



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Amamentação: Investindo em um futuro mais saudável

Flávia Caldini Pissini

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): Lia Likier Steinberg

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 Geral	5
2.2 Específico(s)	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
4 MÉTODO	9
4.1 Local	9
4.2 Participantes	9
4.3 Ações	9
4.4 Avaliação e Monitoramento	10
5 RESULTADOS ESPERADOS	11
6. CRONOGRAMA	12
7 REFERÊNCIAS	13
ANEXOS	18

1. INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que alimentar e nutrir a criança, é uma oportunidade de criação de um vínculo único entre a mãe e seu bebê, e de auxiliar no seu desenvolvimento físico e emocional saudável.

Já foi comprovado por inúmeras evidências científicas que o leite materno é o melhor alimento para nutrir a criança em seus primeiros meses de vida; apesar disso a maioria das crianças no Brasil não recebe aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil.

Apesar da escassez de dados sobre a tendência da amamentação no Brasil anteriores à década de 70, estudos regionais mostram que essa prática sofreu um considerável declínio nos anos 60 e início dos anos 70 (SOUSA et al, 1975; ZUNIGA; MONTEIRO, 1995). Já a partir da década de 80, estudos regionais mostraram uma tendência de retorno à amamentação (MONTEIRO et al, 1987; REA; BERQUÓ, 1990). A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 revelou que, apesar de a maioria das crianças brasileiras iniciar a amamentação, a introdução de outros alimentos era frequente logo nos primeiros dias de vida. A duração mediana da amamentação estava muito aquém do desejado, sendo de 134 dias (LEÃO et al, 1989).

O Ministério da Saúde coordenou, em 1999, um inquérito sobre amamentação durante a Campanha Nacional de Vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto o Rio de Janeiro) e Distrito Federal. Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País e para a formulação de políticas no âmbito dos Estados e regiões analisadas. Verificou-se que a situação da amamentação era bastante heterogênea entre as capitais e regiões do País, sendo baixa a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses (35,6%). A duração mediana da amamentação no conjunto das capitais e DF foi de dez meses (BRASIL, 2001).

Estimativas provenientes das pesquisas nacionais sobre demografia e saúde confirmaram a tendência de aumento da prática da amamentação, identificando uma duração mediana do aleitamento materno de sete meses em 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997) e 14 meses em 2006 (SEGALL-CORRÊA et. al., 2009). A prática do aleitamento materno ainda está muito aquém da recomendada. Segundo a pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2009, há um comportamento bastante heterogêneo dos principais indicadores do aleitamento materno entre as diversas capitais e regiões do país. Do total das crianças analisadas, 68% mamaram na primeira hora de vida, 41% dos menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo, e 59% das crianças entre 9 e 12 meses estavam sendo amamentadas. A duração mediana do alei-

tamento materno exclusivo foi de 54 dias e do aleitamento materno de 342 dias (II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf).

Nos últimos anos houve algumas modificações na legislação brasileira sobre o aleitamento materno, essas modificações beneficiaram e ampliaram os direitos das mulheres que amamentam. Foram criadas normas que regem a licença maternidade, direito à creche, direito à garantia no emprego, pausas para amamentar, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) (Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, 2015). As características da estratégia da saúde da família favorecem as atividades educativas, visando o estímulo ao aleitamento materno. Para tanto, é imprescindível que o profissional de saúde da atenção básica conheça as Leis de Proteção ao Aleitamento Materno, para orientar e informar os pacientes sobre os seus direitos. É função do profissional da atenção básica respeitar a legislação e monitorar seu cumprimento, denunciando possíveis irregularidades.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Aumentar a prevalência de aleitamento materno na área de abrangência da UBS do bairro Miguel Russo no município de Piedade -SP.

2.2 Específico(s)

- 1) Diminuir a taxa de mortalidade infantil.
- 2) Diminuir a taxa de afecções causadas diretamente pela baixa prevalência do aleitamento materno, como infecções, obesidade, dislipidemia, diabetes, desnutrição, carências nutricionais e deficiência no crescimento pondero-estatural.
- 3) Diminuir as internações hospitalares e idas ao pronto atendimento em crianças menores de dois anos.
- 4) Diminuir gastos com a alimentação do bebê nos primeiros seis meses de vida.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Já está devidamente comprovado o impacto do aleitamento materno na saúde das crianças. O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, tendo o potencial de evitar 13% das mortes de crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis. (JONES,G. et al.,2003).

Estudos demonstram que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator protetor contra mortes neonatais (MULLANY, 2007; EDMOND, 2006; BOCCOLINI, 2013).

No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,3%, com variações entre os municípios de 3,6% a 13% (ESCUDE; VENANCIO;PEREIRA, 2003).

A amamentação previne mais mortes entre crianças de menor nível socioeconômico. Enquanto para os bebês de mães com maior escolaridade o risco de morrerem no primeiro ano de vida era 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas, quando comparadas com as amamentadas, para as crianças de mães com menor escolaridade, esse risco era 7,6 vezes maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Além da redução da mortalidade infantil, o aleitamento materno oferece proteção contra diarreia, contra infecções respiratórias, contra alergias, contra hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade. É um fator importante na promoção do crescimento saudável, do desenvolvimento cognitivo, e no desenvolvimento da cavidade bucal (Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar /Ministério da Saúde, 2009).

O aleitamento materno promove um vínculo especial entre a mãe e seu bebê, promovendo já no início da vida uma relação de confiança e afeto.

A amamentação também tem impacto no orçamento familiar. A criança que é amamentada no peito não gera gastos com fórmulas infantis, gás de cozinha, mamadeiras e bicos.

Não amamentar pode significar sacrifícios para uma família com pouca renda. Em 2004, o gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida no Brasil variou de 38% a 133% do salário-mínimo, dependendo da marca da fórmula infantil. A esse gasto devem-se acrescentar custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas (Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar /Ministério da Saúde, 2009).

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) inclusive em adultos (HORTENSEN et "A mãe coloca o bebê no colo, da o peito diariamente, sempre que o bebê quiser, passando amor e carinho." 17CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA al., 2002).

A proteção do leite materno contra mortes infantis é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). É importante ressaltar que, enquanto a proteção contra mortes por diarreia diminui com a idade, a proteção contra mortes por infecções respiratórias se mantém constante nos primeiros dois anos de vida.

Em Pelotas (RS), as crianças menores de 2 meses que não recebiam leite materno tiveram uma chance quase 25 vezes maior de morrer por diarreia e 3,3 vezes maior de morrer por doença respiratória, quando comparadas com as crianças em aleitamento materno que não recebiam outro tipo de leite. Esses riscos foram menores, mas ainda significativos (3,5 e 2 vezes, respectivamente) para as crianças entre 2 e 12 meses. (VICTORIA et. al., 1987).

As mulheres que amamentam também são beneficiadas. Estima-se que o risco de apresentar câncer de mama na mulher que amamenta diminua 4,3% a cada 12 meses de lactação (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002). Tem sido atribuída ao aleitamento materno proteção contra as seguintes doenças na mulher que amamenta: câncer de vário, câncer de útero; hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana; obesidade; doença metabólica; osteoporose e fratura de quadril; artrite reumatoide; depressão pós-parto e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla após o parto. (IP et.al., 2009; ROSENBLATT; THOMAS, 1995; SCHWARTZ, 2009; KULIE, 2011; GUNDERSON et.al., 2010; DURSEN et. Al., 2006; PIKWER et. Al., 2009; HENDERSON et. Al., 2004; LANGER-GOULD et. Al., 2009).

A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), desde que a mãe esteja amamentando exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado (GRAY et al., 1990).

4. METODOLOGIA

4.1 Local

A intervenção será realizada na UBS do bairro Miguel Russo, na cidade de Piedade, São Paulo.

4.2 Participantes (público-alvo)

O público-alvo principal do projeto de intervenção serão as gestantes e puérperas da área de abrangência da UBS Miguel Russo. Há também a intenção de incluir nas atividades do projeto, os familiares dessas gestantes, como os avós e os pais dos recém-nascidos.

Toda a equipe da UBS estará envolvida no projeto, organizando encontros, palestras e plantões para dúvidas. Haverá trabalho em equipe para convidar os participantes e aproximá-los, estreitando o vínculo de toda a família com a UBS. É fundamental o envolvimento de toda a equipe para o sucesso do projeto.

4.3 Ações

Serão realizadas ações de intervenção voltadas principalmente para a conscientização, apoio e incentivo ao aleitamento materno. Serão organizados encontros para discussão sobre o tema, palestras para informação e incentivo e a equipe se disponibilizará para sanar dúvidas das puérperas e familiares, individualmente ou em grupos. As famílias serão convidadas tanto durante as visitas realizadas pelas agentes comunitárias de saúde, como na própria UBS pelos auxiliares de enfermagem, durante as consultas médicas e de enfermagem.

Inicialmente os encontros acontecerão mensalmente, na própria UBS, com duração aproximada de uma hora. O esclarecimento das dúvidas poderá ocorrer durante a espera para as consultas médicas ou em qualquer momento com a equipe de acolhimento. A organização dos encontros acontecerá durante as reuniões de equipe, com uma antecedência de um mês para que sejam convidados os participantes. Durante esse mês serão preparadas as atividades a serem desenvolvidas no encontro, como preparação de palestras, escolha de tópicos para discussão e preparo da equipe para orientações e esclarecimento das dúvidas.

4.4 Avaliação e Monitoramento

A avaliação e monitoramento serão feitos tanto em curto como longo prazo. As famílias serão monitoradas quanto à aderência ao aleitamento, o tipo de aleitamento (exclusivo, parcial ou artificial) e a duração (até os dois anos de idade).

O projeto permitirá a observação individual de cada família e a solução de eventuais dificuldades no aleitamento. Os problemas, dificuldades ou desistências que venham a acontecer serão detectados durante as visitas domiciliares, nas aplicações de vacinas, nas consultas médicas e de enfermagem. Se necessário, as nutrizes poderão ser prontamente atendidas pela equipe.

O monitoramento será realizado mensalmente através do relatório SSA2 do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Devem ser observados os possíveis problemas que venham a ocorrer e prontamente deve ser discutida com a equipe a melhor forma de solução.

Em longo prazo poderá ser avaliado se houve um aumento da aderência ao aleitamento materno no público-alvo, e as repercussões desse aumento na saúde da comunidade, como pelo número de internações em menores de 1 ano, número de intercorrências (internações, óbitos, infecção respiratória aguda e necessidade de TRO), obtidos no relatório SSA2.

Deverá ser realizado questionário fechado, para avaliar o grau de satisfação dos participantes do projeto.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Toda a família será diretamente beneficiada com o projeto. As puérperas e recém-nascidos serão beneficiados por influência direta em sua saúde e todo o núcleo familiar será beneficiado com melhoria da qualidade de vida, e menor gasto financeiro com a saúde. O serviço de saúde local também será beneficiado com uma menor demanda de afecções do binômio mãe e bebê.

Espera-se um estreitamento do vínculo da família com os profissionais da UBS, para que assim, com mais informações sobre os benefícios da amamentação haja maior aderência ao aleitamento materno.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação no Comitê de Ética	X	X					
Treinamento da equipe		X	X				
Implantação das Ações			X	X	X		
Monitoramento e ajustes			X	X	X	X	
Análise dos dados					X	X	
Apresentação dos resultados						X	
Acompanhamento do Projeto							X

7. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Infectious Diseases. Red book 2000. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000.
2. ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta- analysis. Am. J. Clin. Nutr., v. 70, p. 525-535, 1999.
3. BOCCOLINI, C. S. et al. Amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal: um estudo ecológico. J. Pediatr. Rio de Janeiro, 2013.
4. BOCCOLINI, C. S. et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. Ci. e Saúde Coletiva, v. 17, n. 7, p. 1857-1863, 2012.
5. BRASIL. 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, 2009a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. -2ed. 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
13. CASTRO, L. M. C. P.; ARAÚJO, L. D. S. Aspectos socioculturais da amamentação. In: _____. Aleitamento materno: manual prático. 2. ed. Londrina: PML, 2006, p. 41-49.

14. COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, v. 360, p. 187-195, 2002.
15. ESCUDER, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *R. Saúde Pública*, v. 37, p. 319-325, 2003.
16. JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, v. 362, p. 65-71, 2003.
17. MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J. Nutr.*, v. 138, p. 599-603, 2007.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Brasília, 1996.
19. SCHWARTZ, E. B. et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obsst. Gynecol.*, v. 113, p. 974-982, 2009.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008.

21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré- escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
22. VICTORIA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, v. 2, p. 319-322, 1987.
23. VICTORIA, C. G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, v. 99, p. 445-453, 1997.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, v. 355, p. 451-455, 2000.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO, 1998.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO, 2007.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. In: INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO, 2009, p. 65-76.

ANEXOS

Primeiro café da manhã com as gestantes da UBS Miguel Russo



