

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CAROLINA BRANDÃO CABRAL**

**ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

**MANAUS/AM**

**2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**CAROLINA BRANDÃO CABRAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, apresentado por Carolina Brandão Cabral

MANAUS/AM

2017

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	4
ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	7
Discussão COM FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	9
PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....	12
VISITA DOMICILIAR/ATENDIMENTO DOMICILIAR .....	18
REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	21
REFERENCIAS.....	23
ANEXOS.....	26

## INTRODUÇÃO

Sou Carolina Brandão Cabral, 29 anos, nascida na cidade de Manaus/AM, casada, filha de José Brandão de Moura e Alex-Sandra Lemos Brandão. Médica formada pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA em janeiro de 2012.

Tenho como experiência profissional três anos na Força Aérea Brasileira, no Hospital de Aeronáutica de Manaus no setor de clínica Médica e atualmente na Saúde Pública na Atenção Básica através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), na cidade de Manaus/AM.

Faço parte da UBS Nilton Lins na equipe S-54 que esta situada no bairro Flores- zona sul de Manaus.

Manaus é a capital do estado do Amazonas e um dos principais centros financeiros, corporativos e econômicos do país, tendo como destaque seu polo industrial (FIEAM, 2015).

É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 2.094.391 habitantes, É sede da Região Metropolitana de Manaus, a mais populosa do norte do país e é o sétimo município mais populoso do Brasil, estando entre as 17 cidades que concentram 21,9% da população do país, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2016).

A cidade de Manaus ganha destaque no cenário mundial, principalmente, pelo seu potencial turístico e pelo ecoturismo, sendo o principal centro financeiro e corporativo da Região Norte, o décimo maior destino de turistas no país e o sexto município que mais contribui para o Produto Interno Bruto, PIB, brasileiro (Prefeitura Municipal de Manaus, 2015).

Quanto à atenção à Saúde, Manaus possui 94 Unidades de Saúde distribuídas nas suas cinco zonas: Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural (SEMSA, 2015).

A UBS Nilton Lins, localizada na Rua Venezuela, entre Rua Perimetral e Rua Espanha, na comunidade Parque das Nações no Bairro Flores na Região Sul da Cidade de Manaus, a UBS foi inaugura no dia 16 de julho de 2015 e surgiu a partir de iniciativa público-privada entre a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de

Manaus e Universidade Nilton Lins, cuja finalidade é atender a comunidade do bairro de Flores e fortalecer as ações em saúde através do vínculo ensino-serviço.

A Unidade básica de Saúde funciona de 07:00 às 17:00 horas, oferecendo à população os serviços de Imunização, Nebulização, Coleta de material para exames laboratoriais, testes rápidos, Dispensação de medicamentos, Exame de prevenção de Câncer de Colo Uterino, Curativo, Observação de Urgência Básica, Diagnóstico Situacional, Espaço Saúde, Espaço Acadêmico, Sala de Aula, Serviço Social, Consulta Médica, Consulta de Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Sistema de Regulação para consultas e exames especializados e atividades de promoção da saúde, além da prevenção às doenças (SEMSA, 2015).

Possuem 1.763m<sup>2</sup> distribuídos em recepção e saguão de espera, sala de coleta, sala de espera, sala de preparo, curativo, sala de procedimentos, observação, inalação, serviço social, farmácia com consultório, espaço saúde, sala de situação, 06 consultórios médicos, consultório ginecológico, sala de vacina, lavagem e esterilização, sistema de regulação, administração, diretoria, 03 salas acadêmicas, 02 salas ACS's, depósito, arquivo, copa, distribuição, DML, depósito e expurgo (SEMSA, 2015).

Em seu quadro de funcionários há 10 administrativos fornecidos pela Universidade Nilton Lins, 05 médicos, 03 enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde, 08 técnicos em enfermagem, 02 farmacêuticas e 02 assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde, 10 agentes comunitários de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 01 diretora (Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde), 03 auxiliares de serviços gerais da Universidade Nilton Lins.

A população adstrita é de aproximadamente 11.634 pessoas (3.029 famílias) a serem divididas em 03 microáreas, cujo acompanhamento será por 03 equipes de Estratégia de Saúde da Família, que terão como rede de apoio 07 escolas, 64 estabelecimentos comerciais, 15 igrejas, 02 academias e 01 quadra poliesportiva (SEMSA, 2015).

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi “Promoção do Aleitamento materno através de educação em saúde no pré-natal” que constará nos Anexos deste portfólio. O principal motivo da escolha deste tema foi alertar e, mostrar à

população a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança, as consequências positivas da amamentação e as negativas da descontinuidade precoce na Saúde da Criança, além de estímulo e orientação a mães/futuras mães.

## ESTUDO DE CASO CLÍNICO

MBO, 58 anos, parda, do sexo feminino, nível médio completo, industriaria (aposentada), casada, evangélica, natural e procedente de Manaus/AM. Reside em casa de alvenaria, com água tratada, energia elétrica e rua com asfaltamento. Procurou atendimento na unidade Básica de Saúde, devido queixa de “perda de peso e muita urina” há três meses, e há duas semanas iniciou mal-estar. Ao questionar refere que há três meses apresenta quadro de poliúria associada perda ponderal de 8 kg e há duas semanas iniciou quadro de astenia progressiva com melhora ao repouso e piora com as atividades físicas, além de polidipsia progressiva e disúria, nega polifagia e outros sintomas.

De antecedentes pessoais patológicos, possui hipertensão arterial sistêmica com diagnóstico há cinco anos e em uso regular de Losartana 50 mg/dia, sem acompanhamento médico regular há dois anos, nega outras comorbidades e nega alergias medicamentosas, realiza atividades domésticas como atividades diárias habituais, sedentária, fez uso de bebida alcoólica, fermentados por 23 anos, abstinência há 18 anos, ex-fumante de cinco cigarros/dia, abstinência há 18 anos. Nega uso de drogas ilícitas. Vida sexual ativa. Realizou laqueadura há 31 anos, G2nP2A0, 02 cesarianas, paciente não sabe referir causa para realização de cesariana, menopausa aos 51 anos. Com antecedentes familiares de Diabetes (pai e mãe) e Hipertensão (mãe).

Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, fácies atípica, acianótica, anictérica, afebril, normocorada, sem edemas, eupnéica, peso: 85 kg, estatura: 1,67 m, IMC: 30,4kg/m<sup>2</sup>, PA: 130x90 mmHg. FR: 18irpm, Sem alterações no couro cabeludo, face, cabeça e pescoço, exame do Tórax sem alterações significativas, presença de micro varizes bilateralmente, demais seguimentos sem alterações.

A conduta inicial foi orientações gerais, orientações quanto aos hábitos alimentares e hábitos de vida e Solicitação de exames: hemograma completo, Glicemia de Jejum; hemoglobina glicada; lipidograma, creatinina, transaminases,



microalbuminúria em urina isolada, além de preventivo de câncer de colo de útero e mamografia bilateral.

Retorno ocorreu em 20 dias mantendo sintomatologia, trazendo resultado de exames, que evidenciam hipercolesterolemia, glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada alteradas, além do exame de urina que demonstra infecção do trato urinário.

Hemograma	Bioquímica			EAS
Hb: 12,1	Ureia: 29	Colesterol Total: 289	Glicemia: 178	Nitrito negativo
Ht: 35,9	Cr: 0,9	HDL: 38	HbA1c: 7,1%	Incontáveis piócitos
Leuco: 8,3	TGO: 18	LDL: 154		Hemácias: 2 por campo
Plt: 199.000	TGP: 18	Triglicerídeos: 151		

#### **Plano terapêutico/abordagem:**

- explicar para a paciente sobre a Diabetes Mellitus tipo 2, doença crônica e suas complicações se não realizado tratamento e controle adequado.
- Reforçar as orientações dietéticas e prática de atividade física regular - atividade aeróbica de moderada intensidade (50-70% da FC máxima), por pelo menos 150 minutos/semana, conforme recomendações da American Diabetes Association (ADA) 2016.
- Prescrição Metformina 850mg 1x/dia (droga que reduz a resistência a Insulina).
- prescrição de antibiótico para ITU
- Encaminhamento ao oftalmologista- Fundoscopia
- Encaminhamento à Nutrição
- Solicitação de microalbuminúria em urina isolada.
- Retorno em 30 dias para ajuste terapêutico

## Discussão COM FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. (Ministério da Saúde, 2006, pg.07).

Uma vez fechado diagnóstico, a abordagem inicial deve ser expor ao paciente que Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença crônica não transmissível, resultante de defeitos na secreção e na ação da insulina (ARAÚJO *et al*, 2000).

Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos, e que uma série de mudanças nos hábitos de vida e alimentação deveriam acontecer para o devido controle da doença.

Está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar o aparecimento do diabetes tipo 2. Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em três anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, p.ex., alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a Metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em três anos. Esse efeito foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>.

Os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia são:

- Sintomas: poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl.
- Glicemia de jejum  $\geq$  126 mg/dl
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.
- HbA1c > 6,5% a ser confirmada em outra coleta

Indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes – HbA1c entre 5,7% e 6,4%.

Com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) são necessárias para o controle da glicemia tanto medidas não farmacológicas como farmacológicas. Dentre as medidas não farmacológicas incluem uma terapia nutricional e a prática de atividade física, conforme novas recomendações da American Diabetes Association em 2016, a atividade física deve ser do tipo aeróbica de moderada intensidade (50-70% da FC máxima) por pelo menos 150 min/semana, dividida em pelo menos três dias da semana, sem que fiquem dois dias sem se exercitar. E como medidas farmacológicas, como o paciente de DM tipo 2 mantém secreção de insulina durante algum tempo da sua doença, os antidiabéticos assumem papel de relevância no controle da glicemia.

Combater a resistência insulínica pode contribuir para a melhora da disfunção das células beta. E os pacientes que mais se beneficiam desse tratamento são os diabéticos obesos e aqueles nas fases mais precoces da evolução da doença, com níveis glicêmicos inferiores a 300mg/dl.

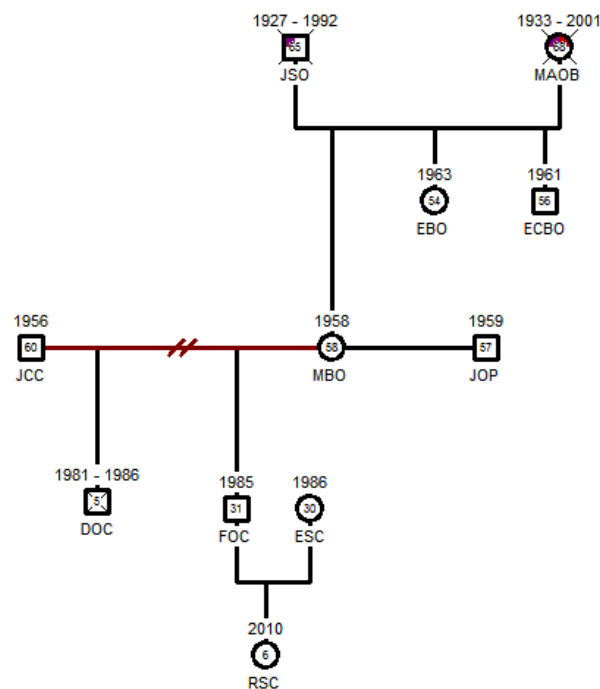
A Metformina é uma biguanida, fármaco que atua na redução da resistência periférica à insulina, sendo o mecanismo de ação, o aumento do efeito da insulina nos hepatócitos, bloqueando a glicogenólise e a gliconeogênese.

No estudo randomizado UPKDS, a Metformina foi a única droga que reduziu o risco de eventos cardiovasculares ateroscleróticos nos diabéticos obesos, na

posologia inicial de 850mg/dia ou 500mg 2x dia nas refeições. Após 1-2 meses procura-se alcançar a dose de 1000mg 2x/dia para que haja o efeito esperado de redução da hemoglobina Glicada em 1-2 %.

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, em longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. (SCHMIDT et al., 2010).

## Genograma



## PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O desmame precoce, distúrbios alimentares na infância e adolescência são problemas muito frequentes nos usuários da UBS Nilton Lins.

Baseado nesse fator que realizei o projeto de intervenção “Promoção do Aleitamento materno através de educação em saúde no pré-natal” com o intuito, de alertar, modificar o estilo de vida desde a gestação, estimulando amamentação exclusiva até os seis meses de idade, visando benefícios na saúde da criança e materna.

Marcondes (apud Santos, 1988) define educação em saúde como sendo um conjunto de atividades que sofrem influência e modificação de conhecimentos, atitudes, religiões e comportamentos, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência têm como objetivos, além da redução da mortalidade infantil, prover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

O eixo central da puericultura é acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, atendimento das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais, visando prevenção de problemas, vigilância à saúde e promoção de hábitos saudáveis de vida, com impacto surpreendente na morbimortalidade infantil.

A principal dificuldade existente na equipe S54 é a baixa adesão das mães às consultas de puericultura.

O caderno de atenção básica nº 33, Saúde da criança, do ministério da Saúde (2012) propõe para atenção básica linhas de cuidado que privilegiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento

materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais (suplementação de vitaminas, obesidade), imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido.

### **Atenção à Saúde da Mulher:**

Para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem comprometer a saúde da mulher e do recém-nato, a clínica ginecológica se compõe de uma série de ações – anticoncepção, atendimento às mulheres vítimas de violência, tratamento das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, atenção à infertilidade – com o objetivo de prevenir a gravidez indesejada ou de alto risco; de se ter um intervalo entre as gestações, de forma que a “mãe dedicada comum” possa ser o facilitador do crescimento e desenvolvimento infantil inicial. (Winnicott, 1945, 1949,1960, 1966).

### **Atenção à Gestante e ao Recém-Nascido**

O acompanhamento pré-natal e a assistência à puérpera preveem o acesso universal, a primeira consulta realizada antes do 4º mês de gestação, com o mínimo de seis consultas distribuídas ao longo da gestação e outra até 40 dias de puerpério, para garantir que intercorrências mais comuns (diabetes gestacional, infecções, doença hipertensiva da gravidez) sejam evitadas e/ou devidamente tratadas.

Nessa linha de atenção se realiza medidas de promoção à saúde e educação em saúde, orientações as gestantes quanto os primeiros cuidados com o bebê, testes de triagem Neonatal, imunizações do recém-nato, também quanto à necessidade de consultas de puericultura e puerpério na 1ª semana após o nascimento, além das intervenções das doenças mais comuns como já citado anteriormente, imunização da gestante e vinculação com maternidade (referência e contra referência da gestante para o parto).

O princípio da regionalização no SUS tem entre as suas finalidades proporcionar um acesso facilitado ao atendimento nas UBS, equipadas para a atenção ao binômio mãe-bebê.

### **Incentivo ao Aleitamento Materno**

Esse incentivo se inicia no pré-natal com orientações sobre os cuidados com os mamilos, importância do alojamento conjunto na maternidade e amamentação precoce e exclusivo até os seis meses de idade, informações sobre a licença maternidade para a mulher trabalhadora (Constituição Federal garante 120 dias de licença maternidade, sem prejuízo do emprego e salário e direito à nutriz, quando do retorno ao trabalho, a pausa de uma hora por dia, podendo ser parcelada em duas – MS, 2010).

Torna-se prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação materno devido à comprovação científica que o Leite materno humano tem grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta, pelas vantagens nutricionais, imunológicas, como pelo bem-estar e pela afetividade proporcionados às crianças. Considerado garantia fundamental para a da saúde infantil, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado com alimentos apropriados até os dois anos de idade (Alves e Moulin, 2008).

São essenciais minimização de dúvidas das mães, quanto à qualidade do leite, desestimular uso de bicos e mamadeiras, orientação quanto ao posicionamento da criança e pega da aréola mamária, entre outras.

Para que uma amamentação seja bem sucedida, é necessária uma equipe de saúde capacitada e motivada a apoiar e incentivar recém-nascido e família.

## Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança.

Toda criança deve receber a “Caderneta de Saúde da Criança” de preferência ainda na maternidade, onde são registrados os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, as vacinações, além do registro das intercorrências clínicas.

O seguimento da criança tem a potência de estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

Para organizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de atendimentos à criança.

Número de consultas	IDADE												
	dias	meses							anos				
	até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano – sete													
2º ano – duas													
3º ano – uma													
4º ano – uma													
5º ano – uma													
6º ano – uma													

Calendário proposto pelo ministério da saúde (2002)

## Alimentação Saudável e Prevenção do Sobrepeso e Obesidade

A equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde.



O aleitamento materno é o início de uma alimentação saudável, por isso tem sido tão incentivado.

A introdução de novos alimentos, aos seis meses de idade para as crianças que estavam em aleitamento exclusivo, demanda de uma orientação cuidadosa baseada na nutrição saudável, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

## **Imunização**

A imunização funciona como um instrumento de modificação no curso das doenças que vem apresentando um acentuado decréscimo da morbidade e da mortalidade, causadas por doenças infecciosas.

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande *impacto* nas condições gerais da saúde infantil, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. (GUIMARÃES *et al.*, 2009,p. 869)

Gonçalves e Machado (2008) também considera a necessidade da intervenção primária na saúde do indivíduo faz com que as políticas de saúde se tornem cada vez mais efetivas no acompanhamento das enfermidades. Sendo a vacinação uma das principais ações para a prevenção de doenças infecciosas transmissíveis.

Shimitz et al (2000) refere que uma das finalidades do cuidado à criança é a prevenção de doenças a qual é feita pela imunização, sendo que a mesma é a reunião de métodos terapêuticos com o objetivo de conferir ao organismo um estado de resistência, ou seja, de imunidade contra determinadas doenças infecciosas.

Com a imunização podemos prevenir tais doenças nas crianças: poliomielite, sarampo, rubéola, caxumba, difteria, tétano, coqueluche, caxumba, rubéola, hepatite B entre outras.

Reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis compreende conhecer a situação das mesmas. Na ocorrência de alguma delas, a equipe de saúde deve notificar imediatamente a vigilância epidemiológica para se traçar medidas de prevenção e controle. A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento da sala de vacina, acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, fazendo a busca ativa de faltosos. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde possibilita ampliar a cobertura de vacinação, principalmente depois dos cinco anos de vida, quando a cobertura não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

Sendo assim, educação em Saúde é a essência para mudança de atitudes e hábitos formados ao longo de toda nossa história sem a agressão de valores natos ou adquiridos. É a forma segura de ensinar fazendo. Na UBS Nilton Lins, temos palestras sobre amamentação e assuntos integrados assim como fixação de cartazes, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Pelo Ministério da Saúde.

## **VISITA DOMICILIAR/ATENDIMENTO DOMICILIAR**

O Atendimento Domiciliar é dirigido a pessoas com problemas agudos, impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde. O Acompanhamento Domiciliar é dirigido a pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com os profissionais da equipe. Tais como:

- Pacientes portadores de doença crônica que apresentem dependência física;
- Pacientes em fase terminal;
- Pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Pacientes egressos do hospital que necessitem de acompanhamento por alguma condição que os incapacite a comparecer à Unidade;
- Pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, que determinem dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde;
- Cuidadores das pessoas incapacitadas.

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

A Vigilância Domiciliar é o comparecimento de um integrante da equipe para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população, como:

- Visitas a puérperas;

- Busca de recém-nascidos;
- Busca ativa dos programas de prioridades;
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento;
- Evolução de egressos hospitalares.

Ministério da saúde (2011) A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença.

Conforme portaria nº963, de 27 de maio de 2013, a Atenção Domiciliar é nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2);

III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Sendo que a modalidade AD1 destina-se aos usuários que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

Essa modalidade tem as seguintes características:

- Permite maior espaçamento entre as visitas;
- Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade;
- Não necessita de atendimento médico frequente;
- Possui problemas de saúde controlados/compensados.

Na UBS Nilton Lins, Equipe S54 realiza no atendimento domiciliar acompanhamentos de pacientes crônicos (hipertensos e diabéticos com complicações crônicas - retinopatia, nefropatia, sequelas de AVC,...), visitas em casos de doenças agudas, como doenças respiratórias em pacientes acamados, e em menor frequência em pacientes egressos hospitalares. São realizados aproximadamente 12 atendimentos domiciliares por mês pela nossa equipe

Os atendimentos domiciliares são agendados após busca ativa por parte das agentes comunitárias de saúde, visitas são realizadas mensalmente na sua maioria, algumas ocorrendo no intervalo máximo de três meses, a depender da patologia e assistência com médicos especializados.

A interação da equipe de saúde da ESF com os cuidadores e com o paciente é a peça chave para um bom atendimento domiciliar. Assim percebemos o quanto os pacientes têm benefício com uma assistência passeada na integralidade e equidade de cada ser humano.

## REFLEXÃO CONCLUSIVA

A atuação na Atenção Primária através do PROVAB foi de extrema importância para meu crescimento profissional, além do ensino proveniente pela UNASUS em conjunto com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) no curso de especialização em Saúde da Família que nos forneceu-nos toda a base teórica da atenção primária à Saúde a Organização da Atenção à Saúde, Instrumentos para Organização da Atenção Primária à Saúde e Gestão do Cuidado em Atenção Primária à Saúde, e também o estudo e discussão de casos clínicos complexos bem frequentes na nossa prática na Estratégia Saúde da Família, possibilitando o enriquecimento para atuação com melhor eficácia e eficiência no atendimento clínico individual e na comunidade, além da interação com equipe multiprofissional, a fim de melhorar/modificar as ações da equipe de ESF que pertencem.

Um ponto de destaque nesse processo foi a construção de um Projeto de Intervenção junto a equipe e aos usuários, com tema relevante como aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, um estudo de caso clínico de paciente hipertenso com diagnóstico recente de diabéticos, também tema frequente no dia-a-dia da UBS, o que possibilitou uma revisão bibliográfica sistemática quanto aos assuntos, aprimorando ainda mais meu conhecimento teórico, e a construção desse portfólio ampliou a visão para atenção primária, na qual gerou o trabalho de conclusão de curso.

No início da minha atuação na UBS Nilton Lins pude participar de parte da implantação da Estratégia de Saúde da Família, junto com os demais profissionais da minha equipe e mais duas equipes que atuam também na Unidade de Saúde, com o processo de territorialização, contagem e cadastramento dos usuários presentes no território, e outros passos nesse processo.

Nas consultas realizadas na UBS Nilton Lins, da Equipe S54 na cidade de Manaus, foram identificadas consultas de puericulturas descontínuas, atraso na vacinação, distúrbios nutricionais e uma grande parte dos recém-natos em uso de fórmula infantil nos primeiros meses de vida, além de Hipertensão Arterial Sistêmica

e Diabetes Mellitus, por vezes descompensados e sem acompanhamento clínico regular associado a uso irregular da medicação, sedentarismo e ausência de alimentação saudável.

Durante esse período foram realizadas ações de promoção de saúde, com finalidade de melhorar a qualidade de vida da comunidade.

Essa atuação na Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde acrescentou muito como profissional, melhorou meu conhecimento teórico e pude assim refletir com atendimento mais humano, individualizado, longitudinal, a fim de resolver problemas de saúde e evitar o aparecimento dos mesmos, através estratégia de prevenção, juntamente com os outros componentes da Equipe S54.

## REFERENCIAS

ARAUJO, L. M. B.; *et al.* **Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2000, vol.44, n.6, pp. 509-518. ISSN 1677-9487.

BRASIL. Ministério da Saúde **Cadernos de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – diabetes mellitus, 2013.** Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde **Cadernos de atenção básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.** Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)

GONÇALVES, Sâmya Maria Lima e MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 45-51, jan./mar.2008.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra e TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4): 868-876, abr, 2009

Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. <http://cod.ibge.gov.br/3WL> Acesso 13/12/2016 às 19:15h

Prefeitura Municipal de Manaus. <http://www.manaus.am.gov.br/manaus/mapa-e-dados/> Acesso em 12/12/2015 às 19:00h



SCHMITZ, Edilza Maria *et al.* **A enfermagem em Pediatria e Puericultura.** São Paulo: Editora Atheneu, p: 1 2000

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Manaus - SEMSA  
<http://semsa.manaus.am.gov.br/unidades-de-saude/> Acesso em 13/12/2016 às 21:30h.

Sistema FIEAM – Sistema Federação das Indústrias do Estado do Amazonas.  
<http://www.fieam.org.br/site/> Acesso em 13/12/2016 às 19:00h.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016.** Disponível em:  
<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2015.** Disponível em:  
<<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/posicionamento-2.pdf>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1999.** Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>>

Winnicott, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo, em Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1988.

Winnicott, D.W. (1949) O Bebê com Organização em Marcha, em a Criança e seu Mundo, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1988.

Winnicott, D.W. (1966) A Mãe Dedicada Comum, em Os Bebês e suas Mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

Winnicott, D.W. (1970). Tudo começa em casa. . São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1ªedição brasileira, 1989..

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Carolina Brandão Cabral**

**Promoção do Aleitamento materno através de educação  
em saúde no pré-natal**

**Manaus/AM**

**OUTUBRO/2016**

## Sumário

1 Introdução .....	02
2 Objetivos .....	04
2.1 <i>Objetivo geral</i> .....	04
2.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	04
3 Revisão de Literatura .....	05
4 Metodologia .....	19
5 Cronograma .....	21
6 Recursos necessários .....	22
7 Resultados esperados .....	23
8 Referências bibliográficas .....	24

## **Introdução**

O aleitamento materno é considerado fundamental para a promoção e proteção da saúde dos lactentes e das crianças, além disso, a amamentação é considerada como fator relevante no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, com repercussões no desenvolvimento emocional e cognitivo, além na proteção contra infecções.

O aleitamento materno é considerado a forma mais adequada de prover de nutrientes em quantidade adequada, hidratação e fatores de desenvolvimento e proteção, sendo considerada fonte completa de nutrientes para o lactente amamentado exclusivamente no seio até os seis meses de vida e continuado até o segundo ano de vida da criança.

O aleitamento materno exclusivo é a oferta somente do leite materno, seja ele direto da mama ou ordenhado, sem outras fontes de líquidos ou sólidos, exceto suplementos vitamínicos, sais de reidratação oral ou medicamentos.

A substituição total ou parcial do leite materno precocemente é prejudicial à saúde da criança, tornando-as mais suscetíveis a agentes infecciosos, por diminuir capacidade de resposta imunológica, e risco elevados de distúrbios nutricionais.

Cabe a equipe de saúde a motivação e promoção ao aleitamento materno, por meios de palestras e consultas regulares com a gestante e o companheiro/familiar, pois este serão aliados a adesão/acompanhamento pré-natal e ao aleitamento materno exclusivo. Sendo o Pré-natal um ótimo meio para esse incentivo, fornecendo conhecimento e tirando as dúvidas,

inseguranças, medos e obstáculos que permeiam que possam levar a  
descontinuidade do aleitamento materno.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

- Diminuir o índice de desmame precoce;

### **2.2 Objetivo específico**

- Realizar Educação em saúde no pré-natal, para promoção, estímulo e orientação a mães/futuras mães, ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança.
- Orientar mãe sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida;
- Orientar os familiares pais sobre os benefícios, a mãe e ao lactente, do aleitamento materno exclusivo;
- Instruir as mães sobre as técnicas de amamentação;
- Prevenir e realizar manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.



### **3 Revisão de Literatura**

A alimentação ao seio materno constitui um processo muito importante para a saúde humana, principalmente nos primeiros dois anos de vida, é a forma de alimentação mais antiga e eficiente da espécie humana, O aleitamento materno é considerado o modo mais adequado de fornecer alimento para o crescimento e o desenvolvimento saudável dos lactentes e é o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo das crianças menores de seis meses, e deve ser continuado até o segundo ano de vida da criança, pois atende as necessidades nutricionais, metabólicas, imunológicas, além de conferir estímulo psicoafetivo ao lactente, trazem inúmeros benefícios, implicações na saúde física e psíquica da mãe e toda família.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam amamentação exclusiva por aproximadamente seis meses e complementada até os dois anos ou mais.

Os indicadores nacionais revelam que o percentual de crianças de 4 meses e entre 9-12 meses em aleitamento materno cresceu de 1999 a 2008, de 35% a 51% em menores de quatro meses, e 42% para 58% naquelas entre 9-12 meses. Porém com uso de outros líquidos, como água, chá e outros leites no primeiro mês de vida, mostrando assim que o Brasil está aquém das metas preconizadas pela OMS. (DATASUS).

Deve-se iniciar o aleitamento materno sob regime de livre demanda, sem horários prefixados, imediatamente após o parto, estando à mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro.

A OMS propõe a seguinte nomenclatura (WHO, 1998).

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas ou chás.
- Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe além do leite materno, alimento semissólido ou sólido com o objetivo de complementar, mas não substituí-lo;
- Aleitamento materno misto: recebe leite materno e outros tipos de leite;
- Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independentemente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano.

O leite materno (LM) apresenta composição dinâmica de seus nutrientes. O conteúdo é modificado com o evoluir da lactação, ao longo do dia, dentro de uma mamada ou mesmo de acordo com a idade gestacional do recém-nascido, segundo Academia Americana de Pediatria, 2004. Entre as inúmeras vantagens na sua composição se salienta a presença de fatores bioativos, que tornam o leite materno um alimento único.

O aleitamento materno oferece varias vantagens para a mãe e o recém-nascido. O leite materno confere proteção para varias doenças; reduz morbidade por diarreia e infecção respiratória. Em países desenvolvidos nos primeiros meses de vida pode-se afirmar que: o aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma; o aleitamento materno independente de ser exclusivo reduz o risco de sibilos recorrentes; a proteção aumenta com a duração do aleitamento materno, até pelo menos os quatro meses, e parece persistir por pelo menos 10 anos. A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do diabetes melito tipo I, podendo aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de diabetes melito tipo I poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca. (Gerstein HC).

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.

Um estudo demonstrou que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. (EDMOND ET al., 2006)

Entre as principais vantagens para o recém-nascido são:

- Menor risco de doenças respiratórias, infecções, diarreias e alergias;
- Menor chance de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e obesidade;
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal.
- Meio de vinculo afetivo e desenvolvimento cognitivo

Para a mãe, as principais vantagens são:

- Reduzir o peso mais rápido;
- Ajudar na involução uterina para o tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragias e anemia no pós-parto;
- Menor custo financeiro;
- Produzir efeito anticoncepcional;
- Melhor qualidade de vida familiar.

Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções comuns, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia prevenir 50% das mortes por doenças respiratórias e 66% das causadas por diarreia. (Ministério da Saúde, 2001).

Um dos artigos de uma série publicada na revista *The Lancet* sobre sobrevivência infantil atribuiu ao aleitamento materno a capacidade de reduzir em 13% a mortalidade em crianças menores de cinco anos por causas preveníveis, estimadas em 6 milhões ao ano. Nenhuma outra estratégia alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de cinco anos. (Jones G ET AL, 2003). A proteção conferida pelo leite materno é máxima nos primeiros meses de vida. Segundo Metanálise (Lancet, 2000), a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de dois meses não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas no peito.

Acredita-se que a amamentação traga benefícios psicológicos para a criança e para a mãe. Uma amamentação prazerosa, os olhos nos olhos e o contato contínuo entre mãe e filho certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de

segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher.

Não amamentar tem implicações financeiras, podendo onerar uma família de modo substancial. 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. (IBFAN Brasil, Monitoramento 2004). 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.

O Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria estabeleceram, para crianças menores de dois anos, dez passos para a alimentação saudável:

Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.

Passo 2. A partir dos seis meses introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3. Após os seis meses dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Passo 4. A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando se sempre a vontade da criança.

Passo 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida com colher; começar com consistência pastosa (papas/ purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10. Estimular a criança doente e convalescente a alimentar-se, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação.

Por ser produzido pela mesma espécie (homólogo), o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses.

O leite materno é surpreendentemente homogêneo quanto à sua composição.

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares constituídas, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático.

O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário há um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo.

A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios, o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos. Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica. Apesar de a secreção de prolactina estar muito aumentada na gestação, a mama não secreta leite nesse período graças a sua inibição pelo lactogênio placentário.

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite. Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido. (Wilde CJ, Prentice A, Peaker M.).

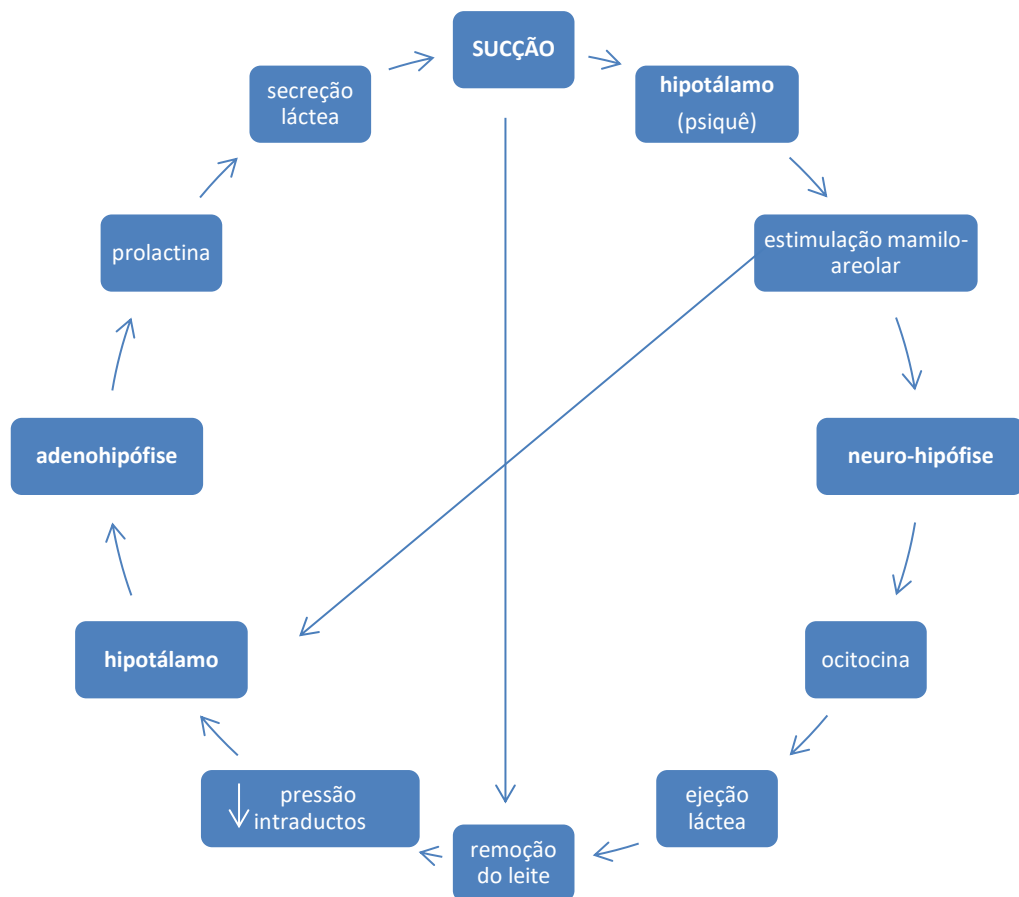
Após o nascimento da criança a apojadura, “descida do leite”, costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio.

Após a “descida do leite”, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver uma diminuição na produção do leite, por inibição mecânica e química.

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama.

Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100 ml/ dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600 ml de leite.





Como fases de produção do Leite, podemos citar:

Colostro: secretado nos primeiros três a cinco dias após o parto, valor energético médio 67-70 kcal/100 ml, com composição, comparando-se com o leite maduro, o conteúdo de eletrólitos, proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e concentração de imunoglobulinas é maior, destacando-se alta concentração de IgA e lactoferrina, por outro lado, possui menos gordura, lactose e vitaminas hidrossolúveis.

Leite de transição: produção entre 6-10 dias até a segunda semana do pós-parto; a concentração de imunoglobulinas e vitaminas lipossolúveis torna-se progressivamente menor e há um aumento de vitaminas hidrossolúveis, lactose e lipídios.

Leite maduro: produção a partir da segunda quinzena pós-parto, na composição tem maior teor lipídico e de lactose e menor quantidade de proteínas. O leite anterior tem predomínio de proteínas do soro e lactose, no meio da mamada é maior a quantidade de caseína e no leite posterior, tem grande concentração de gorduras.

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite maduro (26-29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
<b>Calorias (kcal/dl)</b>	48	58	62	70	69
<b>Lipídios (g/dl)</b>	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
<b>Proteínas (g/dl)</b>	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
<b>Lactose (g/dl)</b>	5,1	5	6,5	6	4,8

A maneira adequada como a dupla mãe/bebe se posiciona para amamentar e a pega do bebê são muito importantes para a retirada efetiva do leite pela criança e proteção dos mamilos.

Uma posição inadequada da mãe e/ou do bebê na amamentação interfere na dinâmica de sucção e extração de leite, podendo dificultar o esvaziamento da mama, com conseqüente diminuição da produção do leite e

ganho de peso insuficiente do bebê, apesar de permanecer longo tempo no peito. (Neifert MR. Clin perinatol, 1999).

Os pontos chaves para uma boa técnica de amamentação, quanto o posicionamento são:

- Rosto do bebe de frente para a mama, com o nariz encostado no mamilo;
- Cabeça e tronco do bebê alinhados no mesmo eixo axial;
- Corpo do bebe próximo ao da mãe, encostando barriga com barriga;
- Pescoço do bebe levemente estendido;
- Corpo do bebê bem apoiado.

Quanto a pega:

- Boca do bebê bem aberta, englobando a maior parte da aréola (mais aréola visível superior);
- Lábio inferior evertido;
- Queixo tocando a mama;
- língua do bebê fica sobre a gengiva inferior e com bordas curvadas para cima;
- deglutição visível e audível.

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para mãe e bebê.

A amamentação deve ser iniciada tão logo quanto possível após o parto. A sucção precoce da mama reduz o risco de hemorragia pós-parto, ao liberar ocitocina, e de icterícia no recém-nascido, por aumentar a motilidade gastrointestinal. A sucção espontânea do recém-nascido pode não ocorrer antes de 45 minutos a 2 horas de vida do bebê, porém o contato pele-a-pele

por si só traz benefícios, tais como maior prevalência do aleitamento materno de 1 a 3 meses, maior duração do aleitamento materno, melhor regulação da temperatura corpórea e dos níveis de glicose sanguínea do recém-nascido, menos choro do bebê e maior escore na interação mãe-bebê. (Anderson GC ET AL).

O recém-nascido normal mama com frequência, sem regularidade quanto a horários. É comum um bebê em aleitamento materno exclusivo mamar de 8 a 12 vezes ao dia.

Aleitamento materno sem restrições (em livre demanda) diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário. (International Lactation Consultant Association, 2005).

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser preestabelecido, uma vez que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia entre os bebês e, numa mesma criança, pode variar dependendo da fome, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. Independentemente do tempo necessário, é importante que a criança esvazie a mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia a criança.

Os principais problemas relacionados à amamentação são bebe não suga ou tem sucção fraca, demora na descida do leite, mamilos planos ou

invertidos, “pouco” leite e afecções mamárias (ingurgitamento mamário, dor e trauma mamilares, mastite, abscesso mamário, candidíase, dentre outros). Essas situações podem ser modificadas com profissionais capacitados para agir em tempo oportuno e de maneira adequada.

Dentre as estratégias de incentivo ao aleitamento materno, estão: Hospital Amigo da Criança (HAC), em que a recomendação de dez passos que favorecem a amamentação desde o pré-natal até o retorno mãe e filho para o domicílio; Leis de Proteção ao aleitamento Materno como a licença maternidade, direito a garantia de emprego, pausa para amamentar; e a Estratégia de saúde da família, estratégia de reorientação do modelo assistencial em que as equipes atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos na manutenção da saúde e do bem estar da comunidade, em uma área geograficamente delimitada.

Essas estratégias atingem desde mulheres que não buscam pré-natal espontaneamente, como a promoção longitudinal da amamentação durante o pré-natal, puerpério e em puericultura, e em eventuais gestações futuras. (OLIVEIRA; CAMACHO. 2002).

A estratégia de saúde da família é uma das mais importantes políticas adotadas pelo país na redução da mortalidade infantil. As equipes de atenção básica realizam um trabalho interdisciplinar e multiprofissional de atenção integral as famílias, especialmente crianças e gestantes envolvendo questões de saúde, educação e proteção. (FUJIMORI, 2012).

O tema 'ações educativas em saúde' vem se constituindo em um elemento de direcionamento, questionamento e de reflexões quando se trata de promoção, prevenção ou de saúde integral do ser humano, independente do grupo etário a que pertença. As políticas públicas, as instituições de ensino, de saúde e até mesmo, as diferentes formas de inserção da pessoa em sua comunidade e no mundo do trabalho, torna-se hoje, uma preocupação constante entre os governantes, em nível estadual, nacional e internacional.

Em WHO (2003) é ressaltado que o sucesso da amamentação depende de informações adequadas à gestante. O Apoio familiar e dos serviços de saúde são importantes e necessários para que possa juntos andar no desenvolvimento da confiança, melhorar a técnica e prevenir ou resolver problemas associados à amamentação.

Dessa forma, os esforços dos profissionais de saúde, estão em criar programas e projetos para influenciar, incentivar e reduzir. Dentro desta perspectiva, os esforços concentram-se em criar espaços e construir filosofias, programas, projetos e instrumentais que possam influenciar e reduzir os agravos em saúde.

## **Metodologia**

Este trabalho se realizará durante o período de setembro de 2016 a janeiro de 2017, trata-se de um estudo de caráter educacional, a ser realizado na UBS Nilton Lins na equipe S54 e terá como público alvo as gestantes no 3º trimestre e puérperas cadastradas na Unidade e acompanhadas pela equipe S54 do município de Manaus/Amazonas.

Serão realizadas ações educativas sobre aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, com estratégias efetivas de promoção, proteção e apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e puerpério das gestantes.

Dentre as ações de intervenção está:

- capacitação da equipe de saúde sobre aleitamento materno;
- roda de conversa com as gestantes: esclarecimento de dúvidas relacionadas a amamentação;
- educação e incentivo a amamentação nas consultas agendadas (médico/enfermeiro) de pré-natal e puerpério;

Os temas a serem abordados serão: importância e benefício do aleitamento materno, comparação do leite materno com leite de vaca, técnicas de amamentação, dentre outros.

Quem atuara na intervenção, será toda equipe de saúde da família onde inclui: uma médica, uma enfermeira e suas técnicas, e as ACS.

Após um ano de conclusão dessas ações, será aplicado um questionário, pelos ACS às mães que participaram das ações educativas, para avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo, e relacionar os problemas encontrados para complementar o aleitamento materno nesse período.



#### 4 Cronograma

<b>Atividade</b>	<b>set/16</b>	<b>out/16</b>	<b>nov/16</b>	<b>dez/16</b>	<b>jan/17</b>	<b>fev/17</b>
Apresentação da proposta a equipe de saúde	X					
Levantamento de pacientes pelos acs	X	X				
Avaliação pacientes elegíveis		X				
Realização acompanhamento das pacientes			X	X		
Execução das ações				X	X	
Análise de dados					X	
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						X

## **5 Recursos necessários**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- ACS

### **RECURSOS MATERIAIS**

- Sala / consultório
- Projetor
- Banners
- Material de apoio: papel, caneta, boneca, cartolina, outros.

## **6 Resultados esperados**

Pela grande quantidade de mães que utilizam a Estratégia Saúde da Família para as consultas de pré-natal, puerpério e puericultura de seus filhos e índice elevado de desmame precoce surgiram a iniciativa de promoção ao aleitamento materno através de educação em saúde, inicialmente capacitando todos os profissionais de saúde da equipe e posteriormente com incentivo direto a comunidade/família demonstrando a importância do aleitamento materno, e no crescimento e desenvolvimento da criança;

Este projeto de intervenção depende de mudanças no processo de trabalho, que está diretamente ligado com melhor capacitação profissional. Além de proporcionar um pré-natal, eficiente, efetivo e adequado para informar, orientar e esclarecer as dúvidas além de manter uma busca ativa as mães que não fazem regularmente o seu pré-natal.

Espera-se com esse projeto de intervenção, conhecimento dos reais indicadores de aleitamento materno da S54 na cidade de Manaus/AM , identificação das principais causas de desmame precoce e diminuição do índice de desmame precoce na área de abrangência da ESF S54.

## Referências

Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola/** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2006, 64 p.

WHO/UNICEF. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge.** Geneva: World Health Organization, WHO/NUT/98.1, 1998.

Nestel P, Briend A, Benoist B, Decker E, Ferguson E, Fontaine O, Micardi A, Nalubola R. **Complementary food supplements to achieve micronutrient adequacy for infants and young children.** J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003; 36: 31628.

Krebs NF. **Food choices to meet nutritional needs of breastfed infants and toddlers on mixed diets.** J Nutr 2007; 137: 511S517S.

Brasil, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos de idade**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

Monte CM, Giugliani ER. **Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno**. J Pediatr (Rio J) 2004; 80 (5 supl): S13141.

American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition Handbook. USA: AAP, 5.ed, 2004. 1178 p.

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. Brasília, Editora: Do Ministério da Saúde, 2009

BOCCOLINI, C. S; CARVALHO, M. L; OLIVEIRA, M. I C; VASCONCELOS, A. G. G. **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**. Revista de Saúde Pública, 2011; 45(1): 69-78

FUJIMORI, M. **Aleitamento materno: saberes e práticas na atenção básica à saúde em dois municípios do sudeste Mato Grossense**. São Paulo: 2012.

OLIVEIRA, M. I. C., CAMACHO, L. A. B. **Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo.** Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol 5, n. 1. São Paulo: Abril, 2002.

VENANCIO, S.J. et al. **A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Situação atual e avanços.** Rio de Janeiro: Jornal de pediatria, vol. 86, n. 04, p. 317-330, julho/agosto, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO – **Duration of exclusive breast feeding: conclusion of expert consultation.** Geneva: WHO, 2002.

IBFAN Brasil, Monitoramento 2004

NEIFERT MR. **clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success.** *Clin perinatol* 1999; 26: 35-8

ANDERSON GC ET AL. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.** *Cochrane databases Syst Rev* 2003. CD 003519.