

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RHARIANY ALVES DE MORAIS**

**INTERVENÇÕES SOBRE O NÃO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES NO PSF III,  
CARMO DO CAJURU, MG**

Pólo Belo Horizonte/ MG

2016

**RHARIANY ALVES DE MORAIS**

**INTERVENÇÕES SOBRE O NÃO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES NO PSF III,  
CARMO DO CAJURU, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

*Orientador: Prof. Eugênio Marcos de Andrade Goulart*

Pólo Belo Horizonte/ MG

2016

**RHARIANY ALVES DE MORAIS**

**INTERVENÇÕES SOBRE O NÃO ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES NO PSF III,  
CARMO DO CAJURU, MG**

*Banca examinadora*

*Examinador 1: Prof. Eugênio Marcos de Andrade Goulart - UFMG*

*Examinador 2: Prof.*

*Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.*

## Resumo

Carmo do Cajuru possui pouco mais de 20.000 habitantes e vive principalmente da indústria moveleira e da produção de ração e granja. O município conta com 100% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Ao todo são 6 equipes atuando no município, com uma cobertura não inferior a 80% da população adscrita. A equipe PSFIII engloba os bairros Alvorada e Bonfim, que são mais periféricos na cidade, principalmente o primeiro, considerado, um dos bairros mais pobres e violentos da localidade. Esses bairros quase não apresentam uma infraestrutura de esporte e lazer. Exceto pela quadra, não há outro local para a prática de esportes nesses bairros. Assim como em outras unidades básicas de saúde no Brasil, a equipe PSFIII de Carmo do Cajuru também possui vários problemas na sua comunidade adscrita. Um dos problemas que salta aos olhos, além dos problemas sociais citados anteriormente e o abuso de psicotrópicos, não adesão ao tratamento de diabetes e hipertensão, uso e abuso de álcool e outras drogas, etc., é a questão do aleitamento materno exclusivo. A maioria das mães deixa de alimentar seu filho com seu próprio leite muito precocemente. Por isso, este trabalho tem por objetivo fazer o levantamento dos dados pertinentes a esse problema: qual o tipo de leite/alimento as crianças menores de seis meses de idade recebem e quais são os motivos que levaram as mães e o pediatra a optar por cada uma das opções escolhidas (se esta for diferente do aleitamento materno exclusivo).

**Palavras-chave:** Aleitamento materno. Leite humano. Amamentação.

## Sumário

<b>1 Introdução</b> .....	05
<b>2 Justificativa</b> .....	10
<b>3 Objetivos</b> .....	12
<i>4.1 Objetivo geral</i> .....	12
<i>4.2 Objetivos específicos</i> .....	12
<b>4 Metodologia</b> .....	12
<b>5 Revisão de Literatura</b> .....	13
<b>6 Proposta de Intervenção</b> .....	14
<b>7 Considerações finais e Conclusão</b> .....	23
<b>9 Referências Bibliográficas</b> .....	29

## 1 Introdução

Carmo do Cajuru possui pouco mais de 20.000 habitantes<sup>1</sup> e vive principalmente da indústria moveleira e da produção de ração e granja. O município conta com 100% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Ao todo são 6 equipes atuando no município, com uma cobertura não inferior a 80% da população adscrita.

Os bairros Alvorada e Bonfim são mais periféricos na cidade de Carmo do Cajuru, principalmente o primeiro, considerado, um dos bairros mais pobres e violentos da cidade. Esses bairros quase não apresentam uma infraestrutura de esporte e lazer. Exceto pela quadra, não há outro local para a prática de esportes nesses locais. Há uma iniciativa do grupo de Unibiótica que atua nos dois bairros, uma ou duas vezes na semana e que ajuda a população idosa a sair da rotina, mas não são todos que participam ativamente. Fora isso não há iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e ONGs.

Os dois bairros possuem creches e escolas em que as crianças e adolescentes podem estudar e a população gosta muito de frequentar a unidade de saúde. A maioria fica bastante satisfeita com o atendimento que recebe.

### Dados específicos

Aspectos demográficos:

2800 habitantes são o total de pessoas da área de abrangência da Equipe III, dentre os quais, 1335 (47,68%) são homens e 1445 (52,32%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1<sup>2</sup>.

**Tabela 1** - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe PSF III de Carmo do Cajuru, 2015.

Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
Masculino	13	76	34	56	117	125	455	189	141	149	1335
Feminino	22	93	33	57	130	153	455	201	162	139	1445
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>169</b>	<b>67</b>	<b>113</b>	<b>247</b>	<b>278</b>	<b>910</b>	<b>390</b>	<b>303</b>	<b>288</b>	<b>2800</b>

Fonte: SIAB/2015

Aspectos ambientais:

Segue abaixo os dados sobre saneamento básico, abastecimento de água, destino do lixo entre outros <sup>2</sup>. No geral, pode-se dizer que os indicadores ambientais da área abrangida pelo PSF III são bons.

**Tabela 2** – Tipo de tratamento de água nos domicílios da área de abrangência do PSF III de Carmo do Cajuru, 2015.

Tratamento de água no domicílio	Número	%
Filtração	843	97,9
Fervura	5	0,6
Cloração	-	-
Sem tratamento	13	1,5

Fonte: SIAB/2015

**Tabela 3** – Abastecimento de água por domicílio

Abastecimento de água	Número	%
Rede pública	836	97,1
Poço ou nascente	23	2,7
Outros	2	0,2

Fonte: SIAB/2015

**Tabela 4** – Tipo de habitação por família

Tipo de casa	Número	%
Tijolo / Adobe	857	99,5
Taipa revestida	3	0,3
Taipa não revestida	-	-
Madeira	-	-
Material aproveitado	-	-
Outros	1	0,1

Fonte: SIAB/2015

**Tabela 5** – Destinação do lixo

Destino do lixo	Número	%
Coleta pública	847	98,4
Queimado / enterrado	13	1,5
Céu aberto	1	0,1

Fonte: SIAB/2015

**Tabela 6** – Destinação das fezes/urina

Destino fezes / urina	Número	%
Sistema de esgoto	815	94,7
Fossa	45	5,2
Céu aberto	1	0,1

Fonte: SIAB/2015

Além disso, 857 famílias (99,54 %) possuem energia elétrica em casa <sup>2</sup>.

Percebe-se que a população possui um bom suporte de infra-estrutura nesses bairros, apesar de um deles ser um dos mais pobres e perigosos da cidade de Carmo do Cajuru. E nesse bairro mais marginalizado, percebem-se alguns

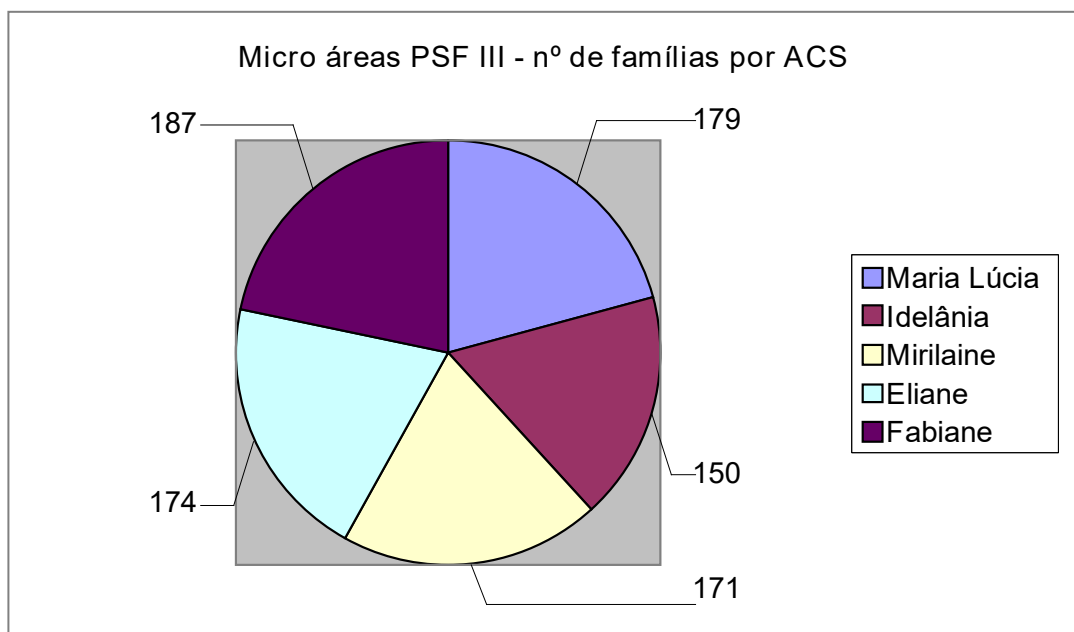


problemas, como a falta de emprego, uso e abuso de álcool e outras drogas e a falta de incentivo ao esporte e lazer e muitas adolescentes grávidas.

A equipe PSF III se divide em duas unidades físicas e abrange os bairros Alvorada e Bonfim. Ela possui 5 micro áreas, todas dentro da zona urbana <sup>2</sup>.

Ao todo são 861 famílias cadastradas, num total de 2.800 usuários adscritos na área de abrangência da unidade de saúde e 80% dessa população possuem cobertura pelo PSF III <sup>2</sup>.

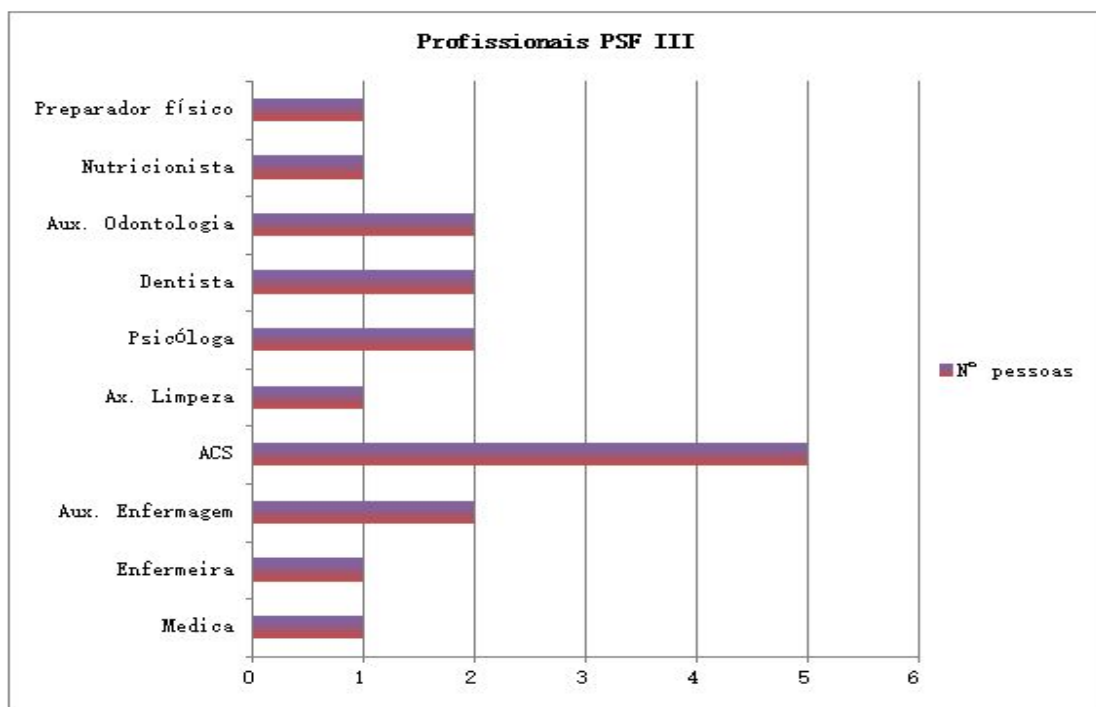
Como são duas instalações para uma equipe, alguns profissionais se dividem em escalas diárias para atender os dois lugares. Por exemplo, durante a manhã, a médica e enfermeira ficam em uma unidade física e à tarde, na outra. Já as ACSs são fixas e responsáveis cada uma pela sua micro área, em seu respectivo bairro e não há portanto, esse deslocamento.



**Gráfico 1** – Número de famílias por ACS

Fonte: SIAB/2015

A equipe de saúde é composta por 18 profissionais (membros equipe e integrantes do NASF) conforme distribuição abaixo (tabela 2):



**Gráfico 2** – Distribuição dos profissionais do PSF III

Fonte: SIAB/2015

Assim como nas outras unidades básicas de saúde espalhadas pelo Brasil, a equipe PSF III, também tem vários problemas na sua comunidade adscrita<sup>3</sup>.

Um dos problemas que salta aos olhos, além dos problemas sociais citados anteriormente e outros como o abuso de psicotrópicos, não adesão ao tratamento de diabetes e hipertensão, uso e abuso de álcool e outras drogas, etc., é a questão do aleitamento materno exclusivo<sup>3</sup>. A maioria das mães deixa de alimentar seu filho com seu próprio leite muito precocemente. Por isso, este trabalho tem por objetivo **fazer o levantamento dos dados pertinentes a esse problema: qual o tipo de leite/alimento as crianças menores de 6 meses de idade recebem e quais são os motivos que levaram as mães e o pediatra a optar por cada uma das opções escolhidas (se esta for diferente do aleitamento materno).**

## 2 Justificativa

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno costuma ser classificado em:

Aleitamento exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte;

Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água;

Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado) independente de receber ou não outros alimentos;

Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além de leite materno, qualquer alimento sólido ou semi – sólido com a finalidade de complementá-lo e não substituí-lo;

Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementares até os dois anos ou mais <sup>4</sup>.

Em levantamento prévio de estimativa rápida de dados com a enfermeira da unidade de saúde, já se podem listar algumas causas para o desmame precoce do leite materno. E a principal delas é a cessação do aleitamento exclusivo materno por vontade da mãe, seja por achar que o leite é fraco ou porque a criança chora muito, ou porque ela tem que trabalhar após os quatro meses de licença maternidade que a empresa concede. Em alguns casos esse “desmame” ocorreu inclusive com o incentivo do próprio pediatra.

As conseqüências desse problema são muitas, a começar pelo enfraquecimento do vínculo materno-infantil, além da diminuição ou ausência de

vários benefícios e aumento de problemas relacionados à introdução precoce de outros leites e alimentos para a criança <sup>4,5</sup>. Todos estão listados abaixo:

A introdução precoce de outros alimentos está associada a: maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doenças respiratórias; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como ferro e zinco; menor duração do aleitamento materno <sup>4,5</sup>.

A importância desse problema para a comunidade e para o indivíduo é grande, se levar em consideração que o aleitamento materno exclusivo evita mortes infantis, diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e chance de obesidade. E esses problemas listados sem dúvida alguma terão uma repercussão e um impacto futuro nos sistemas de saúde, pois esses doentes crônicos de amanhã poderiam ser evitados hoje, ainda na sua infância. Fato é que a criança terá uma melhor nutrição e isso gera um efeito positivo também na inteligência e em todas as outras áreas que determinarão o futuro dessa criança na vida adulta. Não se pode deixar de lado o fato de haver também um melhor desenvolvimento da cavidade bucal <sup>4,5</sup>.

E para a mãe, há os benefícios da proteção contra câncer de mama, evitar a gravidez, ter menores custos financeiros e promover o vínculo afetivo entre mãe e filho, com melhor qualidade de vida, como já foi dito acima <sup>4,5</sup>.

### 3 Objetivos

O **objetivo geral** é saber qual o tipo de leite/alimento as crianças menores de seis meses de idade e pertencentes à área de abrangência do PSF III recebem e o que se pode fazer em relação aos dados obtidos para que fiquem mais próximos das recomendações do Ministério da Saúde, caso sejam diferentes do esperado

O **objetivo específico** é saber quais são os motivos que levaram as mães e/ou pediatra a optar por cada alimento ofertado à criança, se este for diferente do aleitamento materno exclusivo, que é o esperado para essa faixa etária pediátrica.

### 4 Metodologia

Para realização desse estudo foram analisados prontuários da puericultura de crianças menores ou igual a seis meses de idade, atendidos no PSF III (Jardim Alvorada / Bonfim), durante os atendimentos realizados no segundo semestre de 2015, após consentimento da mãe, em consulta com o médico e/ou enfermeira da unidade de saúde.

As principais informações coletadas foram nome, que tiveram seu sigilo garantido (citadas apenas as iniciais dos nomes na pesquisa), data de nascimento, tipo de aleitamento que estava em vigência para cada criança naquela época (materno, fórmula ou outro), responsável pela iniciativa/tipo de amamentação (mãe, pediatra ou outros) e quais os motivos que levaram aquelas mães ou responsáveis por utilizar ou não o leite materno de forma exclusiva.

## 5 Revisão de Literatura

Como já foi citado acima, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), crianças com até seis meses de vida devem ser alimentadas exclusivamente com o leite da mãe, sem outros líquidos ou sólidos, exceto pelo uso eventual de algum medicamento ou similar (ex.: soro de reidratação oral). Após os seis meses, o aleitamento deve ser complementado com outros alimentos saudáveis (frutas e papinhas, etc), até os dois anos ou mais.<sup>6</sup>

A amamentação visa dentre outras coisas, diminuir o índice de mortalidade infantil em todo o mundo. O Brasil vem apresentando uma tendência de queda da mortalidade infantil desde o ano de 2007, que teve a redução média de 59,0% em relação ao ano de 1999. Essa queda no número de mortes precoces só foi possível após alguns fatores associados, e um deles foi o aumento das taxas de amamentação. Em todo o mundo, o aleitamento materno reduz em até 13% as mortes de crianças menores de 5 anos por causas evitáveis.<sup>6</sup>

O aleitamento materno traz benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais, dentários e socioeconômicos.<sup>7</sup> O aleitamento materno exclusivo até os seis meses é o ideal, pois a introdução precoce de outros alimentos interfere negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, levando a uma menor ingestão de leite materno, menor ganho ponderal e ao aumento do risco de diarreias, infecções respiratórias e alergias.<sup>8</sup>

Em estudos realizados no Brasil e no mundo, percebe-se que, em relação ao tipo de alimento indicado para crianças de zero a seis meses de idade, a alimentação oferecida à maioria das crianças não era adequada, tendo em vista que a OMS preconiza leite materno sem a introdução de outros tipos de alimentos nessa fase da vida.<sup>9</sup> São apresentadas várias causas na literatura para o desmame precoce. Em relação à mãe, sobre a decisão de amamentar ou não exclusivamente o filho, são apontados alguns fatores, principalmente os socioeconômicos e culturais.<sup>10,11</sup>

## 6 Proposta de Intervenção

### Plano de ação e operações

Primeiramente será levantada, via registros da enfermeira e das ACSs, a quantidade exata de mulheres que tem filhos com idade inferior ou igual a seis meses de idade. Esta é a época em que criança deveria receber apenas o leite materno.

Após essa estimativa, pretende-se fazer um levantamento via prontuário para saber quais os tipos de alimento essas mães estão oferecendo a seus lactentes, já que a maioria das mães realiza a puericultura de seus filhos no PSF. E caso elas não estejam em aleitamento materno exclusivo, saber quais as causas/ motivos que levaram essas mães e/ou pediatra a optar por cada uma das opções escolhidas <sup>4,5</sup>.

Abaixo, em destaque, segue o número de mulheres em idade fértil presentes na área adscrita do PSF III, que são de 939 mulheres e corresponde a 33,5% do total da população <sup>2</sup>.

**Tabela 7** – Mulheres em idade fértil na área de abrangência da equipe PSF III de Carmo do Cajuru, 2015.

Sexo	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	Total
Feminino	130	153	455	201	939

Fonte: SIAB/2015

O levantamento da quantidade de mulheres com filhos na faixa de idade de zero a seis anos foi realizada nos meses de junho e julho de 2015.

Já os dados referentes ao tipo de aleitamento foram coletados durante o segundo semestre de 2015, com o auxílio da enfermeira da unidade de saúde.

Pretendeu-se obter maior detalhamento do tipo de alimento ofertado ao lactente e os motivos pelos quais ele ocorreu.

## **Identificação dos problemas**

### *Seleção dos nós críticos:*

Em levantamento prévio de estimativa rápida de dados com a enfermeira da unidade de saúde, já foi possível listar algumas causas para a cessação do aleitamento exclusivo materno, considerados nós críticos. Estes estão descritos abaixo:

1. a mãe acha que o leite é fraco
2. a criança chora muito
3. a mãe precisa trabalhar ao término da licença maternidade
4. incentivo/apoio do próprio pediatra.

As ações relativas a cada nó crítico serão abordadas a seguir, em quadros separados, numerados de 1 a 4.

**Quadro 1** – Operações sobre nó crítico 1 “mãe acha que o leite é fraco” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF III Jardim Alvorada / Bonfim, em Carmo do Cajuru, Minas Gerais.



Etapas	Resultados
Nó crítico 1	A mãe acha que o leite é fraco
Operação	Realizar ações de saúde para orientação e conscientização das mães e família sobre a importância do leite materno e sua eficiência. Identificar mães que tem esse pensamento e dar atenção individualizada, se necessário.
Projeto	Rodas de conversa com geetantes e mães de crianças menores de 6 meses.
Resultados esperados	Fazer com que as mães atuais e futuras saibam que não existe "leite fraco".
Produtos esperados	Mães conscientes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo.
Atores sociais / responsabilidades	Mães e gestantes. Médico, enfermeira, ACSs.
Recursos necessários	Pessoal qualificado e orientado sobre alimentação, local (PSF), panfletos, cartilhas, guias.
Recursos críticos	Público alvo (adesão).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Garantir a presença do maior número de mulheres (mães e gestantes nas ações).
Ação estratégica de motivação	Cartazes, cartas dirigidas, visitas domiciliares.
Responsáveis:	Médico, enfermeiro.

Cronograma / Prazo	Segundo semestre 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento via lista de presença e questionário de verificação após as orientações recebidas (pós teste).

**Quadro 2** – Operações sobre nó crítico 2 “a criança chora muito” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF III Jardim Alvorada / Bonfim, em Carmo do Cajuru, Minas Gerais.

<b>Etapas</b>	<b>Resultados</b>
Nó crítico 2	A criança chora muito.
Operação	Orientar as mães a respeito dos diferentes tipos de choro do bebê.
Projeto	Rodas de conversa com gestantes e mães de crianças menores de 6 meses, sobre os diferentes tipos de choro da criança.
Resultados esperados	Fazer saber que existem diferentes motivos para o bebê chorar. Com o tempo, elas aprenderão a identificar isso nos filhos.
Produtos esperados	Mães cientes e esclarecidas sobre os diferentes “choros” de seus conceitos.
Atores sociais / responsabilidades	Mães e gestantes. Médico, enfermeira, ACSs.
Recursos necessários	Pessoal qualificado e orientado sobre manejo com crianças.

	Panfletos, cartilhas, guias.
Recursos críticos	Público alvo (adesão). Identificação pessoal.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Garantir a presença do maior número de mulheres (mães e gestantes nas ações). Espaço do PSF.
Ação estratégica de motivação	Cartazes, cartas dirigidas, visitas domiciliares.
Responsáveis:	Médico, enfermeiro.
Cronograma / Prazo	Segundo semestre 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento via lista de presença e questionário de verificação após as orientações recebidas (pós teste).

**Quadro 3** – Operações sobre nó crítico 3 “a mãe precisa trabalhar ao término da licença maternidade” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF III Jardim Alvorada / Bonfim, em Carmo do Cajuru, Minas Gerais.

<b>Etapas</b>	<b>Resultados</b>
Nó crítico 3	A mãe precisa trabalhar ao término da licença maternidade.
Operação	Orientar as mães a fazer a ordenha manual e oferecer o seu próprio leite aos filhos.
Projeto	Rodas de conversa com gestantes e mães de crianças menores de 6 meses, socomo realizar a ordenha manual.

	Orientação prática com cada mãe que tiver dificuldade na realização da ordenha.
Resultados esperados	Rodas de conversa bem sucedidas, com mães mais orientadas.
Produtos esperados	Mães mais empenhadas em oferecer o leite materno às suas crianças. Evitar o uso precoce de fórmulas lácteas e outros leites.
Atores sociais / responsabilidades	Mães e gestantes. Médico, enfermeira, ACSs.
Recursos necessários	Pessoal qualificado e orientado sobre manejo em relação à ordenha manual. Local (PSF), panfletos, cartilhas, guias.
Recursos críticos	Adesão nas rodas de conversa e na própria prática de ordenha e armazenamento desse leite.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Garantir a presença do maior número de mulheres (mães e gestantes nas ações). Espaço do PSF. Visitas domiciliares.
Ação estratégica de motivação	Cartazes, cartas dirigidas, visitas domiciliares.
Responsáveis:	Médico, enfermeiro,
Cronograma / Prazo	Segundo semestre 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento via lista de presença e questionário de verificação após as orientações recebidas (pós teste). Adesão à ação sugerida (ordenha manual).

**Quadro 4** – Operações sobre nó crítico 4 “incentivo/apoio do próprio pediatra” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família PSF III Jardim Alvorada / Bonfim, em Carmo do Cajuru, Minas Gerais.

Etapas	Resultados
Nó crítico 4	Incentivo/apoio do próprio pediatra,
Operação	Realizar reunião com o(s) pediatra(s) do SUS, que atendem na rede de saúde da cidade.
Projeto	Reuniões periódicas para troca de experiências entre pediatra e médico de saúde da família.
Resultados esperados	Alinhamento das ações em prol do aleitamento materno entre os profissionais envolvidos.
Produtos esperados	Mães bem orientadas e amparadas pelos profissionais assistentes.
Atores sociais / responsabilidades	Mães e gestantes. Médicos (clínico e especialista), enfermeira, ACSs.
Recursos necessários	Espaço para reuniões. Presença dos médicos.
Recursos críticos	Presença dos médicos nas reuniões (adesão).
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Garantir a presença do maior número de médicos nas reuniões. Ter as mesmas condutas em relação ao aleitamento materno exclusivo. (Individualizar quando preciso).
Ação estratégica de	Reuniões. Levantamento de dados sobre a não adesão das

motivação	mães ao aleitamento materno exclusivo.
Responsáveis:	Médicos, enfermeiros.
Cronograma / Prazo	Segundo semestre 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento via lista de presença. Avaliar a melhora nos índices de aleitamento materno exclusivo das mães do município de Carmo do Cajuru.

**Tabela 8** – Desenho das Operações

Descritores	Valores (bruto e %)	Data	Alimentos em uso	Fontes	Motivos	Intervenção com palestras educativas - data	Reavaliação Valores após intervenção - data
Número de mulheres em idade fértil no PSF III	939 (33,5)*	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	SIAB 2015	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Número de mães com filhos menores de 6 meses	32	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Mães com filhos < 6m em aleitamento materno exclusivo	14	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Mães com filhos < 6m em aleitamento materno predominante	14	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Mães com filhos < 6m em aleitamento materno	28	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Mães com filhos < 6m em aleitamento materno complementado	10	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015
Mães com filhos < 6m em aleitamento materno misto ou parcial	4	Jun e Jul 2015	Ago e Set 2015	PSF III	Ago e Set 2015	Out e Nov 2015	Dez e Jan 2015

**Tabela 9 – Operações previstas**

Etapas	Previsão
Levantamento via registros da enfermeira e das ACSs, nº mulheres com filhos em idade < ou = 6 meses de idade	Jun / Jul 2015
Levantamento via prontuário de quais os tipos de alimento essas mães estão oferecendo a seus lactentes (dados de puericultura)	Jul/ Ago / Set / Out 2015
Revisão, consolidação, escrita e intervenção	Nov / Dez 2015
	Jan / Fev / Mar 2016

## 7 Considerações finais

Após o levantamento dos dados, via prontuário das crianças que fazem acompanhamento / puericultura na Unidade de Saúde (PSF III), foram identificados um total de 32 lactentes entre zero e seis meses.

Destes, 14 pacientes estão em aleitamento materno exclusivo (AME) e 18 estão em aleitamento misto (Misto) e/ou complementado, com formulas e outros leites.

Em porcentagem, pode-se dizer que 43,75% dos pacientes estão em aleitamento materno exclusivo e 56,25 % estão em aleitamento misto ou complementado.



**Tabela 10** – Quadro de distribuição das crianças e seus respectivos tipos de aleitamento e a justificativa.

Jardim Alvorada - PSF III				
Nome	DN	Tipo de aleitamento	Responsável pela iniciativa	Justificativa
KAC	03/08/2015	Misto	Mãe	Mãe achou que seu leite era “fraco”
LLD	14/08/15	AME	Mãe	Preferência e orientação equipe de saúde
ASF	28/07/15	AME	Mãe	Preferência e orientação equipe de saúde
ERS	08/08/15	Fórmula (NAN)	Pediatra e mãe	Saiu da maternidade usando a fórmula e deu continuidade por indicação do pediatra
KASP	30/10/15	Misto	Pediatra e mãe	Mãe achou que seu leite era “fraco” e pediatra a apoiou nessa iniciativa de aleitamento misto
NCAM	19/10/15	AME	Mãe	Preferência e orientação equipe de saúde
CAC	24/10/15	Misto	Pediatra e mãe	Mãe achou que seu leite era “fraco” e pediatra a apoiou nessa

				iniciativa de aleitamento misto
BVC	23/08/15	AME	Mãe	Preferência e orientação equipe de saúde
VBS	19/11/15	Misto	Pediatra e mãe	Saiu da maternidade usando a fórmula e deu continuidade por indicação do pediatra
LERM	30/08/15	Fórmula (NAN)	Pediatra	Saiu da maternidade usando a fórmula e deu continuidade por indicação do pediatra
PVCM	15/06/15	Misto	Mãe	Mãe iniciou fórmula porque achou que seu leite não sustentava
NGM	26/07/15	Fórmula (Nestogênio)	Pediatra	Saiu da maternidade usando a fórmula e deu continuidade por indicação do pediatra
KFGS	29/08/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
MLBS	06/11/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
VMDS	04/08/15	Misto	Pediatra e mãe	Mãe achou que seu leite era “fraco” e pediatra a apoiou nessa iniciativa de aleitamento misto

ECRSL	10/12/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
GGPS	29/06/15	Misto	Mãe	Mãe trabalha fora e achou mais fácil iniciar a fórmula
PA	08/12/15	Misto via SNE	Pediatra e mãe	Criança em CTI infantil e recebe tanto leite da mãe quanto fórmula (à noite)
JLGR	13/12/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
MJ	21/12/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
<b>Bonfim - PSF III</b>				
EAGS	26/08/15	Misto	Mãe	Mãe trabalha fora e achou mais fácil iniciar a fórmula
BRAR	29/06/15	Misto	Mãe	Mãe trabalha fora e achou mais fácil iniciar a fórmula
AES	16/07/15	Misto	Pediatra	Saiu da maternidade usando a fórmula e deu continuidade por indicação do pediatra
HFFN	14/10/15	Misto	Mãe	Mãe achou que seu leite era "fraco".
JAS	10/11/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de

				saúde
PCF	10/09/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
MAA	17/09/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
LHDF	01/09/15	Fórmula (Aptamil)	Pediatra	Mãe teve dificuldades no aleitamento e pediatra introduziu a fórmula
SHOS	24/07/15	Misto	Pediatra	Mãe achou que seu leite era “fraco” e pediatra a apoiou nessa iniciativa de aleitamento misto
RES	14/08/15	Misto	Mãe	Mãe achou que seu leite era “fraco” inicialmente e trabalha fora
BS	04/12/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde
MKCL	03/12/15	AME	Mãe	Iniciativa própria e apoio da equipe de saúde

Fonte: Dados de prontuário PSF III JAN 2016

A principal justificativa observada nos relatos das mães para o não aleitamento materno exclusivo é a de que o “leite é fraco”. Além disso, é observado um grande apoio do pediatra no que diz respeito à manutenção do aleitamento misto

após a alta da maternidade. Logo, é importante que o pediatra também oriente e faça um esforço para manter o aleitamento materno exclusivo e não apenas manter a conduta que foi iniciada no hospital e que deveria ser temporária (até a descida do leite da mãe).

## **Conclusão**

Após o levantamento dos dados com a provável identificação do problema que mais interfere no não aleitamento exclusivo materno até os seis meses de vida, é de suma importância ter o apoio dos serviços e profissionais de saúde, além do envolvimento com a família (pai, filhos, mães e avós, etc.). É importante que hajam ações educativas dirigidas à mulher e à criança, apontando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até dois anos ou mais <sup>3,4,5</sup>.

É preciso também apontar os benefícios do aleitamento exclusivo não só para o bebê, mas também para a mãe e isso pode ser feito inclusive durante o pré-natal, com o apoio dos ginecologistas e obstetras.

Grupos de gestantes também podem ser criados, de forma a antever esse problema e evitá-lo, o mais precocemente possível. Além disso, o acompanhamento individual é imprescindível para orientar e estimular a lactação, para que as dificuldades da mesma sejam minimizadas e superadas e com isso garantir o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos, como preconizado pelo Ministério da Saúde <sup>4,5</sup>.

## 9 Referências Bibliográficas

1. IBGE. Fonte de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015.

2. SIAB. Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acessado em 14/04/15.

3. Campos, F.C.C.; Faria, H.P.; Santos, M.A. Síntese do diagnóstico situacional da equipe verde da comunidade de Vila Formosa, Município de Curupira. In: Campos, F.C.C.; Faria, H. P.; Santos, M.A.. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : Il.

4. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 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).

5. Vitolo, M. R. Crescendo com Saúde - O guia do crescimento da criança. C2 Edição.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação / ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde . Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - Brasília. Ministério da Saúde, 2012. 26p.

7. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor oral. J Pediatr. 2003; 79 (1):7-12.

8. Venâncio SI, Escuder MM, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002; 36 (3):313-8

9. World Health Organization. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. Bull World Health Organ 1995;73:165-7

10. Montrone VG, Arantes CIS. Prevalência do aleitamento materno na cidade de São Carlos, São Paulo. J Pediatr (RioJ) 2000; 76:138-42.

11. Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JI, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L, Caetano MB. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev Saúde Pública 1999; 34:1438.