aleitamento Materno: Importância Do Aleitamento De Zero a Seis Meses. Compreender Suas Vantagens e Mitos.” O estudo foi realizado devido ao grande problema que se observava na nossa unidade de saúde, buscando entender quais eram os principais motivos que levam ao desmame precoce. Percebemos que era um grande problema e que deveria ser solucionado. Por tanto os resultados esperados com esse projeto é que diminua consideravelmente o numero de desmame precoce das crianças antes dos 6 meses.

E que exista sensibilização dos gestores, as mães e as famílias para aumentar os índices de aleitamento materno.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Anamnese

Identificação Nome: R.M.S.L Idade: 24 anos Cor: morena

Naturalidade: Paraense

Endereço: Vila do Almoço (zona Rural de Bragança-Pará) Unidade de referencia: ESF Vila do Almoço

Dados socioeconômicos

Grau de instrução: Segundo grau incompleto Profissão: agricultora

Condições da moradia: Vive com a mãe, o marido e a filha em uma casa de alvenaria, com 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 1 banheiro (5 cômodos).

Condições de saneamento: (água de poço)

Distância até a unidade de saúde: aproximadamente 3km.

Descrição do caso

Queixa principal: náuseas e vômitos

Paciente realizou a captação dia (03.10.2016), em que foram solicitados todos os exames necessários. Preenchimento do Sis prenatal, preenchimento do cartão da gestante e preenchimento do prontuário.

Interrogatório

Antecedentes pessoais gerais:

Obesidade. Nega qualquer outra patologia.

Antecedentes familiares:

Pai: Antecedentes de hipertensão arterial e Diabetes mellitus. (falecido há 10 anos, causa principal: infarto agudo do miocárdio)

Mãe: Antecedentes de Diabetes Mellitus Nega qualquer outro antecedente familiar.

Antecedente ginecológico: Ciclos menstruais: Duração de 3 dias; intervalo de 28 dias. Menarca: 13 anos. Métodos anticoncepcionais prévios: mediante uso de

preservativo e anticoncepcional injetável. Refere que parou de usar porque segundo a paciente já usava há muito tempo. Não recordando exatamente quanto tempo.

Doença sexualmente transmissível: Nega Sexualidade: Início da atividade sexual: 15 anos Numero de parceiros: 3 Antecedentes obstétricos: Paciente nulípara Gestação atual: DUM: 22 de julho de 2016 Peso prévio: 95kg Altura: 1,65m, Hábitos alimentares: refere que “come de tudo” Hábitos: (fumo, álcool e drogas) nega, Idade gestacional: 10 semanas e 3 dias Data provável do parto: 28 de abril de 2017 Exame físico: Paciente em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, biótipo normolínea, mucosa normocorada, anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque. Sinais vitais: Fc: 76bpm; Fr: 19irpm; Pa: 130x90 mmhg Peso:95kg; Altura: 1,65c; IMC: 34.9kg/m² Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

TóraX Inspeção: Tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem; Palpação: Expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações; Percussão: Sem alterações; Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados; Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome Inspeção: Globuloso, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral. Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais; Percussão: Sem alterações. Palpação: Não doloroso palpação profunda em região de epigástrico, com ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades: Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados. Exame físico (gineco-obstétrico): Devido ao tempo de gestação (10 semanas e 3 dias, não foi possível estabelecer: palpação obstétrica, altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos e registro dos movimentos fetais).

Exame clínico das mamas. Inspeção: Simétricas, sem alterações. Palpação: Sem alterações. Aproveitando o exame clínico das mamas, foi orientado a gestante a importância do aleitamento materno e os cuidados que devem ser tomados. De acordo com ministério da saúde (caderno de atenção básica, nº32)¹ sugeri que a paciente que usasse sutiã durante a gestação, sugeri banhos de sol nas mamas por 15 minutos e expliquei que é contraindicado ordenhar durante a gestação para a retirada do colostro.

Exame ginecológico: Inspeção: sem alterações Palpação: sem alterações
Exame especular: sem alterações.

Conduta:

- Foi prescrita suplementação de sulfato ferroso (40mg) e ácido fólico (5mg);
- Foi realizado o encaminhamento da gestante para imunização;
- A paciente recebeu orientações dietéticas;
- A paciente foi referenciada para atendimento odontológico;
- A paciente foi orientada sobre a importância do aleitamento materno;
- Foi avaliado o risco gestacional dessa paciente e esta foi classificada como pré-natal de alto risco, tendo em vista que a referida paciente apresenta fatores de risco que se enquadram em tal classificação. Ademais, a mesma foi encaminhada para avaliação nutricional. A paciente em apreço compareceu às consultas de pré-natal, bem como no ambulatório de alto risco, de acordo com o seu agendamento.

Com 30 semanas de gestação a paciente apresentou cefaleia e tontura, sendo levada por seus familiares para o pronto socorro da cidade (Bragança-Pará). Ao realizarem a aferição da PA, ficou constatado que a PA estava com 160x100 e no que tange ao exame físico verificou-se um discreto edema nos membros inferiores. Foi realizado uma proteinúria de 24h (sem alteração), em virtude disso a paciente ficou internada por 48 horas até que pudesse obter níveis pressóricos normais. A paciente manteve-se com a PA em 130x90mmhg e, logo após teve alta com bom estado geral. A paciente compareceu à consulta (07. mar. 2017), sem queixas, com bom estado geral. Negou cefaleia, tontura e visão turva ou quaisquer outras sintomatologia que sugerisse critérios de gravidade para pré-eclâmpsia.

Ao exame físico: AU: 35cm; Dorso: direito; Apresentação: cefálica. Batimentos cardíacos fetais: 149bpm; movimentos fetais: presente. Idade gestacional: 32semanas/4dias Peso: 105kg; IMC: 37kg/m² PA:130x90mmhg Edema: discreto em membros inferiores (+). Exame físico das mamas: sem alterações.

Conduta médica:

- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso(40mg) e ácido fólico(5mg);
- Reforço às orientações dietética;
- Avaliação de resultados de exames complementares (a paciente sempre se manteve estável com relação aos exames complementários, glicose sempre com cifras de 73mg);
- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo;
- Orientação acerca dos sinais de risco (cefaleia, tontura e visão turva); e caso apresente qualquer uma dessas sintomatologias, os oriento a procurar o serviço de saúde;
- Realizo agendamento das consultas subsequentes.

A paciente realizou de forma disciplinada todas as consultas de pré-natal. Manteve-se estável, sem queixas. Nas consultas sempre orientei e foi bastante insistente para que a paciente comparecesse a todas as consultas de pré-natal. Informei a paciente sobre a patologia que apresentava e as possíveis complicações. O parto foi realizado com IG: 38 semanas e 1 dia. O procedimento utilizado para o parto foi por via Cesariana.

A primeira consulta de puerpério foi realizada uma semana pós-parto no dia 28 de abril de 2017. No dia 09 de maio de 2017), realizamos junto com a enfermeira e o ACS da área, uma visita domiciliar à paciente. A intenção principal da visita foi reforçar para a paciente e seus familiares a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. A partir dos dados obtidos foi possível a realização do Genograma que segue em anexo. (vide página 32)

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A puericultura é definida, de acordo com os moldes do Ministério da Saúde como o “acompanhamento programático de saúde da criança, com o intuito de avaliar o seu crescimento e o seu desenvolvimento, além de orientar quanto a praticas preventivas”. Tendo em vista tal conceito, buscamos introduzi-lo na nossa equipe de saúde e assim, promover cuidados necessários de acordo com a vulnerabilidade de cada criança, focando principalmente nos risco que a criança apresenta para tal situação. De acordo com o caderno de atenção básica, saúde da criança, as principais situações de vulnerabilidade são: baixo peso ao nascer, mãe com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, historia familiar de morte de criança, prematuridade e crianças residentes em área de risco.

Em nossa UBS tratamos sempre de incentivar a participação nas consultas agendadas de puericultura. Buscamos levar informações aos pais e familiares para que eles possam perceber a importância das mesmas. O agendamento é feito tendo em vista conciliar os horários médicos e dos pais. Durante as consultas é feito o acompanhamento do crescimento avaliando o peso, estatura, perímetro cefálico (até os dois anos de idade) e o IMC. Fazemos também o acompanhamento do desenvolvimento através das tabelas preconizadas pelo ministério de saúde. Realizamos um exame físico completo na primeira consulta.

As orientações dadas aos pais estão focadas fundamentalmente nas práticas preventivas, dentre as quais estão incluídas a triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e coraçãozinho), estímulo ao aleitamento materno exclusivo, desde a realização do pré-natal. Realização da vacinação de acordo com a idade, uma vez que tal medida ocupa um papel fundamental na promoção de saúde e prevenção contra doenças. Buscamos realizar aconselhamento em relação à segurança da criança, focando na prevenção de acidentes. Além de orientar aos pais em relação à posição de dormir da criança, estimular os pais a incentivem seus filhos a fim de que realizem atividades físicas, a partir dos dois anos de vida.

Levando em consideração os aspectos mencionados anteriormente, percebemos que o profissional de saúde ocupa um papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, a partir do momento em que o

mesmo estimula uma participação ativa dos pais e familiares nas consultas tanto de puericultura como do pré-natal. Ante o exposto, podemos perceber que a promoção, prevenção e educação são fundamentais na atenção básica. E para que essas práticas ocorram na ESF é essencial um trabalho em equipe, partindo do pressuposto de que cada membro ocupa um papel essencial na nossa prática diária. Vale ressaltar que a família estimula de maneira especial o desenvolvimento saudável da criança. Por tanto cabe ao profissional de saúde incentivar a participação paterna nas consultas, que de certo modo, irá desenvolver um vínculo afetivo ainda maior e melhor.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar vem sendo uma importante ferramenta para a Estratégia de Saúde da Família, pois a mesma possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, bem como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Sendo a Visita domiciliar uma das atribuições das equipes de saúde da atenção básica, o ministério da saúde preconiza que seja uma das principais atividades para o agente comunitário de saúde.

É importante lembrar que várias ações podem ser realizadas no domicílio, tais como: cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde, o cuidado aos pacientes que se encontram com impossibilidade ou dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde.

As equipes precisam manter uma organização para que os objetivos sejam alcançados, sempre focando e priorizando os pacientes de maior risco. No que se refere aos idosos temos que ter uma atenção voltada para os tais, sobretudo aos acamados com dificuldade de deambulação, aos que apresentam doença crônica degenerativa, aos que estão sem adesão ao tratamento e ademais aqueles sem cuidador.

Em relação às crianças são priorizadas principalmente os recém-nascidos com alto grau de distrofia, os que apresentam atraso no crescimento e desenvolvimento e também aos que são ausentes no agendamento programado e vacinações. Entre as gestantes estão priorizadas visitas domiciliares àquelas com alto risco, desnutridas e com ausência nas consultas de pré-natal. A realização dos agendamentos deve ser sempre em consenso com a família, respeitando seu espaço e entorno sociocultural.

O ministério da saúde cita pontos importantes a serem realizados durante a visita domiciliar, por exemplo: conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais; identificar fatores de risco individuais e familiares; prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados; auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não; promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida; propiciar ao indivíduo e à família a participação ativa no processo saúde-doença;

adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares; intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares; estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.

Brasil (2006), que está relacionado com caderno de atenção básica, nº19 afirma que a visita domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

Vale salientar também que o cuidador, que pode ser ou não um membro da família, cumpre um papel muito importante. Portanto é necessário que a equipe de saúde oriente quanto aos cuidados que devem ser realizados diariamente. A eles de acordo com o ministério da saúde, deve ser orientado para que realizem as seguintes atribuições: ajudar no cuidado corporal; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas; participar do tratamento diretamente; fazer mudança de decúbito e massagem de conforto; servir de elo entre o usuário, família e a equipe de saúde; administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição; comunicar a equipe de saúde as intercorrências; dar suporte psicológico aos pacientes. Lógico que cada cuidado vai depender da debilidade de cada paciente.

Um verdadeiro aliado para a atenção básica na realização da Visita domiciliar é o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), que permite qualificar e complementar o trabalho da equipe. Infelizmente na nossa unidade não contamos com essa ajuda, pois como estamos na zona rural e um tanto distante, sempre existe a dificuldade com os transportes. Outro ponto que nos prejudica é a deficiência para realizar as Inter consultas, com especialidades de angiologia, cardiologia, ortopedia e nefrologia, quase sempre a regulação municipal não dispõe ou a espera torna-se longa e frustrante.

De acordo com Brasil (2012), é possível compreender que, a construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros.

Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados. As visitas na nossa equipe, é uma atividade programada e inserida no nosso cronograma, são realizadas uma vez por semana, em acordo com a equipe e os familiares. Contamos sempre com a presença do agente comunitário da área que já conhece a família, tendo em vista que o mesmo deve realizar no mínimo uma visita mensal a cada família da sua área de abrangência.

Durante a visita são realizadas orientações aos familiares, condutas terapêuticas e abrimos um espaço para sanar dúvidas, permitindo assim que essa visita torne-se um instrumento importante para a troca de informações, o que favorece atividades educativas e mais humanizadas. Destarte, fica evidente que essa prática nos permite criar uma boa relação médico e paciente, o que tornasse gratificante para os dois lados.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante toda a trajetória no curso de especialização em saúde da família me senti bastante confortável com a didática e com a temática apresentadas, embora este tenha sido o primeiro curso à distância que realizo. O que posso afirmar com categoria é que esta foi uma experiência que, além de nova, foi muito enriquecedora e deveras muito produtiva. Tendo em vista que tenha sido semipresencial – o que pra muitos pode ser visto como um problema – percebi que essa prática não desqualifica o seu mérito e há uma exigência necessária de disciplina e empenho por parte dos especializandos.

Levando em consideração os assuntos abordados no decorrer do curso tanto no eixo I, onde foram estudados temas referentes ao campo da saúde coletiva como no eixo II, onde foram abordados casos clínicos com temas que são fundamentais para nosso aperfeiçoamento enquanto profissionais e que enriqueceu ainda mais o nosso conhecimento. Tendo como premissa básica levar para a prática o que fora aprendido a fim de que todos, inclusive a comunidade onde exerço minhas funções, ganhem muito com isso.

O curso nos proporcionou apenas aspectos positivos. Os quais nos permite aplicar na nossa prática profissional. Sobretudo trazendo melhorias na organização da nossa unidade de saúde, nos permitindo enxergar a importância da realização do nosso trabalho como equipe de saúde da família. Promover ações seja de promoção, prevenção e educação que nos possibilitem não apenas ver o paciente individualmente, mas todo seu âmbito social e cultural. Um ponto também que é de extrema importância ser enfatizado foi justamente o que nos proporcionou o eixo II, que ao abordar temas de suma importância para nossa prática diária, nos permite melhorar e aperfeiçoar as nossas condutas médicas.

Essa é a maneira mais eficaz de um trabalho de sucesso: quando se faz o que é vocacionado a fazer, tal atividade deixa de ser uma mera obrigação e passa a ser exercida com amor. Tendo minha atividade o poder de salvar vidas, tenho a plena convicção de que o curso me deu mais ferramentas para me aperfeiçoar e fazer o que me propus a fazer com mais dedicação e com mais vontade de ajudar àqueles que em mim confiaram como profissional médica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde**. Secretaria de atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da saúde. 2006. (Caderno de atenção básica, nº19).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. **Melhor em Casa: A segurança do Hospital no conforto do seu lar**. Coordenação de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da saúde. 2012. (Caderno de atenção domiciliar, vol.1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de pragmáticas e estratégicas **Gestão de Alto Risco**. Manual Técnico. Ministério da Saúde. 5ª. ed.- Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. **Aleitamento Materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e legislação** do Ministério da Saúde. 2009. Caderno de atenção básica nº23
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da criança: crescimento de desenvolvimento**. 2012. Cadernos de atenção básica, 33.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2012. Caderno de atenção básica, 23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de atenção básica - **Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Ministério da saúde. 2013 Caderno de Atenção Básica nº 32
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Volume 17. 2010.
- NELSON, Robson M. Kliegman. [Et. Al]. **Textbook of pediatrics**, Tratado de pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 19ª Ed. Rio de janeiro: Elsevier.2014

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

VANESSA DE SANTANA SANTOS

**ALEITAMENTO MATERNO: IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO DE ZERO A SEIS
MESES. COMPREENDER SUAS VANTAGENS E MITOS.**

BRAGANÇA-PA

2016

1. INTRODUÇÃO

Bragança é um município brasileiro do estado do Pará. Sua população estimada em 2014 era de 120.124 habitantes. Possui atualmente 26 ESF, dentre elas esta ESF Vila do almoço, localizado na zona rural. A ESF, Vila do almoço, vem percebendo que vem aumentando o número de desmame precoce, algumas chegam apenas até os três ou quatro meses com o aleitamento exclusivo, realidade que afeta todo o município. Porém a unidade vem buscando cada vez mais orientar durante o pré-natal a importância do aleitamento materno, assim como a realização de rodas de conversa para levar informações para as mães e futuras mães, para que assim seja acentuada a importância na conscientização dos pais com a finalidade de garantir o aleitamento exclusivo da criança até os seis meses. No que se refere à família, as vantagens da amamentação estão relacionadas com o custo, a praticidade e o estímulo ao vínculo do binômio mãe-filho. Por tanto, a principal vantagem do aleitamento materno é seu baixo custo, comparado com a alimentação da criança com fórmulas infantis ou com outros tipos de leite.

Segundo o Ministério da Saúde a amamentação: evita mortes infantis, protegendo contra infecções, como meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecções do trato respiratório, tractointestinal, urinária, otite média, e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo; diminuição de chances de morte súbita; redução de hospitalizações; redução de alergias; redução de obesidade, diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; melhor nutrição; melhor desenvolvimento da cavidade bucal; diminui a perda de peso inicial do recém-nascido.

De acordo com Tratado de pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, o processo da sucção estimula a produção de leite, logo ao diminuir a sucção diminui-se também a produção do leite, sendo capaz assim de cessar a produção. Sendo assim, a mãe pode parar totalmente de amamentar o bebê.

Dentre as principais causas do desmame precoce incluem fatores ligados ao binômio mãe filho, como: a forte cultura da mamadeira, os mitos a respeito da amamentação (“leite fraco, queda dos seios, o leite não mata a sede do bebe” entre outros); a falta de informação correta às mães nos serviços de saúde, as rotinas hospitalares incompatíveis com o início e a duração do aleitamento materno; a propaganda indiscriminada de substitutos do leite materno.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conscientizar as mães e familiares sobre a importância e as principais vantagens do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade.

2.2 Objetivos específicos

- Reduzir a taxa de desmame precoce
- Reduzir a taxa de doenças infecciosas, por não aleitamento.
- Levar informações através da realização de pré-natal, puericultura e roda de conversa.

3. REVISAO DE LITERATURA

O aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato. É uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida. É uma prática natural e eficaz. Um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera; do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e, sobretudo, no compromisso dos dirigentes institucionais com a promoção do aleitamento materno.

É consenso que o aleitamento exclusivo até os seis meses é de suma importância tanto para mãe quanto para o bebê. “O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução a morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda sociedade”. (Brasil 2009)

Na década de 80 começaram a ser publicados os primeiros estudos que mostravam as vantagens da amamentação exclusiva e desde então ficou evidente que a introdução de água, chá ou outros líquidos ou alimentos podem aumentar consideravelmente o risco de doenças, ter impacto negativo sobre o crescimento dos lactentes, reduzir a duração total da amamentação, podendo também reduzir a duração da amenorreia pós-parto (GIUGLIANI, 2001).

Por tanto é devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno.

Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (JONES et al., 2003). Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Unicef, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva. Há evidências de

que o aleitamento materno contribui para o desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas, principalmente as com baixo peso de nascimento. Essa vantagem foi observada em diferentes idades, (ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999)

Segundo dados do ministério da saúde, apesar de a grande maioria das mulheres (96%) iniciar a amamentação, apenas 11% amamentam exclusivamente no período de 4 a 6 meses. Entre aquelas que seguem amamentando, somente 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e apenas 14% até os 2 anos.

Os profissionais de saúde, capacitados na assistência à gestante e à nutriz, desempenham um papel fundamental na promoção da amamentação, influenciando diretamente em sua taxa de sucesso e duração. Para cumprir esse papel, é necessário que esses profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicas para assistir adequadamente o manejo da amamentação. “Um passo importante é identificar as principais barreiras na promoção do aleitamento materno. A pressuposição de que profissionais de saúde já sabem o suficiente, a crença que não existe diferença entre a amamentação e o uso da mamadeira, a relutância em alocar tempo da equipe de saúde para dar apoio à amamentação e falhas em reconhecer os impactos causados por informações imprecisas ou inconsistentes a tempo de solucioná-las figuram entre os entraves mais comuns.” (Brasil. 2009). (Cadernos de Atenção Básica, n.23).

4. METODOLOGIA

O estudo foi realizado devido ao grande problema que se observa na nossa unidade de saúde, buscando entender quais são os principais motivos levam ao desmame precoce. Percebemos que era um grande problema e que deveria ser solucionado. Por tanto se decidiu realizar uma plano de intervenção. Foram realizadas pesquisas bibliográficas, utilizamos os prontuários, entrevistas com as mães dos lactantes e também com alguns parentes próximos (avós, tios etc.).

É importante ressaltar que o apoio de profissionais de saúde por meio de aconselhamento no período pré e pós-natal é fundamental para contribuir no sucesso da prática do aleitamento materno. Dentre os aspectos considerados, destacam-se os fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais. Sendo assim, levar a entender as vantagens e benefícios do aleitamento materno exclusivo.

5. CRONOGRAMA

Mês	Pesquis a bibliográfica	Cole ta de dados	Interven ção	Result ados
2016				
Agosto	X			
Setembro	X			
Outubro		X	X	
Novembro			X	
Dezembro				X
2017				
Janeiro				X

6. RECURSOS NECESSARIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta, agentes comunitários de Saúde, técnicos de Enfermagem, enfermeiros, médicos, dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Fichas de Acompanhamento de Domiciliar;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cadernos de Atenção Básica (Envelhecimento, Atenção Domiciliar, entre outros).

7. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados com esse projeto é que diminua consideravelmente o número de desmame precoce das crianças antes dos 6 meses. E que exista sensibilização dos gestores, as mães e as famílias para aumentar os índices de aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento Materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e legislação do Ministério da Saúde. Brasília Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de atenção básica n°23)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento Materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e legislação do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de atenção básica n°33)

NELSON, Textbook of pediatrics, Tratado de pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 13ª Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2004.

ANEXOS

MITOS DA AMAMENTAÇÃO



LEITE FRACO

Não existe leite fraco. O leite materno é constituído por água, nutrientes e gordura. 100 ml contém cerca de 70 kcal.

AMAMENTAR DEIXA OS SEIOS FLÁCIDOS E MURCHOS

A transformação no corpo da mulher acontece durante a gestação. Com a chegada do leite os seios ficam mesmo mais pesados e um sutiã com boa sustentação ajuda a preservar a elasticidade da pele.

MULHERES GRÁVIDAS NÃO PODEM AMAMENTAR

Amamentar durante uma nova gestação só demanda cuidado especial quando a mulher tem histórico de trabalho de parto prematuro anterior ou abortos. Apesar da liberação da ocitocina, que estimula contrações uterinas, amamentar durante a gestação não provoca o trabalho de parto.

DEPOIS DE UM ANO O LEITE NÃO TEM MAIS OS MESMOS NUTRIENTES

Um resgate antropológico mostra que as crianças humanas mamavam, geralmente, até mais de três anos. Crianças de um ano já devem comer outros alimentos, mas a amamentação pode e deve continuar, garantindo 60% da vitamina C que a criança precisa, além de ter um alto poder de hidratação.

ALEITAMENTO MATERNO

Segundo a OMS e o Ministério da Saúde, os bebês devem ser alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses de vida

BENEFÍCIOS

para o bebê

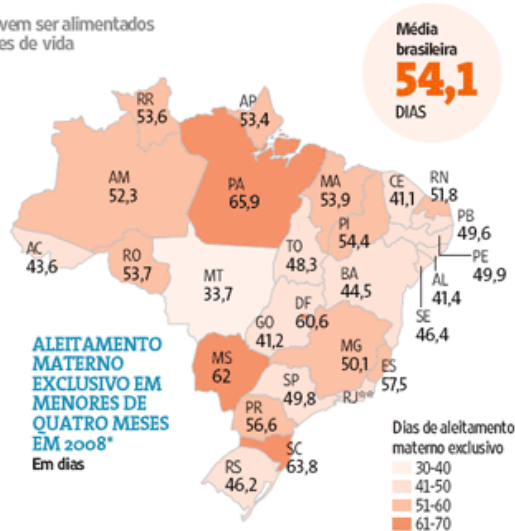
- >> supre as necessidades de hidratação do bebê
- >> tem todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento
- >> fortalece o sistema imunológico do bebê, pois fornece anticorpos que previnem contra doenças

- >> previne doenças que podem aparecer mais tarde, como osteoporose, alergias e obesidade
- >> fortalece o vínculo entre mãe e filho
- >> estimula a inteligência
- >> a sucção ajuda a desenvolver ossos e músculos da face

para a mãe

- >> a sucção libera hormônios que contraem o útero, o que previne hemorragias e anemia no pós-parto

- >> protege contra diabetes e câncer de mama
- >> ajuda a reduzir o peso ganho durante a gravidez



*Dados dos estados **Não informado Fonte: Ministério da Saúde

Nutriente	Colostro* (3-6 dias)	Leite Maduro (26-29 dias)		Leite de Vaca	
	Termo	Pré-Termo	Termo	Pré-Termo	
Calorias (Kcal/dL)	48	58	70	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	4,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	7,0	7,0	4,8

OUTROS ANEXOS

GENOGRAMA (atividade 2)

