

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA**

**ANDRESSA VIEIRA DE BRITO**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA**  
**PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O**  
**SEXTO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**

**2010**

**ANDRESSA VIEIRA DE BRITO**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O  
SEXTO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA**

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

Orientador: Edison José Corrêa

**CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**

**2010**

**ANDRESSA VIEIRA DE BRITO**

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O  
SEXTO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA**

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

Orientador: Edison José Corrêa

Banca Examinadora: Zeina Moulin Aguiar e Edison José Corrêa

Aprovada em Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2010

Ao município de Conselheiro Lafaiete-MG, que me possibilitou a inserção neste Curso de Especialização.

À equipe de Saúde da Família Vista Alegre, que colaborou na busca do conhecimento e informação.

Aos meus familiares e amigos, que sempre incentivaram minha capacitação.

## **Resumo**

O presente trabalho relata a trajetória da autora durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade oferecida a distância pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É discutida a dificuldade para as mães permanecerem em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do seu bebê, recomendação do Ministério da Saúde, e os índices reais, longe dos preconizados. É apresentado um levantamento bibliográfico, sistematizando informações sobre o aleitamento materno e sugestões para organização do processo de trabalho, no contexto de atuação de uma equipe de Saúde da Família e na perspectiva de seu bom desempenho na promoção, proteção e apoio à amamentação e de sua contribuição para aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Saúde da Família; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde.

## **Abstract**

This paper describes the author's trajectory along with the Specialization Course in Families' Health Primary Care, modality of distance education offered by the Federal University of Minas Gerais (UFMG). It's discussed the difficulty for mothers to remain into exclusive breastfeeding until sixth month of their baby's life, as recommended of by Ministry of Health, and the actual rates, far away from what is recommended. It is presented a literature review, systematizing information about breast feeding and suggestions for the organization of health care services, in the context of the performance of a Families' Health team and in the perspective of its good performance in promotion, protection and support of breastfeeding and its contribution to improve the rates of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding; Family Health; Patient Care Team; Primary Health Care

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
Justificativa	07
Objetivo geral	07
Objetivos específicos	07
Método	08
1. A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	09
1.1. Educação Permanente em Saúde e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família	09
1.2. Atenção à Saúde no município de Conselheiro Lafaiete e a comunidade de Vista Alegre	11
2. ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1. O aleitamento materno como ação importante na estratégia de Saúde da Família	13
2.2. Políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno	17
3. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A – Equipe de Saúde da Família Vista Alegre – Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais: Perfil da População Adscrita, 2008	
APÊNDICE B – Observação ativa e síntese dos principais problemas identificados por informantes-chaves da área de abrangência em entrevista semi-estruturada realizada pela equipe em 2008	
APÊNDICE C – Informações sobre a população infantil da área de abrangência da equipe de saúde Vista Alegre, em Outubro de 2008	
ANEXO A – Formulário de observação da mamada	

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um movimento que se estruturou em 1966 no EUA em uma política federal e estadual que financiasse a formação de médicos de família (FONTINELE Jr, 2003). Cuba implantou o Programa em 1984, tendo o mérito de ter provado que a Atenção de Saúde à família é factível em países subdesenvolvidos (DOMINGUEZ, 1998). No Brasil, foi iniciada em junho de 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), reordenando o modelo assistencial e priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de descentralização, municipalização, integralidade, qualidade das ações e participação da comunidade (BRASIL, 2001). A Unidade Básica de Saúde passa a ser, tecnicamente, a porta de entrada do sistema (DOMINGUEZ, 1998) e o Brasil passa a ter uma experiência valiosa com o PSF, importante não só para o país, mas também para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS) (CERQUEIRA, 2000).

Nesse contexto, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) a distância é direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família com a perspectiva de consolidar a estratégia de Saúde da Família (SF) no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal (GUIA, 2008).

No decorrer desse curso, diversas disciplinas foram ofertadas aos profissionais nele inseridos. Mediante situações e adversidades encontradas no cotidiano de trabalho na unidade de Saúde da Família, optou-se pelo foco nas crianças da área de abrangência.

Como contribuição à superação dos problemas foi decidida a realização de um estudo teórico, exploratório e bibliográfico, por meio de revisão de literatura de artigos científicos, mais especificamente sobre a complexidade do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), como contribuição à rede básica de saúde para a promoção, proteção e apoio a essa atividade. Tomou-se como referência "até o sexto mês de vida" dessas crianças, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e recomendado pela OMS, fruto das evidências científicas

acumuladas na última década quanto aos benefícios para a saúde do bebê e da mãe (OLIVEIRA M. e CAMACHO, 2002).

### **Justificativa**

Embora o Ministério da Saúde recomende o leite materno como alimentação exclusiva do bebê até o sexto mês de vida, há dificuldades para as mães em permanecer com o aleitamento exclusivo, seja pelo desejo de introduzir outros alimentos ou por outras causas do desmame precoce. Torna-se necessário que a equipe de SF atue efetivamente na promoção desta ação e que os profissionais nela inseridos possuam embasamento teórico-científico e prático no manejo do aleitamento. O presente trabalho justifica-se na percepção dessas questões, no dia-a-dia da atuação profissional da autora, questões que também estão presentes em sua equipe e na comunidade a ela adscrita. Nesse sentido o trabalho registra, inicialmente, o contexto de atuação de uma ESF, em que atua a autora, e a oportunidade de Educação Continuada em Saúde, pelo envolvimento com o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Complementa-se com a revisão bibliográfica e as conclusões.

### **Objetivo geral**

Sistematizar informações sobre promoção do Aleitamento Materno Exclusivo como subsídios à atuação de uma equipe de Saúde da Família.

### **Objetivos específicos**

Registrar o processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família, considerando um processo de educação Permanente em Saúde.

Aprofundar o conhecimento teórico na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

Fornecer subsídios que contribuam para o aumento do índice do aleitamento materno com as orientações da equipe Saúde da Família.

## **Método**

Para a presente revisão bibliográfica foi utilizada a pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde, na Wikipédia e em publicações do CEABSF, utilizando-se os descritores "saúde da família", "aleitamento materno". Foram utilizados levantamentos locais oriundos de trabalhos realizados durante o CEABSF e registrados em Portfólio, e dados da equipe obtidos no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB).

## **1. A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Vamos, inicialmente, considerar as possibilidades de formação dos profissionais que atuam segundo a estratégia de Saúde da Família e a descrição do contexto da atuação dos mesmos, considerada a experiência do município de Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais e de sua equipe de Saúde Vista Alegre.

### **1.1. Educação Permanente em Saúde e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

A Universidade Aberta do Brasil (UAB) atua como um instrumento da política de Educação a Distância do Ministério da Educação formada por instituições públicas de educação superior que ofertam cursos com o suporte de Pólo Municipal de Apoio Presencial à Educação Superior, da UAB. Através de um edital público a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) participa desse projeto, oferecendo diversos cursos. Isso possibilitou a inserção do Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família nessa rede-pólo, com a proposta de formação dos profissionais de saúde. O curso é oferecido pela UAB em oito pólos de Minas Gerais: Araçuaí, Campos Gerais, Conselheiro Lafaiete, Corinto, Formiga, Governador Valadares, Teófilo Otoni e Uberaba. Na primeira etapa foram fornecidas 50 vagas para cada pólo, destinadas aos profissionais em serviço das equipes de Saúde da Família dos municípios envolvidos segundo o Guia (2008).

O sistema instrucional desenvolvido no CEABSF considera as necessidades e possibilidades tecnológicas de cada contexto de trabalho e as mediações tecnológicas já incorporadas no cotidiano de formação das pessoas envolvidas, (GUIA, 2008). Com isso, pretende-se que as atividades de aprendizagem propostas se aproximem da realidade dos profissionais, seja por meio das mediações tecnológicas utilizadas no curso, seja por meio de um sistema de tutoria que garanta a articulação entre coordenação do curso, contexto da ação e adequação das mediações utilizadas. É através do ambiente virtual, criado com exclusividade para o curso, que nele se projeta alguns recursos básicos para facilitar o processo de interação, comunicação, informação e produção de conhecimento por meio de uma senha acessa-se o ambiente virtual e as orientações do tutor.

Conforme o Guia (2008) o curso possui uma carga horária de 360 h, com duração mínima de 12 meses e máxima de 24 meses, acompanhado de um tutor presencial, com os seguintes materiais instrucionais: cadernos de estudos, DVDs e ambiente virtual. É necessária uma dedicação mínima de seis horas semanais para que o estudo seja proveitoso. Cada módulo/disciplina possui, em média, duração de um mês e uma semana, divididos em unidades didáticas I, II e III. A Unidade Didática I possui quatro módulos/disciplinas obrigatórios. A Unidade Didática II possui 36 módulos/disciplinas, onde foi necessário escolher um número suficiente de disciplinas para integralização de 15 créditos, no mínimo, sendo as seguintes disciplinas optadas: Protocolo de Cuidado à Saúde na Organização do Serviço; Iniciação à Metodologia Científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos; Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas à Saúde; Saúde da Criança e do Adolescente: Agravos Nutricionais; Saúde da Mulher e Saúde do Idoso. A Unidade Didática III - O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pré-requisito para emissão do certificado de especialista, conta com a ajuda de um orientador (CORRÊA *et al*, 2009).

A avaliação em cada disciplina é realizada por meio de prova, atividades (fórum/chat, vídeo, mapa contextual e mapa conceitual) e elaboração de portfólio. Para ser aprovado nas disciplinas tem que se ter, pelo menos, conceito D e 75% de presença nas atividades presenciais.

A opção da autora foi, além das disciplinas obrigatórias, cursar algumas optativas, através das quais grande aprendizado científico e prático foi adquirido, uma vez que foram disciplinas desejadas. No módulo Saúde da Mulher foi levantada a situação e vida das mulheres, como adoecem e morrem e embasamento teórico para a construção de Protocolos de Cuidados relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos; a gestação e o puerpério – momento no qual se teve contato com o aleitamento materno; a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; a mulher no climatério e vítima de violência. Em Saúde da Criança e do Adolescente – crescimento, desenvolvimento e alimentação, fonte primordial de referência em aleitamento materno nesta pesquisa, foram abordado temas importantes para a promoção da saúde da criança, momento de grande valia no curso pelo rico conteúdo, suprimindo aquilo que era carência para o profissional na prática diária da equipe Saúde da Família. O desenvolver do módulo orientando o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, o aleitamento materno e a alimentação infantil fez o profissional alinhar seus conceitos, rever suas práticas e oferecer uma Puericultura sistematizada e eficaz, complementado com o módulo Saúde da Criança e Adolescente: Agravos Nutricionais, através da identificação,

intervenção e prevenção dos principais agravos nutricionais na infância/adolescência. No módulo Saúde do Idoso foi possível conhecer a complexidade desta faixa etária e avaliar como as crianças de hoje viverão sua velhice. O módulo Iniciação à Metodologia Científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos foi o auxílio necessário para a elaboração do Portfólio, do TCC e do pôster para a apresentação sob uma visão crítica da produção científica. Cada módulo contribuiu para o crescimento profissional e pessoal. Vale ressaltar que o sistema oferecido pelo Curso de Especialização foi capaz de mudar ou melhorar, não só o conceito teórico dos assuntos estudados, mas a prática realizada pelo profissional enquanto membro da equipe de Saúde da Família por deixar impresso nos seus Cadernos de Estudo tudo aquilo que faltava em uma prática sistematizada, e que o profissional geralmente só percebe quando está exercendo.

## **1.2. A Atenção à Saúde no município de Conselheiro Lafaiete e a comunidade de Vista Alegre**

Como optante da implementação da estratégia de Saúde da Família e desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde está Conselheiro Lafaiete, município de Minas Gerais, uma das sedes dos pólos da UAB, (APÊNDICE A). Sua população estimada em 2006 era de 113.019 habitantes. Possui uma rede de serviço de saúde que atende a 20 municípios da região, conta com 20 ambulatórios espalhados pelos bairros e localidades, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), quatro hospitais e três maternidades nos hospitais, além de uma unidade móvel provida de consultório médico, odontológico e enfermagem (WIKIPÉDIA, 2008).

Na comunidade Vista Alegre, território de responsabilidade da equipe da qual a autora faz parte, a faixa etária mais populosa é a de indivíduos com idade entre 20 e 49 anos, primeiro grau completo de escolaridade, renda média entre dois a três salários mínimos, com profissões variando entre professores, comerciantes, balconistas, empregadas domésticas e outros. As causas mais comuns de morbidade são hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, depressão e alcoolismo, com óbitos decorrentes das doenças relacionadas (APÊNDICE A).

A equipe de Saúde Vista Alegre foi implantada há cerca de oito anos e atualmente atende a uma população cadastrada de 2987 pessoas, 836 famílias, 540 hipertensos, 107 diabéticos, 05 gestantes, 67 crianças menores de dois anos (DADOS, 2009).

Diante da complexidade da Atenção Primária à Saúde, em que a equipe de SF está inserida, fez-se necessária a busca por aprimoramento científico, capacitação técnica,

resolutividade, conhecimento do processo de trabalho, melhora na qualidade da assistência prestada à clientela, por meio de um curso capaz de suprir de forma holística as deficiências e dificuldade/problemas encontrados pelos profissionais inseridos na equipe.

Esse processo será tão mais importante quanto mais integrado à vivência profissional, aos problemas do território e da população adscrita, à organização do sistema de saúde e suas relações com equipamentos sociais, e ao processo de trabalho dos profissionais, seus instrumentos de atuação, seus protocolos e interações na equipe de trabalho. É o que se conceitua como Educação Permanente em Saúde.

Assim ocorreu a integração da autora no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Em um momento inicial do curso, como parte das atividades propostas, realizou-se um levantamento do perfil do território e comunidade, bem como entrevista a pessoas-chaves, indagando-os sobre quais eram os problemas de maior ocorrência na área de abrangência (APÊNDICE B). Embora fossem relatados problemas socioambientais como drogas e álcool, furtos e assaltos, violência, falta de segurança e policiamento, acúmulo de lixo nos lotes, problemas diretamente ligadas à atenção à saúde também foram registrados.

No decorrer do curso, com a introdução dos módulos temáticos e levantamento de dados sobre as crianças da área, evidenciou-se, como um dos problemas prioritário, a dificuldade dos profissionais da equipe em conseguir manter o AME até o sexto mês de vida dessas crianças, bem como a necessidade de proceder a uma pesquisa sobre o tema, difundir o conhecimento das interfaces do aleitamento materno (AM), uniformizar as informações e ações, assegurando ao binômio mãe/filho o apoio necessário nas suas dificuldades, para melhor aproveitar o potencial existente nas atuais unidades de saúde e assim contribuir para o aumento da prevalência do AME com ações de promoção, proteção e apoio à amamentação (APÊNDICE C). Embora haja uma tendência de melhora nesse padrão, conforme descrito na revisão de literatura, é necessário observar que a situação ideal não foi alcançada (JAVORSKI *et al.*,1999).

## 2. ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO DE LITERATURA

Vamos abordar a questão do aleitamento materno, para o fim com o registro da produção científica sobre o tema em dois aspectos: sua importância para a atenção básica e as políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno.

### 2.1. O aleitamento materno como ação importante na estratégia de Saúde da Família

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

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

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

A lactação é um processo biológico próprio dos mamíferos e durante a gravidez, as glândulas mamárias preparam-se para lactar através do estrogênio e, principalmente, da progesterona. A prolactina é liberada com o nascimento do bebê e, após a expulsão da placenta, estimula o reflexo da produção do leite, o que ocorre em todas as puérperas. (ALVES e MOULIN, 2008). O bebê ao sugar a mama, estimula as terminações nervosas do

mamilo e libera a ocitocina, hormônio responsável pelo reflexo de ejeção do leite, basicamente somato-psíquico, portanto fatores emocionais e ambientais como confiança, desejo, prazer, ansiedade, dor e depressão podem influenciá-lo.

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

A OMS recomenda utilizar as seguintes nomenclaturas ao analisar os indicadores de AM da área de abrangência da equipe de saúde para implantar ações de promoção e incentivo, segundo Alves e Moulin (2008: 78):

- Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- Aleitamento Materno Predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas ou chás.
- Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.

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

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

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

Antes de dar o peito, para facilitar a saída do leite, deve-se esvaziar a aréola para amolecer o bico. Tocar os lábios da criança no bico do peito e esperar que a boca abra completamente e então mover rapidamente a criança em direção à mama, conforme descrevem Alves e Moulin (2008). A mãe deve segurar a criança com a cabeça e o corpo alinhados em direção ao seu peito, com o nariz da criança em frente ao bico do seio e o corpo da criança perto do corpo dela (estômago do bebê/barriga da mãe), sustentando todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro. Na pega, o queixo da criança deve tocar o seio, a boca deve estar bem aberta, lábio inferior deve estar voltado para fora, deve haver mais aréola visível acima da boca que abaixo e a criança deve estar sugando bem, com movimentos lentos, profundos e com pausas ocasionais. Para uma análise criteriosa da mamada a OMS desenvolveu o Formulário de Observação da Mamada (ANEXO A) para ser utilizado especificamente nos serviços de saúde, corrigindo os erros encontrados.

Coelho e Porto (2009: 56) relatam que

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

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

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreias e infecções respiratórias;
- Redução do número de internações hospitalares;
- Redução de manifestações alérgicas. Os fatores imunológicos que definem a grande distinção espécie-específica do leite humano (LH) regulam a atividade protetora e imunomoduladora;
- Redução da incidência de doenças crônicas, como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doenças auto-imunes e linfoma;
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação;
- Proteção à nutriz contra câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na nutriz que se mantém amenorréica;

- Promoção do vínculo afetivo mãe e filho;
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fono-articulatórios;
- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população;
- Benefício para a sociedade como um todo, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de falta dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social;
- O leite materno contém ácidos graxos essenciais para o crescimento dos tecidos do cérebro, olhos e vasos sanguíneos, que não são encontrados em outros leites. O leite de vaca contém excesso de ácidos graxos saturados que em longo prazo constitui fator de risco para doenças crônico-degenerativas e obesidade. Portanto não existe leite materno fraco, a cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

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

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

As mulheres quando ganhavam seus bebês, muitas até em seu próprio lar, tinham um acolhimento intra e peridomiciliar, em relação ao AM. Eram cuidadas e orientadas pelas parteiras, amas-de-leite ou familiar mais antiga com grande vivência e experiência no assunto. O contexto, em que estavam inseridas, era de famílias numerosas, proximidade, muitas ainda

não tinham descoberto o trabalho fora de casa e possuíam total disponibilidade para realizar essa função.

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

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

## **2.2. Políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno**

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Alves *et al.*, 2005) recomenda que ações sistematizadas de incentivo ao aleitamento materno devem estar incorporadas às atividades de rotina das Unidades Básicas de Saúde e maternidades abrangendo o pré-natal, parto e o primeiro ano de vida da criança. No pré-natal deve-se sensibilizar e incentivar o desejo de amamentar na gestante; orientar como preparar a mama e a técnica de amamentação; informar sobre os benefícios e vantagens da amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), as leis de proteção à nutriz, esclarecer dúvidas e preconceitos; orientar sobre o uso de medicações e drogas durante a gestação e lactação. No parto e puerpério deve-se: estimular alojamento conjunto; parto natural; início precoce da sucção ainda na sala de parto; avaliar a técnica correta de amamentação; estimular livre demanda; incentivar a participação do pai no processo permitindo-o como acompanhante e estimular ambiente familiar propício para a amamentação. No primeiro ano de vida, o primeiro contato do recém-nascido com a equipe de saúde é através de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS), logo após a alta da maternidade. O objetivo é verificar a condição de saúde da mãe e do bebê, a amamentação e orientar a ida à unidade de saúde no quinto dia para as ações recomendadas como teste de triagem neonatal. A primeira visita do binômio mãe e filho à UBS, para as ações da Primeira Semana Saúde Integral, é um momento propício para avaliar e orientar a técnica da amamentação e possíveis dificuldades, agendar uma consulta com enfermeiro para quando a criança estiver com 15 dias de vida, além de recomendar a volta em qualquer

oportunidade se ocorrer dúvidas ou dificuldades na amamentação, além de orientar sobre as leis de proteção à nutriz.

Nos últimos anos têm acontecido várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e com outros alimentos até dois anos de idade ou mais, segundo Alves e Moulin (2008) e (Alves *et al.*, 2005), com investimento nos profissionais de saúde e veiculação de informações ao público por diferentes meios de comunicação. Porém os índices de aleitamento ainda estão aquém do desejado. Sendo assim, para a saúde pública, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o grande número de mortes infantis por causas evitáveis.

Analisando criticamente a inserção do AM nos programas e políticas nacionais de saúde, o mesmo tem passado por transformações através do tempo. Desde o período colonial as mulheres brasileiras buscaram alternativas para alimentarem seus bebês através da prática de usar amas-de-leite (costumes europeus), que no Brasil era realizado pelas escravas negras (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Médicos higienistas enfatizam o aleitamento natural como direito da criança e dever sagrado da mulher redefinindo o papel feminino na sociedade burguesa da época, porém as mulheres pobres compartilhavam a maternagem com avós e mães de criação, pois buscavam o sustento com trabalho fora do lar (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Com a infiltração dos médicos na vida privada das famílias, através da puericultura, ocorreu a medicalização do ato de amamentar e o AM deixou de ser um saber próprio das mulheres. O AM em livre demanda deixou de ser um ato natural e passou a ser considerado como perigoso na educação e formação do caráter da criança. De acordo com Costa (1989) citado por Javorski *et al.* (1999) a puericultura tornará a mãe responsável pela higidez física e moral dos filhos.

A puericultura foi um instrumento valioso nesse processo. Através dela, o Estado, com auxílio dos médicos e pedagogos, ajudou a moldar a família burguesa, disciplinar a família pobre, ditando normas e regras comportamentais. A ênfase no AM pela mãe biológica passou pela definição do espaço feminino de atuação (JAVORSKI *et al.*, 1999). O AM deveria ser estimulado como meio de sobrevivência infantil, pois só uma sociedade com crianças fortes, robustas e bem educadas teria adultos capazes de gerar riqueza para o Estado.

No final do século XIX, com a Revolução Industrial, e intensificando no século XX após a Segunda Guerra Mundial, foi registrado um abandono da amamentação natural, fenômeno mundial (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Com o avanço da tecnologia, a indústria de leite conseguiu manusear o leite de vaca e os médicos cederam à propaganda das multinacionais passando a prescrever o leite em pó já nas maternidades, traduzindo no aumento da diarreia e da desnutrição e mantendo elevados os índices de morbimortalidade infantil (JAVORSKI *et al.*, 1999). Nos países de Terceiro Mundo a entrada maciça da indústria produtora de leite ocorreu entre 1957 e 1974, conforme Orlandi (1985) e citado pelo mesmo autor.

Em 1974, um jornalista inglês, Mike Muller, publica um artigo com o título *The baby killer* (O matador de bebês), associando o uso de leite artificial ao aumento da mortalidade infantil nos países pobres. Esta publicação, de certa forma, colaborou para o início de um movimento mundial contra a propaganda indiscriminada dos leites em pó (JAVORSKI *et al.*, 1999, p.02).

Entre 1974 e 1989 evidenciou-se uma tendência ascendente na amamentação no Brasil, com a duração mediana de 2,5 para 5,5 meses (BRASIL, 2009c).

A partir da década de 70, recomendações mundiais pela retomada do AME até os seis meses de vida, emergiram. No Brasil, consolidou-se o Programa Materno Infantil em 1974, e, posteriormente, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em 1981. O MS criou programas de extensão de cobertura à população materno-infantil, mas o AM ainda era abordado de forma superficial; recomendava-se a distribuição do leite em pó em caso de insuficiência do leite materno, a comunidade médica enaltecia as vantagens do leite materno, mas colaborava com o desmame precoce e o mercado produtor de leite em pó, prescrevendo leites maternizados. Os profissionais de saúde também passaram a estimular, veladamente, o aleitamento artificial (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Em 1981, o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), juntamente com o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), patrocinaram a primeira pesquisa nacional sobre a situação do aleitamento materno no Brasil, cujos dados foram coletados em Recife e São Paulo (JAVORSKI *et al.*, 1999 p. 03).

Nesta pesquisa verificaram que em Recife 68% das crianças recebiam leite artificial no primeiro mês de vida e quase 90% estavam desmamadas ao final do segundo mês. Dentre as causas mencionadas pelas mães para o desmame estavam relacionadas:

... à falta de informação sobre o aleitamento materno, insegurança e ansiedade. Em relação aos profissionais de saúde, constataram-se atitudes que não favoreciam o AM, bem como a ausência de intervenções nos serviços de pré-natal dirigidas à amamentação materna. Nas maternidades eram escassas as unidades de alojamento conjunto, retardando a primeira mamada com a separação prolongada do binômio mãe e filho (OLIVEIRA & SPRING, 1984). Esses dados também embasaram as diretrizes do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, também com apoio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e OMS (JAVORSKI *et al.*, 1999, p.03 e 04).

As intervenções para reverter o quadro de desmame precoce foram: treinamento intenso dos profissionais de saúde, criação de material educativo para os profissionais de saúde e mães, incentivo de ações educativas no pré-natal, parto e puerpério. O MS passou a aconselhar alojamento conjunto e criação de banco de leite humano nas maternidades. Adotou o Código Internacional de Vendas de Alimentos e Sucedâneos de Leite Humano e as Normas de Comercialização de Alimentos para Lactentes formam instituídas (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Em 1984 surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), subdividido em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) que, além das ações do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, acrescenta que o AM deve ser incentivado durante todas as visitas das crianças às Unidades de Saúde, através de discussões com as mães sobre as vantagens do AM, orientação da técnica sobre amamentação e exame das mamas (JAVORSKI *et al.*, 1999).

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

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

*10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.*

Também descritas por Araújo *et al.* (2003) e UNICEF (2009d), essas diretrizes culminaram com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (ARAÚJO *et al.*, 2003) e (JAVORSKI *et al.*, 1999); idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF com objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para mudanças nas condutas e rotinas, reduzindo o índice de desmame precoce e promovendo o AM. Neste mesmo ano, ao assinar a Declaração de Innocenti em encontro em *Spedale degli Innocenti*, na Itália, o Brasil formalizou o compromisso de fazer dos Dez Passos uma realidade nos hospitais do país.

*A Declaração de Innocenti foi elaborada e adotada por um grupo de alto nível de formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e das Nações Unidas, reunidos em Spedale degli Innocenti, Florença, Itália, de 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990. A Declaração reflecte o conteúdo de um documento prévio elaborado para a reunião, os pontos de vista manifestados em grupo ou nas sessões plenárias pelos representantes governamentais. A Declaração representa o consenso dos participantes da reunião, mas não necessariamente os pontos de vista individuais. Actualizada em 2005 sob o título "O que todos deviam saber sobre a amamentação" (DECLARAÇÃO, [2005] p. 01).*

Em 1992, o MS e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio do UNICEF e OPAS, iniciaram os primeiros passos (UNICEF, 2009b).

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

No Brasil estudos têm revelado tendências de aumento das taxas de amamentação. A duração mediana de AM aumentou de 1,5 meses em 1975 para 4,1 meses em 1989; 6,7 meses em 1996 e 9,9 meses em 1999. Em relação ao AME em menores de quatro meses, passou de 3,6% em 1986 para 35,6% em 1999, fruto dos esforços do MS com as secretarias estaduais e municipais de saúde, organismos internacionais, organizações não-governamentais (ONGs), correios, bombeiros e outros (BRASIL, [2002?]).

Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina elaborou e implantou o cumprimento de oito passos para o sucesso do AM direcionados para as Unidades Básicas de Saúde, denominada Unidade Básica Amiga da Criança, de acordo com Castro (2006) citado por Brasil (2009c). Em 1999, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro lançou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), de forma pioneira, como

estratégia para estimular e dar subsídios para a rede básica de saúde implantar procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM.

Com o objetivo de difundir o conhecimento das interfaces do AM em todos os níveis de atenção à saúde, num país de dimensões continentais como o Brasil, o MS propõe a Rede Amamenta Brasil, conforme Portaria n. 2799 de 18 de Novembro de 2008 (BRASIL, 2008a), para contribuir no aumento dos índices de AM no Brasil. Dentre os objetivos específicos está discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS, tornando-se necessária a elaboração de novas estratégias, adequadas à realidade do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, sobretudo da estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009c). Propõe capacitação de tutores, dando-lhes subsídios para a multiplicação de novos tutores, com competência para a realização de Oficinas de Trabalho em AM nas UBS, de acordo com cada realidade.

Levando-se em conta os acertos e erros nos anos anteriores, e a necessidade de melhorar os índices de amamentação no país, a proposta atual do MS é continuar a centrar as atividades naquelas já delineadas anteriormente, redirecionar o trabalho, intensificando a atenção humanizada ao recém-nascido como método mãe canguru e o uso de leite humano e implantar a Iniciativa Unidades Básicas Amigas da Amamentação (IUBAAM) nos ambulatórios que fazem atenção primária para melhorar a sustentação do aleitamento materno. Entretanto, ao se rever as quatro estratégias da Declaração de Innocenti, vê-se que a menos executada no nosso país é a referente ao incentivo à amamentação de mães trabalhadoras; ações dirigidas a esse grupo populacional necessitam de cuidados que demonstrem o que seria mais custo-efetivo (REA, 2003, p.08).

A criação da Lei 11.770 em 09 de Setembro de 2008 para a Prorrogação da licença-maternidade por mais dois meses permite a empregada ter direito à sua remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo regime geral de previdência social e neste período a mesma não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar (BRASIL, 2008b). A mulher brasileira, pobre, chefe de família, que desempenha vários papéis, dividindo-se entre o emprego, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, encontra dificuldades para se inserir no mercado formal de trabalho pelas leis que garantem a licença maternidade (JAVORSKI *et al.*, 1999).

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF), realizada pelo MS no período de 1999 a 2008, verificou-se que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41,0% e que o comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,8% em Belém/PA. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses no conjunto das

capitais brasileiras e DF, de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. Maior frequência do AME no sexo feminino e na região Norte do país e tendência crescente da prevalência com o aumento da escolaridade materna, à idade materna (entre 20 e 35 anos) e predomínio do AME nas mulheres que estavam em licença-maternidade no momento da pesquisa. Averiguou-se introdução precoce de água, chás e outros leites (13,8%; 15,3%; 17,8%; respectivamente) já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre três e seis meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Concluiu-se que houve melhora significativa da situação do AM, no período, permitindo diferença entre as regiões, porém estamos distantes das metas propostas pela OMS e MS de AME até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais. Verificou-se a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos de vida saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009d).

Cardoso *et al.* (2008) num estudo para comparar as prevalências de AM e das principais queixas das puericulturas numa unidade de um município do Rio de Janeiro observaram aumento estatisticamente significativo da prevalência de AME entre as crianças de até seis meses de idade e que a implantação da IUBAAM mostrou-se estratégia importante para o aumento das taxas de AM e para a diminuição de consultas motivadas por doenças nos lactentes menores de um ano nesta unidade.

Arantes *et al.* (2008), no artigo “Concepções e conhecimento sobre a amamentação de profissionais de atenção básica à saúde”, realizaram um estudo descritivo e exploratório por entrevista semi-estruturada com 54 profissionais que atuam na atenção básica de São Carlos/SP e constatou 94,4% dos profissionais se auto-avaliaram como capazes de orientar a mãe e a melhor técnica de amamentação, mas acredita que haja necessidade de se oferecer cursos de atualização sobre o processo de AM para que os profissionais possam atuar de forma efetiva na atenção básica, pois 38,9% deles nunca realizaram qualquer curso sobre o tema (como 84,6% dos médicos ginecologistas e obstetras). As categorias profissionais que apresentaram melhor desenvolvimento nas questões de conhecimento do tipo verdadeiro ou falso foram a de enfermeira (92,2%), seguidas das categorias de médicos pediatras (88,1%).

Oliveira M. *et al.* (2005: 09) avaliaram no artigo Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidências:

... uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno desenvolvida em unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, analisando seus pressupostos, intervenções e resultados com base em um modelo lógico. Através de

uma revisão sistemática, foram identificados procedimentos e estratégias efetivas na extensão da duração do aleitamento materno, os quais compuseram os “Dez Passos” da “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação”, lançada no Estado em 1999. Uma metodologia de avaliação correspondente foi desenvolvida e utilizada para verificar o desempenho de 24 unidades básicas de saúde de diferentes partes do Estado. Foi verificada uma associação direta da prática desses passos com a prevalência de aleitamento materno exclusivo e com a satisfação da clientela. Uma análise dos significados atribuídos pelas gestantes e mães acerca do apoio recebido da unidade básica de saúde para amamentar identificou cinco estruturas de significação: “nenhum apoio”, “apoio dúbio”, “incentivo”, “manejo” e “parceria”. O modelo de avaliação propiciou o reconhecimento imediato das oportunidades de melhora nas ações do programa para a reversão dos baixos índices de aleitamento materno exclusivo.

O autor complementa que, considerando a evidência científica quanto a estratégias e procedimentos aplicados na assistência primária à gestante e ao binômio mãe-filho com efetividade na extensão da duração do AM, conclui que a implantação de uma “Iniciativa Global de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação na Atenção Primária à Saúde” poderá contribuir para o aumento da prevalência do AME no Brasil e em outros países e a IUBAAM poderá melhorar a relação custo-efetividade das ações de promoção do AM, tendo em vista o impacto potencial dessas ações articuladas com outras atividades de atenção básica e a possibilidade de otimizar o uso de recursos já existentes. Assim, demonstra os demais autores nos seguintes estudos:

- Oliveira A. e Borges (2008), em uma pesquisa relacionam a percepção dos usuários à contribuição do Programa Saúde da Família (PSF) numa unidade do Rio Grande do Norte, no período de 2000 a 2004, com a evolução dos indicadores de atenção à saúde da criança menor de 05 anos e outros índices. O índice de AME apresenta um quadro bem superior ao observado nas demais áreas, graças à ação do PSF.

- Caldeira *et al.* (2008) conduziu um estudo de intervenção controlado com 20 equipes do PSF, selecionados aleatoriamente em Montes Claros/MG, em 2006, para avaliar a efetividade da IUBAAM na estratégia de promoção do AM nessas equipes. Como resultado obteve aumento significativo no AME após atividades educativas voltadas às equipes de Saúde da Família concluindo que o treinamento dessas equipes, da forma como propõe a IUBAAM, mostrou ser uma estratégia efetiva e de baixo custo para sensibilizar esses profissionais, uniformizar as informações e assegurar o apoio necessário para as mães com dificuldades para amamentar seus filhos.

- Oliveira M. e Camacho (2002), no estudo para avaliar o impacto das 24 unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro na duração do AME, verificaram que apesar das unidades básicas serem de vários tipos e nas várias regiões do Estado, quando os profissionais

de saúde são capacitados, o seu crescente envolvimento enquanto equipe e adequado gerenciamento das unidades, são fatores que podem levar a um melhor aproveitamento do potencial já existente nas atuais condições da rede básica de saúde e gerar um bom desempenho nas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

- Parada *et al.* (2005) no artigo “Situação do AM em população assistida pelo PSF em um município de SP totalmente coberto pelo PSF”, demonstraram que as prevalências do AME e AMP em menores de quatro meses de vida (respectivamente 25,4 e 44,4%) evidenciando uma situação distante da recomendada pela OMS; reafirmaram a necessidade de apoio às mães no período puerperal precoce e demonstraram a importância do diagnóstico desagregado por regiões para o planejamento das ações de promoção ao AM.

- Ciconi *et al.* (2004), ao avaliarem os conhecimentos e a capacitação de equipes do PSF para o desenvolvimento de ações de incentivo ao AM num município em SP, concluíram que os profissionais estão sensibilizados quanto à importância do AM e tem conhecimentos teóricos sobre o tema, mas apresentam dificuldades para a resolução de questões práticas sobre o manejo da amamentação, o que pode interferir de forma negativa no trabalho desenvolvido de apoio às mães lactantes.

- Kummer *et al.* (2000) acompanharam a evolução da prática do AM na clientela de uma maternidade e avaliaram a prevalência do AM nos primeiros seis meses de vida e a taxa de interrupção precoce da amamentação; constataram que há uma apatia do serviço com relação à promoção do AM no período estudado, justificando plenamente o investimento na promoção da amamentação, especialmente nas famílias menos privilegiadas.

Esses estudos comprovam cientificamente que a situação do AM ainda não é a ideal e que os índices pioram com a falta de conhecimento dos profissionais e a apatia dos mesmos e das instituições. A UBS que considere estar seguindo os “Dez passos para o sucesso do AM” solicitará à secretaria de saúde do seu Estado o envio de um avaliador externo, a fim de dar continuidade ao processo de credenciamento da UBS como Unidade Básica Amiga da Amamentação (HERNANDEZ *et al.*, 2007).

### 3. CONCLUSÃO

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / Educação a Distância passou a contribuir para formar profissionais de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família como especialista em Atenção Básica em Saúde da Família com embasamento teórico e prático do seu processo de trabalho, cumprindo o importante papel na consolidação da estratégia de Saúde da Família e no desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde, universal e com maior equidade e resolutividade.

A participação no curso de especialização possibilitou ao profissional rever a realidade da comunidade em que atua no seu cotidiano com um olhar científico, a equipe na sua ação multidisciplinar, a família na sua realidade social, dentre outras, e aprofundar o conhecimento teórico na promoção do AME até o sexto mês de vida da criança, através do estudo de artigos científicos.

Os dados apresentados nos artigos, objetos de estudo deste trabalho, indicaram que a capacitação de profissionais de saúde, seu crescente envolvimento enquanto equipe e a implantação de normas e rotinas adequadas são fatores que podem levar a um melhor aproveitamento do potencial existente nas atuais condições da Atenção Primária à Saúde e gerar um bom desempenho da mesma na promoção, proteção e apoio à amamentação.

Na área de abrangência da equipe seria necessária a promoção ao aleitamento materno e orientações para introdução de alimentos de desmame de forma mais divulgada (como mídia), acessível, e também como desmistificadora de costumes/cultura. A dificuldade está ainda na taxa baixa de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade por desejo da mãe em introduzir outros tipos de alimentos antes do sexto mês, ou por essas crianças serem orientadas pelos costumes das avós (na maioria o não recomendado), também pelo desmame precoce e outras por permitirem que seus filhos fiquem em aleitamento materno predominante após o sexto mês de idade, trocando as principais refeições pelo leite humano. A maioria das mães não percebe que estas atitudes contribuem, como por exemplo, para a instalação da anemia ferropriva; tal fato só é "aceito", geralmente, quando se solicita o hemograma e a anemia é comprovada.

Considerando que já são bastante disponíveis evidências científicas quanto às estratégias e procedimentos aplicados, na assistência primária, à gestante e ao binômio mãe/filho, com resolutividade na extensão da duração do aleitamento materno, pode-se concluir que a implementação de uma ação geral de promoção e apoio à amamentação na

Atenção Primária à Saúde poderá contribuir para um aumento da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo.

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), como uma estratégia que contribui para o aumento das prevalências de AME e AM, pode melhorar a relação custo-efetividade dessas ações de promoção do aleitamento materno e com a possibilidade de se aperfeiçoar o uso de recursos já existentes. Recomenda-se que as equipes de SF de Conselheiro Lafaiete-MG busquem preencher os critérios para a certificação nos moldes da IUBAAM, associado à inclusão na Rede Amamenta Brasil, contribuindo para a intensificação da prática do aleitamento materno e consequente aumento nos índices de AM no município.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. L. *et al.* **Atenção à Saúde da Criança. Viva Vida.** Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224 p.
- ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 112p.
- ARANTES, C. I. S.; MONTRONE, A. V. G.; MILIONI, D. B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008; 10(4): 933-44. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a06.htm> >. Acesso em 11 dez. 2009.
- ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S.. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos pra o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.3, out./nov. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18886.pdf> >. Acesso em: 30 nov. 2009.
- BRASIL. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Amamenta Brasil.** Portaria n 2.799, de 18 de novembro de 2008. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de novembro de 2008. a
- BRASIL. Lei N 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal e altera a Lei N 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 9 set. 2008b. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11770.htm) >. Acesso em: 12 jan. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de capacitação de equipes de Unidades Básicas de Saúde na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM):** Curso de 24 horas. Brasília, DF, 2003. 196 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Brasileira de Comercialização de: Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.** Brasília (DF), [2002?]. Disponível em: <[www.aleitamento.com](http://www.aleitamento.com)>. Acesso em: 02 dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família. Manual de enfermagem.** Brasília, DF. 2001. 228 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. **Rede amamenta Brasil: Caderno do Tutor.** 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. c
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde à mulher. Departamento de Atenção Básica. **MANUAL TÉCNICO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. 163p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. d
- CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N.. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, n.6, p. 1027-33, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600008&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 13 dez. 2009.
- CARDOSO, L. O. *et al.* Impacto da implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria,** Porto Alegre, 2008, v. 84, n. 2. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000200010) >. Acesso em: 11 dez. 2009.

CERQUEIRA, M.T. Entrevista. **Revista Promoção da Saúde**, v 2, n. 3, p. 7, ago. 2000.

CICONE, R. C. V.; VENANCIO, S. I.; ESCUDER, M. M.. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, p. 193/202, jun. 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292004000200010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 dez. 2009.

COELHO, S.; PORTO, Y. F.. Saúde da Mulher. Belo Horizonte: Coopmed Nescon/UFMG, 2009. 115p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Coopmed Nescon UFMG, 2009. 96p.

DADOS da equipe de Saúde da Família Vista Alegre (ainda não publicados no SIAB-DATASUS), 2009.

DECLARAÇÃO de Innocenti. **Amamentar**. [2005]. Disponível em:

<http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%A9s/Declara%C3%A7%C3%A3odeInnocenti/tabid/369/Default.aspx>. >. Acesso em: 01 fev 2010.

DOMINGUEZ, B.N.E. **O Programa de saúde da família: como fazer**. Guarulhos: Parma, 1998. 237 p.

FONTINELE JUNIOR, K. Programa de Saúde da Família (PSF) Comentado. 1. ed. Goiânia: AB, 2003.

GOULART, L. M. H. F.; VIANA, M. R. A.. **Saúde da Criança e Adolescentes Agravos Nutricionais**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008. 92p.

**GUIA do profissional em formação: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família /** Cátedra da UNESCO de Educação a Distância FAEUFMG; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva FM/UFMG. – Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 54 p.: il. – (Educação a Distância).

HERNANDEZ, A. R.; KÖHLER, C. V. F.; FALCÃO, T. A. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: Avaliando as Práticas de uma Unidade de Saúde da Porto Alegre, 2007. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, jul./dez. 2007. Disponível em: < [www.esp.rs.gov.br/img2/IniciativaUnidBasAmig.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/IniciativaUnidBasAmig.pdf) >. Acesso em: 13 dez. 2009.

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Revista PEDIATRIA MODERNA**, v. 35, n. ½, jan./fev. 1999. Disponível em: < <http://www.bases.bireme.br/CGI-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isis...>>. Acesso em 10 nov. 2009.

KUMMER, S. C. *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2000. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200007)>. Acesso em: 06 dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.org.br>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. **Caderneta de Saúde da Criança**. 4ª Tiragem. 5. ed. Brasília (DF): 2008, 83p.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, mar. 2008.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde baseada em evidência. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1901-1910, no./dez. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/30.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2009.

OLIVEIRA, M.I.C.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2002. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2002000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000100006)>. Acesso em: 04 dez. 2009.

PARADA, C. M. G. P. *et al.* Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família – PSF. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 407-414, mai./jun. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300016)>. Acesso em: 11 dez. 2009.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 1, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v/9s/.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2009.

SUSIN, L. R. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; KUMMER, S. C.. Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 141-147, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000200001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 dez. 2009.

UNICEF. **Aleitamento Materno**. Disponível em: < [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10003.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2009. a

UNICEF. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Disponível em: < [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2009. b

UNICEF. **A Amamentação freqüente faz com que a mãe produza mais leite. Quase toda mãe é capaz de amamentar com sucesso**. Disponível em: < [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_10007.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10007.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2009. c

UNICEF. **Semana do Aleitamento Materno**. Disponível em: < <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&cid=3086>>. Acesso em: 10 dez. 2009 d

**WIKIPÉDIA**: A Enciclopédia Livre. Disponível em: < [http://pt.wikipedia.org/wiki/Conselheiro\\_Lafaiete](http://pt.wikipedia.org/wiki/Conselheiro_Lafaiete)>. Acesso em: 25 de jun. 2008.

## APÊNDICE A

### **Equipe de Saúde da Família Vista Alegre – Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais: Perfil da População Adscrita, 2008**

Andressa Vieira de Brito

Equipe de Saúde da Família Vista Alegre – Conselheiro  
Lafaiete, Minas Gerais

Trabalho produzido pela autora, com apoio da equipe de Saúde da Família, como atividade do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Portfólio da autora (revisito)

A comunidade Vista Alegre abrange seis bairros (Centro, São Sebastião, Vista Alegre também conhecido como Guarany, Carijós, Novo Carijós e São Dimas). Faz divisão de área com as equipes São Sebastião, Fonte Grande, Carijós e São Dimas. Possui 24 ruas, 02 avenidas, 02 alamedas, 01 praça e 01 travessa. Sua comunidade apresenta inúmeros serviços básicos e essenciais como: cinco escolas, um hospital maternidade, várias clínicas e laboratórios, um ambulatório de saúde mental, um centro de convivência – Malabares, uma unidade de vacinação, planos de saúde, funerárias, clubes recreativos, igrejas, postos de gasolina, campo de futebol, concessionárias, supermercado, padarias, açougues, farmácias, hotéis, oficinas mecânicas entre outros. As ruas são asfaltadas e calçadas, quase todas as casas com rede de esgoto e maior parte com água tratada. Possui maior parte das casas de tijolos e com estrutura ampla. Apresenta acidentes geográficos considerados como área de risco para a população como o Rio Bananeiras, a BR 040, casas abandonadas e inúmeros lotes vagos não cuidados (foco de sujidades e doenças). A faixa etária mais populosa é de indivíduos de idade entre 20 e 49 anos com o 1º grau completo de escolaridade e renda média entre dois a três salários mínimos com profissões variando entre professores, comerciantes, balconistas, empregadas domésticas e outros, porém, com um número maior de profissionais de nível superior em relação a outros bairros. Adoecem-se mais de hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus*, depressão e alcoolismo com óbitos decorrentes das doenças relacionadas.

A Equipe de Saúde Vista Alegre foi inaugurada há cerca de oito anos como espaço de referência e, está situada à Rua João Chapuis, 241, Bairro Vista Alegre, que não faz parte de sua área de abrangência; localiza-se na mesma estrutura física que o Centro de Referência de

Saúde (CRS) - Atenção Secundária, sede própria da prefeitura, construída especificamente para o funcionamento de um centro de saúde. A Unidade é bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada por ter que ser dividida em duas unidades, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões, sendo outro problema. As reuniões com a comunidade são realizadas no auditório de uma escola que fica um pouco distante da Unidade de Saúde. Possui um consultório médico, um consultório de enfermagem com banheiro, uma sala de curativo, uma sala de procedimento, um banheiro social com uma pequena sala para as ACS(s); a sala de esterilização e lavanderia é para uso das duas unidades.

Atualmente atende uma demanda de 2987 pessoas, 836 famílias cadastradas, 540 hipertensos, 107 diabéticos, 05 gestantes e 67 crianças menores de dois anos.

A equipe de SF Vista Alegre funciona de segunda à sexta-feira de 07h às 17h. Por não haver funcionário designado para as funções de recepção e limpeza, o serviço é realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde que se revezam em escala diária. As escalas de folgas e férias são realizadas de forma a não comprometer o desempenho da equipe. As atividades são desenvolvidas por meio de agendamento diário, demanda livre e visitas domiciliares através de Puericultura, Pré-Natal, Puerpério, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e outras, com os programas do MS como Sulfato Ferroso, Bolsa Família, HIPERDIA, etc. A falta de uma sede própria interfere no atendimento devido à dificuldade da população entender a diferença na filosofia da equipe SF com o Centro regional de Saúde (CRS). Há falta de alguns materiais permanentes e atraso na entrega dos de consumo.

Encontram-se dificuldades para o encaminhamento dos usuários para os demais níveis assistenciais. A contra-referência também deixa muito a desejar, mesmo com o início das reuniões do Plano Diretor para uma articulação melhor entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária. Existem, também, dificuldades com a assistência farmacêutica e apoio diagnóstico.

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

entre os próprios e/ou vizinhos principalmente à proximidade, dificuldade no acesso à alimentação, vestuário, educação e saúde, por possuírem um trabalho na maioria das vezes físico, repetitivo e desgastante paralelo ao alto índice de desemprego que coloca esse indivíduo no marasmo com tempo suficiente para o uso de bebidas alcoólicas, drogas e o descaso como sua própria saúde. Agem juntamente às questões psicossociais mostrando estes determinantes na saúde/doença da comunidade.

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

## **APÊNDICE B**

**Observação ativa e síntese dos principais problemas identificados por informantes-chaves da área de abrangência em entrevista semi-estruturada realizada pela equipe em 2008**

Andressa Vieira de Brito

Equipe de Saúde da Família Vista Alegre – Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais

Trabalho produzido pela autora, com apoio da equipe de Saúde da Família, como atividade do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Portfólio da autora (revisto)

### **OBSERVAÇÃO ATIVA**

Principais pontos observados

- Condições socioeconômicas diversificadas: áreas de classe média alta e focos com classe baixa
- Rio Bananeiras poluído
- Falta de segurança e policiamento
- Esgoto a céu aberto
- Lixo acumulado em lotes vagos
- Animais soltos
- Prostituição
- Falta de participação da comunidade
- BR 040: ausência de passarelas para pedestre, transformando-se em uma área de risco
- A maioria relata que a população da área possui acesso aos serviços de saúde (PSF, CRS, Policlínica e demais)
- Que a comunidade tem acesso à escola e creches
- Que existem na comunidade vários órgãos ou entidades que auxiliam no resgate à cidadania e na promoção à vida

## **PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

- Condições precárias das vias públicas: buracos, sujeiras, cachorros, matos
- Drogas e álcool
- Furtos e assaltos
- Adolescentes marginalizados e ociosos
- Falta de políticas públicas
- Alto número de mendigos
- Acúmulo de lixo nos lotes
- Falta de esgoto
- Violência
- Desemprego

## APÊNDICE C

### **Informações sobre a população infantil da área de abrangência da equipe de saúde Vista Alegre, em Outubro de 2008**

Andressa Vieira de Brito

Equipe de Saúde da Família Vista Alegre – Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais

Trabalho produzido pela autora, com apoio da equipe de Saúde da Família, como atividade do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Portfólio da autora (revisto)

Revedo as informações já levantadas e considerando crianças até cinco anos, a equipe deu ênfase ao acompanhamento de puericultura para crianças até dois anos de idade. Os dados de vacinação ficam num fichário rotativo do cartão espelho desta faixa etária no qual o controle é eficaz. Possui um livro de registro de internações e óbitos para toda a área, ficando fácil de identificar este dado. A equipe possui os dados de prematuridade e baixo peso apenas no SIAB (quantitativo, e não qualitativo) e no prontuário das respectivas crianças, ficando assim difícil a consolidação, sendo necessária a inclusão destes em um formulário de fácil acesso.

Analisando com a equipe, para que o atendimento das crianças fosse cumprido, seria necessária a participação de todos os membros, bem como o cumprimento da agenda, do horário profissional e responsabilização.

Para as crianças de risco, a proposta seria que o PSF tivesse acesso à agenda dos pediatras de referência para que o atendimento fosse garantido, juntamente com o atendimento do médico e da enfermeira da ESF devidamente intercalados, e não quando a mãe conseguisse uma ficha para esse atendimento especializado depois de muito tempo de solicitação, colocando em risco o crescimento da criança pela dificuldade em fichas ou acessibilidade.

As metas levantadas pela equipe seriam que as ACS realizariam as VD de captação e busca ativa dos faltosos. Na “primeira semana de saúde integral” do RN, a auxiliar de enfermagem e/ou enfermeira realizaria a VD, de preferência no sétimo dia, atenderia à mãe, já

retiraria os pontos, caso tivesse sido submetida à cesariana e, se necessário, agendaria a consulta médica e início de puericultura na unidade.

Juntamente à equipe, a enfermeira classificaria as crianças em risco I ou II ou sem risco. Conforme o cronograma de atendimento (Quadro 2) as consultas para as crianças sem riscos seriam agendadas para a enfermeira, já as crianças de riscos seriam intercaladas com médico do PSF e encaminhadas também para o pediatra.

De acordo com a faixa etária desenvolveriam grupos educativos para os pais e familiares com temas propostos pelo MS.

A avaliação seria através da auditoria do registro do número de consultas destas crianças e seu crescimento e desenvolvimento: quantas completariam o número solicitado de consultas, de participação nos grupos e qual a redução de hospitalização/óbitos e patologias. Tendo essa avaliação uma periodicidade semestral ou anual, discutida com a equipe e modificada de acordo com a necessidade ou mudança do perfil da área.

Nos quadros 1 e 2 seguinte são apresentados dados quantitativos e operacionais da equipe de saúde da Família.

**Quadro 1 – Informações sobre a população infantil da área de abrangência da equipe de Saúde da Família Vista Alegre, em outubro de 2008**

Crianças menores de 12 meses	22
Crianças entre 12 e 24 meses	20
Crianças entre dois e cinco anos	86
Crianças acompanhadas regularmente pela equipe	89
Crianças prematuras e baixo peso ao nascer	*
Mães adolescentes	38
Mães analfabetas	00
Mães de baixa escolaridade	12
Crianças desnutridas	00
Crianças obesas	00
Índices de aleitamento materno	*
Crianças menores de 06 meses exclusivamente ao seio	06
Crianças menores de 02 anos ainda amamentadas	12
Crianças com vacinação em dia	120
Crianças internadas no último mês	03
Crianças que freqüentam creches	12

Fonte: ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.112p..

\* A equipe não possui esses dados em registro próprio com facilidade para levantamento de dados, apenas no prontuário de cada criança (e nem todas estão com esses dados). Verifica-se a necessidade de se anotar este dado como, por exemplo, no cartão espelho de vacinação para monitoramentos e planejamentos.

## Quadro 2 – Informações sobre modalidades de atendimento à população infantil da área de abrangência da equipe de Saúde da Família Vista Alegre, em Outubro de 2008

Objetivos	Responsável	Recursos Materiais
<p>Visita Domiciliar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Captar crianças para o acompanhamento.</li> <li>- Verificar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Condições gerais da mãe e da criança;</li> <li>Presença de situações de risco;</li> <li>Caderneta de Saúde da Criança (CSC);</li> <li>Cuidados de higiene;</li> </ul> </li> <li>- Uso correto de medicamentos prescritos.</li> <li>- Incentivar o aleitamento materno</li> <li>- Buscar faltosos</li> </ul>	<p>Agente Comunitário de Saúde (ACS) Auxiliar de Enfermagem (AE) Enfermeiro Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caneta e materiais de anotações</li> <li>- Fôlderes educativos</li> </ul>
<p>“Primeira semana de saúde integral” Preferência: 7 dias</p> <p>Recém-nascido: - atualizar a CSC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verificar sinais gerais de perigo;</li> <li>- verificar icterícia;</li> <li>- avaliar amamentação e orientar;</li> <li>- orientar sobre os cuidados com o bebê;</li> <li>- captar para o acompanhamento e agendar puericultura</li> <li>- encaminhar à Unidade de Vacinação</li> </ul> <p>Mãe: - verificar o estado geral, sinais de infecção e hemorragia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verificar antitetânica e, se necessário, encaminhar</li> <li>- encaminhar para consulta pós-parto</li> </ul>	<p>AE Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caneta e materiais de anotações</li> <li>- Aparelho de PA</li> <li>- Termômetro</li> <li>- Material de curativo e retirada de ponto</li> </ul>
<p>Consulta individual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas.</li> <li>- Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos.</li> <li>- Preencher a CSC.</li> <li>- Solicitar exames complementares.</li> <li>- Prescrever medicamentos.</li> <li>- Encaminhar para consultas especializadas</li> </ul>	<p>Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caneta e materiais de anotações</li> <li>- Balança pediátrica</li> <li>- Régua antropométrica</li> <li>- CSC</li> <li>- Termômetro</li> <li>- Estetoscópio</li> </ul>
<p>Grupo Operativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento</li> <li>- Avaliar e promover o aleitamento materno e a alimentação de desmame.</li> <li>- Atividade de educação para a saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança, com ênfase:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenção de doenças e acidentes</li> <li>• higiene</li> <li>• aspectos da educação infantil</li> <li>• outros temas sugeridos pelos participantes</li> </ul> </li> <li>- Preencher a CSC</li> </ul>	<p>ACS AE Enfermeiro Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material educativo</li> <li>- Material de anotações</li> <li>- Recursos audiovisuais</li> <li>- Busca ativa</li> <li>- Propaganda</li> <li>- Capacitação do profissional</li> </ul>

Fonte: ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação.** Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.112p.

## ANEXO A – Formulário de observação da mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA	
Nome da mãe: _____ Data: ___/___/___	
Nome do bebê: _____ Idade do bebê: _____	
Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade
<b>Mãe</b> <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com os dedos fora do mamilo	<b>Mãe</b> <input type="checkbox"/> Parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola
<b>Bebê</b> <input type="checkbox"/> Parece saudável <input type="checkbox"/> Calmo e relaxado <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê <input type="checkbox"/> O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	<b>Bebê</b> <input type="checkbox"/> Parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil <input type="checkbox"/> O bebê não busca, nem alcança
<b>Posição do bebê</b> <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Bebê apoiado	<b>Posição do bebê</b> <input type="checkbox"/> Pescoço e cabeça do bebê girados para mamar <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo <input type="checkbox"/> O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo <input type="checkbox"/> Bebê não apoiado
<b>Pega</b> <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê <input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora	<b>Pega</b> <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro
<b>Sucção</b> <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina <input type="checkbox"/> Bebê solta a mama quando termina	<b>Sucção</b> <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama

Fonte: ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.112p..