

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

KELLY VIEIRA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO MÉDICO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ORIENTAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA**

Belo Horizonte / MG
2017

KELLY VIEIRA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO MÉDICO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ORIENTAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA**

Projeto de 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: Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Belo Horizonte / MG
2017

KELLY VIEIRA DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO MÉDICO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
ORIENTAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA**

Banca examinadora

Examinador 1: _____

Prof. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Examinador 2: _____

Prof. Gabriela de Cássia Ribeiro

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2017

RESUMO

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, mãe e família, tornando-se uma ferramenta das mais úteis e de baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. Assim, elaborou-se este projeto buscando identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em mães cadastradas na Unidade de Saúde da Família São Dimas e as dificuldades maternas durante este período tão importante. Neste enfoque, o estudo também permitiu identificar ações, orientações e condutas mais adequadas para que o número de lactentes em aleitamento materno se torne cada vez mais frequente em todas as classes sociais. Concluiu-se que este plano de intervenção possa contribuir para aumentar o número de crianças em amamentação exclusiva na unidade de saúde, bem como reduzir as práticas que levam à introdução precoce de outros alimentos.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Exclusivo. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Breastfeeding has been shown to be an important action to promote health and to prevent a series of problems for the child, mother and family, making it a useful and low-cost tool that can be used for the healthy growth and development of children. Thus, this project was designed to identify the prevalence of exclusive breastfeeding in mothers enrolled in the São Dimas Family Health Unit and maternal difficulties during this important period. In this approach, the study also allowed to identify actions, orientations and behaviors more appropriate for the number of breastfeeding infants to become increasingly frequent in all social classes. It was concluded that this intervention plan could contribute to increase the number of children in exclusive breastfeeding in the health unit, as well as reduce the practices that lead to the early introduction of other foods.

Key words: Breastfeeding. Exclusive. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é, ao longo da história, abordada por distintos autores e grupos sociais. O peso ao nascer e a amamentação são dois fatores que influenciam diretamente o crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros meses de vida (BITTENCOURT, 2009).

O aleitamento materno é um ato significativo na sobrevivência infantil (CALDEIRA, 2011).

Uma pesquisa realizada por FUCHS e VICTORA (2008) demonstrou que crianças precocemente desmamadas apresentaram um risco relativo de morte vinte vezes maior, tendo como causas: a diarreia, a desnutrição, as infecções respiratórias, desordens do sistema imune e demais doenças infecciosas. Sendo assim, é possível afirmar que o aleitamento materno é uma estratégia simples e efetiva para a redução da mortalidade e morbidade infantil, tendo evidências epidemiológicas dos benefícios do leite materno (BITTENCOURT, 2009).

Ainda, de acordo com BITTENCOURT (2009), a adesão à amamentação exclusiva até o sexto mês de vida confere um efeito protetor contra mortes de crianças que vivem em países e regiões mais pobres.

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade é aconselhado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), além disso, essas organizações preconizam que a criança receba leite materno até os 2 anos de idade ou mais. SILVA (2006) afirma que as práticas adequadas de alimentação de uma criança são imprescindíveis a sua sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e nutrição.

Portanto, faz-se necessária uma investigação sobre a prevalência de AM no município de Conselheiro Lafaiete, para nortear as ações de promoção de saúde em aleitamento materno no município, em especial a ESF São Dimas, foco deste trabalho.

Como optante da implementação da Estratégia de Saúde da Família e desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde, Conselheiro Lafaiete, município de Minas Gerais, é uma das sedes dos polos da Universidade Aberta do Brasil. Sua população estimada em 2015 era de 130.019 habitantes. Possui uma rede de serviço de saúde que atende a 20 municípios da região, conta com 20 ambulatórios espalhados pelos bairros e localidades, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quatro hospitais e duas maternidades nos hospitais.

Na comunidade São Dimas, território de responsabilidade da equipe da qual a autora faz parte, a faixa etária mais populosa é a de indivíduos com idade entre 20 e 55 anos,

primeiro grau completo de escolaridade, renda média entre dois a três salários mínimos, com profissões variando entre professores, comerciantes, balconistas, empregadas domésticas e outros. As causas mais comuns de morbidade são hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e alcoolismo, com óbitos decorrentes das doenças relacionadas.

A equipe de Saúde São Dimas foi implantada há cerca de 5 anos e atualmente atende a uma população cadastrada de 3396 pessoas, 1053 famílias, 502 hipertensos, 168 diabéticos, 21 gestantes, 133 crianças menores de dois anos (e-SUS, 2016). Diante da complexidade da Atenção Primária à Saúde, em que a equipe está inserida, fez-se necessária a busca por aprimoramento científico, capacitação técnica, resolutividade, conhecimento do processo de trabalho, melhora na qualidade da assistência prestada à clientela, por meio de um curso capaz de suprir de forma holística as deficiências e dificuldade/problemas encontrados pelos profissionais inseridos na equipe.

Esse processo será tão mais importante quanto mais integrado à vivência profissional, aos problemas do território e da população adscrita, à organização do sistema de saúde e suas relações com equipamentos sociais, e ao processo de trabalho dos profissionais, seus instrumentos de atuação, seus protocolos e interações na equipe de trabalho. É o que se conceitua como Educação Permanente em Saúde. Assim ocorreu a integração da autora no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Em um momento inicial do curso, como parte das atividades propostas, realizou-se um levantamento do perfil do território e comunidade, bem como entrevista a pessoas chaves, indagando-os sobre quais eram os problemas de maior ocorrência na área de abrangência. Embora fossem relatados problemas socioambientais como drogas e álcool, furtos e assaltos, violência, falta de segurança e policiamento, acúmulo de lixo nos lotes, problemas diretamente ligadas à atenção à saúde também foram registrados.

No decorrer do curso, com a introdução dos módulos temáticos e levantamento de dados sobre as crianças da área, evidenciou-se, como um dos problemas prioritário, a dificuldade dos profissionais da equipe em conseguir manter o AME até o sexto mês de vida dessas crianças, bem como a necessidade de proceder a uma pesquisa sobre o tema, difundir o conhecimento das interfaces do aleitamento materno (AM), uniformizar as informações e ações, assegurando ao binômio mãe/filho o apoio necessário nas suas dificuldades, para melhor aproveitar o potencial existente nas atuais unidades de saúde e assim contribuir para o aumento da prevalência do AME com ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Diagnóstico Situacional

A comunidade São Dimas abrange 01 bairro. Possui 52 ruas, 2 avenidas, 01 praça. Sua comunidade apresenta serviços básicos e essenciais como: escolas, clínicas e laboratórios, igrejas, posto de gasolina, campo de futebol, supermercado, padarias, açougues, farmácias, oficinas mecânicas entre outros.

As ruas são asfaltadas e calçadas, quase todas as casas com rede de esgoto e maior parte com água tratada. Possui maior parte das casas de tijolos e com estrutura ampla. A faixa etária mais populosa é de indivíduos de idade entre 20 e 55 anos com o 1º grau completo de escolaridade e renda média entre dois a três salários mínimos com profissões variando entre professores, comerciantes, balconistas, empregadas domésticas e outros, porém, com um número maior de profissionais de nível superior em relação a outros bairros.

Adoecem-se mais de hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, depressão e alcoolismo com óbitos decorrentes das doenças relacionadas. A Equipe de Saúde São Dimas foi inaugurada há cerca de 3 anos como espaço de referência e está situada no Bairro São Dimas, que não faz parte de sua área de abrangência; localiza-se na mesma estrutura física que o Centro de Referência de Saúde (CRS) - Atenção Secundária, sede própria da prefeitura, construída especificamente para o funcionamento de um centro de saúde. A Unidade é bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada por ter que ser dividida em duas unidades, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

Possui 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem com banheiro, uma sala de curativo, uma sala de procedimento, um banheiro social com uma pequena sala para as ACS(s); a sala de esterilização e lavanderia é para uso das duas unidades. Atualmente atende uma demanda de 3396 pessoas, 1053 famílias cadastradas, 502 hipertensos, 168 diabéticos, 21 gestantes e 133 crianças menores de dois anos. A equipe de SF São Dimas funciona de segunda à sexta-feira de 07h às 17h.

As escalas de folgas e férias são realizadas de forma a não comprometer o desempenho da equipe. As atividades são desenvolvidas por meio de agendamento diário, demanda livre e visitas domiciliares através de Puericultura, Pré-Natal, Puerpério, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e outras, com os programas do MS como Sulfato Ferroso, Bolsa

Família, HIPERDIA, etc. A falta de uma sede própria interfere no atendimento devido à dificuldade da população entender a diferença na filosofia da equipe SF com o Centro regional de Saúde (CRS). Há falta de alguns materiais permanentes e atraso na entrega dos de consumo. Encontram-se dificuldades para o encaminhamento dos usuários para os demais níveis assistenciais. A contra referência também deixa muito a desejar, mesmo com o início das reuniões do Plano Diretor para uma articulação melhor entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária. Existem, também, dificuldades com a assistência farmacêutica e apoio diagnóstico.

Na comunidade, os principais problemas de saúde são decorrentes de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, doenças cardiovasculares (infarto, AVC, etc.), depressão e alcoolismo /drogas fortemente verificado nos indivíduos de renda baixa e média, onde as condições sociais de vida são precárias como habitações inadequadas, geralmente pequena, domicílio descuidado com acúmulo de sujeira e entulhos.

Agem juntamente às questões psicossociais mostrando estes determinantes na saúde/doença da comunidade. Vale ressaltar também que uma grande parte da população de renda média a alta vem apresentando aumento nas doenças crônicas, como descrito, e o fato pode ser relacionado a determinantes psicossociais próprios como costumes, autonomia, inércia às mudanças, resistência, uma vez que são pessoas com moradia dignas, possuem acesso à educação, alimentação, instruções, medicações e completam a assistência do SUS com planos particulares.

O estudo, desenvolvido em um módulo da Estratégia Saúde da Família do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, surgiu a partir de observações e reflexões ao fazer assistência à criança e nutrizes onde, por diversos momentos, pode-se verificar que muitas dessas mulheres não amamentavam seus filhos de forma exclusiva. Fez-se a coleta dos dados diretamente das mães levando-se em consideração também a observação do seu contexto social e análise sistemática da realidade.

Quadro 1 – Informações sobre a população infantil da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família São Dimas.

Crianças menores de 12 meses	16
Crianças entre 12 e 24 meses	42
Crianças entre dois e cinco anos	50
Crianças acompanhadas regularmente pela equipe	108

Crianças prematuras e baixo peso ao nascer	02
Mães adolescentes	02
Mães analfabetas	01
Mães de baixa escolaridade	02
Crianças desnutridas	0
Crianças obesas	02
Índices de aleitamento materno	Baixo
Crianças menores de 06 meses exclusivamente ao seio	08
Crianças menores de 02 anos ainda amamentadas	05
Crianças com vacinação em dia	108
Crianças internadas no último mês	0
Crianças que frequentam creches	70

Buscou-se identificar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em mães cadastradas na Unidade de Saúde da Família selecionada e as dificuldades maternas durante este período tão importante. Neste enfoque, o estudo também permitiu identificar ações, orientações e condutas mais adequadas para que o número de lactentes em aleitamento materno se torne cada vez mais frequente em todas as classes sociais.

Diante desse cenário, faz-se necessária a investigação analítica dos problemas na prática da promoção, apoio e proteção do AM no município de Conselheiro Lafaiete, no estado de Minas Gerais e a partir da identificação dos problemas, criar estratégias de solução junto à comunidade local.

2 JUSTIFICATIVA

Os profissionais de saúde devem priorizar as ações preventivas no que se refere ao desmame precoce, como, reforçar orientações, prevenindo e ajudando possíveis dificuldades enfrentadas pela puérpera, buscando contribuir com seu conhecimento para o fortalecimento desse ato e a solução dos problemas. Neste sentido, o incentivo ao aleitamento materno se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica (CALDEIRA, 2007).

Devido à grande prevalência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e ao fato da educação em saúde ser fundamental no acompanhamento dessas mães e crianças, justifica-se este estudo, com o intuito de esclarecer qual a atuação do médico da ESF, visto ser um dos membros da equipe de saúde que tem contato com a mãe em todas as fases que precedem a maternidade, bem como o período pós-parto.

Conselheiro Lafaiete é uma cidade com aproximadamente 134.000 habitantes que apresenta-se como polo de cidades do interior e funciona como macrorregião de 26 cidades. Possui um hospital voltado para emergências de ordem cirúrgica e ortopédica, Hospital Maternidade, onde a priori são orientadas transferências que necessitam de um serviço de maior complexidade. Possui um hospital referência para pediatria, Hospital São Vicente, voltado para internações de idosos, Hospital São Camilo, um hospital voltado para gestantes, Hospital Queluz e uma unidade de pronto atendimento que serve como baliza para acessar esses hospitais, que se chama Policlínica de Conselheiro Lafaiete (IBGE, 2015). Possui uma rede de serviço de saúde que atende a 20 municípios da região, conta com 20 ambulatórios espalhados pelos bairros e localidades.

Apesar de possuímos, no Brasil, políticas públicas para o AM, observa-se na prática assistencial uma realidade diferente: as gestantes chegam à assistência hospitalar com uma orientação insuficiente sobre o AM e, ao receberem alta hospitalar, não possuem um serviço de referência para o acompanhamento, orientação e suporte pós-natal do AM, tendo como consequência o desmame precoce e a introdução de outros alimentos não recomendados para idade do lactente (como amido de milho, farinha de arroz, café, dentre outros). Pode-se inferir que as ESF não estão desenvolvendo as ações de promoção, proteção e apoio ao AM, conforme estabelecido pela Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para a atuação do médico da ESF frente à orientação da prática da amamentação exclusiva.

4 METODOLOGIA

Para este estudo, optou-se em elaborar um plano de intervenção que consiste numa ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos e de tempo.

O estudo foi realizado na Estratégia Saúde da Família São Dimas, durante o desenvolvimento da disciplina do módulo Planejamento e avaliações das ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Esse módulo foi a base teórica para confecção diagnóstico situacional da unidade.

Para confecção do diagnóstico situacional utilizou dados epidemiológicos, informantes chaves, observação ativa por parte da equipe, dados produzidos pela própria equipe, pesquisa de compõem dados do E-SUS.

Após realização do diagnóstico situacional, reuniões e visitas domiciliares definiram os principais problemas para análise e construção de um plano de ação, sendo priorizado o desmame precoce. Definiram-se os seguintes nós críticos: falta de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal, instabilidade emocional, insegurança e despreparo das mães no cuidado ao recém-nascido ocorrido no puerpério. Para contextualizar a temática do aleitamento materno e desmame precoce realizou-se uma breve revisão de literatura sendo utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde usando descritores como aleitamento materno e desmame precoce, além de ter realizado leitura dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais que também tratam da temática

Como forma de análise, serão propostos os seguintes itens: benefícios da amamentação exclusiva para mãe e filho; dificuldades da mãe no processo da amamentação; a influência dos mitos existentes na cultura, na prática do aleitamento materno exclusivo; e, qual a atuação do médico ESF no incentivo a prática da amamentação exclusiva frente a essa problemática.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O aleitamento materno como ação importante na estratégia de Saúde da Família

A Saúde da Família é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde como prioritário para a estruturação da Atenção Primária à Saúde e constitui uma importante estratégia para a reversão do modelo assistencial e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Quando bem estruturada, a atenção básica pode ser resolutive para 80% ou mais dos motivos da procura aos serviços. Funciona ainda, ao lado das estruturas responsáveis pelo atendimento a urgências e emergências, como principal porta de entrada no sistema segundo Guia, (2008, p.8).

A reforma da atenção básica tem como base principal, iniciada há mais de 15 anos, o Programa de Saúde da Família – PSF. Esse programa consiste, basicamente, na estruturação de equipes financiadas com recursos do Ministério da Saúde, estados e municípios para atender um conjunto definido de famílias. Inicialmente, foi implementado com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, de acordo com o Guia (2008, p.09). Nos últimos anos, integra-se ao PSF a Equipe de Saúde Bucal. Têm sido também estimuladas outras inclusões, com profissionais especialistas e equipes que atuam de forma complementar às equipes de Saúde da Família, como equipes de Saúde Mental e equipes de Reabilitação. O Programa de Saúde da Família, pelo nível de consolidação alcançado e pelas projeções temporais e territoriais, passa a ser, no plano nacional, mais que um programa, ou seja, é uma Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, o desenvolvimento de um curso de especialização a distância é uma alternativa estratégica de contribuição para a consolidação do SUS.

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, mãe e família, tornando-se uma ferramenta das mais úteis e de baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças (ALVES et al., 2005).

A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar através do estrogênio e, principalmente, da progesterona. A prolactina é liberada com o nascimento do bebê e, após a expulsão da placenta, estimula o reflexo da produção do leite, o que ocorre em todas as puérperas (ALVES e MOULIN, 2008). O bebê ao sugar a mama, estimula as terminações nervosas do mamilo e libera a ocitocina, hormônio responsável pelo reflexo de ejeção do leite, basicamente somatopsíquico, portanto fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo.

A OMS (2008), o MS (2008), por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (ALVES e MOULIN, 2008), dentre outros, preconizam o uso de leite materno exclusivo até o sexto mês de idade das crianças por saber que o leite humano, neste período, supre todas as necessidades nutricionais da criança e que só a partir desse período está indicada a introdução de alimentos complementares, devendo-se promover a manutenção da amamentação até dois anos ou mais.

A OMS (1991) recomenda utilizar as seguintes nomenclaturas ao analisar os indicadores de AM da área de abrangência da equipe de saúde para implantar ações de promoção e incentivo, segundo OMS (1991: 97):

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: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.

Ao iniciar o AM, Alves e Moulin (2008) recomendam que seja essencial o regime de livre demanda, imediatamente após o parto, sem horários prefixados, estando a mãe em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. É necessário alternância dos seios para um melhor esvaziamento e estímulo à produção de leite. A livre demanda representa cerca de oito mamadas nas 24 horas e o tempo de sucção em cada mamada não deve ser estabelecido; devem-se respeitar as características do bebê e estimular o esvaziamento da mama, pois o leite do final da mamada – leite posterior – contém mais calorias e sacia a criança.

O uso da técnica correta de amamentar desde o nascimento é a ação preventiva mais importante. Diferente do que ocorre com os demais mamíferos, a amamentação da espécie humana não é um ato puramente instintivo. Mães e bebês precisam aprender a amamentar e ser amamentados e encorajadas (UNICEF, 2009), um aprendizado que antes era facilitado pelas mulheres mais experientes da família extensiva, hoje depende em grande parte dos profissionais de saúde (ALVES e MOULIN, 2008).

A posição deve ser confortável para a mãe, observando que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê (ALVES et al., 2005).

Antes de dar o peito, para facilitar a saída do leite, deve-se esvaziar a aréola para amolecer o bico. Tocar os lábios da criança no bico do peito e esperar que a boca abra

completamente e então mover rapidamente a criança em direção à mama, conforme descrevem Alves e Moulin (2008). A mãe deve segurar a criança com a cabeça e o corpo alinhados em direção ao seu peito, com o nariz da criança em frente ao bico do seio e o corpo da criança perto do corpo dela (estômago do bebê/barriga da mãe), sustentando todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro. Na pega, o queixo da criança deve tocar o seio, a boca deve estar bem aberta, lábio inferior deve estar voltado para fora, deve haver mais aréola visível acima da boca que abaixo e a criança deve estar sugando bem, com movimentos lentos, profundos e com pausas ocasionais. Para uma análise criteriosa da mamada a OMS desenvolveu o Formulário de Observação da Mamada para ser utilizado especificamente nos serviços de saúde, corrigindo os erros encontrados.

Coelho e Porto (2009: 56) relatam que

a garantia de uma amamentação tranquila começa no pré-natal, com a orientação sobre os benefícios do aleitamento e os cuidados com as mamas, a partir do uso adequado de sutiãs, aeração das mamas, banhos de sol e hidratação da pele. É importante informar à gestante sobre as vantagens do colostro para o recém-nascido e sobre a descida do leite que ocorre entre o primeiro e o quinto dia de puerpério. Caso o ingurgitamento mamário seja acentuado, oriente para o uso de bolsa de gelo e analgésicos. Se necessário, realizar esvaziamento mamário sob orientação.

De acordo com Alves et al. (2005), Alves e Moulin (2008) e Javorski et al. (1999) os efeitos positivos do aleitamento materno proporcionam:

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreias e infecções respiratórias;
- Redução do número de internações hospitalares;
- Redução de manifestações alérgicas. Os fatores imunológicos que definem a grande distinção espécie-específica do leite humano (LH) regulam a atividade protetora e imunomoduladora;
- Redução da incidência de doenças crônicas, como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doenças auto-imunes e linfoma;
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação;

Proteção à nutriz contra câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na nutriz que se mantém amenorréica;

- Promoção do vínculo afetivo mãe e filho;
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fono-articulatórios;

- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população;
- Benefício para a sociedade como um todo, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de falta dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social;

O leite materno contém ácidos graxos essenciais para o crescimento dos tecidos do cérebro, olhos e vasos sanguíneos, que não são encontrados em outros leites. O leite de vaca contém excesso de ácidos graxos saturados que em longo prazo constitui fator de risco para doenças crônico-degenerativas e obesidade. Portanto não existe leite materno fraco, a cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco (BRASIL 2008).

As dificuldades na amamentação mais frequentemente descritas são ingurgitamento mamário e apojadura dolorosa, escoriações e fissuras, mastites, choro da criança, uso de bicos e chupetas, uso de medicações e drogas, conforme descritos por Alves et al. (2005), dentre outros. Essas dificuldades devem ser informadas e discutidas com a lactante, porque quase sempre são omitidas e há um enfoque com visão romantizada do ato de amamentar (JAVORSKI et. al., 1999). Mas é sempre possível incentivar o AM, contornando possíveis problemas e situações transitórias e estimulando a relactação (GOULART e VIANA, 2008).

Susin et al. (2005) realizou um estudo em Porto Alegre/RS verificando a influência das avós na prática do AM constatando que a interrupção do AME no primeiro mês se deu porque avós maternas e paternas aconselhavam o uso de água ou chás e a interrupção nos primeiros seis meses se deu por aconselharem uso de outro leite, entre outras questões. O contato não diário com as avós maternas foi fator de proteção para a manutenção da amamentação aos seis meses. Portanto as avós podem influenciar negativamente na amamentação, tanto na duração quanto na sua exclusividade. Estas informações podem ser úteis no planejamento das ações relacionadas ao AM.

As mulheres quando ganhavam seus bebês, muitas até em seu próprio lar, tinham um acolhimento intra e Peri domiciliar, em relação ao AM. Eram cuidadas e orientadas pelas parteiras, amas-de-leite ou familiar mais antiga com grande vivência e experiência no assunto.

O contexto, em que estavam inseridas, era de famílias numerosas, proximidade, muitas ainda não tinham descoberto o trabalho fora de casa e possuíam total disponibilidade para realizar essa função.

Com o passar dos anos, e com a revolução industrial a maioria das pessoas estavam residindo em zona urbana. As famílias estavam sofrendo uma mudança em sua estrutura e tornando-se menos numerosas.

Ao conquistar trabalhando fora do lar, para a mulher, custou-lhe escassez de tempo e de alguém para cumprir esse papel. Fatores que contribuíram para que a mulher, ao ganhar seu bebê, tivesse que buscar ajuda de um profissional de saúde para lhe ensinar sobre o AM e o que é cientificamente recomendado. Por isso, e mais, o aleitamento materno é uma questão de “saúde da família” e não da mulher.

5.2 Políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Alves et al., 2005) recomenda que ações sistematizadas de incentivo ao aleitamento materno devem estar incorporadas às atividades de rotina das Unidades Básicas de Saúde e maternidades abrangendo o pré-natal, parto e o primeiro ano de vida da criança. No pré-natal deve-se sensibilizar e incentivar o desejo de amamentar na gestante; orientar como preparar a mama e a técnica de amamentação; informar sobre os benefícios e vantagens da amamentação (BRASIL, 2005), as leis de proteção à nutriz, esclarecer dúvidas e preconceitos; orientar sobre o uso de medicações e drogas durante a gestação e lactação. No parto e puerpério deve-se:

- Estimular alojamento conjunto; parto natural; início precoce da sucção ainda na sala de parto;
- Avaliar a técnica correta de amamentação; estimular livre demanda;
- Incentivar a participação do pai no processo permitindo-o como acompanhante e estimular ambiente familiar propício para a amamentação.

No primeiro ano de vida, o primeiro contato do recém-nascido com a equipe de saúde é através de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS), logo após a alta da maternidade. O objetivo é verificar a condição de saúde da mãe e do bebê, a amamentação e orientar a ida à unidade de saúde no quinto dia para as ações recomendadas como teste de triagem neonatal. A primeira visita do binômio mãe e filho a UBS, para as ações da Primeira Semana Saúde Integral, é um momento propício para avaliar e orientar a técnica da amamentação e possíveis dificuldades, agendar uma consulta com enfermeiro para quando a criança estiver com 15 dias de vida, além de recomendar a volta em qualquer oportunidade se ocorrer dúvidas ou dificuldades na amamentação, além de orientar sobre as leis de proteção à nutriz.

Nos últimos anos têm acontecido várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e com outros alimentos até dois anos de idade ou mais, segundo

Alves e Moulin (2008) e (Alves et al., 2005), com investimento nos profissionais de saúde e veiculação de informações ao público por diferentes meios de comunicação. Porém os índices de aleitamento ainda estão aquém do desejado. Sendo assim, para a saúde pública, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o grande número de mortes infantis por causas evitáveis.

A OMS, citada pela UNICEF (2009b), estabelece os Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Acreditamos que os programas recomendados são importantes, mas não garantem o sucesso do aleitamento materno se não se trabalhar postura e a capacitação técnica dos profissionais, bem como se não se contemplarem nas práticas assistenciais, as determinações socioculturais e a perspectiva da mulher, mãe e nutriz, que está vivenciando esse processo (JAVORSKI et al., 1999 p.05).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi baseada na análise dos dados levantados nos registros da Secretaria Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete-MG e na literatura consultada sobre a importância do AME para a lactente e o lactante, contribuindo para que os conhecimentos sejam disseminados entre as gestantes e puérperas, para um alcance de uma maior adesão ao AME.

Após a identificação de que o nível de adesão ao AME na ESF São Dimas é baixa e que as ações atuais não vêm sendo eficazes tanto na cobertura como na orientação em relação à importância do aleitamento materno, propõe-se a realização de uma reunião com os coordenadores das equipes de saúde da família lotadas no Centro Regional de Saúde Vista Alegre para discussão e adesão ao projeto de intervenção que objetiva maximizar a cobertura do aleitamento materno exclusivo das mães residentes na área de abrangência do Centro de Saúde.

Os principais problemas foram:

- Baixa cobertura do AME;
- A baixa cobertura do pré-natal das Gestantes ao pré-natal,
- A baixa cobertura das ações de puericultura para o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Para ajudar a sanar estes problemas apresenta-se o quadro de ações e metas que visam propiciar uma maior orientação acerca do problema e conseqüentemente promovendo uma orientação para o estabelecimento das ações estratégicas com o objetivo de mudar a realidade atual.

Quadro 2 – Operações sobre o “Nó crítico: falta de conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno” relacionado ao problema “alto índice do desmame precoce” da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Dimas, em Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno
Operação	Estabelecer práticas para orientação sobre a importância do aleitamento materno para mães e filhos
Projeto	Bebê sadio mama no peito
Resultados esperados	Ampliar o conhecimento das mães sobre a importância do aleitamento materno Aumentar o número de mães que amamentam seus filhos
Produtos esperados	Grupos Operativos
Atores sociais / responsabilidades	Médico e enfermeiro: coordenar grupos operativos Técnicos de enfermagem: pesagem e aferição da pressão das gestantes ACS: busca ativa e convite às gestantes e puérperas Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): participar dos grupos
Recursos necessários	Estrutural: Sala ampla para realizar grupos operativos Cognitivo: conhecimento da equipe sobre aleitamento materno Financeiro: verba liberada pela prefeitura para compra de material necessário para desenvolvimento do trabalho com os grupos.
Recursos críticos	Estrutural: Sala ampla para realizar grupos operativos Financeiro: verba liberada pela prefeitura para compra de material necessário para desenvolvimento do trabalho com os grupos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: secretário de saúde Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto para secretário de saúde, e sensibilizá-lo a adquirir material e espaço físico necessários.
Responsáveis	Médico da ESF, Enfermeiras da ESF
Cronograma / Prazo	Cada atividade de grupo deverá ser realizada semanalmente, em dois períodos: matutino e vespertino, com duração máxima de 2 horas. Terá início no prazo de 30 dias após a aquisição dos recursos solicitados.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A intervenção será acompanhada pelos profissionais envolvidos e avaliada mensalmente, em reuniões onde verificará: número de participantes em cada encontro, número de consultas de crianças na faixa etária de 0 a 6 meses. Avaliação dos participantes sobre encontros e impacto dos aspectos trabalhados no grupo na prática de amamentação.

Quadro 3: Operação sobre o nó crítico “Ausência de grupo de gestante na unidade”, da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Dimas, em Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Não existe grupo de gestantes na unidade
Operação	Implantação e incentivo participação do grupo de gestantes
Projeto	“Peito amigo”
Resultados esperados	Maior participação no grupo de gestantes
Produtos esperados	Melhoria nas consultas de pré-natal e de puericultura
Atores sociais / responsabilidades	Médica e Enfermeira: palestras no grupo de gestantes; ACS: convocar as gestantes para participar dos encontros
Recursos necessários	Estrutural: o grupo será reunido na própria unidade de saúde. Cognitivo: serão utilizados vídeos, panfletos, cartazes, peças teatrais. Financeiro: os gastos serão de responsabilidade da secretaria municipal de saúde. Político: Não há participação.
Recursos críticos	Financeiro: disponibilidade financeira para aquisição de cartazes e panfletos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira da unidade de saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Favorável: Ajuda da Secretaria Municipal de Saúde para realização do grupo de gestantes
Responsáveis	Projeto: Médico e Enfermeiro. Confecção de panfletos e cartazes: Enfermeiro e ACS. Público alvo: Gestantes. Palestras: Médico e Enfermeiro. Apoio: Secretaria Municipal de Saúde. O encontro será realizado mensalmente, na sala de espera da unidade
Cronograma / Prazo	Janeiro a Dezembro de 2017. Reunião mensal.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O projeto de intervenção será avaliado sistematicamente quanto ao cumprimento das atividades planejadas mensalmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo-se que o desmame precoce destaca-se entre os principais problemas encontrados na unidade de saúde, e que a falta de conhecimento das nutrizes, aliada à falta de um grupo de gestantes, interfere em uma prática de amamentação exclusiva bem sucedida, a equipe propôs como estratégia de intervenção os projetos “Bebê sadio mama no peito” e “Peito Amigo”, ambos complementares e com a finalidade de incentivar e sensibilizar gestantes, nutrizes e cuidadores sobre a importância do aleitamento materno exclusivo para o crescimento e desenvolvimento da criança, orientar sobre as consequências do desmame precoce, as técnicas de amamentação, despertar nas mulheres da comunidade o interesse pela prática do aleitamento materno, programar ações de vigilância sobre as mães que estão em risco de desmame precoce, além de contribuir para uma melhor qualidade nas consultas de pré-natal e puericultura.

Mesmo com o avanço nos programas de incentivo à amamentação, ainda são necessárias políticas mais atuantes e melhores coordenadas de apoio ao aleitamento materno, necessitando de um acompanhamento desde o pré-natal ao puerpério, tendo o profissional de saúde papel fundamental para o fortalecimento desta prática, principalmente atuando na desconstrução de determinados conceitos culturais que tentam justificar o abandono da amamentação, como considerar que o leite secou ou que é fraco.

Desta forma, acredita-se que este plano de intervenção possa contribuir para aumentar o número de crianças em amamentação exclusiva na unidade de saúde, bem como reduzir as práticas que levam à introdução precoce de outros alimentos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. et al. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, no. 6, 2008.
- ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da Criança e do Adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: MS, 152p. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O papel especial dos serviços materno-infantis**. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo nas diferentes regiões do Brasil**. Brasília; 2009.
- CALDEIRA, Antônio Prates; et al. Conhecimentos e práticas de promoção ao aleitamento materno em equipes de Saúde da família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.
- COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- FUCHS, S.; VICTORIA, C. G.; FACHEL, J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, 2008.
- GUIA DO TUTOR: **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Cátedra da Unesco de Educação a Distância FAE/UFMG; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM/UFMG**. – Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- JAVORSKI, M.; SCOCHI, C.G.S.; LIMA, R.A.G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 1-2, p. 30-36, 1999.
- OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2002.
- PARADA, C. M. G. P. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família – PSF. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, mai./jun. 2005.
- REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, 2003.

SILVA, A. P. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, v. 18,nº 3, p. 301-310, 2011.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C.. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005.

UNICEF. Situação da Infância Brasileira 2008. **Caderno Brasil**. Brasília (DF), 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.htm>. Acesso em 27 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1991