

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Arienne Bezerra da Silva

**ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA N 55**

MANAUS

2018

Arienne Bezerra da Silva

**ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA N 55**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS (Unasus).

Orientadores: Prof MSc Thiago de Souza Moreira e Prof MSc Fabio Franchi Quagliato.

MANAUS

2018

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 3 |
| 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 5 |
| 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS..... | 10 |
| 4. ATIVIDADE NO DOMICÍLIO..... | 13 |
| 5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS..... | 18 |
| REFERÊNCIAS..... | 21 |
| ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO | 25 |

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Arienne Bezerra da Silva, sou médica desde 2016, formada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Durante minha formação acadêmica, fui estagiária por um ano do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e monitora das disciplinas de Ortopedia e Traumatologia e de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.

Trabalhei por um mês em uma Unidade Básica de Saúde no município de Autazes (interior do Amazonas), antes de desempenhar minhas funções pelo Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), na Unidade Básica de Saúde da Família N55 (UBSF N55), localizada em Manaus/AM.

Com base em dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a capital amazonense possui área de 11.401,92 Km², densidade demográfica de 158,06 hab/Km² e índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,737.

Nos últimos trinta anos, a cidade apresentou o maior crescimento dentre as capitais do complexo regional da Amazônia. Suas principais atividades econômicas são: comércio (*shoppings centers*, feiras e mercados), indústrias (incentivo da Zona Franca de Manaus, modelo dotado de vantagens fiscais para fixação de fábricas, com destaque das montadoras do setor eletroeletrônico) e agropecuária (cultivo de laranja/banana, criação de bovinos e caprinos, principalmente em loteamentos próximos às rodovias).

Sob essa dinâmica de expansão urbana e crescimento demográfico, realizei minhas atividades como médica na UBSF N55, localizada no bairro Nova Cidade, especificamente no Conjunto Parque dos Buritis. O território adstrito possui sete microáreas, contendo casas providas de saneamento básico e energia elétrica, porém em diferentes padrões (alvenaria, madeira ou mistas). A falta de planejamento e manutenção desse espaço urbano favoreceu calçadas em mau estado e até mesmo inexistentes em alguns trechos; as condições de asfaltamento também são precárias.

A área não apresenta locais organizados para atividades físicas e de lazer. Os moradores costumam se reunir em terrenos livres e em campos de areia para jogar futebol, vôlei e brincar com as crianças. As estruturas comunitárias são: a

igreja católica – colaborativa com as ações de educação em saúde para a comunidade, cedendo seu espaço para atividades coletivas; a Escola Estadual Ayrton Senna – que, apesar de estar fora da área de abrangência, recebe boa parte das crianças do território, sendo o local de intervenção da equipe durante o Programa Saúde na Escola (PSE); e a feira próxima à Unidade de Saúde.

Uma característica local que vem crescendo ao longo dos anos são os assentamentos irregulares nos arredores da área adscrita, o que aumenta a urbanização desordenada e a quantidade de famílias que buscam atendimento na unidade básica de saúde. Esses agrupamentos de moradias improvisadas se tornam focos de proliferação para vetores de arboviroses devido ao acúmulo de lixo e a falta de saneamento básico. O serviço de energia elétrica também não é oferecido para os assentamentos, agravando a falta de segurança da localidade, tanto que assaltos e venda de entorpecentes são frequentemente relatados pelos comunitários.

Atualmente, estão cadastradas 757 famílias, totalizando 2.888 moradores a serem assistidos. Um número de 183 famílias é considerado em situação de vulnerabilidade social, recebendo, portanto, o auxílio financeiro do Programa Bolsa Família.

Há uma grande demanda de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, mulheres em idade fértil que desejam participar do planejamento familiar e gestantes (parcela significativa de mulheres no pré-natal não pertence ao território). A quantidade de crianças cadastradas, menores de dois anos, é de aproximadamente 3% e de mulheres em idade fértil é de 33% do total de moradores.

A equipe da UBSF N55 apresenta esforços contínuos para oferecer atendimento integral à população, o que inclui um pré-natal de qualidade, com exames, vacinação em tempo hábil e orientações sobre cuidados gerais.

Após analisar os frequentes casos de desmame precoce, uso de mamadeiras e chupetas e introdução precoce de alimentos sólidos, houve a decisão de realizar um projeto de intervenção que orientasse, desde o pré-natal, sobre a importância do aleitamento materno e como as mulheres e suas famílias poderiam se preparar para esse momento. O projeto de intervenção completo encontra-se nos Anexos do trabalho.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

2.1. Primeira consulta

2.1.1. Subjetivo

A.E.R.S. (sexo feminino, 5 dias de vida, sob aleitamento materno exclusivo) comparece à UBSF aos cuidados da mãe e da avó materna. O objetivo da consulta é a avaliação integral da primeira semana de vida, cuja importância foi orientada à mãe desde o pré-natal (realizado em nossa UBSF, com nove consultas; durante esta assistência, houve quadro de infecção do trato urinário no segundo trimestre, devidamente tratado com cefalexina 500 mg de 6/6 horas por 7 dias).

Atualmente, a criança reside com a mãe (adolescente de 15 anos), o pai (17 anos) e a avó materna (49 anos), em casa de alvenaria, bem arejada, com água encanada e energia elétrica.

A mãe se queixa de “irritabilidade e pele amarelada” na criança, que, ainda assim, mama bem, mantém funções fisiológicas e não apresentou febre.

2.1.2. Objetivo

Nascida de parto normal, com 40 semanas de idade gestacional, APGAR 9/10 e sem intercorrências. Tipo sanguíneo da mãe e da criança: O+.

Foram realizados testes do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho na maternidade, todos com resultados dentro dos padrões de normalidade.

Verifico cartão vacinal, onde consta a aplicação das vacinas BCG e Hepatite B.

- Antropometria ao nascer: Peso = 3345g, Comprimento: 50 cm, Perímetro cefálico = 35 cm;

- Antropometria na consulta: Peso = 3360g, Comprimento = 50 cm, Perímetro cefálico = 35 cm;

- Somatoscopia: Ativa e reativa, afebril, hidratada, reflexo de sucção presente (aceita seio materno), apresenta icterícia em face e escleras. Ausência de petéquias, dermatite ou miliária;

- Cabeça e pescoço: Bossa serossanguínea de aproximadamente 3 cm, fontanelas planas, normotensas, sem abaulamentos, ausência de linfonodomegalias.

Repito teste do reflexo vermelho, o qual está presente em ambos os olhos.

- Otoscopia bilateral com membranas timpânicas translúcidas, sem abaulamentos ou sinais de hemorragia;
- Cavidade oral: com resíduos de leite materno, sem lesões visíveis ou hiperemia em orofaringe;
- Tórax: Ictérico, sem crepitações em regiões claviculares;
- Ausculta respiratória: Murmúrio vesicular fisiológico, em ruídos adventícios, 40 excursões respiratórias por minuto (IRPM);
- Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, frequência cardíaca de 135 bpm;
- Abdome: Simétrico, sem abaulamentos ou retrações, ausência de visceromegalias. Coto umbilical em mau estado de higiene, porém sem hiperemia (mãe refere medo de machucar a criança ao realizar a limpeza);
- Genitália: sem malformações visíveis ou lesões específicas de dermatite das fraldas;
- Membros superiores e inferiores: ausência de icterícia, petéquias ou edemas. Reflexos de preensão palmar e plantar presentes.

2.1.3. Avaliação

Estado de higiene do coto umbilical necessita de atenção. Oriento a mãe e a avó sobre os cuidados gerais da criança e demonstro como realizar a higienização do coto.

Há icterícia ao exame físico, ocorrência comum no período neonatal, que corresponde aos altos níveis de bilirrubina indireta (maior que 1,3-1,5 mg/dL) ou bilirrubina direta (maior que 1,5 mg/dL), desde que esta represente mais de 10% da bilirrubina total (DRAQUE, 2012).

Segundo o Manual de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Neonatal (2014), a icterícia neonatal pode ser uma manifestação fisiológica, devido a imaturidade da função hepática, o que retarda a conversão de bilirrubina indireta em direta, para sua posterior eliminação. As incompatibilidades ABO/Rh também são causas possíveis, porém foram descartadas no caso em questão, pois os genitores são compatíveis.

A criança não apresentou perda de peso desde o nascimento e suas medidas antropométricas estavam adequadas para a idade, fator que reduz a possibilidade

de icterícia pela falta do aleitamento materno. A dificuldade de oferta láctea geralmente é acompanhada por perda ponderal maior que 7% do peso na primeira semana de vida e sobrecarga da circulação entero-hepática de bilirrubina, causando seu acúmulo no organismo. Da mesma maneira, a icterícia relacionada ao consumo de leite materno também pode ocorrer, principalmente após a primeira semana de vida, podendo persistir por até três meses e com resolução espontânea (DRAQUE, 2012).

A possibilidade de doenças como hipotireoidismo congênito também devem ser investigadas nos casos de hiperbilirrubinemia, por isso o teste do pezinho é considerado um exame de triagem neonatal indispensável (DRAQUE, 2012).

Quanto à estimativa dos níveis de bilirrubina total ao exame físico, nota-se icterícia até a Zona 2 de Kramer (bilirrubina total aproximada de 9 mg/dL), sem indicação de fototerapia no momento, porém com necessidade de reavaliação em 48 horas (BRASIL, 2014).

Recomendo banho de sol diário, de 15 a 20 minutos, no horário entre 6h e 8h da manhã (período mais ameno em Manaus). A luz solar é capaz de isomerizar as partículas de bilirrubina indireta, favorecendo sua eliminação pela bile, o que contribui para a redução da icterícia (CASTILHO e RACHED, 2010).

Explico sobre a necessidade de reavaliação da criança em 48 horas. Oriento quanto aos sinais de alerta para a procura de urgência pediátrica, por exemplo, êmese incessante, prostração, sonolência, torpor, temperatura axilar menor que 36 °C ou maior que 37,8°C, recusa do seio materno e convulsões (BRASIL, 2014).

2.1.4. Plano

Reavaliar em 48 horas: Estado geral da criança, grau de icterícia e condições de higiene do coto umbilical. Aguardo resultado do teste do pezinho.

2.2. Consulta de Reavaliação

2.2.1. Subjetivo

Mãe comparece com a criança no 7º dia de vida. Comenta sobre a manutenção da irritabilidade da pequena, o que tem prejudicado o sono e causado redução na frequência entre as mamadas. Relata ter realizado higiene do coto umbilical conforme as instruções. Funções fisiológicas preservadas.

2.2.2. Objetivo

Comparativamente ao exame anterior, a criança apresenta:

- Somatoscopia: Chorosa, febril (temperatura de 38 °C), escleras ictéricas e evolução da icterícia para tornozelos e antebraços, correspondendo a Zona 4 de Kramer (bilirrubina total aproximada de 15 mg/dL). Permanência da bossa serossanguínea em crânio;
- Hiperemia e mau odor em coto umbilical;
- Ausculta respiratória: Murmúrio vesicular fisiológico, em ruídos adventícios, 45 incursões respiratórias por minuto (IRPM);
- Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, frequência cardíaca de 170 bpm;

2.2.3. Avaliação

Presença de taquicardia, febre e sinais flogísticos em coto umbilical, demonstrando onfalite.

Os níveis aproximados de icterícia ao exame físico sugerem necessidade de fototerapia.

2.2.4. Plano

Encaminhamento com urgência à maternidade de nascimento para avaliação com pediatra, devido ao grau de icterícia sugestivo de fototerapia. A temperatura corporal não indicava necessidade de tratamento medicamentoso (BRASIL, 2014).

Relato, em encaminhamento formal, a presença de onfalite, a qual poderia ser tratada com a primeira dose de antibiótico na atenção primária, caso fosse o único problema de saúde da criança e a UBSF dispusesse da medicação. Uma boa opção de tratamento seria o uso de cefalexina 50 mg/kg/dia, via oral, em doses fracionadas de 6 em 6 horas, por período de 7 a 14 dias, conforme a evolução do quadro clínico (BRASIL, 2014). Programa visita domiciliar em sete dias.

2.3. Visita Domiciliar

Realizo visita domiciliar com a agente comunitária de saúde, após sete dias do encaminhamento à maternidade.

Encontro a criança dormindo no colo da mãe e sob a companhia da avó materna. As mesmas pontuam que o pai da criança não pôde esperar a visita, devido ao trabalho de menor aprendiz em uma oficina mecânica.

Relatam que a criança foi avaliada com exames laboratoriais na maternidade e realizou fototerapia durante três dias, recebendo alta com orientações de acompanhamento em unidade básica de saúde. O teste do pezinho ainda não estava pronto até o dia da alta hospitalar.

Ao exame, a criança apresentava-se eupneica, normocorada, hidratada, com redução da área de bossa serossanguínea e sem alterações na ausculta cardiorrespiratória.

Conduta: Oriento manter puericultura, vacinas atualizadas, banho de sol, aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e cuidados gerais de higiene. Aguardo teste do pezinho.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012) detalha que a assistência pré-natal desde o primeiro trimestre é usada como marcador de qualidade para a assistência materna e influencia no prognóstico após o nascimento da criança. Apesar desses conceitos serem amplamente debatidos em bibliografias da Atenção Primária à Saúde, a elevada carga de trabalho e até mesmo a falta de uma equipe completa favorecem a priorização de alguns serviços (como a triagem de infecções sexualmente transmissíveis e a coleta de colpocitologias oncóticas) em detrimento de outros (atividades educativas e preventivas), problema que deve ser superado através de planejamento em equipe.

Segundo Anversa *et al* (2012), o pré-natal é um momento singular para a realização de ações destinadas à educação em saúde, seja de maneira coletiva (através de grupos de casais grávidos e sala de espera), seja pela orientação individual em consultório. A realização de atividades de promoção da saúde nesse momento da vida permite que a gestante e seu companheiro superem algumas crenças errôneas sobre o parto e o pós-parto e entendam as mudanças graduais que acontecerão ao longo do processo (ZAMPIERI *et al*, 2010).

Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros, como, por exemplo, proteção às infecções gastrointestinais, desenvolvimento orofacial e respiratório satisfatórios, prevenção de hemorragias pós-parto e ganho de peso neonatal adequado. Informá-los à comunidade é essencial em nosso trabalho, assim como informar às gestantes sobre a qualidade da alimentação, visando o ganho de peso fetal e a lactogênese dentro dos padrões de normalidade (BRASIL, 2012).

Dentre as experiências bem sucedidas de educação em saúde durante o pré-natal, podemos considerar os relatos publicados sobre o grupo de casais grávidos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, localizado em Florianópolis (SC), o qual sediou reuniões entre os comunitários do pré-natal e o grupo de saúde formado por professores e acadêmicos (enfermagem e psicologia) da Universidade Federal de Santa Catarina. Essa iniciativa surgiu em 1996, sendo quantificado que 123 gestantes e 57 acompanhantes receberam informações sobre trabalho de parto, exercícios físicos, sexualidade na gestação, aleitamento materno e outros temas relevantes para os casais e seus familiares, entre os anos de 2002 e 2003

(DEUCHER, BUZZELLO e ZAMPIERI, 2004). No Espírito Santo, o projeto Sala de Espera Humanizada (SEH), desenvolvido pelos acadêmicos de medicina da Universidade Vila Velha, também demonstra a prática de orientações aos casais grávidos em intervalos de espera para as consultas, permitindo que esses possam questionar e compartilhar experiências, ao mesmo tempo em que auxiliam na formação de profissionais mais preparados para a promoção da saúde (LEMOS *et al*, 2015).

Zampieri *et al* (2010) reforça que a sensação de pertencimento a um grupo auxilia na superação de desafios que surgem ao longo da gestação, destacando que o desenvolvimento de encontros de casais grávidos permite que suas famílias se fortaleçam através da troca de experiências.

Valorizando a oportunidade de concentrar em sala de espera as gestantes e seus acompanhantes do pré-natal, nossa equipe de saúde planejou um conjunto de rodas de conversa sobre alimentação saudável na gestação e aleitamento materno. Foi confeccionado um quadro, onde a equipe utilizava figuras antagônicas (alimentos saudáveis *versus* prejudiciais, práticas corretas *versus* práticas erradas para a “pega” da criança e as técnicas para extração manual e armazenamento do leite materno), com objetivo de que as grávidas e seus parceiros fossem estimulados a participar nas decisões do grupo e, posteriormente, debatessem com a equipe sobre quais figuras seriam os exemplos corretos.

Vídeos explicativos também fizeram parte do trabalho de educação em saúde, apesar das dificuldades de espaço e de obtenção de projetor. A equipe fez uso de um monitor de computador na recepção e se mobilizou para emprestar uma caixa de som portátil.

Havia panfletos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, os quais também foram entregues aos presentes (os casais com baixo nível de escolaridade tiveram acesso às mesmas informações, devido aos diferentes recursos utilizados).

Durante as rodas de conversa, pudemos ressaltar a responsabilização do pai quanto aos cuidados com o binômio mãe-bebê e sua atitude de facilitador do aleitamento materno, ao assumir atividades como os cuidados domésticos, por exemplo. Esse incentivo à participação do homem no bem-estar do neonato e da puérpera foi destacado no Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (2016), como auxiliar à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Homem (2009), ao considerar o pré-natal uma das melhores oportunidades de vínculo entre o homem e a equipe de saúde.

A realização de uma atividade lúdica e educativa, em um momento que poderia ser estressante e/ou ocioso, se tornou um objetivo após notarmos empiricamente as situações de desmame precoce da localidade, assim como o uso de chupetas por muitas crianças que realizavam puericultura. Concomitantemente, a equipe desejava passar informações importantes às gestantes, mesmo sem encontrar espaços suficientes entre os agendamentos e as demandas espontâneas. Dessa maneira, buscamos aproveitar o tempo de sala de espera para promover saúde e fortalecer vínculos, que serão importantes na manutenção da saúde de diversas famílias ao longo do tempo, em especial, aos cidadãos que foram acompanhados desde o período antenatal.

4. ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Estratégia Saúde da Família apresenta o tripé acolhimento, abordagem familiar e visita domiciliar como o diferencial na assistência prestada. O trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde é indispensável no preparo da equipe para as demandas possíveis, assim como no planejamento das visitas domiciliares, pois o conhecimento das peculiaridades de cada microárea permite priorizar as famílias de maior vulnerabilidade (COELHO e SAVASSI, 2004).

Quando iniciei minhas atividades na UBSF N55, os comunitários estavam há aproximadamente dois meses sem assistência médica e a enfermeira da equipe também havia sido contratada há menos de um mês. Sob o aconselhamento de nossa apoiadora institucional, decidimos organizar os agendamentos de visitas domiciliares, com vagas de um turno por semana, cabendo aos agentes comunitários nos auxiliar com o histórico de determinados pacientes (algumas vezes não conseguíamos encontrar prontuários antigos, o que também foi uma deficiência no processo de trabalho, sendo resolvido com a organização dos prontuários familiares por numeração).

É inegável que, no início, a necessidade de atendimentos domiciliares relatada pelos agentes comunitários era maior que nossa capacidade, visto que não contávamos com transporte e o serviço estava acumulado. Simultaneamente, precisávamos analisar cada caso clínico, de maneira a otimizar nosso tempo e oferecer soluções possíveis às famílias adscritas. Dessa forma, determinamos que as reuniões semanais seriam nosso momento de discutir os casos complexos e redigir os projetos terapêuticos singulares. Essa decisão reforçou a importância de existir um tempo protegido para organização dos estudos e planejamento em equipe, raros em locais de alta demanda, como o Conjunto Parque dos Buritis, e muitas vezes reivindicados por preceptores e residentes de medicina de família e comunidade em diversos locais do país (ZECKSOHN *et al*, 2017).

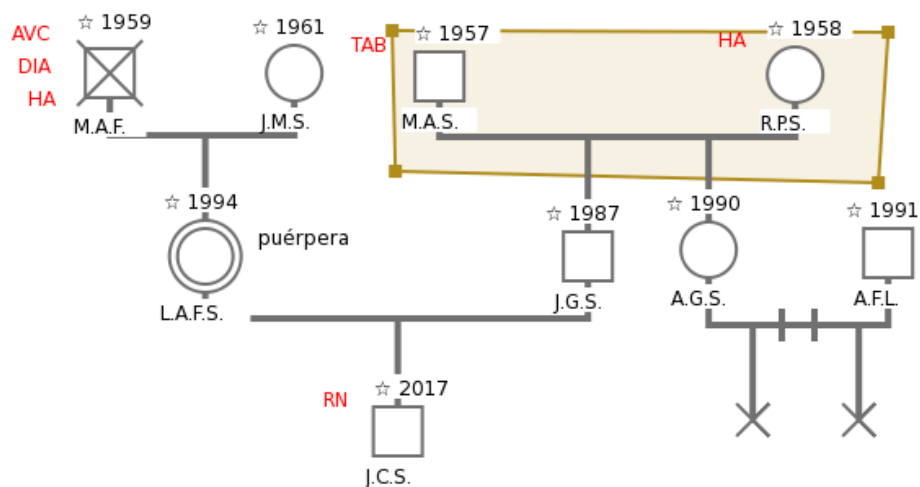
Segundo Oliveira (2015), é preciso que se estabeleçam critérios de elegibilidade para os pacientes que mais necessitam de assistência, sem o risco de realizar infrações éticas. O Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (2003) refere que os variados objetivos de uma visita domiciliar ampliam o número de pessoas que podem ser beneficiadas com esse serviço, demonstrando

algumas características que devem ser levadas em consideração para selecionar prioridades, tais como: doenças agudas ou crônicas que incapacitem o paciente de se locomover, pacientes após alta hospitalar, pessoas com deficiências funcionais e idosos acamados e/ou que moram sozinhos.

O puerpério, apesar de fisiológico, é uma indicação de visita domiciliar, preferencialmente na primeira semana, pois a maioria dos problemas como hemorragias e infecções surge nesse período. Além disso, o pós-parto é um momento importante para reforçar a orientação sobre amamentação, vida reprodutiva e sexualidade (BRASIL, 2003). Em Manaus, as unidades básicas de saúde do distrito norte recebem o informativo sobre as puérperas que obtiveram alta da maternidade, e, dessa forma, podem providenciar a visita domiciliar em período hábil, conforme o relatado a seguir.

Visita Domiciliar à puérpera

Figura 1 – Genograma descritivo do caso clínico



Fonte: Álbum de Família, Nescon - UFMG

4.1. Subjetivo

L.A.F.S., 23 anos, está no quinto dia de puerpério e sob os cuidados da mãe e do esposo. A família reside em casa de alvenaria, com água encanada e cinco cômodos. L.A.F.S. é vendedora em loja de calçados e o marido é eletricista. Apenas ela possui carteira assinada.

A paciente se queixa de dor no seio direito há dois dias e nega febre. Relata que não consegue manter o neonato mamando por mais de 2 minutos na mama

dolorida. Sente-se bem pelos cuidados da família e por ter iniciado o período de licença maternidade, porém está com medo de não conseguir amamentar como o planejado no pré-natal. O marido parece ansioso para que a equipe alivie a dor da paciente. O neonato se encontrava no colo da avó, sendo avaliado pela enfermeira da unidade.

4.2. Objetivo

Caderneta de gestante apresenta oito consultas de pré-natal, vacinas em dia e realização do pré-natal do homem. Participou de três atividades educativas na UBSF.

O parto foi normal, com idade gestacional de 38 semanas e 3 dias. O neonato nasceu com 3.680 g, 55 cm de comprimento, 34,5 cm de perímetro cefálico e APGAR 10/10.

Exame físico da puérpera:

- Somatoscopia: Bom estado geral, hipocorada (+/4+), hidratada, sem linfonodomegalias cervicais. PA = 110X 70, temperatura axilar = 37,6 °C;
- Ausculta cardiorrespiratória: sem alterações;
- Mamas: Mama direita túrgida, sem nódulos palpáveis, apresentando fissura no quadrante superomedial, com eritema discreto no local da lesão, sem saída de secreção purulenta. Mama esquerda simétrica, sem lesões visíveis. Regiões axilares sem linfonodomegalias;
 - Abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, útero abaixo da cicatriz umbilical, ausência de cicatrizes ou retrações;
 - Períneo: ausência de episiorrafia, lóquios fisiológicos;
 - Membros inferiores: sem edemas.

4.3. Avaliação

A paciente apresenta pequeno trauma mamilar, que pode ser demonstrado por sinais e sintomas como eritema, fissura e dor na mama afetada. Nesse momento, o tratamento adequado é imprescindível para evitar que surjam infecções bacterianas e evolução para abscesso mamário (BRASIL, 2015).

4.4. Plano

Demonstrar a pega correta e o posicionamento adequado da criança ao seio materno. Orientar a puérpera sobre a necessidade de esvaziar parcialmente os mamilos antes de iniciar o aleitamento e explicar que pode suspender o oferecimento da mama afetada quando a dor não lhe permitir amamentar, lembrando-se de esvaziá-la manualmente, pois mantê-la cheia favorece estase do leite e obstrução dos ductos lactíferos (BRASIL, 2015).

Conversar com os familiares sobre a necessidade de manter um ambiente limpo, calmo e arejado, alimentação balanceada, de oferecer líquidos à lactante e lembrá-la das medicações.

Devido à presença de dor, fissura e sinais flogísticos locais, inicio ibuprofeno de oito em oito horas, por três a cinco dias. Mantenho o sulfato ferroso receitado na maternidade na dosagem de 40 mg, uma hora antes do almoço e uma hora antes do jantar, por três meses.

Programar visita do agente comunitário de saúde em 48 horas. Se houver piora do estado geral, febre ou aumento da lesão, iniciar antibioticoterapia com cefalexina 500 mg, via oral, de 6 em 6 horas. Após a resolução do caso, manter o acompanhamento por consultas de saúde da mulher/reuniões do planejamento familiar.

4.5. Reavaliação após 48 horas

A senhora L.A.F.S. e seu esposo receberam a visita da agente comunitária de saúde. A paciente se apresentava afebril, em bom estado geral, com redução significativa da dor e maior facilidade para o aleitamento após o esvaziamento inicial dos mamilos. Comentou estar seguindo a orientação de pega correta, de cuidados com os mamilos (evitando fricção e ressecamento) e de redução da pressão de sucção da criança ao retirá-la da mamada (introdução do dedo mínimo na comissura labial do neonato).

A puérpera relatou animadamente não ter precisado cessar o aleitamento na mama lesionada e que, após a visita domiciliar, o esposo a auxiliava na troca de fraldas, banhos e lavagem de roupas do bebê, demonstrando também maior participação nas atividades domésticas.

Sob posse dessas informações, decidi que o antibiótico não seria necessário e que a medicação anti-inflamatória seria mantida até o prazo de cinco dias.

A consulta de saúde da mulher foi agendada para quarenta e cinco dias após o parto, com o objetivo de conversarmos detalhadamente sobre o uso de métodos contraceptivos aliados ao aleitamento materno exclusivo.

5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS

Em minhas atividades realizadas ao longo do ano, pude conhecer os desafios de manutenção dos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Apesar de bem registrados em referenciais teóricos, diversas vezes perdem-se em meio à falta de recursos, às dificuldades de gestão do trabalho e às desigualdades evitáveis e injustas que conhecemos como iniquidades em saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006/ LUCIETTO, 2011).

Muitos desses termos são apresentados aos médicos generalistas ainda na fase de graduação, porém, recebê-los de maneira sistemática e deparar-me com a necessidade de compreendê-los para que meu trabalho fosse eficiente, alterou definitivamente meu modo de receber as demandas dos pacientes, planejar tratamentos e promover saúde.

Quando iniciei meu trabalho na UBSF N55, havia dificuldades para encontrar prontuários e a equipe costumava usar o tempo das reuniões para reduzir os trabalhos administrativos acumulados. Após acompanhar os conteúdos sobre a organização do trabalho, a relevância das reuniões em equipe, a necessidade da agenda programada e a realização de projetos terapêuticos singulares, consegui entender a urgência em arquivar os prontuários em formato de “prontuário familiar”, assim como a importância de usar corretamente o tempo destinado às reuniões da equipe e observar as potencialidades de cada membro em favor do atendimento às necessidades dos comunitários.

A fase de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) também foi uma forma de aprender mais sobre a evolução do SUS e quais iniciativas de organização do trabalho são necessárias para uma assistência à saúde mais efetiva (BRASIL, 2012). O período de avaliação foi um incentivo para que houvesse o fortalecimento do trabalho em equipe, o planejamento de estratégias em parceria com o apoiador institucional e a quantificação de pacientes pertencentes aos grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, portadores de limitações físicas e/ou cognitivas, gestantes, idosos, grupos de risco para câncer bucal, dentre outros).

Os estudos sobre o método clínico centrado na pessoa (MCCP) e a maneira de registrar a consulta seguindo o método SOAP (subjeto, objetivo, avaliação e

plano) me proporcionaram o conhecimento de formas diferentes de raciocínio clínico, as quais não são utilizadas com frequência em rotinas intra-hospitalares, porém são ótimas ferramentas para aliar boa relação médico-paciente, responsabilidade compartilhada, integralidade e produtividade (QUEIROZ, 2009).

É preciso que o MCCP seja discutido com maior frequência ao longo da graduação e nas práticas diárias, pois, apesar de suas vantagens, o método nem sempre é conhecido o suficiente pelos médicos que atuam na atenção primária à saúde (LOPES e RIBEIRO, 2015), fator que reforça a especialização oferecida pelo PROVAB como um ponto de partida para o constante aperfeiçoamento do trabalho.

A especialização em Saúde da Família me auxiliou na obtenção de conteúdos atualizados, já que a disponibilização de materiais sobre saúde da criança, saúde mental, saúde da mulher/do homem/do idoso, atendimento pré-hospitalar e de tantos outros protocolos direcionou meus estudos diante da diversificada clientela da atenção básica.

Conhecer os fluxogramas de atendimento, incluindo os de acesso a centros especializados, como os Centros de atenção psicossocial (CAPS) e os Centros especializados em odontologia (CEO), assim como a participação em fóruns de vinculação em maternidades foram oportunidades recebidas em meu cotidiano, as quais diferenciaram o serviço oferecido aos meus pacientes. O compartilhamento das pactuações realizadas em fóruns e reuniões permitiu que a equipe da UBSF N55 evoluísse em seu objetivo como porta de entrada do SUS, desde os casos mais simples aos mais complexos, sem que as responsabilidades pela longitudinalidade e pela coordenação do cuidado fossem esquecidas.

Todas as atividades desenvolvidas foram válidas ao demonstrar a constante necessidade de atualização do profissional de saúde sobre o tratamento de muitas patologias e sobre o manejo de medicamentos e situações de emergência. Contudo, esses conhecimentos não são resolutivos se eu não estiver apta a compreender o impacto dos determinantes sociais de saúde sobre a vida de cada paciente que for acompanhado. Dessa forma, a equipe reforçou as atividades de educação em saúde, valorizando os grupos sobre planejamento familiar, alimentação saudável, cuidados de saúde direcionados aos hipertensos e aos diabéticos, assim como o incentivo ao aleitamento materno, tema escolhido para ser explanado em meu projeto de intervenção.

Há muito a ser realizado na área do Parque dos Buritis e, após um ano de dedicação exclusiva a esta população, faço votos que em pouco tempo a promoção da saúde e a prevenção de agravos se torne mais frequente que o trabalho curativo, embora reconheça a existência de fatores que estão além de todos os recursos pertencentes à estratégia saúde da família, os quais só poderão ser modificados pela participação popular e pela redução dos fatores negativos, que condicionam os moradores às situações de violência e às más condições de vida.

REFERÊNCIAS

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti; *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BRASIL, IBGE. **Amazonas, Manaus - Síntese das Informações**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/EC5>>. Acesso em: 06/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde da Criança. Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

_____. **Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Manual AIDPI neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>>. Acesso em 09/09/2017.

_____. **Política Nacional da Atenção Integral a Saúde do Homem**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000900033&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 05/01/2018

CASTILHO, S. D.; RACHED, C. R. Hábitos de exposição de lactantes ao sol. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 19, n. 1-6, p. 43-52, jan. 2010.

COELHO, Flávio Lúcio G; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 19-26, nov. 2004. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104/98>>. Acesso em: 22/12/2017.

DRAQUE, Cecília Maria. Icterícia Neonatal. In: UNIFESP. **Unidades de Conteúdo – Especialização em Saúde da Família**. São Paulo: Unifesp, 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_casos_complexos/unidade17/unidade17.pdf>. Acesso em 10/09/2017.

DEUCHER, Carolina Vieira; BUZZELLO, Cristiane dos Santos; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: a universidade interagindo com a comunidade. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 1, n. 2, jan. 2004.

GIORDINO, Cláudio; *et al.* **Geografia nos dias de hoje**. 2 ed. São Paulo: LeYa, 2015. 288p.

LEMOS, Manuela Nascimento; *et al.* Dinâmica com gestantes em sala de espera humanizada (SEH), promovida por acadêmicos de medicina da Universidade Vila Velha (UVV). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 53., 2015. Rio de Janeiro. Anais do 53º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2015.p.135. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Anais-53cobem-2015.pdf>>. Acesso em: 22/12/2017.

LOPES, José Mauro Ceratti; RIBEIRO, Jorge Alberto Rosa. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 34, p. 1-13, mar. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/870/678>>. Acesso em: 05/01/2018.

LUCIETTO, Deison Alencar. Uma Revisão sobre os princípios e as Diretrizes da Política de Saúde – elementos conceituais para o cirurgião-dentista que atua no SUS. **Revista Dentística on line**, Santa Maria, n.20, p.39- 44, mar. 2011. ISSN: 1518- 4889. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1005.pdf>>. Acesso em: 05/01/2018.

MATSUNO, Alessandra Kimie. Reconhecimento das situações de emergência: avaliação pediátrica. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 158-167, jun. 2012. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47593>>. Acesso em: 10/09/2017.

OLIVEIRA, Talita Viana. **Gestão e planejamento visita domiciliar na atenção básica**: protocolo de uma equipe de saúde da família no município de Cascavel, Ceará. 2015. 29f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde (NUTEDS), Fortaleza. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9227>> Acesso em: 20/12/2017.

QUEIROZ, Maria João. SOAP revisitado. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 221-7, mar. 2009. ISSN 2182-5173. Disponível em:

<<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10610>>. Acesso em: 05/01/2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Álbum de Família – Genograma**. Minas Gerais: UFMG, 2012. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/genograma/editar/9622>. Acesso em 10/09/2017.

ZAMPIERI, Maria de Fátima; *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: Possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto & Contexto Enfermagem**. Editorial Universidade Federal de Santa Catarina, v. 19, n. 4, 2010.

ZECKSOHN, Mellina Marques Vieira; *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300737&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20/12/2017.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

ARIENNE BEZERRA DA SILVA

**ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA N 55**

MANAUS- AM
Agosto/2017

Arienne Bezerra da Silva

**ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA N 55**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica da Universidade Aberta do SUS (Unasus), como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadores: Prof MSc. Thiago de Souza Moreira e Prof MSc. Fabio Franchi Quagliato.

MANAUS
2017

RESUMO

O projeto de intervenção a ser desenvolvido, objetiva valorizar o momento do pré-natal como espaço para educação em saúde sobre o aleitamento materno, suas vantagens, suas dificuldades, as necessidades de cuidado e alimentação da nutriz, os direitos trabalhistas que o asseguram, assim como a importância do apoio familiar nesse período crucial do desenvolvimento infantil. As ações serão realizadas através de encontros mensais entre a equipe e as gestantes que fazem pré-natal na UBSF N 55, assim como seus acompanhantes, os quais receberão instruções sobre o aleitamento materno de forma simples e lúdica, acompanhadas de sorteios de brindes. Os principais objetivos do trabalho são combater o desmame precoce, explanar sobre as técnicas de amamentação e orientar sobre as reais indicações do Programa de Nutrição Infantil Leite do Meu Filho, visando melhorar a qualidade de vida das crianças a longo prazo, pela manutenção do aleitamento materno até os dois anos de vida ou mais.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; desmame precoce; ESF.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 4 |
| 2. PROBLEMA | 5 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 6 |
| 4. OBJETIVOS | 7 |
| 4.1 Objetivo Geral | 7 |
| 4.2 Objetivos Específicos | 7 |
| 5. REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| 6. METODOLOGIA..... | 10 |
| 6.1 Público-alvo | 10 |
| 6.2 Desenho da operação..... | 10 |
| 6.3 Parcerias Estabelecidas..... | 10 |
| 7. CRONOGRAMA..... | 11 |
| 8. RECURSOS NECESSÁRIOS | 12 |
| 9. RESULTADOS ESPERADOS..... | 13 |
| REFERÊNCIAS..... | 14 |
| ANEXOS | 16 |

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2012, o Ministério da Saúde se uniu à Rede Amamenta Brasil e à Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), instituindo a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil" (DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

Os principais objetivos dessa medida foram:

I - Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade;

II - Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Esta estratégia foi considerada necessária após a "II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal" em 2008, que evidenciou baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de seis meses de idade, baixa duração do aleitamento materno total e introdução precoce de alimentos/ hábitos alimentares não saudáveis na idade de 6 a 12 meses (BRASIL, 2013).

Essas informações são preocupantes, visto que as metas de alcançar a segurança alimentar e melhorar a nutrição fazem parte dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) e estão diretamente relacionados ao aleitamento materno e às práticas nutricionais positivas (ONU BR, 2015). Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2008, Manaus surge com 58,9% de aderência ao aleitamento materno exclusivo em crianças com 30 dias de vida, porém essa taxa reduz para 8,8% em crianças na faixa etária de 180 dias.

No ano de 2011, aproximadamente 41,36% e 38,93% dos nascidos vivos em Manaus foram acompanhados entre 4 a 6 consultas de pré-natal e 7 consultas ou mais, respectivamente, conforme consulta pelo DATASUS. Isto demonstra que, apesar de não haver cobertura suficiente para todas as gestantes, o pré-natal é um momento de contato com boa parte das futuras nutrizes.

2. PROBLEMA

Gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde da Família N 55 (UBSF N 55), em Manaus/Amazonas, com pouca informação sobre a importância do aleitamento materno, assim como desconhecimento dos direitos trabalhistas que lhes asseguram a prática da amamentação. É preciso que a equipe de saúde intervenha de forma simples e esclarecedora nesta etapa importante do ciclo gravídico-puerperal, para que o aleitamento materno seja incentivado através da educação em saúde.

3. JUSTIFICATIVA

A assistência pré-natal com orientações sobre os benefícios do aleitamento, os malefícios da introdução precoce de alimentos que não sejam o leite materno e o uso de mamadeiras, auxilia no desenvolvimento de habilidades e confiança por parte das gestantes, fatores essenciais para o sucesso do aleitamento materno (DEMITTO et al, 2010).

Em áreas urbanas, um dos fatores que favorece o desmame precoce é o retorno da nutriz ao seu ambiente de trabalho após o fim da licença maternidade, associado a longas distâncias e dificuldades de transporte, sendo questionado até mesmo se as leis facilitadoras existentes são realmente satisfatórias (REA et al, 1997).

Sob essa ótica e considerando o total de 20 gestantes (pertencentes ou não à área de abrangência da UBSF) atendidas em consultas periódicas de pré-natal na UBSF N 55, optou-se pela realização de orientações sobre assuntos relacionados ao aleitamento materno em reuniões nas dependências da unidade (rodas de conversa).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Orientar as pacientes em pré-natal na UBSF N 55 sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e sua manutenção acrescida de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais.

4.2 Objetivos Específicos

- Promover o aleitamento materno das crianças acompanhadas desde o pré-natal na UBSF N 55;
- Demonstrar as técnicas de extração manual e acondicionamento adequado do leite materno;
- Orientar as gestantes quanto ao direito de licença-maternidade, o qual auxilia na manutenção do aleitamento materno;
- Informar os critérios clínicos para indicação do benefício pelo Programa de Nutrição Infantil “Leite do Meu Filho”.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O domínio sobre os tipos de amamentação instituídos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos ajuda quanto a classificação de riscos nutricionais, organização de pesquisas e orientações durante o pré-natal e a puericultura. São os abaixo citados:

- Aleitamento materno exclusivo: recebimento apenas de leite materno (diretamente das mamas ou ordenhados), sem outros líquidos ou componentes sólidos (exceto medicações, sais de reidratação oral ou suplementos vitamínicos);
- Aleitamento materno exclusivo predominante: recebimento de leite materno associado à água e outras bebidas à base de água (sucos e infusões, por exemplo);
- Aleitamento materno complementado: recebimento de leite materno associado a alimentos sólidos ou semissólidos, sem o objetivo de substituir o aleitamento;
- Aleitamento materno ou misto: quando a criança é alimentada com leite materno e outros tipos de leite (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo Marques e Melo (2008), o quadro de desconhecimento sobre o aleitamento materno desde o pré-natal, associado a fatores socioculturais, biológicos e psicológicos, pode influenciar negativamente no desenvolvimento da sucção do neonato e na ordenha satisfatória, favorecendo a perda de oportunidades iniciais da amamentação, como as que devem ocorrer no Alojamento Conjunto. Tais fatores evidenciam a necessidade de intervenção precoce através de educação em saúde no pré-natal e na puericultura.

Sob conhecimento dos riscos nutricionais existentes e das iniquidades sociais do município, a prefeitura de Manaus fundou, em 2011, o Programa de Nutrição infantil “Leite do Meu Filho” (vide Anexo), com o objetivo de reforçar as ações de segurança nutricional e combate à mortalidade infantil, em especial entre a faixa etária de zero a cinco anos incompletos. O trabalho consiste em cadastrar as crianças nesta faixa etária, as quais vivem em condições de vulnerabilidade social (beneficiárias do Programa Bolsa Família) e são detentoras de indicação clínica para recebimento de fórmula infantil como substituta do aleitamento materno (crianças

portadoras de fenilcetonúria/galactosemia ou mães impossibilitadas de amamentar por agravos ou uso de medicações).

Conforme o Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAP), pode haver indicação ao programa para uso de fórmulas infantis de maneira complementar, como nos casos de prematuros menores de 32 semanas de idade gestacional e/ou nascidos com peso menor que 1500 gramas e crianças a partir de um ano, comprovadamente em vulnerabilidade social e conseqüente risco de baixo peso para idade (vide anexo).

Dois fatores destacados pelo Departamento precisam ser amplamente divulgados: a necessidade de acompanhamento de saúde trimestral de todas as crianças beneficiadas (incluindo consultas de puericultura e caderneta vacinal atualizada), bem como a conscientização da população sobre os critérios de cadastramento, para que a política de auxílio nutricional não se torne um incentivo ao desmame precoce.

Sabe-se que a introdução precoce de alimentos em lactentes causa diversos prejuízos quantificáveis em saúde pública, tais como: aumento dos casos de diarreia, aumento do número de internações hospitalares por infecções respiratórias, desmame precoce e baixa absorção de nutrientes como ferro e zinco (Ministério da Saúde, 2015).

Estudos têm demonstrado a relação entre desmame precoce e desenvolvimento de hábitos orais deletérios como bruxismo, respiração bucal e sucção de dedos, assim como anomalias de desenvolvimento crânio-facial devido a falta de estímulo adequado, especialmente pela ausência de aleitamento materno (FERREIRA et al, 2010).

Sob conhecimento dos benefícios da amamentação para a mãe e o lactente, bem como os diversos riscos relacionados ao desmame precoce, diversas leis trabalhistas em apoio ao aleitamento materno têm sido inseridas à Constituição do Brasil de 1988, tais como a licença maternidade de 120 dias, a licença paternidade de 5 dias e a prorrogação da licença maternidade.

A noção desses direitos e a garantia de que sejam respeitados é uma questão de cidadania, portanto, é imprescindível para os trabalhadores da atenção primária, como propagadores de ideias e multiplicadores de conhecimentos em saúde.

6. METODOLOGIA

6.1 Público-alvo

Gestantes sob realização de pré-natal na UBSF N 55 entre abril e agosto de 2017, assim como seus acompanhantes, em especial os pais e/ou futuros apoiadores familiares no puerpério, no autocuidado e nas atividades domésticas.

6.2 Desenho da operação

Reuniões mensais com a equipe, para orientação sobre as atividades a serem realizadas e sobre o aleitamento materno, pois os agentes comunitários de saúde são os funcionários que realizam contato com maior número de pessoas em curto espaço de tempo.

Realização de encontros com o público-alvo dentro da unidade básica de saúde ou nas dependências da igreja católica do Conjunto Parque dos Buritis (Manaus-AM).

Em cada encontro haverá palestra sobre um tema específico e tempo para sanar dúvidas e compartilhar experiências (importância do aleitamento materno, cuidados com a alimentação e as mamas na gestação e no aleitamento, critérios clínicos do Programa de Nutrição Infantil “Leite do Meu Filho”, licença-maternidade, técnicas de extração manual e condicionamento do leite).

Haverá distribuição de panfletos sobre o tema e sorteio de brindes para finalizar as reuniões.

6.3 Parcerias Estabelecidas

As parcerias foram estabelecidas em âmbito local, com a Equipe de Saúde da UBSF N 55 e o Distrito de Saúde Norte – Manaus/AM.

7. CRONOGRAMA

| Descrição | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Revisão de literatura, elaboração do projeto e reunião com a equipe | | | | | | |
| 1º Encontro: Importância do aleitamento e introdução alimentar após os 6 meses | | | | | | |
| 2º Encontro: Alimentação saudável e cuidados com as mamas | | | | | | |
| 3º Encontro: Programa Leite do Meu Filho / Licença-maternidade | | | | | | |
| 4º Encontro: Extração manual e acondicionamento do leite materno | | | | | | |

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- *Notebook* (da autora);
- Data-show (a ser emprestado pelo distrito de saúde, para diversificar o processo de ensino-aprendizagem);
- Panfletos sobre aleitamento materno;
- Brindes, como roupas infantis e fraldas, a serem sorteados durante as reuniões (recursos da autora);
- Duas recargas de cartucho para impressora HP;
- Duas resmas de papel branco A4.

9. RESULTADOS ESPERADOS

- Gerar, desde o pré-natal, a compreensão da lactante e o apoio de seus familiares sobre os benefícios do aleitamento materno até os dois anos de vida ou mais;
- Reduzir os casos de desmame precoce, em especial nas crianças que realizam puericultura na UBSF N 55;
- Orientar sobre o direito à licença-maternidade;
- Conscientizar sobre as indicações ao “Programa de Nutrição Infantil Leite do Meu Filho”;
- Melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento das crianças, através de uma alimentação adequada nos primeiros anos de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde da Criança. Aleitamento materno e alimentação complementar**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1920 de 5 de setembro de 2013**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 21 de fev. 2017.

DEMITTO, M. O. et al. **Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal**: uma revisão integrativa. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, p. 223-229, dez. 2010. Edição Especial.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em: 21 de fev. 2017.

FERREIRA, Fabiana. et al. **Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios**. *RSBO*. 2010, Mar;7(1):35-40.

MARQUES, Maria Cecilia dos Santos; MELO, Adriana de Medeiros. **Amamentação no alojamento conjunto**. *Revista CEFAC*, v. 10, n. 2, p. 261-271, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (Datasus). **Cobertura de consultas de pré-natal. Proporção de nascidos vivos (%) por capital, segundo o número de consultas (2011)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f06.def>>. Acesso em: 20/03/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Prevalência de aleitamento materno exclusivo, por idade da criança, segundo região e capitais do Brasil (2008)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g14_08.htm>. Acesso em: 28/03/2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Conheça os novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/conheca-os-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>>. Acesso em: 21 de fev. 2017.

REDAÇÃO D24. **Nova etapa do programa "Leite do Meu Filho começa nesta segunda em Manaus"**. Disponível em: <<http://d24am.com/noticias/nova-etapa-do-programa-leite-do-meu-filho-comeca-nesta-segunda-em-manaus/>>. Acesso em: 24 de mar. 2017.

REA, Marina Ferreira. et al. **Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais**. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 149-56, 1997.

SENAC-SÃO PAULO. **Promoção da amamentação e alimentação complementar**. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cartilhasmam.pdf>>. Acesso em: 20/03/2017.

ANEXOS



Departamento de Atenção Primária
Gerência da Rede de Cuidados Crônicos
Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis – Manaus – AM
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-9084
adriana.lopez@pmm.am.gov.br

NOTA TÉCNICA Nº 008/2016

AÇÕES DE SAÚDE NUTRICIONAL - ASAN
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/DAP

Indicação Médica ou de Nutricionista para inclusão de beneficiário no Programa de Nutrição Infantil "Leite do Meu Filho"

Aos Diretores, Gerentes de Atenção Primária, Médicos, Nutricionistas, Enfermeiros e Técnicos dos Distritos de Saúde Rural, Leste, Norte, Oeste e Sul.

No intuito de fortalecer o entendimento das bases e critérios técnicos do Programa de Nutrição Infantil Leite do Meu Filho a presente Nota Técnica reforça o objetivo do mesmo em contribuir com as ações de segurança alimentar e nutricional desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) bem como, apresenta os critérios para cadastramento de beneficiários.

O público alvo do Programa consiste em crianças de 0 a 59 meses obedecendo aos seguintes critérios:

- Idade inferior a 12 meses
Crianças em situação de vulnerabilidade social confirmada pela análise de informações do Cadastro Único/Programa Bolsa Família e expostas à infecção HIV; em caso de óbito materno ou lactente com indicação clínica para uso de fórmula infantil como substituto do leite materno, sendo obrigatória a apresentação da prescrição médica ou de nutricionista, informando o CID, número do registro no conselho de classe e assinatura do profissional.
- Idade de 12 a 59 meses: crianças em situação de vulnerabilidade social confirmada pela análise de informações do Cadastro Único/Programa Bolsa Família.

Ressaltamos que as razões médicas aceitáveis para a prescrição de substituto do leite materno são restritas e devidamente descritas pela Organização Mundial de Saúde considerando as situações permanentes e temporárias tais como:

- Condições em que a criança não deve receber leite materno nem qualquer outro leite, exceto fórmulas especiais como, por exemplo, os lactentes com galactosemia, doença da urina de xarope de bordo, fenilcetonúria.

- Condições em que o leite materno é a melhor opção, mas o lactente pode necessitar de complementação por algum período. Nesta situação se encontram os lactentes nascidos com menos de 1500g e/ou menos de 32 semanas de idade gestacional, lactentes com risco de hipoglicemia dentre outras situações de stress metabólico.
- Condições maternas que justificam evitar a amamentação tais como infecção com risco de transmissão vertical, doença materna grave que impede a mãe de cuidar do bebê, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, tratamento quimioterápico/radioterápico, exposição materna a metais pesados, uso de entorpecentes, dentre outros.

As evidências científicas demonstram que a maior parte das mães pode ter sucesso na amamentação desde que apoiadas e orientadas pela equipe de saúde e familiares. Para tanto, é fundamental que o profissional de saúde amplie a escuta, o vínculo e a responsabilização da assistência na Atenção Primária no tocante ao incentivo, apoio ao aleitamento materno e oferta de assistência resolutiva às nutrizes. Recomenda-se a valorização dos espaços de atuação interdisciplinar com os grupos de apoio para gestantes e mães como estratégia para orientar as famílias sobre aleitamento materno e alimentação saudável na infância.

Por fim, destacamos que a simples condição de vulnerabilidade social **NÃO** consiste em razão justificável para prescrição de substituto do leite materno.

Manaus, 01 de dezembro de 2016.



Tânia Maria de Carvalho Batista
Coordenação Técnica das Ações de
Saúde Nutricional
SEMSA



Luana Amaral Alpírez
Diretora do Departamento de Atenção
Primária, em exercício
SEMSA

De acordo: 
Lubélia Sá Freire da Silva
Subsecretária Municipal de Gestão de Saúde
SEMSA



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde