

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

ANDRÉ GUSTAVO BOMFÁ MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA ATALAIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR
VALADARES**

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2014

ANDRÉ GUSTAVO BOMFÁ MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA ATALAIA NO MUNICIPIO DE GOVERNADOR
VALADARES**

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

Orientador: Prof. Dra.^a Virgínia Resende Silva
Weffort

GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS

2014

ANDRÉ GUSTAVO BOMFÁ MIRANDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMILIA ATALAIA NO MUNICIPIO DE GOVERNADOR
VALADARES**

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

Orientadora: Prof. Dra.^a Virgínia Resende Silva
Weffort

Banca Examinadora

Prof. Dra.^a Virgínia Resende Silva Weffort - orientadora

Profa. Zilda Cristina dos Santos - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

Os obstáculos que a vida nos proporciona podem nos fazer desanimar, ou podem se transformar em degraus que tem o poder de nos tornar pessoas melhores, mais humildes, nos levando a lugares mais altos, aonde talvez jamais chegaríamos se não nos deparássemos com essas barreiras. A todos que acreditam nesses degraus e fazem de simples fatos uma oportunidade de crescer e acreditar na vida e na chance que Deus nos dá, dedico à esses este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me permitiu trilhar o bom caminho até agora, combatendo o bom combate e guardando a fé. Agradeço também minha família, principalmente minha esposa Aline que tem sido dádiva de Deus em minha vida e companheira de amor singular. Agradecemos aos funcionários e colegas de profissão que nos ajudaram durante todo o PROVAB. À população de Governador Valadares (conterrâneos de meu pai Josué), sou eternamente grato, pois sem ela seria impossível o meu crescimento como profissional e pessoa.

RESUMO

Este trabalho foi realizado como requisito para a conclusão do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), e teve como tema central o aleitamento materno, abordagem pertinente em saúde pública já que é base de prevenção de agravos à saúde. Inicialmente foi realizada uma revisão literária onde houve a possibilidade de verificação de termos, condutas adotadas pelas nutrizes, passando pela fisiologia e outros aspectos para melhor compreensão do tema. O aleitamento materno tem grande destaque no meio médico-científico devido ao fato de que dentre os vários efeitos positivos destaca-se a prevenção de comorbidades que terão reflexos na infância ou na vida adulta precoce como: hipercolesterolemia, *diabetes mellitus*, problemas respiratórios, hipertensão e até déficit de atenção. Foi elaborado um questionário com perguntas simples, contendo: idade da mãe, grau de instrução, renda familiar, estado civil, situação ocupacional, número de filhos, tipo de aleitamento, uso de chupeta, problemas respiratórios, número de internações, etc. Este questionário foi respondido pelas mães com filhos de até 2 anos de idade, que residiam em Governador Valadares-MG nos bairros, Atalaia e Asteca afim de se verificar a correlação entre o aleitamento materno e seu impacto na saúde dos lactentes, além disso, verificar se dentro de uma mesma população adstrita há diferenças relevantes, ligadas a fatores sociais, culturais ou econômicos que resultem em uma discrepância com relação ao posicionamento adotado por essas mães a que diz respeito ao aleitamento materno *versus* aleitamento artificial.

Palavras-chave: aleitamento materno - saúde da família - prevenção - Questionário

ABSTRACT

This task was approved as a requirement for the conclusion of the Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) that had Breastfeeding as its main theme, a relevant approach in public health as it is based on the prevention of health problems. Initially a literary revision was made where there was a possibility of verifying the terms, and conducts adopted by the Nursing Mothers, going through the physiology and other aspects for the better understanding of the subject. Maternal Breastfeeding has a great spotlight in Medical Science considering that among the many positive aspects stands out the prevention of comorbidities that will have reflexes in childhood or premature adult life as: hypercholesterolemia, diabetes mellitus, respiratory problems, hypertension, and even attention deficit. A questionnaire was made with simple questions, containing: mother's age, degree of instruction, family's budget, marital status, occupational situation, number of children, kind of breastfeeding, use of pacifier, respiratory problems, and number of hospitalizations, among others. This questionnaire was answered by mothers with children up to 2 years old, which lived in Governador Valadares-MG in the neighborhoods, Atalaia and Asteca with the purpose of verifying the correlation of Maternal Breastfeeding and the health of the infants, as well as, verifying if inside the same close community there were relevant differences, as a result of social, cultural, or economical factors that result in the discrepancy relating to the position adopted by those mothers as regard of Maternal Breastfeeding opposed to Artificial Feeding.

Keywords : Breastfeeding – Family Health – Prevention – Questionnaire

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 Orçamento destinado a saúde do município de governador Valadares.....	18
Quadro 2 Composição do leite materno.....	28
Quadro 3 Composição do colostro.....	29

FIGURAS

Figura 1 Sistema de referência e contra referência e redes de média e alta complexidade....	19
Figura 2 Anatomia da mama.....	26
Figura 3 Pega correta.....	31
Figura 4 Pega adequada/boa pega.....	31
Figura 5 Má pega.....	32
Figura 6 Posição para amamentação.....	32

TABELAS

Tabela 1 Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.....	29
Tabela 2 Faixa etária, nutrizes ESF Asteca.....	44
Tabela 3 Escolaridade das mulheres em aleitamento materno, bairro Asteca.....	45
Tabela 4 Renda familiar das mulheres em aleitamento materno, bairro Asteca.....	45
Tabela 5 Classificação do aleitamento materno, bairro Asteca.....	47
Tabela 6 Motivos frequentes de desmame, bairro Asteca.....	51

GRÁFICOS

Gráfico 1 Perfil da idade materna, bairro Atalaia.....	39
Gráfico 2 Grau de escolaridade, nutrizes bairro Atalaia.....	39
Gráfico 3 Renda familiar, nutrizes bairro Atalaia.....	40
Gráfico 4 Número de filhos, nutrizes bairro Atalaia.....	40

Gráfico 5 Tipo de aleitamento materno, nutrizes bairro Atalaia.....	41
Gráfico 6 Uso de chupetas em lactentes, bairro Atalaia.....	41
Gráfico 7 Amamentação exclusiva entre mães que trabalham fora de casa e as mães que não trabalham, bairro Atalaia.....	42
Gráfico 8 Número de filhos e sua distribuição, ESF Asteca.....	46
Gráfico 9 Uso de chupetas em lactentes, ESF Asteca.....	46
Gráfico 10 Número de filhos e sua distribuição, ESF Asteca.....	47
Gráfico 11 Relação de mulheres casadas X mulheres solteiras e o tipo de aleitamento materno adotado, ESF Asteca.....	48
Gráfico 12 Aleitamento materno exclusivo em mães que trabalham neste período, ESF Asteca.....	49
Gráfico 13 Relação de crianças que não adoeceram em aleitamento materno exclusivo, ESF Asteca.....	50

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
1.1 Identificação do município	11
1.2 Histórico de criação do município	11
1.3 Aspectos Geográficos	13
1.4 Aspectos socioeconômicos e demográficos	14
1.5 Sistema de saúde.....	16
1.5.1 Conselho Municipal de Saúde	16
1.5.2 Fundo Municipal de saúde.....	18
1.6 Características da Estratégia de Saúde da Família Atalaia.....	20
1.6.1 Área de abrangência/Território.....	20
1.6.2 Recursos da comunidade	20
1.6.3 Recursos Humanos e Materiais	20
1.7 Escolha do Problema	21
1.7.1 Nós Críticos	22
2 - JUSTIFICATIVA	23
2.1 Descrição das operações propostas com base nos nós críticos:.....	23
2.1.1 Projeto “#Maisbiturunamaterno”	23
2.1.2 Projeto “Se liga cegonha”	24
3 - OBJETIVO GERAL	25
3.1 Objetivos específicos.....	25
4 - REVISÃO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
4.1 - Anatomia e Fisiologia da Mama	26
4.2 - Composições do leite materno	28
4.3 – Benefícios do aleitamento materno	30
4.3.1 - Técnicas de Amamentação.....	30
4.4 – Problemas mais comuns que podem interferir no aleitamento materno.....	33
5 - METODOLOGIA	37
5.1 – Contexto epidemiológico em Governador Valadares.....	38
5.2 – Perfil do Bairro Atalaia.....	39
5.2.1 - Análise Quantitativa e Qualitativa	39
5.3 – Perfil do Bairro Asteca	44
5.3.1-Análise Quantitativa e Qualitativa	44
6 - CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	54

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de governador Valadares está situada no leste de Minas Gerais, há cerca de 324 km da capital mineira Belo Horizonte e há 1041Km da capital federal Brasília, com uma população aproximada de 275.568 habitantes (Fonte: IBGE-2013). Atualmente tem como prefeita Elisa Maria Costa, que assumiu o segundo mandato e marcou a primeira reeleição do município. Em 2008, foi a primeira mulher a ser eleita prefeita na cidade. Tem como secretária de saúde Katia Barbalho Diniz, como coordenadora da atenção básica a Enf. Poliana Lidtig Silva e como coordenadora da saúde bucal, Dra. Debora Abreu Badaró.

1.2 Histórico de criação do município

No século XIX, o Vale do Rio Doce foi repartido em Divisões Militares como estratégia de guerra ofensiva aos índios Botocudos. As tarefas principais dos quartéis eram ocupar o território, promover a perseguição sistemática dos índios, expulsando-os das margens dos rios, e, principalmente, dar proteção aos colonos e garantir a navegação e o comércio no Rio Doce. Neste contexto de luta é que surgiu a localidade que, mais tarde, deu origem ao distrito de Figueira, atual Governador Valadares.

A primeira ocupação foi em Baguari, onde foi instalado um quartel. Em 1818, um segundo quartel foi levantado poucos quilômetros abaixo, com o nome de Dom Manoel. Em torno deste quartel funcionou o Porto de Canoas, que atendia ao serviço militar e a um pequeno comércio. O lugar recebeu a denominação de Figueira desde os primeiros tempos. Era distrito de Peçanha.

Em 1907, foi inaugurada a estação ferroviária da Estrada de Ferro Vitória-Diamantina (Vitória-Minas), na localidade de Derribadinha, às margens do Rio Doce, no lado oposto ao povoado de Figueira. Com a estrada de ferro, chegaram os comerciantes e expandiram-se as plantações de café e a extração da madeireira de lei.

No início dos anos 1920, a vida urbana de Figueira girava em torno de umas poucas ruas às margens do rio. Os trilhos da estrada de ferro ficavam à esquerda e o rio passava à direita, no sentido Oeste-Leste. O café e a madeira eram os produtos que sustentavam a receita da Estrada de Ferro Vitória-Minas. Além de receber a produção de café e madeira,

destinada à ferrovia, Figueira passou a contar com tropeiros vindos de longe, carregados de toda sorte de mercadorias, como feijão, milho, farinha, rapadura, queijo e toucinho. De volta, levavam o sal, querosene, cortes de tecidos, ferramentas e utensílios diversos.

A pecuária não tinha ainda a expressão que viria a adquirir na década de 40, mas já tinha na *invernada* a sua característica marcante, ou seja, a engorda do gado para os grandes mercados consumidores. Isso influenciou o tipo-padrão de fazenda que se formou no distrito de Figueira, marcada pela ausência de investimentos nas propriedades rurais e pelas construções modestas e precárias, diferentes da fazenda típica de Minas Gerais. Os fazendeiros residiam na cidade e, muitos deles, também eram comerciantes.

Em 1930, Figueira contava com uma população de 2.103 habitantes e tinha a aparência de um lugarejo pobre, perdido no meio da floresta, que ainda continuava de pé. Porém, não duraria muito tempo, pois tinha se iniciado a era da siderurgia a carvão vegetal e a das serrarias estava próxima.

Em 1935, foi formado o Partido Emancipador de Figueira, destinado a comandar a luta pró-emancipação. Em 31 de dezembro de 1937, finalmente, foi criado o Município de Figueira, desmembrado de Peçanha por ato do governador Benedito Valadares. O decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, mudou o nome para Governador Valadares.

A exploração da mica ganhou destaque nos anos 1930 e 40, em especial durante a 2ª Guerra Mundial. Entretanto, depois da guerra, ocorreu a retração do mercado e, em seguida, seu esgotamento provocado pelo avanço tecnológico da indústria eletroeletrônica.

Em 1940, a população de Governador Valadares chegou a 5.734 habitantes, quando se iniciou o grande *boom* da economia regional. O Município se beneficiou da crescente exploração dos recursos naturais: madeira, pedras preciosas, mica e solos férteis. Nos anos 1950, as casas comerciais eram detentoras de grandes estoques de mercadorias e enorme freguesia regional.

A indústria da madeira foi fator decisivo na formação regional e no processo de urbanização. As atividades de beneficiamento da madeira, cujo auge também se concentrou nos anos 1940 e 50, tiveram um papel central no crescimento da cidade, onde operavam 14 grandes serrarias e uma fábrica de compensados. A principal empresa foi a subsidiária da Siderúrgica Belgo Mineira Companhia Agropastoril Rio Doce (CAP), que instalou uma das mais modernas fábricas de compensados do país, a três quilômetros do centro (atual bairro Universitário). Nos anos 1960 as grandes serrarias foram encerrando suas atividades. A cultura da cana-de-açúcar também foi destaque nesta época. Controlada pela subsidiária da Siderúrgica Belgo-Mineira, a Companhia Açucareira do Rio Doce (CARDIO) foi fechada em

meados dos anos 1970 pela dificuldade de se obter matéria-prima em quantidade necessária, desaparecendo os canaviais. E a cidade não estava livre de problemas típicos das zonas pioneiras: deficiências do fornecimento de água potável e energia elétrica e do saneamento básico. A maior dificuldade enfrentada era a malária. Na área de expansão urbana ficavam diversas lagoas que se constituíam em focos do mosquito transmissor. Com a implantação do Serviço de Saúde Pública (SESP), em 1942, os problemas da água e das endemias foram resolvidos, principalmente a malária.

Nos anos 1970, a situação se agravou. Não se desenvolveu uma cultura empreendedora, permanecendo a mentalidade extrativista frente à economia e o meio ambiente. A região, que no passado foi considerada a “terra da promessa”, passou a ser mencionada nos documentos oficiais, a partir dos anos 1960, como “região problema”.

Em 1993, calculou-se que cerca de 27.000 valadarenses haviam emigrado para o exterior, grande parte deles na faixa entre 16 e 35 anos. Os dólares enviados pelos emigrantes movimentaram a indústria da construção civil, o comércio e propiciaram a abertura de muitos negócios. Estes recursos foram fundamentais para manterem a dinâmica da economia nos anos 1980 e 90.

1.3 Aspectos Geográficos

A geografia de Governador Valadares é homogênea. O município conta com um relevo predominantemente ondulado e uma vegetação atlântica. Governador Valadares está localizada na mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de mesmo nome entre os rios Doce, Suaçuí Grande, e Suaçuí Pequeno, além de pequenos córregos e ribeirões, papéis importantes em sua configuração. A área total da cidade é de 2348,1 km², que representa 0,4003% do estado de Minas Gerais, 0,254% da Região Sudeste e 0,0276% de todo o território brasileiro. A cidade tem uma altitude média de 455,85 metros. O ponto culminante do município é o Pico da Ibituruna, que mede 1.123 metros, sendo um dos maiores de todo Vale do Rio Doce. No município predomina um relevo variando entre montanhoso e plano. Cerca de 60% do território valadarense são de mares de morros e montanhas, 25% das terras são montanhosas e nos 15% restantes o terreno é plano. A altitude mínima, que é de 191 metros, encontra-se na foz do Ribeirão Santa Helena.

O município é conhecido como "Princesinha do Vale" e "Capital do Vale do Rio Doce" por ser a maior cidade banhada pelo Rio Doce, este sendo ainda um dos seus principais atrativos. A cidade de Governador Valadares ainda é cortada pelos rios Rios Suaçuí

Grande e Suaçuí Pequeno que nascem nos municípios de Serra Azul de Minas e Coroaci, respectivamente e deságuam em seu território. No Rio Doce, a desordenada ocupação de suas margens, vem provocando vários problemas na época das chuvas, como enchentes cada vez mais devastadoras. Na pior inundação da história da cidade, ocorrida em fevereiro de 1979, ao longo de toda bacia do Rio Doce, foram cerca de 47.776 desabrigados, 74 mortes e 4.424 residências foram atingidas. O clima de Governador Valadares é tropical (tipo Aw segundo Köppen), com diminuição de chuvas no inverno e temperatura média anual de 24,6 °C, tendo invernos secos e amenos (raramente frios) e verões chuvosos com temperaturas moderadamente altas. A umidade relativa do ar (URA) média anual é de 70%, com ventos predominantes na direção nordeste, é fortemente influenciado pela presença do Pico da Ibituruna, que não somente parcialmente impede a circulação de ar na região, mas também serve como enorme refratário, consideravelmente aumentando a insolação de calor sobre Valadares. O clima é, portanto quente e úmido. Como na maior parte do país, apenas duas estações podem ser observadas.

A precipitação média anual é de 1113 mm, sendo julho o mês mais seco, quando ocorrem apenas 13 mm. Em janeiro e novembro, os meses mais chuvosos, a média fica em 203 mm. Nos últimos anos, entretanto, os dias quentes e secos durante o inverno têm sido cada vez mais frequentes, não raro ultrapassando a marca dos 30 °C especialmente entre os meses de julho e setembro. Durante o período chuvoso, são comuns enchentes nas partes mais baixas da cidade, principalmente em locais próximos ao rio Doce.

1.4 Aspectos socioeconômicos e demográficos

A população do município em 2010 apresentava uma densidade populacional de 112,1 habitantes por km². Segundo o censo de 2000, 47,83% da população são homens (118.098 habitantes) e 52,17% (128.799 habitantes) mulheres, e 95,54% da população vive na zona urbana e 4,46% vive na zona rural. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Governador Valadares possuía 178.962 eleitores em 2004. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais (em 853); 579º de toda Região Sudeste do Brasil (em 1666 municípios) e o 1260º de todo Brasil (entre 5.507 municípios). Considerando apenas a educação o valor do índice é de 0,867, enquanto o do Brasil é 0,849, o índice da

longevidade é de 0,720 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,730 (o do Brasil é 0,723). A cidade possui a maioria dos indicadores médios segundo o PNUD. A renda per capita é de 9 884,10 reais, a taxa de alfabetização adulta é 89,53% e a expectativa de vida é de 68,19 anos. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,42, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor. A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 24,64% e a incidência da pobreza subjetiva é de 19,64%. De acordo com a prefeitura, o município teve em 2009 cerca de 135 pessoas em situação de rua. 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar.

Nos últimos anos, Governador Valadares se tornou conhecida pela grande quantidade de pessoas que emigram da cidade para o exterior em busca de melhores condições de vida. Há no município uma grande injeção de dinheiro, por conta desses milhares de imigrantes, localizados em sua maioria, nos Estados Unidos. Pelo lado negativo, é conhecida também como um dos maiores redutos brasileira de mão de obra clandestina para os EUA.

O Produto interno bruto - PIB de Governador Valadares é o 153º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços, já que o município não possui nenhuma indústria de grande porte implantada. Boa parte da renda da cidade vem do exterior, cujos números são impossíveis de se contabilizar por se tratar de imigrantes em situação ilegal. Nos dados do IBGE de 2006, o município possuía R\$ 2 589 447,307 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total, 265.108 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB *per Capita* de R\$ 9 884,10.

A agricultura tem pouca importância em Governador Valadares. De todo o PIB da cidade, 32.525 mil reais é o valor adicionado bruto da agropecuária. Destacam-se as culturas de arroz, feijão e milho. Segundo o IBGE em 2006 o município possuía um rebanho de 167.593 bovinos, 6.350 suínos, 6.000 equinos, 6.000 ovinos, e 300.000 aves, dentre estas 182.490 galinhas e 110.000 galos, frangos e pintinhos. Em 2006 a cidade produziu 24.466 litros de leite de 26.139 vacas. Foram produzidos 50 mil dúzias de ovos de galinha. A lavoura permanente da cidade produz principalmente banana (1.000 toneladas), Coco-da-baía (10.000 frutos por Hectare), laranja (300 toneladas) e maracujá (10 toneladas). Na lavoura temporária, são produzidos principalmente o arroz (30 toneladas), a batata-doce (39 toneladas) e a cana-de-açúcar (500 toneladas), sendo este último o principal produto agrícola do Brasil, sendo cultivada desde a época da colonização do país.

Do PIB total da cidade, 365.528 mil são da indústria (setor secundário). Grande parte do valor arrecadado pelas indústrias vem do Distrito Industrial. Um forte Distrito

Industrial/misto está instalado à Oeste do município, distanciando-se cerca de 6 Quilômetros do Centro de Governador Valadares.

O setor terciário atualmente é a principal fonte geradora do PIB valadarense. O GV Shopping, localizado no centro da cidade é um dos mais movimentados da região. Além de grandes lojas, como o Ponto Frio, Lojas Americanas, McDonald's, o shopping possui pequenas e médias empresas com sede no próprio município ou na região.

A estrutura urbana de Governador Valadares conta com boa infraestrutura. No ano de 2000, a cidade possuía 65.827 domicílios, entre apartamentos, casas, e cômodos. O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. Em 2000, 94,45% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água; 82,15% das moradias possuíam coleta de lixo e 82,23% das residências possuíam escoadouro sanitário. Seu Índice de Gini é de 0,42.

1.5 Sistema de saúde

1.5.1 Conselho Municipal de Saúde

A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde é composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação é realizado em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

O número de conselheiros é definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei. Mantendo o que é proposto nas Resoluções 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

1. 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;

2. 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
3. 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais tem como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.

De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, são contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

1. Associações de pessoas com patologias;
2. Associações de pessoas com deficiências;
3. Entidades indígenas;
4. Movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...);
5. Movimentos organizados de mulheres, em saúde;
6. Entidades de aposentados e pensionistas;
7. Entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
8. Entidades de defesa do consumidor;
9. Organizações de moradores;
10. Entidades ambientalistas;
11. Organizações religiosas;
12. Trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas;
13. Comunidade científica;
14. Entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
15. Entidades patronais;
16. Entidades dos prestadores de serviço de saúde; e
17. Governo.

As entidades, movimentos e instituições eleitas no Conselho de Saúde têm os conselheiros indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.

A representação nos segmentos é distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

O Plenário do Conselho de Saúde se reúne, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e tem como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões são encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias. As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

1.5.2 Fundo Municipal de saúde

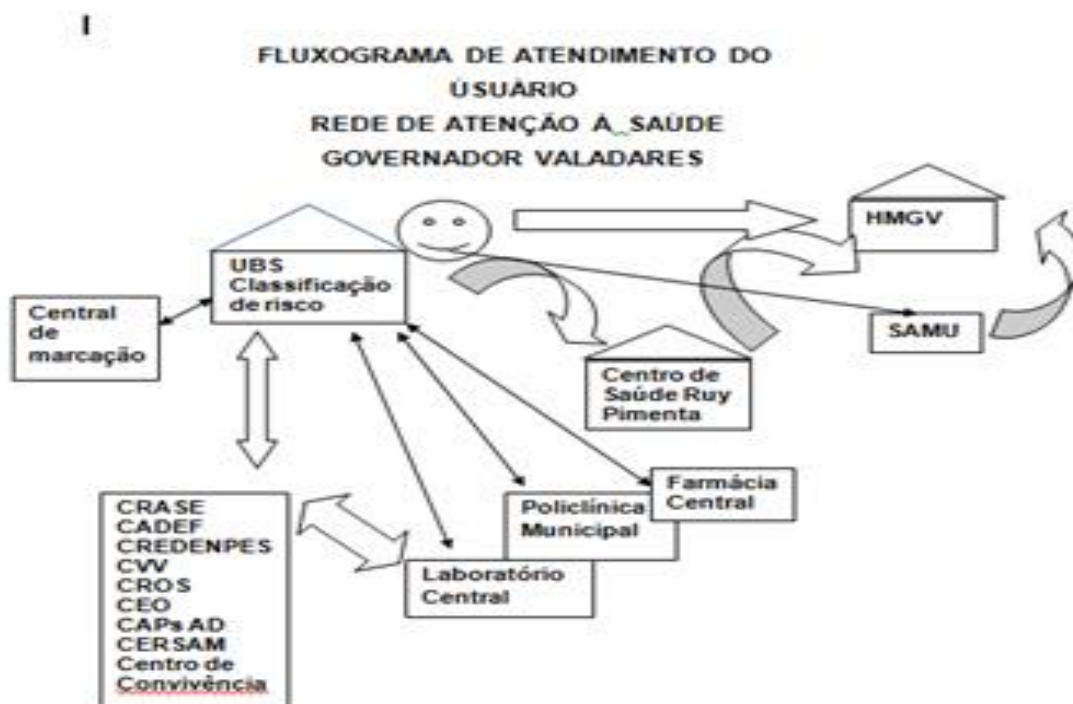
De acordo com a Constituição Federal (art. 77, § 3º. do ADCT), Lei 8.142/90, Decreto nº. 1232/94, Portaria GM/MS nº. 204/07, IN/SRF/RFB nº. 748/2007 e Resolução CNS nº. 322/03, o recursos referente a saúde repassados aos municípios somente se darão através do Fundo Municipal de Saúde. O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora, obedecendo à classificação funcional-programática.

Quadro – 1 Orçamento destinado a saúde do município de Governador Valadares

2014	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Vigilância em Saúde	0,00	122.785,50	122.785,50	122.785,50	122.785,50
Média e alta complexidade	7.369.597,51	7.824.904,93	8.356.771,09	7.654.539,79	6.324.681,61
Investimentos	200.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Atenção básica	1.292.840,00	1.451.871,57	1.267.002,00	1.558.827,00	661.762,00
Assistência farmacêutica	112.608,00	132.608,00	10.000,00	235.216,00	0,00
Total	8.975.045,51	9.532.170,00	9.756.558,59	9.571.368,29	7.109.229,11

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. O município de Governador Valadares possui uma cobertura da atenção básica de aproximadamente 59,67% da população e conta com 41 Unidades de Saúde da Família, 41 Saúde Bucal, 4 Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Figura 1- Sistema de referência e contra referência e redes de média e alta complexidade



1.6 Características da Estratégia de Saúde da Família Atalaia

1.6.1 Área de abrangência/Território

Número de famílias e de habitantes: 973 famílias e 3470 habitantes

Taxa de emprego e principais postos de trabalho: os principais postos de trabalho são: serviços gerais em primeiro lugar seguido de pedreiro em segundo e diarista em terceiro

Como morrem: principalmente de complicações de doenças crônicas como os acidentes vasculares

1.6.2 Recursos da comunidade

A área adscrita ou bairro Atalaia fica em uma região periférica da cidade de Governador Valadares e conta com comércio diversificado como, supermercados, vendas, bares, salões de beleza, verdurões, oficinas, dentre outros. Apresenta nível de saneamento básico completo em mais de 75%. Também conta uma escola pública municipal e um posto de saúde, onde funciona ESF, em casa alugada, mal adaptada.

1.6.3 Recursos Humanos e Materiais

A unidade básica funciona como ESF e conta com, 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 técnica de enfermagem, 5 ACS, 1 secretária e 1 vez por semana temos ainda, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 educador físico. Todos desempenham com louvor suas funções e ressaltam que as ACS são exímias conhecedoras do território adscrito, reconhecendo as necessidades, problemas e demanda da população e juntamente com os demais profissionais, não só ajudam como propõem ações de promoção, prevenção e busca ativa. Funciona de segunda a sexta, com suporte do NASF, de 7h as 11h e de 13h as 17h. Funciona em casa alugada mal adaptada, com pouca manutenção, sem identificação, conta com recepção, um consultório médico, um consultório para dentista, um para enfermeira, uma sala de curativo, uma sala de reuniões, uma sala de vacina, uma sala de cuidados gerais com leito de observação, uma sala de armazenamento de medicação e cozinha.

1.7 Escolha do Problema

Após um inquérito realizado através de entrevistas, observações clínicas em consultas e visitas domiciliares, além de reuniões periódicas com equipe local, SIAB e também um questionário com perguntas simples, contendo: idade da mãe, grau de instrução, renda familiar, estado civil, situação ocupacional, número de filhos, tipo de aleitamento, uso de chupeta, problemas respiratórios, número de internações, etc. Observou-se um grande número de doenças crônicas como DM2, dislipidemias nutricionais, problemas respiratórios e gastro-intestinais, com uma relação direta entre a diminuição das taxas de prevalência dessas intercorrências com o aumento na educação permanente do aleitamento materno, da prática adequada do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

No que tange a hábitos e estilos de vida nas crianças de até dez anos de idade, observou-se um número alarmante do aumento efetivo de cuidadoras (avós), responsáveis na íntegra pelo cuidado, o que por sua vez, pode estar diretamente relacionado com o nível de informação, elevada prevalência de analfabetos, baixa escolaridade e comportamento de risco entre adolescentes, o que remete a um estudo na Grã-Bretanha, iniciado em 1937, com duração de mais de 60 anos, comprovando relação direta do aleitamento materno exclusivo e crianças com QI mais elevado (COLLINS, 2013). A ausência desses fatores culmina em um aumento da pressão social, além disso, o aumento do número de gestações precoces e indesejadas reflete na diminuição do vínculo materno-afetivo, que acarreta o desmame precoce. Como já citado, são fatores de risco para diversos fatores que elevam a pressão social e desta forma expõem as engrenagens desse círculo vicioso.

Quando se observa a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho, percebe-se que não há uma referência quanto aos bancos de leite ou pré-natal de alto risco, divulgação inadequada, ou inexistência do método mãe-canguru, ausência de projetos que visem a orientação da pega e postura adequada (Dolas), hospitais que disponibilizam maternidade com estrutura inadequada (ausência de UTI neonatal). Ações básicas essas que promoveriam diminuição de agravos evitáveis, tanto mortalidade materna quanto infantil precoce, aumento do vínculo, aumento na produção de leite, promovendo prevenção primária, secundária e educação continuada.

A escolha do tema foi determinada, sobretudo pelo grande número de mães que estão desmamando precocemente seus filhos, abuso de aleitamento artificial e outras fontes (vaca, cabra, etc.), grande número de crianças menores de dois anos com queixas gastrointestinais e respiratórias, distúrbios do crescimento e desenvolvimento além de imposição de mitos

repassados através de gerações que dificultam o cuidado e educação sobre aleitamento materno adequado.

O método escolhido será através de um questionário dedicado a mães com filhos de até 2 anos de idade, que residiam em Governador Valadares – MG no bairro Jardim Atalaia e no bairro Ipê a fim de se verificar a correlação entre o aleitamento materno, desmame precoce e seu impacto na saúde dos lactentes, além disso, verificar se dentro de uma mesma população adstrita há diferenças relevantes, ligadas a fatores sociais, culturais ou econômicos que resultem em uma discrepância com relação ao posicionamento adotado por essas mães a que diz respeito ao aleitamento materno *versus* aleitamento artificial.

1.7.1 Nós Críticos

- Baixa prevalência de aleitamento materno
- Nível de informação
- Comportamento de risco entre adolescentes
- Gestação em idade precoce
- Baixa adesão ao pré-natal

2 - JUSTIFICATIVA

Seguindo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), podemos observar que a amamentação é uma ótima forma de prevenção de várias afecções. Posto isto, devemos buscar uma melhoria no número e na qualidade do aleitamento materno para que possamos efetivar a prevenção, como preconizada na ESF.

Na ESF Atalaia encontramos uma baixa adesão, devido a vários motivos, tais como baixa escolaridade, falta de informação a respeito da importância do tema, facilidade e comodidade dos leites industrializados, falta de tempo devido á volta ao trabalho (informal) antecipada, entre outros. Diante desses fatores, percebemos a importância de aumentarmos o número de mães que amamentam seus filhos.

Para isso, há uma necessidade de iniciarmos fóruns, congressos e seminários que abordem o tema com mais austeridade, não apenas expondo o quadro atual, mas promovendo a participação dos profissionais da saúde envolvidos no processo, desde o momento do pré-natal até a puericultura, com isso, há um reforço da assistência em rede, identificando fragilidades e pontos de desequilíbrio no estabelecimento de metas, assim com os pontos que dão sustentabilidade e reforçam esses, podendo corrigi-los sempre em tempo hábil, para que os resultados já efetivados como Rede Cegonha e Mães De Minas não se percam no meio do caminho como inúmeros outros.

É com esse contexto que percebemos uma lacuna na abordagem desse tema, podemos observar que temos projetos que estimulam e fiscalizam o pré-natal, voltados para a mãe e para o bebê, porém, não se observa uma abordagem nos primórdios do problema, o planejamento familiar. Visto que o aleitamento materno é de fundamental importância para a puérpera como para o recém-nascido justifica-se a importância de realizar o estudo e de elaborar um plano de intervenção para o problema priorizado da ESF Atalaia.

2.1 Descrição das operações propostas com base nos nós críticos:

2.1.1 Projeto “#Maisbiturunamaterno”

Projeto que está focado em campanha de redes sociais, vista a facilidade de propagação e idade do público alvo, a fim de promover o banco de leite humano, seu conhecimento por parte da população, sua importância, doações tanto de leite quanto de potes que condicionem o leite doado.

2.1.2 Projeto **“Se liga cegonha”**

Projeto onde o foco inicia dentro das escolas, compreendendo todas as faixas etárias até chegar nas ESFs, voltado às pré-adolescentes até mulheres em idade fértil através de palestras e interação direta entre escola e ESF, distribuição de insumos, atividades teatrais, atividades interativas relacionadas tanto a frequência escolar, quanto ao acompanhamento do pré-natal, tendo um envolvimento não apenas dos profissionais da saúde mas também dos profissionais educadores, tornando-se um dia quase que dedicado a essa estratégia, onde nas escolas os jovens participariam de oficinas direcionadas a sua faixa etária e nas ESF eventos voltados para impactar o público alvo acerca das consequências da ausência do planejamento familiar e do desmame precoce.

3 - OBJETIVO GERAL

Implementação das intervenções: **“#Maisbiturunamaterno”** e **“Se liga cegonha”**

3.1 Objetivos específicos.

- Identificar os fatores determinantes da baixa adesão ao aleitamento materno;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta elaborada;
- Identificar os benefícios do aleitamento materno para as puérperas e crianças;

4 - REVISÃO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

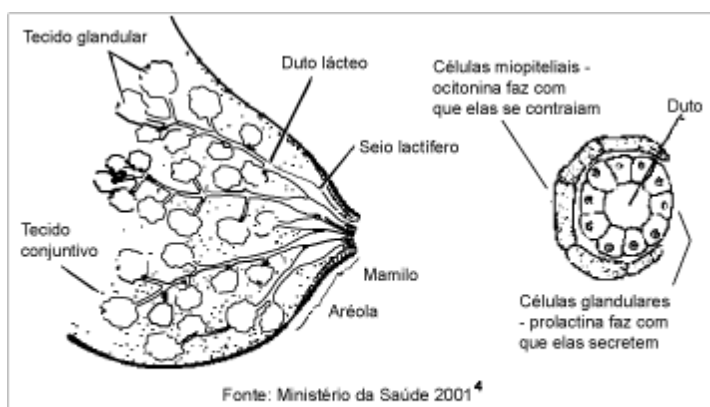
4.1 - Anatomia e Fisiologia da Mama

4.1.1 - Anatomia das Mamas

As mamas são glândulas exócrinas, responsável pela produção do leite, e que contém pequenas glândulas tubo-alveolares. As estruturas que constituem essas glândulas são: alvéolos, seios lactíferos, lobos e lóbulos, tendo cada um sua função^{2,6}.

Os alvéolos são responsáveis pela produção do leite que posteriormente é conduzido até os seios lactíferos onde fica armazenado. Os seios lactíferos estão presentes em lobos e estes são divididos em lóbulos formando assim os alvéolos. Entre os lobos estão presentes tecido conectivo, tecido nervoso e vasos sanguíneos e linfáticos, responsáveis pela irrigação da mama. Envolvendo os alvéolos temos as células mioepiteliais^{2,6}.

Figura 2 – Anatomia da mama



Fonte: Ministério da Saúde 2001⁴

<http://pediatriasaopaulo.usp.br/index.php?p=html&id=1163>

4.1.2 - Fisiologia da Lactação

Durante a gestação, na preparação da lactação, temos os hormônios progesterona, estrogênio, lactogênio placentário, gonadotrofina coriônica, prolactina e ocitocina.

A prolactina é um hormônio produzido pela hipófise anterior e responsável pela secreção do leite. Antes do nascimento temos a prolactina em altíssimos níveis, mas ainda assim não há secreção do leite, devido a inibição feita pelo hormônio lactogênio placentário. Após o nascimento há queda de progesterona e, conseqüentemente, inicia-se a secreção de leite através da prolactina. Ocorre também a liberação da ocitocina que é produzida pela hipófise posterior que, por sua vez, realiza a ejeção do leite através da sucção.

A primeira fase da lactação ocorre até três e quarto dia basicamente por ação dos hormônios. Passada essa fase a lactação é comandada até o fim pelo bebê através da sucção e esvaziamento da mama; por esse motivo que, quando a mãe passa por problemas ou a criança não suga o suficiente ou de maneira incorreta, interfere na síntese do leite. Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama sob o estímulo da prolactina que é liberada graças à inibição da liberação de dopamina.

A liberação da ocitocina provocada pelo estímulo da sucção também ocorre em resposta a estímulos como visão, cheiro, choro da criança, motivação e autoconfiança da mãe, e quando não se tem esses estímulos à lactação é prejudicada.

Muitas mães desistem de amamentar devido aos efeitos que a ocitocina provoca como sensação de pressão, formigamento, picada nos seios imediatamente antes ou durante uma mamada, gotejar de leite do outro seio quando o bebê está a mamar, leite a escorrer dos seios se o bebê larga o seio durante a mamada, dores pela contração do útero, acelerando a involução, diminuindo o sangramento pós- parto.

4.2 - Composições do leite materno

O leite materno é a primeira e principal fonte de nutrientes que uma criança necessita para seu desenvolvimento nos primeiros meses de vida, por sua importância na proteção imunológica, contra doenças infecciosas, na adequação nutricional e no desenvolvimento efetivo e psicológico. O colostro (Quadro 2) é o primeiro leite produzido após o parto e possui componentes diferentes do leite materno (Quadro 3).

Quadro 2: Composição do leite materno

	Leite Materno
Proteínas	Quantidade adequada e fácil de digerir
Lipídeos	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão
Vitaminas	Suficiente
Minerais	Quantidade adequada
Ferro	Pouca quantidade, boa absorção
Água	Suficiente
Propriedades Antiinfecciosas	Presente
Fatores de Crescimento	Presente

Fonte: OMS/CDR/93.6

Quadro 3: Composição do colostro

Propriedade	Importância
Rico em anticorpos	Protege contra infecções e alergias.
Muitos leucócitos	Protege contra infecções.
Laxante	Expulsa o mecônio, ajuda a prevenir a icterícia.
Fatores de crescimento	Acelera a maturação intestinal, previne alergia e intolerância.
Rico em vitamina A	Reduz a gravidade de algumas infecções (como sarampo e diarreia); previne doenças oculares causadas por deficiência de vitamina A.

Fonte: OMS/CDR/93.6

Existe ainda uma diferença entre a composição do leite materno e outros leites. Na tabela 1 mostra a relação de nutrientes entre o colostro, leite maduro e o leite de vaca.

Tabela 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

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

Fonte: Ministério da Saúde 2009

4.3 – Benefícios do aleitamento materno

O aleitamento materno é uma prática fundamental na vida da criança, devendo ser cada dia mais orientado em função de suas inúmeras vantagens. É importante salientar que os benefícios do aleitamento são tanto para o filho, quanto para a mãe que está amamentando.

Os benefícios para o lactente incluem: a) melhor desenvolvimento da cavidade bucal devido os conteúdos; b) redução de doenças crônicas ; c) diminuição do risco contra diarreia no amamentado; d) redução do risco de asma com aleitamento exclusivo e, independente de ser exclusivo, também reduz o risco de sibilos e dermatite atópica; e) proteção contra doenças respiratórias, pela presença de anticorpos encontrados na composição do leite; f) aumento dos laços afetivos durante o ato de amamentar, devido à proximidade entre mãe e filho, sendo ainda um benefício psicológico para a criança (há transmissão de carinho e intimidade durante o aleitamento).

Considerando a lactante, as vantagens que a amamentação lhes garante envolve: a) redução da incidência do câncer de mama em mães que amamentam, diminuindo em cerca de 4,3% de chance desse câncer a cada 12 meses de duração de amamentação ; b) proteção contra diabetes, já que a produção do leite está interligada a uma melhor homeostase da glicose; c) perda de peso após o parto; d) retorno do útero para o tamanho normal em menor tempo; d) redução de sangramentos após o parto, diminuindo os riscos de anemias.

Além de todos os benefícios já citados, o aleitamento exclusivo promove economia para família em compras de leites e reduz os atendimentos médicos, hospitalizações e o uso de medicamentos.

4.3.1 - Técnicas de Amamentação

Durante a gestação, a mãe deve ser devidamente orientada em relação à forma de amamentar, solucionando dúvidas e demonstrando a técnica correta (Figuras 3 e 4), além de ser alertada quanto a má pega (Figura 5). Para iniciar a amamentação, a criança deve estar acordada, com fome, vestida com roupas confortáveis e deve se fazer uma higienização da mama com o próprio leite sempre antes de iniciar a amamentação. A posição é escolhida pela puérpera, em um local confortável (Figura 6).

Inicia-se a amamentação pela mama mais cheia e a pega correta é fundamental para que a mãe não sinta dor. A boca tem que estar bem aberta abocanhando toda a parte inferior e

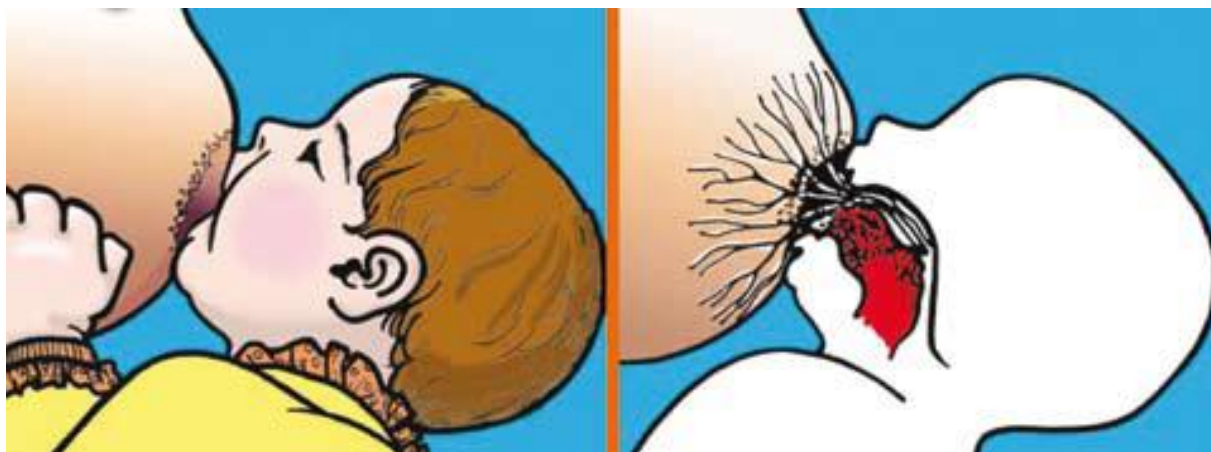
superior da aréola; a duração é variável entre 15 a 30 minutos, uma vez que a demanda é regida pela própria criança (dura enquanto ela estiver sugando a mama). Para interromper a mamada deve-se usar o dedo mínimo, lembrando sempre que a criança deve eructar após cada mamada.

Figura 3: Pega correta



Fonte: coisinhasdashemet11.blogspot.com

Figura 4: Pega Adequada ou Boa Pega



Fonte: coisinhasdashemet11.blogspot.com

Figura 5: Má pega



Fonte: coisinhadashekmet11.blogspot.com

Figura 6: Posição para amamentação



Fonte: google.com.br/banco de imagens

4.4 – Problemas mais comuns que podem interferir no aleitamento materno

A promoção da amamentação na gestação está diretamente relacionada à prevalência do aleitamento materno, principalmente entre as primíparas. O pré-natal e o aconselhamento das futuras mães são de extrema importância para não apenas motivar, mas também esclarecer e orientar as mulheres que irão amamentar. Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Fazer com que a mãe e as pessoas entendam as necessidades do bebê é fundamental para a tranquilidade de todos os membros da família. Uma importante causa de desmame é o choro do bebê. Muitas mães frustram-se ao se depararem com crianças que demandam (choram) mais que outras e apresentam maiores dificuldades na passagem da vida intrauterina para a vida extrauterina. Elas, com frequência, interpretam esse “choro” como fome ou cólicas. Algumas ficam tensas e ansiosas com o choro dos bebês e tendem a transmitir esses sentimentos a eles, o que provoca mais choro, tornando-se um ciclo vicioso. Tais crianças, ao perceberem essa frustração, aumentam ainda mais a sua demanda. Nesses casos, é comum certas mães rotularem os seus bebês de “bravos”.

Muitas mães ainda se queixam de que os seus bebês “trocam o dia pela noite”. Isso ocorre por uma adaptação do recém-nascido, que em alguns casos costumava ser mais ativo durante a noite, no útero. Eles podem levar algum tempo para se adaptarem ao ciclo dia/noite. Dessa forma, as mães que são orientadas e tranquilizadas quanto a esse eventual comportamento do bebê tende a apresentar maior sucesso da amamentação e uma futura relação harmônica. Ela deve ser orientada a responder prontamente às necessidades do seu bebê, já que carinho, proteção e pronto atendimento a essas necessidades tendem a aumentar a sua confiança e a favorecer sua independência em tempo apropriado.

Além dessas questões, existem outras complicações que podem atrapalhar diretamente o processo de amamentação. Dentre as principais dificuldades pode-se citar: a) a ausência de sucção ou sucção fraca do bebê. Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não é possível descobrir a causa dessa resistência inicial. Ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar.

Pode acontecer de o bebê ter problemas para sugar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento) ou porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa

determinada posição (existência de fratura clavicular, por exemplo); b) mulheres com “descida do leite” ou apojadura tardia (que ocorre alguns dias após o parto); c) presença de mamilos planos ou invertidos dificultando o início da amamentação. Entretanto, tal condição não a impede de amamentar, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Mães com mamilos planos ou invertidos devem receber apoio logo após o nascimento do bebê para que ela obtenha sucesso; d) no ingurgitamento mamário, há três causas básicas: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; e (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Com esses componentes, ocorre uma compressão dos ductos lactíferos, dificultando ou impedindo a saída do leite dos alvéolos e, sem alívio das mamas, pode haver interrupção da produção lactífera, com posterior reabsorção do leite represado ou até “empedramento” do mesmo.

Em casos de ingurgitamento patológico existe uma maior frequência de casos entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento. Outro ponto comum entre as nutrizes é a discreta ou moderada sensação dolorosa nos mamilos no começo das mamadas durante a primeira semana, devido à forte sucção deles e da aréola. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, pode predispor ao desmame.

A causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos.

Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses, é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante. Outra queixa comum durante a amamentação é “pouco leite” ou “leite fraco”. Muitas vezes, essa percepção é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome.

A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro, reforçando o ciclo vicioso citado anteriormente. A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação.

É comum, em algumas situações, a introdução de água, chás e principalmente outro leite seja por orientação de parentes, amigos, vizinhos, ou por vontade própria. Tais situações devem ser evitadas, pois há evidências de que o seu uso está associado com desmame precoce e aumento da morbimortalidade infantil. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito. Alguns autores denominam essa dificuldade de “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar.

Atualmente, a chupeta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno, além de outros motivos. Crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menor frequência, o que pode comprometer a produção de leite. Embora não haja dúvidas de que o desmame precoce ocorre com mais frequência nessas crianças que usam chupeta, ainda não são totalmente conhecidos os mecanismos envolvidos em tal associação. É possível que o uso da chupeta seja um sinal de que a mãe apresenta dificuldades na amamentação ou de que tem menor disponibilidade para amamentar.

O trabalho materno fora do lar também pode ser citado como um importante obstáculo à amamentação, especialmente em relação à amamentação exclusiva. A manutenção da amamentação nesse caso depende do tipo de ocupação da mãe, do número de horas no trabalho, das leis e de relações trabalhistas, do suporte ao aleitamento materno na família, na comunidade e no ambiente de trabalho e, em especial, das orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê. Também não é raro que crianças interrompam a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida. O desmame pode ocorrer pela diminuição da produção de leite, alteração no gosto do leite (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e cloreto), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez ou aumento da sensibilidade dos mamilos durante a gravidez.

Outras causas incluem gemelaridade, crianças com distúrbios neurológicos, com má formação orofacial, refluxo gastroesofágico, mães com necessidades especiais, patologias da mama como mastites e abscessos mamários, e situações em que há restrições ao aleitamento materno como mães portadoras do HIV, HTLV1 e HTLV2, Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, etc. É preciso estar atento para o risco do desmame precoce diante da presença de qualquer um dos fatores relacionados acima ou algum outro fator particular da mãe que possa interferir na evolução da amamentação.

5 - METODOLOGIA

Inicialmente foram realizadas reuniões com a equipe e com representantes da sociedade local, análise de dados do ministério da saúde (DATASUS), abordagem em grupos operativos, nesse momento foi identificado, que a população local habitava em uma área de conflito social e comportamento de risco, nível de escolaridade de moderado a baixo, alto índice de prevalência de doenças crônicas (DM, HAS, hipertrigliceridemia, ASMA/DPOC, etc.), analfabetismo, gestação em idade precoce, doenças sexualmente transmissíveis baixo vínculo familiar, elevado índice de desmame precoce e doenças diarreicas e estrutura ambulatorial em condições mínimas. Após a identificação dos problemas, iniciamos nova rodada de discussões onde foi elaborada uma planilha, contendo os principais problemas, riscos atribuídos a esses em alto, médio e baixo, levando em consideração o impacto em longo prazo, distribuindo pontos conforme sua urgência, definido se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe, numerando os problemas por ordem de prioridade, a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

Ao final, a principal iniciativa desta análise qualitativa e quantitativa é interligar as propostas de intervenção com as características tanto gerais do município de Governador Valadares quanto específicas do bairro jardim atalaia. Desta maneira abordando o problema em sua fonte promovendo a verdadeira prevenção de doenças e agravos, contribuindo para formação de indivíduos mais saudáveis e produtivos, que tenha impacto não somente no setor saúde, mas no indivíduo como um todo, um indivíduo capaz de exercer plenas atividades de cidadania.

Neste trabalho será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES e revisão de literatura com os seguintes descritores: Aleitamento Materno, Estratégia de Saúde da Família.

5.1 – Contexto epidemiológico em Governador Valadares

Segundo o DATASUS de outubro de 2014, no ano de 2008, foram registrados os seguintes dados relacionados ao perfil materno-infantil no município: 3801 de nascidos vivos, sendo que 5.8% nasceram prematuros. Dos partos realizados, 54.9% foram cesáreos e a idade das mães entre 10 e 19 anos representaram 18.9% do total das gestantes (0,5% entre 10 e 14 anos). A Taxa Bruta de Natalidade foi de 14,5%.

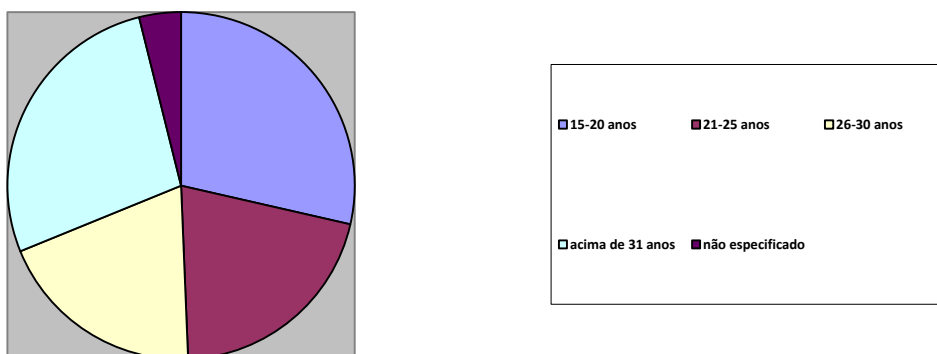
Considerando esses dados pode-se afirmar que o município de Governador Valadares apresenta um volume de nascimentos significativo. De acordo com profissionais de saúde do município, o aleitamento materno tem sido um problema que necessita de atenção. Apesar das campanhas e das orientações nas consultas de pré-natal e puericultura, a quantidade de mães que amamentam no pós-parto e o mantêm até o sexto mês de vida da criança de forma exclusiva, ainda está longe do ideal. Essa conclusão pôde ser confirmada a partir de um levantamento de dados feito em dois postos de saúde do município, nos bairros Atalaia e Asteca. Durante os atendimentos de puericultura, entre os meses de julho à setembro, foi traçado o perfil dos hábitos alimentares (principalmente) de crianças entre zero e dois anos, somando um total de 127 crianças (50 do bairro Asteca e 77 do Atalaia).

5.2 – Perfil do Bairro Atalaia

5.2.1 - Análise Quantitativa e Qualitativa

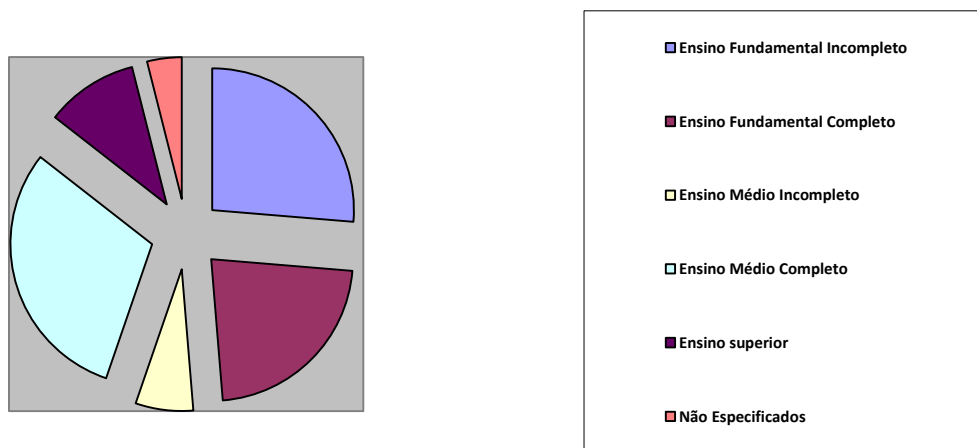
A partir de uma análise quantitativa dessas mães assistidas pela estratégia de saúde da família (ESF) bairro Atalaia, foi possível observar que a idade prevalente entre elas era entre 26 e 30 anos, representando 28,57% do total avaliado. As demais mães enquadravam-se entre 21 e 25 anos (20,78%), entre 15 e 20 (19,48%) e acima de 31 anos (27,27%) (Gráfico 1). Ao considerar o grau de escolaridade, 22,08% tinham ensino fundamental completo; 25,97% com ensino fundamental incompleto; 29,87% com ensino médio completo; 6,49% com ensino médio incompleto; 10,38% com ensino superior completo. Não foram especificados 3,89% do total das mães (Gráfico 2).

Gráfico 1 - perfil da Idade Materna, bairro Atalaia



Fonte: ESF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

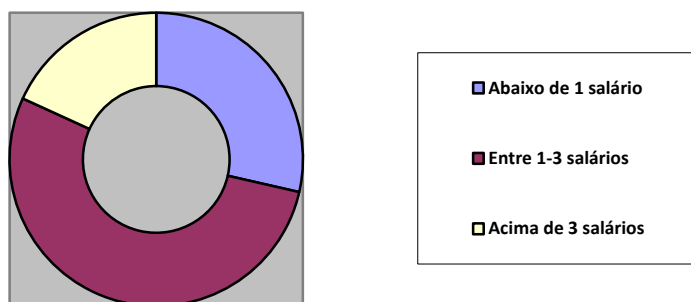
Gráfico 2 – Grau de escolaridade, nutrizes bairro Atalaia



Fonte: ESF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

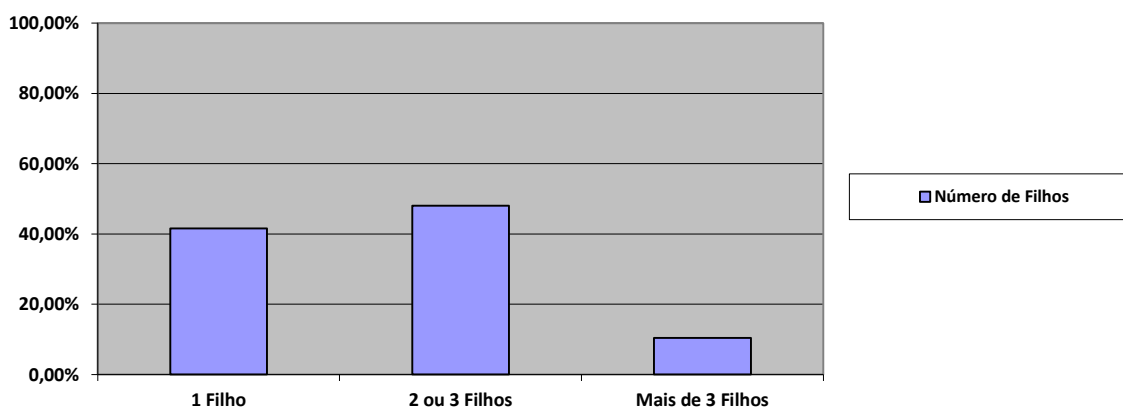
Com relação à renda familiar, 28,57% ganhavam menos que um salário; 53,25% entre um e três salários e 18,18% com mais de três salários (Gráfico 3). Outro ponto analisado foi o número de filhos dessas mães, ou seja, 41,55% com apenas um filho, 48,05% com 2 ou 3 filhos e 10,39% com mais de 3 filhos (Gráfico 4).

Gráfico 3 – Renda Familiar, nutrizes bairro Atalaia



Fonte: ESF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

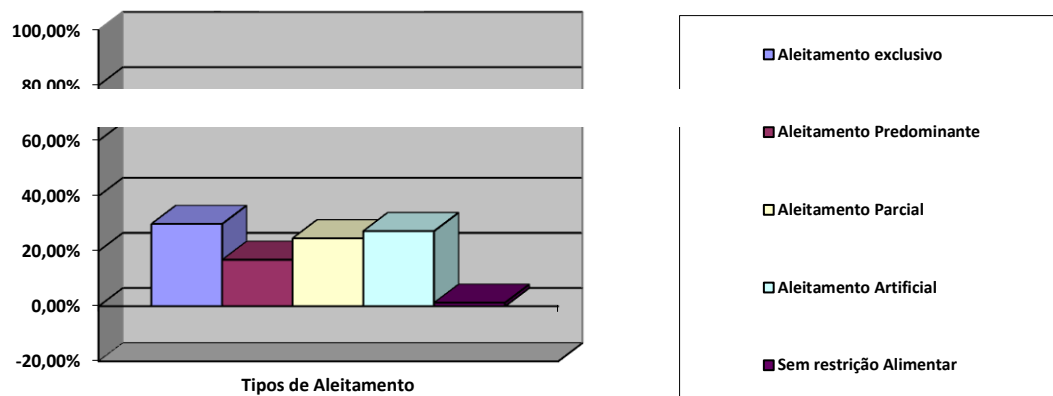
Gráfico 4 – Número de filhos, nutrizes bairro Atalaia



Fonte: PSF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

Numa análise objetiva do tipo de alimentação das crianças antes dos seis meses de idade foram definindo quatro tipos de aleitamento (exclusivo, predominante, parcial e artificial), concluiu-se que: 29,87% mantiveram aleitamento exclusivo, 16,88% acrescentaram chás e água além do leite materno (aleitamento predominante), 24,67% deram outro tipo de leite além do leite materno, associado a farinhas e ainda acrescentaram sucos, papas salgados e outros alimentos da família; 27,27% tiveram que acrescentar fórmulas maternas e apenas 1,29% não teve nenhuma restrição alimentar desde o nascimento (Gráfico 5).

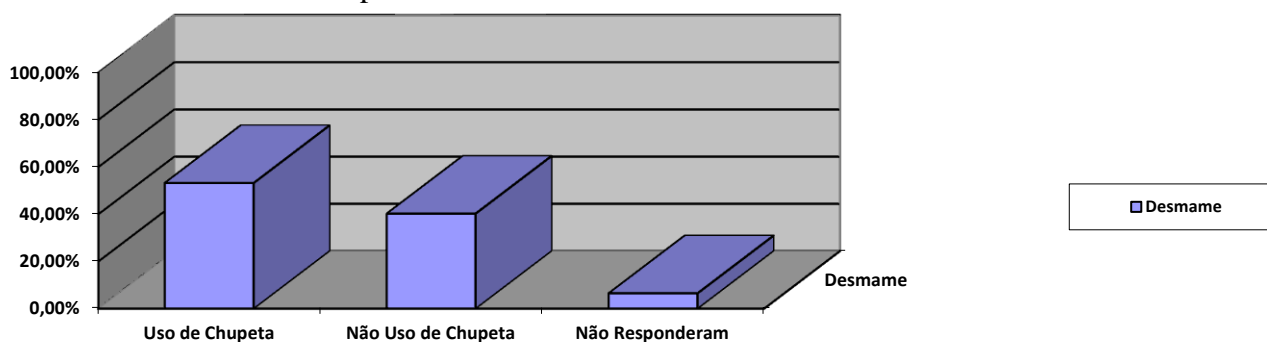
Gráfico 5 – tipo de aleitamento materno, nutrizes bairro Atalaia



Fonte: ESF Atalaia, GovernadorValadares - MG, 2014

Um fator que está diretamente relacionado ao desmame e foi observado pelo questionário é o uso de chupetas. Das crianças avaliadas, 53,24% faziam uso de chupeta, 40,25% não usavam e 6,49% não responderam a esse item (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Uso de chupeta em lactentes bairro Atalaia

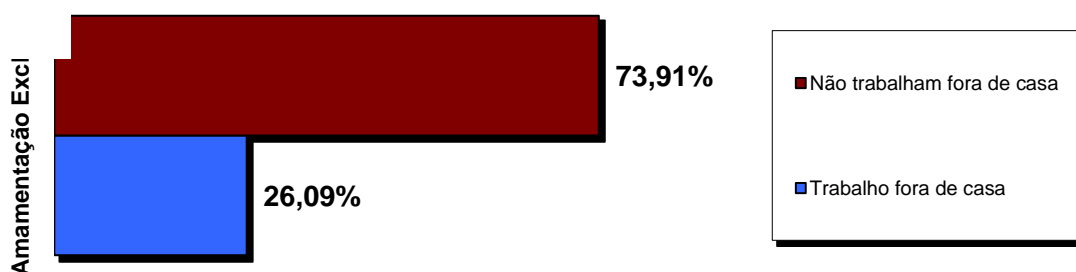


Fonte: ESF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

Outros aspectos questionados foram em relação ao estado civil e ao trabalho fora de casa. Dentre as mães que eram casadas ou tinham um relacionamento estável, 36,17% delas mantiveram o aleitamento materno exclusivo enquanto 63,93% introduziram outros alimentos juntamente à amamentação. Esta cifra pode corroborar que a estrutura familiar é muito importante para a manutenção da amamentação. As mães solteiras, por exemplo, nenhuma delas amamentaram exclusivamente na população em questão (ESF Atalaia).

Outro tópico levado em consideração é o fator trabalho. Entre as mães que trabalhavam fora, apenas 26,09% delas conseguiram amamentar exclusivamente, enquanto 73,91% não o fizeram (Gráfico 7). Tal dado reafirma a necessidade de reforçar e enfatizar, junto às empresas e contratantes de serviços, a importância da licença à maternidade ser estendida até os seis meses de vida da criança, sem que isso ameace a mãe quanto a estabilidade do vínculo empregatício (que se torna a grande preocupação das mães trabalhadoras). A maior parte dessas mães, segundo elas, não apresentam condições de manter o aleitamento; ou porque seus empregos são distantes; ou porque o próprio empregador não permite que ela se ausente para tal fim. E segundo grande parte delas, a ordenha e conservação do leite materno para uso posterior é hábito pouco difundido e de difícil manuseio, tanto pelas mães quanto dos cuidadores, com dificuldades que passam pela aquisição de material adequado, quanto pela indisponibilidade e impaciência das mães, que necessitam realizar tal procedimento algumas vezes ao dia, gerando grande desconforto.

Gráfico 7 – Amamentação exclusiva entre mães que trabalham fora de casa e as mães que não trabalham, bairro Atalaia



Fonte: ESF Atalaia, Governador Valadares - MG, 2014

Ao considerar a análise qualitativa, dois itens se destacaram: as justificativas para a interrupção do aleitamento seja ele exclusivo ou não, e o grau de adoecimento dos bebês amamentados e não amamentados, destacando-se principalmente a diarreia, e as internações por doenças diversas.

Para justificar o fim da amamentação, muitas mães citaram a dificuldade de trabalhar fora de casa e amamentar. Mais uma vez, é necessário reforçar a questão da licença à maternidade efetivamente mais prolongada (06 meses). O aconselhamento de parentes e amigos mais antigos (avós, tias, vizinhas, etc.), que foi outra justificativa apresentada pelas

mães, tem grande influência quando se trata da inclusão de chás, água, sucos antes da hora certa. As “conselheiras” repassam para as mães inexperientes ou até mesmo aquelas já tem filhos o que elas aprenderam e acreditam ser essencial para o bebê.

Algumas mães também se queixaram de problemas emocionais e/ou familiares como causa do desmame. Contudo, as respostas mais ouvidas foram as seguintes: “Meu leite secou”, “Meu leite não sustenta”, “Meu filho preferiu a mamadeira” e “Meu filho não quis mais o peito”. Perante essas respostas torna-se visível a necessidade de se investir mais em informação/orientação para essas mães e para futuras mães que ainda não saíram da escola sobre aleitamento materno e seus dogmas.

Não bastam apenas orientações no pós-parto imediato, já que nesse momento as mães acabaram de sair de um processo complexo, que é o parto, e estão acolhendo um novo ser em suas vidas. As ideias e informações a respeito da amamentação e de sua importância devem ser inculcadas nessas mães desde a primeira consulta de pré-natal até o sexto mês pós-parto. O ensinamento deve ser constante e assessorado por todos os profissionais de saúde para que a gestante e futura nutriz esteja segura quando iniciar o aleitamento e o que esperar dele.

Com relação a prevalência de diarreia e número de internações dentre as crianças com aleitamento materno exclusivo, 13,04% e 4,34%, respectivamente, representaram o percentual de lactentes afetados e dessa forma, ilustrando grande parte do impacto em saúde pública, que se inicia desde os primórdios da vida extra uterina, através do fator bífido e imunoglobulinas advindas da mãe. Com a maturação adequada do trato gastrointestinal e prevenção de doenças com alto potencial de morbimortalidade para o bebê, torna-se evidente o impacto social e econômico que essa medida tem.

5.3 – Perfil do Bairro Asteca

A amostra de 50 nutrizes recolhida na ESF do bairro Asteca, será revisada em duas vertentes, análise quantitativa e análise qualitativa, para contemplação dos dados colhidos nesta fase da análise.

5.3.1-Análise Quantitativa e Qualitativa

Inicialmente foram observados que a distribuição entre as gestações teve apresentação parcialmente uniforme entre mulheres com idades entre; 21 a 25 anos, 26 a 30 anos e de 30 anos em diante. O grupo de gestações entre 15 a 20 anos mostrou ser menos da metade se comparado com o menor número de gestações do grupo de 26 a 30 anos, como observado em tabela 2.

Tabela 2 – Faixa etária, nutrizes ESF Asteca

Faixa etária das nutrizes	Distribuição
Entre 15 a 20 anos	6
Entre 21 a 25 anos	16
Entre 26 a 30 anos	13
Acima de 30 anos	15

Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

A escolaridade das mães foi dividida da seguinte forma; fundamental, médio e superior, sendo subdivididos em completo e incompleto. Foi observado que a escolaridade predominante foi do ensino fundamental, contando com 27 nutrizes, representando mais de 50% da amostra, e que, se somada ao ensino médio resultará em 49 nutrizes, o que representa 98% da amostra, ficando apenas 2% do restante da amostra em participação do ensino superior, como demonstrado em tabela 3.

Tabela 3 – escolaridade das mulheres em aleitamento materno, bairro Asteca

Escolaridade das mulheres em aleitamento	Distribuição
Ensino fundamental	Completo -> 8 nutrizes Incompleto -> 19 nutrizes
Ensino médio	Completo -> 21 nutrizes Incompleto -> 1 nutriz
Ensino superior	Completo -> 0 nutrizes Incompleto -> 1 nutriz

Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

A renda familiar teve sua distribuição representada em salários mínimos; menor que 1 salário mínimo, entre 1 a 3 salários mínimos e maior que 3 salários mínimos. Foi observado que a maior condensação da amostra, 40 nutrizes, estão vivendo no grupo em que a renda familiar se encontra entre 1 a 3 salários mínimos, o que equivale a 80% da amostra. Vale ressaltar que apenas 2 nutrizes vivem no grupo que recebem mais de 3 salários, 5 recebem 1 salário mínimo ou menos, e que 3 mães não souberam responder sobre a renda familiar, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 – renda familiar das mulheres em aleitamento, bairro Asteca

Renda familiar das mulheres em aleitamento	Distribuição
Menor que 1 salário mínimo	5 nutrizes
Entre 1 a 3 salários mínimos	40 nutrizes
Maior que 3 salários mínimos	2 nutrizes
Não souberam responder	3 nutrizes

Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

O número de filhos, foi subdividido em; 1 filho, de 2 a 3 filhos, mais de 3 filhos. O grupo de mães que apresentou de 2 a 3 filhos representou a maior fatia da amostra, com 29 mães, o que correspondeu a 58% da amostra, porém, mulheres com apenas 1 filho foram de 17 mães, o que representa 34% da amostra, portanto 92% da amostra do número de filhos fica condensada em mães com até 3 filhos, e que, mães com mais de 3 filhos

representaram apenas 8% deste total, como demonstrado em gráfico em pizza de proporções 8.

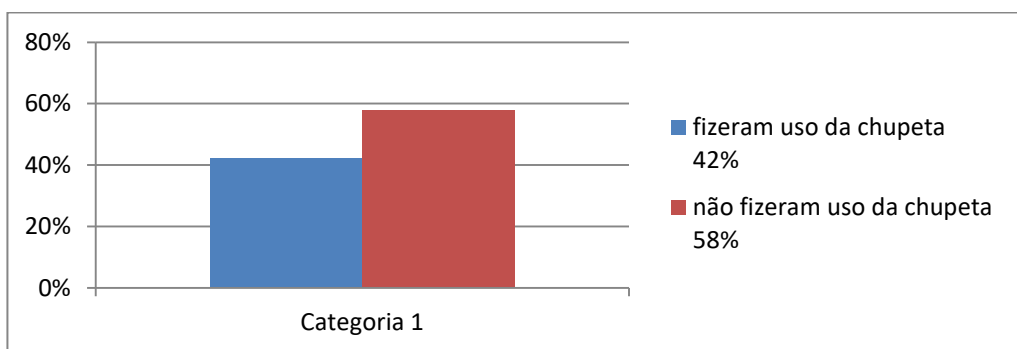
Gráfico 8 – Número de filhos e sua distribuição, ESF Asteca



Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

O uso da chupeta teve distribuição simplificada entre crianças que fazem o uso da chupeta e crianças que não fizeram uso da chupeta. A amostra obtida não se mostrou com discrepância da distribuição. A apresentação ficou com 42% das crianças que fizeram uso da chupeta e com 58% das crianças que não fizeram uso da chupeta, ou seja, o grupo das crianças que não fizeram uso da chupeta mostrou vantagem discreta, como demonstrado em gráfico de colunas 9.

Gráfico 9 – Uso de chupetas em lactentes, ESF Asteca

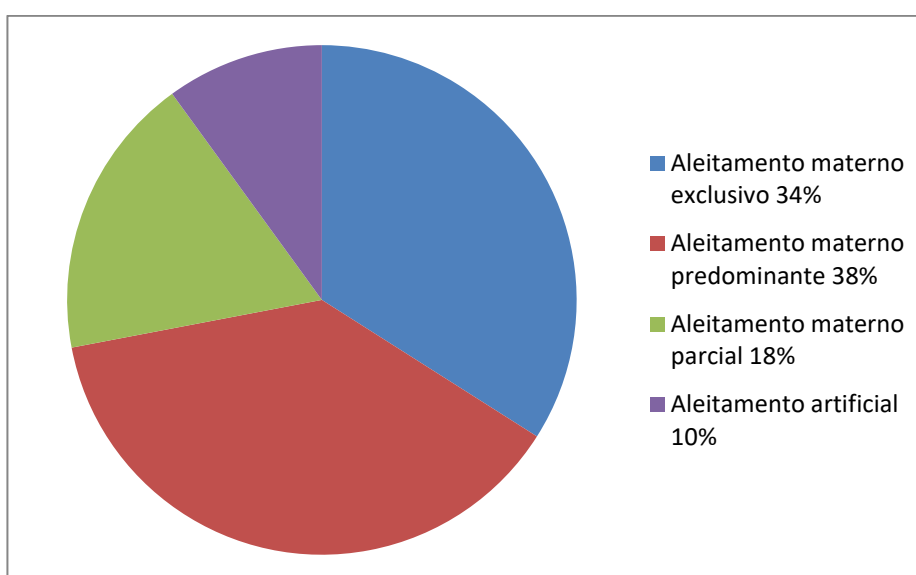


Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Quanto à distribuição do tipo de aleitamento adotado pela nutriz, houve divisão conforme conceituado em Definições Do Aleitamento materno; Aleitamento Materno Exclusivo, Aleitamento Materno Predominante, Aleitamento Materno Parcial e Aleitamento Artificial. A amostra apresentou distribuição bastante uniforme, quanto ao tipo de aleitamento

adotado pelas nutrizes, sendo que tanto o aleitamento materno exclusivo quanto o aleitamento materno predominante mostraram aceitação similar na população tendo 34% (17 nutrizes) e 38% (19 nutrizes) respectivamente, do total. O aleitamento parcial correspondeu a 18% (9 nutrizes) e o aleitamento artificial correspondeu a 10% (5 nutrizes) do total. Vale ressaltar, que 66% das nutrizes, se somado as mães que tiveram aleitamento predominante, com aleitamento parcial e com aleitamento artificial, não amamentaram exclusivamente, com verificado em gráfico em pizza de proporções 10 e tabela 5.

Gráfico 10 – Número de filhos e sua distribuição, ESF Asteca



Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Tabela 5 – Classificação do aleitamento materno, bairro Asteca

Classificação do aleitamento materno	Distribuição
Aleitamento materno exclusivo	17 nutrizes
Aleitamento materno predominante	19 nutrizes
Aleitamento materno parcial	9 nutrizes
Aleitamento artificial	5 nutrizes

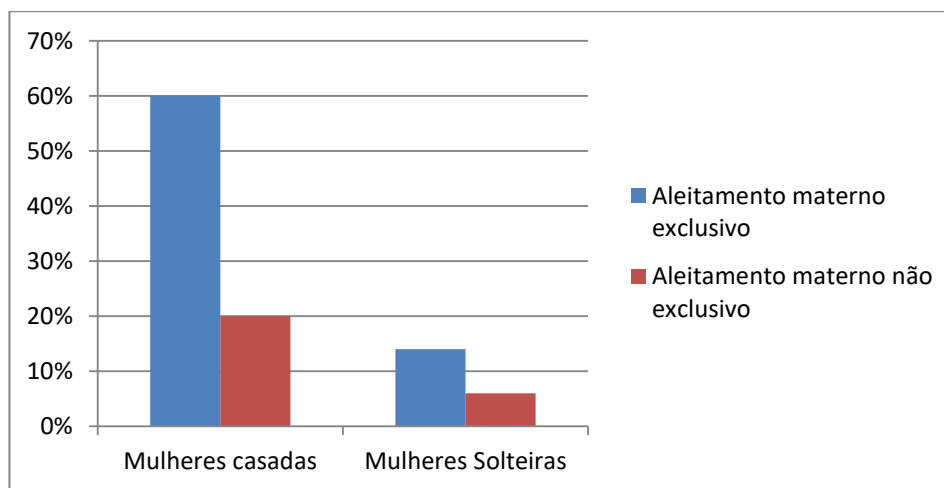
Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Inicialmente a análise qualitativa foi levada em consideração, para fins de direcionamento do estudo, principalmente as mulheres com aleitamento materno exclusivo que são casadas e as que são solteiras, afim de, verificarmos o impacto da eficácia e continuidade do aleitamento materno entre nutrizes que apresentam um ambiente familiar mais completo, sendo este composto pela figura paterna exercida pelo parceiro, em comparação com um ambiente familiar incompleto.

A distribuição dos dados foi classificada da seguinte maneira; mulheres casadas que amamentam exclusivamente e mulheres casadas que não amamentam exclusivamente, em comparação com, mulheres solteiras que amamentam exclusivamente e mulheres solteiras que não amamentam exclusivamente.

Os dados apresentados pelo estudo realizado são bastante conclusivo, mulheres casadas que amamentam exclusivamente representaram 60% (30 nutrizes) do total, enquanto, mulheres solteiras que não amamentaram exclusivamente representaram 6% (3 nutrizes) do total, lembrando que, mulheres casadas que não amamentaram com exclusividade representaram 20% (10 nutrizes) do total e que mulheres solteiras que amamentaram com exclusividade representaram 14% (7 nutrizes) do total, como demonstrado em gráfico de colunas 11.

Gráfico 11 – relação de mulheres casadas X mulheres solteiras e o tipo de aleitamento materno adotado, ESF Asteca



Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Apesar de o aleitamento materno exclusivo ter sido predominante em ambos os grupos, pode se evidenciar que um ambiente familiar completo, contribuiu para boa adesão e até o sucesso do aleitamento materno exclusivo. Então, pode-se estabelecer uma relação que,

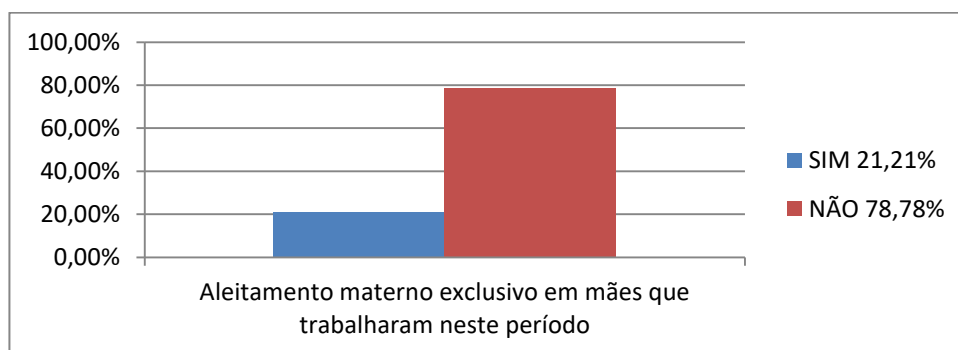
a opinião, o incentivo e a ajuda das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, são de extrema importância quanto ao aleitamento materno, por isso, é de extrema importância que a presença dos companheiros seja estimulada tanto em consultas de pré-natal quanto em palestras educativas e a todos os assuntos que são pertinentes as mãe, mas que ajudam a diminuir a ansiedade do casal quando estes se propõem a estarem juntos.

Outro ponto avaliado foi a relação da adesão ao aleitamento materno exclusivo e a nutriz que permaneceu trabalhando. Nesta parte da análise não foi levado em conta a prevalência dos outros tipos de aleitamento visto a distorção da interpretação dos dados, sendo evidenciado apenas as nutrizes que amamentaram exclusivamente.

A distribuição dos dados teve a seguinte classificação; das mulheres que trabalharam no período do aleitamento houve a seguinte subdivisão: mulheres que amamentaram exclusivamente neste período e mulheres que não amamentaram exclusivamente neste período.

A apresentação dos dados teve a seguinte conformação; das mulheres que amamentaram e trabalharam, essas representaram 33 mulheres do total pesquisado nesse período, destas, apenas 7 nutrizes amamentaram exclusivamente, ou seja, 21,21% do total. Sendo assim, 26 nutrizes, não tiveram uma boa adaptação ao aleitamento materno exclusivo, correspondendo a 78,78% dessas mulheres, como apresentado e gráfico de colunas 12.

Gráfico 12 – Aleitamento materno exclusivo em mães que trabalham neste período, ESF Asteca



Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

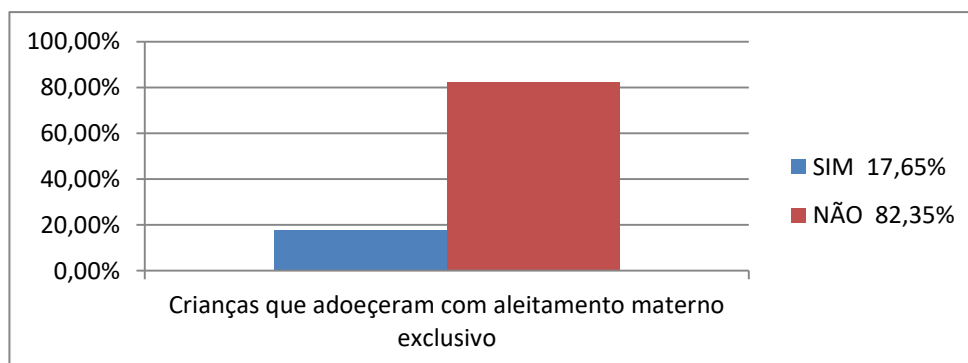
Apesar do reduzido número da amostra, nesta análise, pode-se observar que houve uma tendência das mulheres que trabalhavam e amamentavam no mesmo período, a não adesão e adaptação, ao aleitamento materno exclusivo. Seja ele por diversos motivos, seja ao

não cumprimento do prazo mínimo de 6 meses, ao trabalho no mercado informal ou até autônomo ficando sem o direito a licença maternidade, adotando atitudes de deixar a criança com familiares ou cuidadores que implementam seu próprio estilo de assistência ao lactente, situações múltiplas que culminam por diminuir o vínculo mãe-lactente resultando, no fim, o que foi comum a todas elas, o desmame precoce. Vale ainda reafirmar, neste momento da análise, a importância da licença maternidade e talvez de programas governamentais que estimulem, até com auxílio financeiro, o afastamento completo da nutriz no prazo mínimo de 6 meses, visto que, um emprego de recursos neste ponto pode significar economia aos cofres públicos, solidificando um dos princípios da estratégia de saúde da família que é a prevenção de doenças e agravos.

Outro ponto abordado nesta análise foi das crianças que receberam aleitamento materno exclusivo, verificando a prevalência de crianças que adoeceram nestas condições de nutrição. Foi levado em consideração apenas o aleitamento materno exclusivo, visto os evidentes benefícios já conhecidos do aleitamento exclusivo e já citados acima.

A distribuição e classificação dos dados nesta parte do estudo, foi feita de forma simplificada, tendo apenas em evidência a amamentação exclusiva que foi fragmentada em; crianças em aleitamento materno exclusivo que adoeceram e crianças que receberam aleitamento materno exclusivo e não adoeceram. Foi verificado que as crianças das mães que amamentaram exclusivamente, que corresponderam a 17 nutrizes no total, dessas, 14 não adoeceram, representando 82,35% delas, e que, apenas 3 crianças apresentaram algum problema de saúde, representando 17,65% delas, como verificado no gráfico de colunas 13.

Gráfico 13 – relação de crianças que não adoeceram em aleitamento materno exclusivo, ESF Asteca



Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Apesar da amostra reduzida, podemos observar nos dados acima, a discrepância entre os dois grupos já citados, confirmando assim, que mães que amamentaram exclusivamente, nesta população adstrita, tiveram filhos mais saudáveis, apesar da não comparação com o grupo de mulheres que não amamentaram exclusivamente, com isso, não havendo peso comparativo significativo. O que se observou, é que durante a coleta dos dados, mulheres que amamentaram exclusivamente compareciam menos a consultas médicas, ou até compareciam, porém, seus filhos apresentavam níveis de desenvolvimento e situação de saúde melhor dos que de mães que não amamentaram exclusivamente, sendo assim, esta análise pontifica uma questão, será que, não se captou mais mulheres que amamentaram exclusivamente seus filhos, por essas estarem em cuidado/dedicação (tempo x qualidade) maior aos seus filhos?

Por último, foram colocados em destaque, motivos mais frequentes de desmames observados nas mães que não obtiveram êxito no aleitamento materno exclusivo ou que não cumpriram o limite mínimo estabelecido de seis meses. Houve motivos de desmame atípicos como, mãe que iria passar por uma cirurgia, ou ainda, mãe que percebeu um seio maior que o outro, que para melhor discussão do estudo não foram computados propositadamente. Devemos lembrar ainda que, dentro das mulheres que não amamentaram exclusivamente, apenas 19 mulheres justificaram o motivo do desmame sendo que 3 não foram computadas por motivos já descritos acima.

Dentre os motivos mais frequentes, foram destacados; Criança largou o peito, com 6 justificativas, representando 37,5%, leite fraco/insuficiente, com 5 justificativas, representando 31,25%, nutriz que precisava trabalhar, com 3 justificativas, representando 18,75% e fissura mamilar, com 2 justificativas, representando 12,5%, como demonstrado em tabela 6.

Tabela 6 – Motivos frequentes de desmame, bairro Asteca

Motivos frequentes de desmame	Distribuição
Criança largou	6 justificativas
Leite fraco/insuficiente	5 justificativas
Nutriz que precisava trabalhar	3 justificativas
Fissura mamilar	2 justificativas

Fonte: ESF Asteca, Governador Valadares - MG, 2014

Algumas explicações são propostas para cada justificativa citada acima, por exemplo, “a criança largou” é uma queixa frequente, isto pode estar ligado a pega incorreta, portanto, deve-se ensinar/revisar em consultório e visitas domiciliares a técnica correta, como descrito no item 4.3.1, pedir para a mãe amamentar em consultório afim de correções de vícios que lhe são impostos culturalmente. Já a justificativa do “leite fraco” deve-se a associação do aspecto físico do leite materno ao seu valor nutricional. O aspecto translúcido do leite materno no início de cada mamada é interpretado como ausência de substâncias nutritivas quando comparado ao aspecto opaco do leite de vaca. A questão trabalhista já foi discutida acima e a fissura mamilar ou “peito rachado”, como é popularmente conhecido, é causa de trauma psicológico para muitas mulheres visto a dor intensa no ato de amamentar e/ou até acompanhada de infecção acarretando mastite, como algumas mães tentam resolução por si só não comparecem a consulta e o problema se prolonga. O tempo é fundamental tanto para o vínculo mãe e filho, quanto para a pega, estímulo lactogênico e desenvolvimento da criança, com esses fatores em queda, a mãe introduz outra alimentação tornando sua vida mais “confortável”.

6 - CONCLUSÃO

Após a verificação de todos os dados coletados e a interpretação dos mesmos de forma dicotomizada pode-se observar que, (1) não houve discrepância significativa entre as populações do bairro Asteca e do bairro Atalaia quanto ao posicionamento cultural da adesão do aleitamento materno e seus entraves socioeconômicos, (2) mulheres despreparadas tanto no sentido fisiológico, grau de instrução e familiar tendem a ter dificuldades no aleitamento materno exclusivo ou não compreendem bem sua importância no impacto da saúde de seu filho ou de sua própria saúde e (3) o aleitamento materno exclusivo alcançou proporções maiores em ambos os bairros (Asteca 34% e Atalaia 29,87%), isso não significa que é um resultado expressivo positivo, já que a maior representação ficou contida nas formas de aleitamento não exclusivas.

Diante dos aspectos abordados, pode-se dizer que ainda há muito trabalho com relação à melhoria das estatísticas sobre a amamentação. O que foi observado no município de Governador Valadares não está distante da realidade nacional. Existem ainda muitas barreiras que necessitam ser rompidas para aperfeiçoar a prática do aleitamento.

Outros cuidados como separar um momento tranquilo para amamentar seu filho ou ter o companheiro presente durante o aleitamento são atitudes simples que também podem auxiliar muito a mãe a manter boa produção do leite materno e criar um bom vínculo com o seu bebê. Deve-se ainda exaltar o trabalho dos profissionais de saúde que desde os ACS's até o profissional médico, passando pela enfermagem, dentistas e técnicos, tem realizado um trabalho exemplar a despeito dos recursos disponibilizados alcançando 40 nutrízes que compactuaram com o aleitamento materno exclusivo e com isso cumprindo a meta de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Portanto, enfatizar a ação protetora do leite materno e sua importância no desenvolvimento infantil torna-se algo de suma importância, sobretudo as questões observadas em Governador Valadares e que justificam os investimentos, propagandas e incentivos, que devem ser cada vez maiores e exaustivos, afim de divulgar e orientar sobre esse tema de enorme impacto na saúde populacional pois só conseguiremos alcançar o máximo do potencial genético de nossa população se houver o pilar saúde o sustentando e quem sabe , a partir daí, possamos chegar a discutir uma sociedade brasileira mais civilizada e

cidadã.

REFERÊNCIAS

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312770&search=minas-gerais|governador-valadares|infograficos:-informacoes-completas>; visita em 21/05/2014

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/supme/default_educacao.shtm; visita em 21/05/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**, Sistema de Informação da Atenção Básica .Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em 17 de Agosto de 2014.

IBGE .Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Ano 2013. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em 17 ago. 14.

CAMPOS JUNIOR, Dioclécio; LOPEZ, Fabio Ancona.**Tratado de Pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria.2ª ed. Barueri, SP : Manoele, 2010.

ESPGHAN Committee on Nutrition. - **Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. V.49:112–125, 2009

LEÃO, Ennio; CORREIA, Edison José et al.- **Pediatria Ambulatorial** Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 5 ed. 2013.

LEVY, Leonor, BERTOLO, Helena. **Manual de Aleitamento Materno**. Comité Português para a UNICEF – Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. **Disponível em http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf**. Acesso em 17 de Agosto de 2014.