

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLOVES ALVES MOUTINHO JÚNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA INCENTIVO À ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS NA
EQUIPE II DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO,
ARAGUARI/MG**

Uberaba/MG

2014

CLOVES ALVES MOUTINHO JÚNIOR

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA INCENTIVO À ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O SEXTO MÊS NA
EQUIPE II DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO,
ARAGUARI/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Mario Antônio de Moura Simim

Uberaba/MG

2014

CLOVES ALVES MOUTINHO JÚNIOR

**ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA O AMUMENTO DA ADESÃO AO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES DE VIDA NO
TERRITÓRIO DE COBERTURA DA EQUIPE II DO ESF SÃO SEBASTIÃO EM
ARAGUARI/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Mario Antônio de Moura Simim

Banca Examinadora:

Prof. Mário Antônio de Moura Simim - orientador

Prof. Sara Franco Diniz Heitor - examinador

Aprovado em Uberaba, 29/01/2014

AGRADECIMENTOS

A equipe II de ESF da Unidade de São Sebastião Araguari-MG

A toda equipe do curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina- UFMG, em especial a equipe do pólo de Uberaba-MG

Ao Prof. Me Mário Antônio de Moura Simim pelas orientações nesse trabalho

RESUMO

Este trabalho visa elaborar proposta de intervenção no território de cobertura da Equipe de Saúde da Família II (ESF) São Sebastião em Araguari-MG para verificar a taxa de aleitamento exclusivo até os seis meses de vida em crianças menores de dois anos. Durante o desenvolvimento da intervenção, foram realizadas entrevistas com as mães de crianças menores de 2 anos, elaboração de material didático para apresentação durante as reuniões dos grupos operativos, composto de cartazes, *folders*, vídeos, apresentação em *datashow* e bonecos para simulações, realização de visitas domiciliares nos primeiros sete dias pós-parto e treinamento dos técnicos de enfermagem para instruir as mães quanto às técnicas de amamentação corretas nos grupos operativos de aleitamento materno. O grupo operativo pós-natal apresentou como enfoque observar as mães em relação às suas dificuldades técnicas para amamentação e corrigir eventuais erros, encorajando ao aleitamento. A prevalência de aleitamento materno no Brasil ainda é pequena, demonstrando a necessidade de realização de programas especiais que visem o aumento da adesão a essa atividade tão particular, íntima e breve do ser humano.

Palavras-chave: Alimentação artificial, Aleitamento materno, Amamentação exclusiva, Lactente, Leite humano, Saúde da criança, Saúde da família, Saúde pública.

ABSTRACT

This work aims to develop a proposal for intervention in the coverage territory by team II FHS (Family Health Team) São Sebastião Araguari - MG to determine the rate of exclusive breastfeeding up to six months of life in children under two years . During the development of the intervention , it was performed interviews with mothers of children under two years , development of educational material for presentation during the meetings of the operative groups, consisting of posters , brochures , videos , presentation data projector and dolls for simulations; performance of domiciliary visits during the first 07 days postpartum and the training of technical nursing to help educate about the correct breastfeeding techniques in breastfeed operative groups. The post-operative group presents as approach to observe the mothers regarding their technical difficulties breastfeeding and correct any errors and encourage them to breastfeeding. The prevalence of breastfeeding in Brazil is still small, demonstrating the need to implement special programs aimed at increasing adherence to this so private , intimate and brief activity of the human being.

Key-words : Bottle feeding, Breastfeeding, Exclusive breastfeeding, Infant, Human Milk, Child Health, Family Health, Public Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização e resultados esperados da proposta de intervenção	23
Quadro 2 - Relação entre o nó crítico e as ações do desenho operacional	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - As redes de média e alta complexidade no município	16
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de saúde	16
Tabela 3- Distribuição de doenças específicas na população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião, segundo faixa etária.....	17
Tabela 4- Dados socioeconômicos da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião.....	17
Tabela 5- Tratamento de água no domicílio da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião.....	17
Tabela 6- Abastecimento de água e esgoto da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião.....	17
Tabela 7- Destino do lixo da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião	17
Tabela 8- Destino do esgoto da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião ..	18
Tabela 9- Tipo de casa da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião.....	18
Tabela 10 - Priorização dos problemas na Equipe II do ESF São Sebastião	19
Tabela 11 - Dados sobre adesão ao aleitamento materno da equipe II do ESF São Sebastião em Araguari-MG	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 JUSTIFICATIVA.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 O ALEITAMENTO MATERNO.....	13
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	14
6.1 Identificação do município.....	14
6.2 Análise situacional.....	18
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O leite materno deve ser uma prioridade para o recém-nascido, pois contém todos os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que até o sexto mês de vida as crianças recebam aleitamento materno exclusivo. A cada ano, um milhão e meio de mortes poderiam ser evitadas por meio dessa prática. Esse fato realça a importância do profissional de saúde no aconselhamento adequado às mães e suas famílias (VIANNA et al., 2005). Silva (2005) afirma que as práticas adequadas de alimentação de uma criança são imprescindíveis para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e nutrição dos lactentes.

Embora o processo da amamentação pareça ser simples e de automatismo fisiológico, ele requer leque de condições no contextual cultural, emocional e social da mãe e seu filho. Assim, não bastam apenas as informações para que a mãe seja bem sucedida no amamentar, ou seja, motivada em fazê-lo. Ela necessita de condições concretas para que ela e seu filho vivenciem esta experiência de forma prazerosa e efetiva (SILVA, 2000).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a estimativa de prevalência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida no Brasil é de apenas 41%, quando a OMS recomenda que um bom nível é acima de 50%. Esse cenário é ainda mais dramático quando se olha de maneira setORIZADA para as comunidades mais carentes do Brasil, como é o caso da comunidade coberta pela equipe de saúde da família ESF São Sebastião em Araguari-MG, visto ser esse perfil de população que mais se beneficia dessa ação e paradoxalmente onde se observa menor incidência de aleitamento.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar plano operacional para melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida na comunidade do bairro São Sebastião da cidade de Araguari-MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão da literatura sobre aleitamento materno para dar suporte a elaboração de plano de intervenção;
- Determinar a prevalência de aleitamento exclusivo até os seis meses de vida em crianças menores de dois anos;
- Determinar o perfil epidemiológico das situações que levam ao desmame precoce.

3 JUSTIFICATIVA

A realização do presente trabalho tem como base a importância do aleitamento materno para promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde da mãe e do bebê, adicionada à baixa incidência de aleitamento materno na comunidade estudada, constada por meio da análise situacional. Portanto, o trabalho justifica-se pela necessidade de determinar com maior precisão a taxa de aleitamento exclusivo em lactentes menores de seis meses de vida e a elaboração de plano operacional que aumente a adesão das mães ao AME, esperando com isso impactar os diversos indicadores de saúde materno fetal da comunidade do bairro São Sebastião em Araguari-MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados *Index Medicus* (Medline), *U.S. National Library of Medicine National Institute of Health* (PubMed), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Periódicos (CAPES). Como descritores foram utilizadas as expressões: amamentação, aleitamento materno, equipe de saúde na atenção básica. Foram selecionados os artigos mais recentes (entre 2000 e 2013) e aqueles cujas informações foram relevantes para a elaboração desse trabalho de revisão. O idioma pesquisado foi o português. Além disso, foram utilizados vários livros e publicações do Ministério da Saúde.

As informações reunidas nessa pesquisa foram utilizadas para auxiliar a produção de materiais e ações de promoção a saúde e prevenção de agravos a saúde nas reuniões realizadas na unidade básica de saúde São Sebastião. Foram realizadas um total de quatro reuniões com presença de médicos, enfermeiros e agentes de saúde onde foi realizada o diagnóstico situacional de baixa taxa de AME, com base no método de estimativa rápida, bem como a elaboração dos planos de intervenção, baseado no modelo de intervenção sugerido por Campos; Faria; Santos (2010).

5 O ALEITAMENTO MATERNO

Silva (2005) afirma que as práticas adequadas de alimentação de uma criança são imprescindíveis para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e nutrição dos lactentes.

O leite humano fornece em torno de 70 Kcal/100ml. Os lipídios fornecem 51% da energia total do leite, carboidratos 43 % e proteína 6%. Os lipídios além de fornecerem energia, também apresentam importantes papéis fisiológicos e estruturais, além de ser o veículo para entrada das vitaminas lipossolúveis do leite (BRASIL, 2009). É o que contém o menor teor de proteínas, com a maior quantidade concentrada no colostro – primeira secreção da glândula mamária (15,8g/l). As proteínas do leite são divididas em caseína e proteínas do soro. A maior quantidade de proteínas do leite de vaca (82%) está na forma de caseína, enquanto que no leite humano maduro o teor de caseína não ultrapassa 25% das proteínas totais. A caseína é uma proteína importante como provedora de aminoácidos livres ao lactente, além de cálcio e fósforo que são constituintes de suas micelas. Já as proteínas do soro do leite (lactoferrina, imunoglobulinas), são essenciais para a proteção do recém-nascido (VINAGRE *et al.*, 2001).

A maioria das vitaminas está presente em quantidades adequadas no leite humano. Apesar de o leite de vaca conter algumas vitaminas em quantidades superiores ao leite materno, o aquecimento, a exposição à luz e ao ar inativam e destroem a maioria delas. O ferro está presente em concentrações semelhantes no leite humano e no leite de vaca, porém apresenta melhor disponibilidade no primeiro. A lactoferrina, proteína que se liga ao ferro no leite humano, reduz a quantidade de ferro livre (SILVA, 2009)..

Caldeira; Goulart (2000) afirmam que é necessário identificar variáveis demográficas, socioeconômicas e ainda relacionadas à assistência materno-infantil que podem contribuir, de forma negativa, na prática da amamentação, afetando o desmame precoce e/ou a extensão da amamentação, permitindo um desempenho mais eficaz no que se refere a medidas de intervenção. Araujo (2008) ainda complementa descrevendo essas variáveis e as dividindo em cinco categorias:

- **Primeira categoria** - variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação;
- **Segunda categoria** - variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, trabalho materno;

- **Terceira categoria** - variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e o interesse em amamentar;
- **Quarta categoria** - variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais;
- **Quinta categoria** - variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, introdução precoce de alimentos e uso de chupeta.

Na literatura científica, inúmeros autores concordam os problemas mais frequentes considerados como dificultadores iniciais da puérpera nutriz são:

- Leite insuficiente e/ou fraco;
- Fissuras mamárias;
- Ingurgitamento mamário;
- Mamilo plano ou invertido – dificulta ordenha e amamentação;
- Dor no seio;
- Falta de experiência materna;
- Fardo ocasionado pela amamentação frente às atividades desempenhadas cotidianamente;
- Inadequação entre as necessidades da mãe e da criança;
- Interferências externas de familiares, amigos e demais interações;

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Posicionada em local estratégico e interligada ao território nacional por meio de rodovias ou ferrovias, Araguari é considerada a 23ª cidade do estado de Minas Gerais e a 3ª cidade do Triângulo Mineiro possuindo 110.334 habitantes que desfrutam de boa infraestrutura e economia sólida com base no comércio, indústria e agropecuária, reconhecida nacionalmente pela produção de café e sucos. Com ampla extensão territorial, a cidade faz limites com os municípios de Catalão (GO), ao norte, Uberlândia (MG), ao sul, Cascalho Rico e Estrela do Sul (MG), a leste, Tupacigüara (MG), a oeste, e Indianópolis (MG) a sudeste (PREFEITURA DE ARGUARI, 2013).

O primeiro documento histórico que menciona a região onde está situada Araguari é o Alvará de 04 de Abril de 1816. Desanexa da Capitania de Goiás os julgados e Freguesias do Araxá e Desemboque, os quais passam a pertencer à Comarca de Paracatu, da Capitania de Minas Gerais e, posteriormente, passa a ser o Triângulo Mineiro. A região foi desbravada, inicialmente, por Bartolomeu Bueno da Silva, "*O Anhanguera*", que tinha, por objetivo, chegar a Goiás. O Triângulo era habitado pelos índios Caiapós; estes preparavam constantes emboscadas aos "brancos invasores", prejudicando, assim, a comunicação da província de Goiás com São Paulo. Para solucionar tal problema, foi organizada, em 1748, uma grande expedição, composta por índios mansos, para expulsar os caiapós; e foram, posteriormente, alojados em 18 aldeias, ao longo da estrada de Anhanguera (cortava toda região, ligando São Paulo a Goiás) (PREFEITURA DE ARGUARI, 2013).

Segundo o último Censo 2010, Araguari-MG possui 33.019 famílias, cuja maioria reside no meio urbano (30.909), sendo, portanto uma minoria de 2.473 famílias residentes no meio rural. Como a extensão territorial do município é abrangente e o crescimento da população é relativamente baixo, com taxa anual de 1,01, a densidade demográfica fica em torno de 40,66 hab./Km².

O índice de desenvolvimento humano da cidade de 0,815 (PNUD 2000) é considerado elevado segundo a classificação da ONU. A cidade apresenta ainda, uma taxa de urbanização de 91%, com cobertura de água e esgoto de 82,62%. Já com relação aos dados educacionais, a taxa de alfabetização de pessoas com 05 anos de idade ou mais é de 94,44% e o índice de desenvolvimento da educação básica (IDEP) nacional, em 2011, foi de 5,8 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 5,2 para os anos finais. Já na rede privada de ensino, as notas foram 6,5 e 6,0; respectivamente (INEP,2011).

Quanto à saúde, o município oferta 32 serviços públicos de saúde que recebem investimentos do Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e possui 129 estabelecimentos privados com fins lucrativos e 02 entidades sem fins lucrativos.

A principal forma de atuação do SUS no município é através dos programas de Saúde da Família, inicialmente implantado em 2002 com sua primeira Unidade Básica de Saúde localizada no bairro São Sebastião, o programa é atualmente o principal foco de atuação da Secretaria de Saúde do município. A cobertura do programa não chega a atingir 45% da população. As redes de média e alta complexidade são apresentadas no Quadro 1.

Tabela 1- As redes de média e alta complexidade no município

Estabelecimento de saúde	n
Média complexidade	31
Alta complexidade hospitalar e ambulatorial	03
Estabelecimentos de saúde ambulatorial que realiza procedimentos de alta complexidade definidos pelo Ministério da Saúde	12
Estabelecimento de saúde ambulatorial que realizam procedimentos da Atenção Básica e/ou Atenção Básica Ampliada	73
Estabelecimentos de Saúde ambulatorial que realizam procedimentos de média complexidade	45

Fonte: CNES, 2013.

Hoje o município conta com a linha de incentivo do integral SUS nível A, na qual a entidade reconhecida é Santa Casa de Misericórdia de Araguari. Além disso, encontra-se em fase de implantação o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). A distribuição dos profissionais por serviços de saúde é apresentado no Quadro 2.

Tabela 2- Distribuição dos profissionais de saúde

Serviço de Saúde	n	%
Centro de Atenção e Atendimento Materno-infantil	21	2,7
Unidade Básica de Saúde	66	8,5
Unidade Básica de Saúde da Família	214	27,7
Núcleo de Atenção à Saúde Mental	20	2,6
Serviço de Odontologia Especializado	7	0,9
Farmácia Municipal	8	1,0
Incremental	9	1,2
Pronto Atendimento Municipal	114	14,7
Sindicato dos Trabalhadores	4	0,5
Fisioterapia Nossa Senhora Aparecida	2	0,3
Centro de Atenção Psicossocial	22	2,8
Secretaria Municipal	198	25,6
Policlínica	88	11,4
Total	773	100,0

Fonte: CNES, 2013.

Quanto à área coberta pela equipe II do PSF de São Sebastião, os seguintes dados podem ser acessados pela plataforma do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):

Tabela 3- Distribuição de doenças específicas na população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião, segundo faixa etária

Sexo	Faixa etária (anos)										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
Masculino	18	96	55	87	147	130	436	182	134	131	1.416
Feminino	22	87	51	87	134	117	438	166	144	128	1.374
Total	40	183	106	174	281	247	874	348	278	259	2.790

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 4 - Dados socioeconômicos da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

N. de Famílias estimadas	1142	Percentual (%) em relação a população coberta
N. de famílias cadastradas	842	100
7 a 14 anos na escola	447	98,24
15 anos e mais alfabetizadas	1.915	95,46
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	73	2,62
N. Famílias no Bolsa Família	174	20,67
Famílias inscritas no CAD-único	159	18,88

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 5 - Tratamento de água no domicílio da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

Tratamento de água no domicílio	Número de famílias	Percentual (%) em relação a famílias cobertas
Filtração	701	83,25
Fervura	2	0,24
Cloração	1	0,12
Sem Tratamento	138	16,39

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 6 - Abastecimento de água e esgoto da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

Abastecimento de água e esgoto	Número de famílias	Percentual (%) em relação a famílias cobertas
Rede Pública	825	97,98
Poço ou nascente	15	1,78
Outros	2	0,24

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 7 - Destino do lixo da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

Destino do lixo	Número de famílias	Percentual (%) em relação a famílias cobertas
Coleta pública	823	97,74
Queimada/Enterrado	18	2,14
Céu Aberto	1	0,12

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 8 - Destino do esgoto da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

Destino do esgoto	Número de famílias	Percentual (%) em relação a famílias cobertas
Sistema de tratamento	192	22,80
Fossa	649	77,08
Céu Aberto	1	0,12

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Tabela 9 - Tipo de casa da população de cobertura da equipe II do PSF São Sebastião

Tipo de Casa	Número de famílias	Percentual (%) em relação a famílias cobertas
Tijolo/Adobe	825	99,41
Taipa revestida	2	0,24
Taipa não revestida	-	-
Madeira	-	-
Material aproveitado	3	0,36
outros	-	-

Fonte: SIAB, dados referentes ao período de 03/2012 a 01/2013.

Apesar do Município de Araguari-MG possuir bons índices socioeconômicos, persistem ainda áreas de significativa pobreza e baixo desenvolvimento na cidade, como se pode notar pelos dados apresentados acima. Dentre essas estatísticas, chama a atenção o percentual elevado de famílias que possuem fossa no domicílio e que não possuem alguma forma de tratamento de água, bem como o número ainda elevado de famílias não adscrita, ressaltando ainda mais a importância da equipe II de saúde do PSF São Sebastião para dar suporte a essa população.

Atualmente a equipe de saúde é composta por um enfermeiro, cinco agentes de saúde (das quais uma se encontra de licença médica), um médico e uma técnica de enfermagem. Que contam ainda com suporte de profissionais da área de saúde bucal na UBS São Sebastião, localizado na Rua das Palmeiras número 60 do bairro São Sebastião, que também oferece serviço de curativo, coleta citopatológico, pré-natal de risco habitual, eletrocardiografia e imunizações.

6.2 ANÁLISE SITUACIONAL

Primeiro Passo: definição dos problemas que a Equipe II do ESF São Sebastião encontrou:

- A necessidade de iniciar os grupos operativos: puericultura, hipertensos, diabéticos e gestantes;

- A intervenção sobre a baixa adesão das mães ao aleitamento exclusivo para lactentes menores de 6 meses;
- O aumento do risco cardiovascular na população;
- A violência doméstica;
- O abandono de idoso;
- Aumento da violência local;
- Aumento da prevalência de drogadicção;
- Fila durante a madrugada para marcação de consultas;
- Baixa adesão ao tratamento.

Segundo Passo: priorização dos Problemas

Tabela 10 - Priorização dos problemas na Equipe II do ESF São Sebastião

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grupos operativos	Média	5	Parcial	4
Aleitamento materno até os seis meses	Média	7	Dentro	2
Aumento do risco cardiovascular	Média	5	Parcial	3
Violência Doméstica	Média	5	Fora	5
Abandono de idoso	Baixa	3	Parcial	8
Aumento da Violência local	Alta	10	Fora	9
Aumento da prevalência de drogadicção	Alta	10	Parcial	7
Fila durante a madrugada para marcação de consultas	Alta	10	Dentro	1
Baixa adesão ao tratamento	Média	3	Parcial	6

Terceiro Passo: diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional de baixa adesão ao aleitamento materno foi realizado através do método de estimativa rápida e por revisão dos prontuários médicos de crianças durante o atendimento entre março/2013 a Junho/2013 da comunidade em questão. Durante esse período foram atendidas 68 crianças menores de cinco anos, conforme dados apresentados no quadro 4.

Tabela 11- Dados sobre adesão ao aleitamento materno da equipe II do ESF São Sebastião em Araguari-MG

Descritores	Valores	Fonte
Amamentação exclusiva	45%	Revisão de prontuários referentes ao atendimentos de crianças menores de cinco anos entre março/2013 e junho/2013.
Amamentação parcial	49%	Revisão de prontuários referentes ao atendimentos de crianças menores de cinco anos entre março/2013 e junho/2013.
Não amamentaram	6%	Revisão de prontuários referentes ao atendimentos de crianças menores de cinco anos entre março/2013 e junho/2013.

Quarto Passo: explicação do problema. As principais causas que levam à baixa prevalência de amamentação exclusiva na comunidade do Bairro São Sebastião são:

- Indicação médica.
- Diminuição da produção do leite pela mãe, sem causa aparente.
- Alegação de que o leite materno não oferece aporte calórico suficiente para o lactente.
- Uso de medicações pela mãe que supostamente contraindicavam o aleitamento.
- Problemas de saúde materno que impedem a amamentação no início do puerpério.
- Necessidade da mãe voltar precocemente ao mercado de trabalho.

A partir dos problemas identificados, podem-se dividir os motivos para baixa prevalência da AME na unidade de saúde em três níveis:

↳ Nível individual

- Insegurança;
- Baixo nível de informação;
- Recebeu orientação inadequada ou não foi orientada;
- Técnica incorreta de amamentação.

↳ Nível social

- Questão mercadológica;
- Necessidade de retorno ou ingresso no mercado de trabalho;
- Ambiente familiar desfavorável.

↳ Nível Programático

- Falta de ações focadas na promoção de aleitamento materno;

- Falta de cumprimento da legislação que permita a mãe realizar o aleitamento materno pleno;
- Falta de fiscalização adequada na relação médico-indústria farmacêutica;
- Organização dos serviços de saúde, com ações protetoras para crianças e mães.

Quinto passo: seleção dos Nós Críticos

- Intervenção precoce durante o período gestacional e puerperal sobre cultura do aleitamento;
- Tempo para realizar as ações;
- Treinamento dos funcionários para melhor orientação das mães;
- Definição das estatísticas na área de atuação para melhor avaliar os efeitos da ação;

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A partir das informações do diagnóstico situacional, o desenho operacional da proposta foi definido, conforme apresentado abaixo.

- ↳ Realização de questionários na comunidade;
- ↳ Conscientização da gestante e seus familiares da existência do problema relacionado a falta de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do lactente;
- ↳ Realização de dois grupos operativos;
- ↳ Abordagem de aleitamento materno no pré-natal e grupos de aleitamento materno no puerpério precoce;
- ↳ Visitas domiciliares às mães no puerpério precoce para reforçar orientações do aleitamento;
- ↳ Treinamentos dos profissionais para atenção mais individual ao paciente;
- ↳ Anotação no cartão infantil sobre adesão ao aleitamento materno exclusivo.

A organização de todas as ações descritas acima se encontra nos quadros 5, 6. Em relação à gestão de plano, foram realizadas as seguintes ações:

- Educação permanente;
- Trabalho em equipe;
- Valores e missões da equipe;
- Compromisso da organização;
- Redefinir premissas, condições e fatores que favorecem a qualidades das ações durante as reuniões quinzenais da equipe.

Quadro 1 - Organização e resultados esperados da proposta de intervenção

Atividade	Operação/Projeto	Resultado esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Questionário	Entrevista de mães de crianças menores de dois anos a respeito da amamentação (julho a dezembro/2013)	Entrevistar pelo menos 60% das mães com filhos menores de dois anos.	Conhecer de maneira mais detalhada as características da situação escolhida.	Material didático
Visita domiciliar nos primeiros sete dias de puerpério	Realizar visitas domiciliares à puérperas por profissional médico ou não médico da saúde para reforçar orientações sobre amamentação	100% puérperas da área de abrangência terem recebido pelo menos 1 visita nos primeiros sete dias da alta hospitalar	Prevenir o abandono precoce do AME	Disponibilidade para visitas
Treinamentos dos funcionários	Treinamento dos técnicos de enfermagem para instruir as mães quanto às técnicas de amamentação	Aumentar o número de profissionais dispostos a orientar corretamente as mães a respeito do AME	Atendimento multidisciplinar, aumentar frequência com que a mãe recebe informações adequadas, diminuir a sobrecarga do médico e enfermeiro	Material didático
Grupo operativo do pré-natal com enfoque no AME	Formação de 20 gestantes por grupo (três grupos). Número mínimo de nove reuniões durante o período gestacional, uma reunião mensal para cada grupo.	Início de pelo menos um grupo operativo em setembro de 2013. Todos os grupos estejam operantes até março de 2014.	Reduzir a ansiedade da mãe a respeito da amamentação e facilitar a incorporação do hábito durante a lactência da criança	Material didático
O grupo operativo de aleitamento materno	Grupos operativos sob orientação das técnicas de enfermagem	Observar as mães em relação às dificuldades técnicas para amamentação e corrigir eventuais erros. Encorajamento para o aleitamento.	Prevenir o abandono precoce do AME. Evitar o abandono do aleitamento por erro de técnica, estimular a amamentação	Mínimos e material didático
Anotação no caderno infantil sobre adesão ao AME até seis meses	Anotação simples no cartão da criança	Registro das informações sobre AME	Melhoria da informação a respeito da AME, para futura conferência	Mínimos

Quadro 2 - Relação entre o nó crítico e as ações do desenho operacional

Nó crítico	Ator	Recurso controlado pelo ator da ação	Grau de motivação	Desenho operacional
Questionário	ACSs	Acesso rápido aos pacientes durante as visitas domiciliares	Favorável.	Modelo de questionário impresso a ser realizado durante as visitas domiciliares
Visita domiciliar nos primeiros 07 dias de puerpério	Enfermeiro e Médico	Recurso Teórico e maior capacidade de persuasão	Favorável	Visitas domiciliares durante uma vez na semana.
Treinamentos dos funcionários	Enfermeiro e Médico	Recurso Teórico	Favorável	Aulas uma vez por semana no total de 10 aulas durando 30 minutos cada uma, usando recurso de <i>PowerPoint</i> com teoria sobre amamentação
Grupo operativo do pré-natal com enfoque no AME	Enfermeiro, médico e técnicos de enfermagem	Recurso teórico	Técnicos de enfermagem contrários	Grupos operativos uma vez na semana duração de 40 min. Abordagem dinâmica
O grupo operativo de aleitamento materno	Principalmente técnicos	Tempo	Favorável	Grupos operativos uma vez na semana duração de 40 min.
Anotação no caderno infantil sobre adesão ao AME até seis meses	ACSs, Enfermeiro, Médicos e Técnicos de enfermagem	-	Favorável	Anotação durante as consultas, entrevistas...

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização desse trabalho foi perceptível a mudança de comportamento das mães em relação ao aleitamento, mostrando-se mais entusiasmadas e seguras em amamentar após algumas reuniões dos grupos. Também foi possível em alguns casos o abandono da fórmula infantil e o retorno ao AME, sem prejuízo para o bebê. É importante ressaltar que o grupo de melhor resposta foi aquele em que a abordagem ocorreu durante o pré-natal.

Conforme extensamente discutido nesse trabalho o aleitamento materno exclusivo tem impacto considerável sobre a saúde da criança, tanto em relação a agravos agudos como diminuição das doenças infecto parasitárias, além do reforço da relação materno fetal o que, em longo prazo, melhora o desenvolvimento psicomotor. Há também evidências de que o aleitamento materno beneficiará a própria mãe através da redução da incidência de câncer de mama.

A respeito de todas as vantagens do aleitamento materno, sua prevalência no Brasil ainda é pequena, demonstrando necessidade de realização de programas especiais que visem o aumento da adesão a essa atividade tão particular, íntima e breve do ser humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, p.20, 2009a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf. Acesso em: 24 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leite Materno**: sinônimo de bebês bem alimentados. Brasília, DF. 2010. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23960 > Acesso em: 24 abr. 2013.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1: p. 56-72, jan/fev. 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-01-65/port_print.htm> Acesso em: 02 ago. 2013.

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Ficha de estabelecimento** [online]. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=310350 >. Acesso em: 19 abr. 2013.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional de 2010**. Brasília, DF: IBGE, 29 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Brasília, DF: IBGE, 1º jul. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_dtb_int.shtm>. Acesso em: 19 abr. 2013.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sócio Demográficos e de saúde no Brasil**. Brasília, DF: IBGE, 1º jul. 2008. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/entorno/entorno_tab_municipios_zip_ods.shtm > Acesso em: 19 abr. 2013.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2000). **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/pnud/>>. Acesso em: 20 Jun. 2013.

PREFEITURA DE ARAGUARI [homepage na internet]. História de Araguari [acesso em 12 jun. 2013]. Disponível em: http://www.araguari.mg.gov.br/2012/index_historia.php.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-americana da Saúde. **Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes**. Washington: OPS, 1999, 142 p.

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica [on line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr**, Campinas, vol. 18, n. 3: maio/jun. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300002&lng=pt > Acesso em: 20 maio 2013.

SILVA, I. A. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.34, n.4, p. 362-9, 2000. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a07.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2013.

VIANA, M. R. et al. **Atenção à Saúde da Criança**. 1 ed. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224p.

VINAGRE R. D. ; DINIZ E. M. A. ; VAZ F. A. C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 4: p. 340-345, 2001. Disponível em: < <http://xa.yimg.com/kq/groups/24540475/1614117829/name/leite+humano+doen%C3%A7as.pdf> > Acesso em: 12 jun. 2013.