

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

GRETCHEN DE ARMAS BLANCO

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA INTERVENÇÃO À BAIXA
ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO ORIENTE**

IPATINGA – MINAS GERAIS.

2015

GRETCHEN DE ARMAS BLANCO

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA INTERVENÇÃO À BAIXA
ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO ORIENTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Virgínia Resende Silva Weffort

IPATINGA – MINAS GERAIS.

2015

GRETCHEN DE ARMAS BLANCO

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS NA INTERVENÇÃO À BAIXA
ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE UM ANO NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELO ORIENTE**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dra. Virgínia Resende Silva Weffort – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2 – Prof. – Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus e a minha Senhora da Caridade do Cobre Patroa de Cuba por me permitir ter chegado até a conclusão deste curso, pela força e sabedoria a mim concedidas.

Agradeço também a minha apreciada família, meu esposo e meus filhos, vocês foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

A minha equipe de PSF pelo apoio e o trabalho em equipe, sem eles este trabalho não seria possível.

Gostaria agradecer especialmente a professora Dra. Virgínia Resende Silva Weffort que me orientou na construção desse projeto.

Muito agradecida com tudo.

RESUMO

O aleitamento materno é uma prática indispensável para a saúde e bom desenvolvimento da criança, mas apesar de sua excelência os índices de desmame precoce são elevados. Esse é um fato preocupante pelos riscos para a saúde da criança e por sua dimensão como problema de saúde pública. A partir da análise situacional da área de atuação da equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) V no município Belo Oriente e listagem dos problemas enfrentados, ficou evidente o grande número de mães que não amamentam seus filhos.

Assim, este projeto de intervenção objetivou propor um plano de intervenção para a implantação de ações de educação em saúde, na intervenção à baixa adesão ao aleitamento materno em menores de um ano, na estratégia saúde da família V em Belo Oriente, Minas Gerais. Fez-se pesquisa bibliográfica nas bases de dados do PubMed. A literatura reforçou a importância do ato de amamentar e portanto, decidiu-se traçar uma proposta de intervenção e um plano de ação para aumentar o índice de aleitamento materno em nosso PSF, conscientizando as mães, gestante e familiares dos benefícios e da importância do aleitamento materno além de realizar orientações sobre as técnicas adequadas de amamentação. Sabe-se que conhecimentos corretos sobre aspectos relevantes do aleitamento materno contribuem para o sucesso desse processo.

Descritores: Aleitamento materno, desmame, Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Breastfeeding is an indispensable practice for health and good development of the child, but despite its excellence, the early weaning rates are high. This is a worrying fact the risks to children's health and their size as a public health problem. From the situational analysis of the Family Health Strategy (PSF) V, team's operating area in the city Belo Oriente and listings of the problems, it became clear the large number of mothers who do not breastfeed their children.

Thus, this intervention project aimed at proposing an action plan for the implementation of health education actions in the intervention to the low adherence to breastfeeding in children under one year health strategy of the V family in Belo Oriente, Minas Gerais. There was literature in PubMed databases. The literature stressed the importance of the act of breastfeeding and therefore it decided to draw a proposal for intervention and an action plan to increase the breastfeeding rate in our PSF, educating mothers, pregnant women and family benefits and importance of breastfeeding maternal and perform guidance on the proper techniques of breastfeeding. You know that correct knowledge of relevant aspects of breastfeeding contribute to the success of this process.

Descriptors: Breast feeding, weaning, Family Health Strategy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

PIB: Produto Interno Bruto.

CENIBRA: Celulose Nipo Brasileira.

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PSF: Programa de Saúde da Família.

USF: Unidades de Saúde da Família.

ESF: Equipes de Saúde da Família.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

CONSAUDE: Consorcio Intermunicipal de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

FMS: Fundo Municipal de Saúde.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

SciELO: Scientific Electronic Library Online.

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

BDEF: Banco de Dados de Enfermagem.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	18
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8 REFERENCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Belo Oriente está situado no interior de Minas Gerais e pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce, mais precisamente na microrregião de Ipatinga e no colar metropolitano do Vale do Aço. Localiza-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 253 km². Seus municípios limítrofes são Açucena, a norte; Mesquita, a oeste; Santana do Paraíso e Ipaba, a sul; Bugre, a sudeste; Iapu, a leste; e Naque a nordeste (IBGE, 2013).

O município conta com topografia típica de relevo acidentado, apresenta plano (15%), ondulado (20%) e montanhoso (65%). O clima é úmido e de verões quentes, a temperatura média máxima anual é 28,3°C, a média mínima anual de 19,1°C e o índice pluviométrico anual é de 1374 mm (BELO ORIENTE, 2015).

O povoado se desenvolveu com o trabalho de seus fundadores, dedicado especialmente, às atividades, agropecuárias até 1977 quando entrou em funcionamento importante indústria de celulose, Celulose Nipo Brasileira S/A (CENIBRA), as margens do Rio Doce e da BR-381. A empresa configura-se como um dos maiores produtores mundiais de celulose branqueada, tendo sido fundada em 13 de setembro de 1973, entrando em operação em 1977 e propiciou rápida expansão do município (IBGE, 2013).

Em 1943 foi criado o distrito Belo Oriente, subordinado a Mesquita que foi emancipada em 1962 e instalado em 1 de março de 1963 (IBGE, 2013). Foi elevado à categoria de município com a denominação de Belo Oriente, pela lei estadual nº 2764, de 30 de dezembro de 1962 segundo o mesmo autor.

Em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído de 4 distritos: Belo Oriente, Bom Jesus do Bagre, Perpétuo Socorro e São Sebastião de Braúnas Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2013).

Em 2010, a população do município foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 23 397 habitantes. Segundo o censo daquele ano, 11 616 habitantes eram homens e 11 781 habitantes mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 19 665 habitantes viviam na zona urbana e 3 732 na zona rural. Já segundo estatísticas divulgadas em 2014, a população municipal era de 25 329 habitantes (IBGE, 2013).

O Produto Interno Bruto (PIB) de Belo Oriente é um dos maiores de sua microrregião, destacando-se no setor industrial e na área de prestação de serviços, segundo dados do (IBGE, 2011).

A indústria, em 2011, era o setor mais relevante para a economia do município, já o comércio, por sua vez, está presente desde a formação de um núcleo urbano em Belo Oriente, sendo praticado por pequenos comerciantes caracterizados como lojas e vendas (IBGE, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Belo Oriente é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que seu valor é de 0,686 (o 2282º maior do Brasil). A cidade possui a maioria dos indicadores próximos à média nacional segundo o PNUD. Considerando-se apenas o índice de educação o valor é de 0,606, o valor do índice de longevidade é de 0,813 e o de renda é de 0,655 (IBGE, 2014).

A quinta equipe é localizada no perímetro urbano com a distância 500 metros do centro, 35% de terra em morro, 25% terra acidentado e 40% plano. Possui uma fonte de água natural (nascente) cuja população utiliza desta água para consumo.

Em nossa área de abrangência de equipe V, o tipo de casa que predomina são as de tijolo/adobe, 768 para um 97,84 %, Taipa revestidas 18 para um 2,28% e de outro tipo 3 casas que representam 0,38 % (BRASIL, 2013).

A porcentagem de domicílios que utilizam abastecimento de água de rede pública são 99,87 % o que representam 758 domicílios. Temos em nossa comunidade um domicílio que utiliza água de poço representando 0,13% do total de domicílios (BRASIL, 2013).

A porcentagem dos domicílios que possuem água potável são 723 representando um 91,63 %, ninguém bebe água fervida e dois dos domicílios bebem água clorada, representando 0,13 %. Na área de estudo são 65 domicílios que bebem água sem tratar, representando 8,24% (BRASIL, 2013)

A porcentagem dos domicílios que utilizam sistemas de esgoto são 97,34% que representam a um total de 768 domicílios, deles os que utilizam fossas são 2,28% que representam um total de 18 domicílios, 0,38% fazem ao céu aberto o que representa 3 domicílios (BRASIL, 2013).

Com energia elétrica são um total de 784 domicílios equivalentes a 99,37 %. Sem energia elétrica são 5 domicílios representado 0,63 % (BRASIL, 2013).

A porcentagem de domicílios que utilizam a coleta pública, que passa três vezes na semana, são 97,47 % que representam um total de 769 domicílios. Queimados ou enterrados: 2,28% que representa 18 domicílios. Céu aberto: 0,25 % representando 2 domicílios (BRASIL, 2013).

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Belo Oriente era, no ano de 2011, de 5,1 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10) (IBGE, 2013)

O município conta com um total aproximado de 222 trabalhadores de saúde incluindo médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, dentistas, motoristas, pessoal de serviço, etc., com um horário de trabalho de 07:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, com uma carga horária semanal de 40 horas.

O Programa Saúde de Família funciona em todo o município de Belo Oriente garantindo uma total cobertura pela estratégia de saúde de família a 100% da população, dessa forma o trabalho em rede se realiza de forma interdisciplinar e intersetorial.

A atenção básica prioriza as equipes de saúde da família como instrumento principal para reorganização da atenção básica, o município possui oito equipes de saúde da família (ESF) distribuídas da seguinte forma: 01 equipe da saúde da família em São Sebastião de Braúnas, 01 equipe de saúde de família em Bom Jesus de Bagre, 01 equipe de saúde de família em Esperança (zona rural), 02 equipe de saúde de família em Belo Oriente (sede), 03 equipe de saúde de família em Perpetuo Socorro.

Não existem Redes de Média e alta Complexidade. Os pacientes que necessitam são encaminhados para Ipatinga, Governador Valadares, Belo Horizonte e Teófilo Otoni. Os demais serviços são oferecidos pelo município através de convênios com o Consórcio Intermunicipal De Saúde (CONSAUDE), os exames de patologia clínica são oferecidos através de serviços próprios do município e serviços credenciados pelo SUS.

Esta unidade é integrada à UBS e oferece serviços de odontologia, saúde mental e sala de vacinas. Nossa equipe é composta por 1 médico do Programa Mais Medico, 1 enfermeiro, 6 Agentes Comunitários de Saúde e 1 Técnico de Enfermagem. Além destes profissionais citados, as unidades possuem também uma equipe de apoio composta por auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, coordenadora, técnicos de enfermagem, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista e

também a equipe do NASF (Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família). O PSF funciona das 08:00 às 17 horas, e a UBS funciona das 07: 00 às 18 horas.

O município conta com 4 ambulâncias e 1 microônibus para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade. O serviço de referência e contra referência, é feito de maneira regular, através dos especialistas que são contratados pelo município, sendo montada uma casa de especialidades.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Oriente se reúne uma vez por mês de forma ordinária, podendo ser convocados de forma extraordinária, e é composto pelos gestores municipais e técnicos. O Conselho Municipal de Saúde esta constituído por 32 membros ,16 titulares e 16 suplentes o presidente Gisleno Martins Dias. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

O financiamento do SUS é tripartite por conceito e, assim, deveria ser na pratica, no entanto em Belo Oriente a participação esperada dos três níveis de governo não se dá como esperada. Os recursos municipais aplicados em saúde deverão seguir a mesma organização e, preferencialmente, estarem disponíveis financeiramente no FMS (Fundo Municipal de Saúde), e não somente no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Perpétuo Socorro é um distrito do município de Belo Oriente, no interior do estado de Minas Gerais.

O PSF V abrange cinco bairros, sendo eles o Centro, Esplanada (onde está situada a unidade), Codestra, Areião e Alto Bela Vista. A equipe V é a única que possui sua sede própria inaugurada no Março de 2011. Esta unidade é integrada à UBS e oferece serviços de odontologia, saúde mental e sala de vacinas.

A quinta equipe é localizada no perímetro urbano com a distância 500 metros do centro, 35% de terra em morro, 25% terra acidentado e 40% plano. Possui uma fonte de água natural (nascente) cuja população utiliza desta água para consumo.

Nossa Unidade conta com sala de espera para pacientes e acompanhantes, Recepção /Registro de pacientes /administração (anexa à sala de espera) onde se faz o acolhimento dos pacientes, registro de pacientes, sala para agentes, sala para guarda de medicamentos, sala de vacinação, consultório Clínico/ Enfermagem, consultório odontológico, sala de cuidados básicos, e sala de observação.

Destaca-se que no Município existe um hospital em construção, e 03 clínicas privadas, 5 laboratórios com convênios com a prefeitura.

Segundo o DATASUS, as principais causas de internação foram doenças do aparelho circulatório complicadas, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Hipertensão Arterial descompensada, complicações do Diabetes Mellitus, pé Diabético, Insuficiência renal, e doenças do aparelho respiratório, fundamentalmente de causa infecciosas. As principais causas de óbito no município foram as doenças do Aparelho Circulatório como IAM e AVC e em segundo lugar enfermidades do Aparelho Respiratório. A taxa de mortalidade infantil foi de 5,3/1000 nascidos vivos. Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87% (BRASIL, 2013).

Embora com o pouco tempo de atuação na Unidade de Saúde PSF V do município Belo Oriente, nota-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Ao realizar a priorização dos problemas a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e a capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a baixa adesão ao aleitamento materno nas crianças menores de um ano de idade.

Atualmente o PSF V do distrito Perpétuo Socorro de Belo Oriente tem uma população de 2603 habitantes. No mês de Março de 2015 contávamos com um total de 70 crianças menores de um ano, desta população alvo, 40 crianças eram menores de 6 meses, e com aleitamento materno exclusivo só 8 lactantes, representando 20% do total de lactantes menores de 6 meses, que deveriam ter amamentação exclusiva.

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo tem como justificativa os inúmeros, e fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, uma vez que ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas.

Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis (JONES,2003 *et al.*BRASIL,2009). Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Unicef, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano devido ao aumento das taxas de amamentação exclusiva. Por isso achamos de grande importância promover ações de saúde no PSF V do distrito Perpetuo Socorro de Belo Oriente visando aumentar a adesão ao aleitamento materno, já que a maioria das mães não tem conhecimento sobre as vantagens que o aleitamento materno tem para elas e para suas crianças.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

Por essas considerações justifica-se a realização deste projeto para propor ações que possam ser implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família e a qualidade de vidas das crianças menores de um ano do município.

3 OBJETIVOS

3.1 OBEJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção para a implantação de ações de educação em saúde na intervenção à baixa adesão ao aleitamento materno em menores de um ano na estratégia saúde da família V em Belo Oriente, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Promover atividades educativas para lograr maior adesão ao aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de idade.

Reduzir o desmame precoce de lactentes bem como a introdução inadequada de alimento.

Fazer atividades práticas e educativas para melhorar a técnica de amamentação.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor ações de saúde para diminuir a baixa adesão ao aleitamento materno em crianças menores de um ano de vida na área de abrangência do PSF V no Município de Belo Oriente, Minas Gerais.

Como fonte de pesquisa foram utilizadas as bases de dados Medline/Pubmed, Scielo bem como site Ministério da Saúde e livros- texto de Pediatria. Com os termos “aleitamento materno”, “amamentação”, “aleitamento exclusivo”. Foram selecionados artigos para o embasamento desse projeto, também foram utilizados dados de outros sites como, DATASUS e IBEGE e artigos internacionais traduzidos na língua portuguesa. Como critério de inclusão optou-se por trabalhos impressos ou online, em língua portuguesa, publicados entre os anos de 2002 e 2014 relacionados ao tema do projeto preferencialmente originados de periódicos indexados. Os estudos que não tratavam do AM, publicações em língua estrangeira e que foram publicados anteriormente a 2002 foram excluídos. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados obtidos na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1.1 Aleitamento materno e aspectos epidemiológicos do aleitamento materno no Brasil.

Uma alimentação saudável se inicia com o aleitamento materno, que isoladamente é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida. Já a partir dos 6 meses de vida, devem ser introduzidos alimentos complementares ao aleitamento materno, por dois anos ou mais (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços que vêm refletindo ao longo de três décadas nos resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Além disso, verificou-se neste estudo a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009).

Resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 possibilitam uma avaliação da prática de aleitamento materno no Brasil. Embora 96% das crianças menores de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez, a PNDS de 2006 mostra que ainda falta muito para se alcançar, no Brasil, o padrão de aleitamento materno recomendado pelos organismos de saúde internacionais e nacionais. Entre as mães entrevistadas, 43% relataram ter amamentado seus filhos na primeira hora após o parto. A prevalência de aleitamento materno exclusivo entre crianças de zero a 3 meses é ainda baixa (45%), ainda que discretamente mais alta do que constatado na PNDS de 1996 (40%). Com relação à faixa etária de 4 a 6 meses, o aleitamento exclusivo caiu para 11% em 2006. (BRASIL, 2012).

O aleitamento materno complementado ocorreu em 32% na faixa de zero a 3 meses, e 56% entre 4 a 6 meses em 2006, sendo que 23% das crianças estavam completamente desmamadas na faixa de zero a 3 meses e 33% na faixa de 4 a 6 meses. Nesta última faixa etária, 35% das crianças já consumiam “comida de sal”, o que evidencia uma dieta inadequada para a idade (VITOLLO, 2008).

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, constatou os seguintes indicadores: amamentação na primeira hora de vida – 67,7%; aleitamento materno exclusivo em

menores de 6 meses – 41%; mediana de aleitamento materno exclusivo – 54 dias; prevalência de aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses – 58,7%; mediana de aleitamento materno – 11,2 meses (BRASIL,2009).

5.1.2 TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) adota os termos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro.

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

5.1.3 Benefícios do aleitamento materno.

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde (BRASIL, 2012). Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança (GARTNER et al., 2005).

Benefícios para o bebê:

- Diminuição de morbidade (BRASIL, 2012), especificamente relacionada a infecções como: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia (GARTNER et al., 2005), infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo.

- Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente.

- Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório (VSR)(BRASIL,2012). O estudo realizado em Pelotas (RS) mostrou risco sete vezes maior de hospitalização por bronquiolite de crianças amamentadas por menos de um mês. O estudo também salienta que as crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses de vida tiveram chance 61 vezes maior de hospitalização por pneumonia do que as crianças amamentadas exclusivamente (GARTNER et al., 2005).

- Redução de alergias:

O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes; O aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica; A exposição a pequenas doses de leite de vaca durante os primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca, mas não afeta a incidência de doenças atópicas no futuro;

Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas. (BRASIL, 2012).

- Redução da obesidade.
- Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes
- Melhor nutrição.
- Efeito positivo no desenvolvimento intelectual
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal.
- O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido (GARTNER et al., 2005), favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove uma “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de

glicose do recém-nascido (GARTNER et al., 2005), diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário

Benefícios para a mãe:

- Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido à liberação de ocitocina (SCOTTISH, 2006).
 - Perda mais rápida do peso acumulado na gestação.
 - Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações (PINTO, 2007).
 - Maior interação mãe-bebê (DRANE, 1997).
 - Benefício relativo aos aspectos econômicos, uma vez que o leite materno não tem custos (WHO, 2007).
 - Praticidade, pois o leite materno está sempre pronto para ser consumido.
- Diminuição do risco de câncer de mama e ovário (SCOTTISH, 2006).

5.2 Aconselhamento em amamentação.

Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a manutenção da amamentação (BRASIL, 2012). O aconselhamento comportamental e a educação para a prática de aleitamento materno são procedimentos recomendados. Eles podem ser iniciados desde a primeira consulta de pré-natal. O apoio à amamentação deve ser disponibilizado independentemente do local de prestação de cuidados (BRASIL, 2012). Além disso, as mães devem receber informações de como buscar suporte à prática de amamentar (BRASIL, 2012).

A frequência e a duração ilimitada (livre demanda) das mamadas devem ser incentivadas (BRASIL, 2012). A mãe deve ser orientada sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca, etc.), não sendo necessário esperar o choro do bebê.

Os profissionais devem conversar sobre a experiência de amamentar e identificar as dificuldades da amamentação. A depressão materna pós-parto é fator de risco para desmame precoce (VIEIRA et al., 2006), o que reforça a importância de que o profissional de saúde esteja atento para os sinais de depressão puerperal.

Técnica de amamentação:

A técnica de amamentação está adequada quando:

- A cabeça do bebê está no mesmo nível da mama da mãe, e o queixo está tocando-a.
- A boca está bem aberta.
- O lábio inferior está virado para fora.
- As bochechas estão arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama.
- Vê-se pouco a aréola durante a mamada (mais a porção superior da aréola do que a inferior).
- A mama parece arredondada, não repuxada.
- As sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente (sucção, deglutição e respiração).
- A mãe pode ouvir o bebê deglutindo.
- O corpo do bebê está totalmente voltado para o corpo da mãe (posição de barriga com barriga) e um dos braços está ao redor do corpo da mãe.
- A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados.
- A mãe está sentada de forma confortável e relaxada.
- Não é necessário limpar os mamilos antes das mamadas. Banho diário e uso de um sutiã limpo são suficientes.

Caso se observe alguma das situações relacionadas a seguir, faz-se necessária reavaliação da técnica de amamentação:

- O bebê apresenta as bochechas encovadas durante a sucção ou realiza ruídos audíveis da língua.
- A mama da mãe está esticada/deformada durante a mamada ou os mamilos estão com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama.
- A mãe apresenta dor durante a amamentação (DUNCAN, 2004).

5.2.1 DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a:

- Maior número de episódios de diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500 ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas. (BRASIL, 2009).

5.2.2 Contraindicações para a amamentação

Segundo Brasil, (2012), são poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Nas seguintes situações, *o aleitamento materno não deve ser recomendado*:

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T).
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.

- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo.

Recomenda-se a *interrupção temporária da amamentação* nas seguintes situações maternas:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber *imunoglobulina humana antivariçela zoster* (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga.

Em todos os referidos casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.

O *aleitamento materno não deve ser contraindicado*, nas seguintes condições maternas:

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (nas duas primeiras semanas após o início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Neste caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10mg/ kg/dia por três meses. Após tal período, deve-se fazer teste tuberculínico (PPD):

Sendo o teste for reator, a doença deve ser pesquisada especialmente em relação ao acometimento pulmonar. Se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada. Caso a criança não a tenha contraído, deve-se manter a dosagem de isoniazida por mais três meses;

O teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação e a criança deve receber a vacina BCG.

- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento e considerando-se que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar o tratamento da mãe.

- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno.

- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com o sangue materno favorece a transmissão da doença.

- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Para minimizar os efeitos do cigarro para as crianças, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzir ao máximo possível o número de cigarros. Se não for possível a cessação do tabagismo, elas devem procurar fumar após as mamadas. Além disso, devem ser orientadas a não fumar no mesmo ambiente onde está a criança.

Consumo de álcool: assim como para o fumo, deve-se desestimular a ingestão de álcool para as mulheres que estão amamentando. No entanto, é considerado compatível com a amamentação um consumo eventual moderado de álcool (0,5g de álcool por quilo de peso da mãe por dia, o que corresponde a aproximadamente um cálice de vinho ou duas latas de cerveja).

5.3 Aleitamento Materno Exclusivo

O aleitamento materno exclusivo é definido como a oferta única e exclusiva do leite materno, sem qualquer outro líquido ou alimento. O leite materno é essencial para o desenvolvimento da criança em função do seu elevado valor nutricional e fatores imunológicos. (BRASIL, 2012).

5.3.1 Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais.

O aleitamento materno apresenta benefícios para a saúde do lactente sob o aspecto nutricional, gastrointestinal, imunológico, psicológico, do desenvolvimento e da interação mãe-bebê. Com o objetivo de combater a desnutrição precoce e reduzir a morbimortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e a sua complementação até os dois anos de idade ou mais. No entanto, pelo menos 85,0% das mães em todo o mundo não seguem essas recomendações e apenas 35,0% das crianças menores de quatro meses são exclusivamente amamentadas. No Brasil, essa taxa é de apenas 23,3%. (MACHADO *et al*,2014).

Os principais fatores determinantes do abandono do aleitamento materno são a menor renda, a baixa escolaridade e o trabalho materno, bem como fatores psicossociais, particularmente o apoio do companheiro e a sintomatologia depressiva. A possível associação entre depressão pós-parto e piores indicadores de aleitamento materno tem sido amplamente discutida na literatura atual sobre os determinantes das práticas de alimentação no primeiro ano de vida (incluindo a amamentação e sua duração). Estudos mostram que os sintomas de depressão materna afetam de forma negativa o tipo e a duração da amamentação. (MACHADO *et al*,2014).

Depressão e ansiedade em mães dificultam a manutenção do aleitamento materno devido ao uso de antidepressivos, à privação do sono, à apatia e ao humor depressivo. Alguns comportamentos de mães deprimidas – como afastamento e descomprometimento com os cuidados com a criança – impactam negativamente os filhos. Essa menor interação mãe-bebê expõe os bebês a problemas de desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional, à má nutrição e a problemas de saúde física. Identificar os principais fatores que levam ao abandono precoce do aleitamento materno pode direcionar as ações de intervenção, visando melhores taxas de AME aos seis meses de idade. (MACHADO *et al*,2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi baseado em um planejamento estratégico definido a partir do diagnóstico situacional da área de abrangência, o qual foi determinado através da participação de toda a equipe de saúde. Nossa área de abrangência vivencia vários problemas de saúde dentro de eles o incremento do número de hipertensos, diabéticos, incremento das infecções respiratórias e parasitárias, mais em particular, como já foi referido, o principal problema que chamou nossa atenção foi a baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses e foi sobre o qual nos propusemos elaborar e apresentar uma proposta de intervenção que permita minimiza-lo. O plano de ação incluí medidas implementadas em curto prazo, provavelmente com resultados esperados a médio ou longo prazo.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico” 1 “Baixa adesão” relacionado ao problema da baixa adesão ao aleitamento materno na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em município Belo Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixa adesão
Operação	Estabelecer práticas educativas para aumentar o nível de conhecimento da amamentação
Projeto	Amigos da amamentação
Resultados esperados	Elevar os conhecimentos sobre a importância do aleitamento materno em menores de 1 ano na população
Produtos esperados	Programa de informação à população
Atores sociais/ responsabilidades	A equipe Básica de saúde, mães que assistem à consulta de puericultura, gestantes, puérpera, grupos de mulheres na idade fértil fundamentalmente e população presente no momento da ação educativa.
Recursos necessários	Cognitivo Conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional Organizar a agenda Político (Articulação Inter setorial) Mobilização social.
Recursos críticos	Político - conseguir o espaço de difusão por automóvel falantes. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e cartazes. Cognitivo Conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente. Secretário de Saúde: Motivação: Indiferente. Médica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Realização de Palestras sobre os benefícios e vantagem do aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de 6 meses e misto até um ano de vida a tudo os grupos operacionais Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados a ao aleitamento materno e entregas de folhetos na sala

	de acolhimento do PSF.
Responsáveis:	Realização de Palestras sobre os benefícios e vantagem do aleitamento materno exclusivo nas crianças menores de 6 meses e misto até um ano de vida a tudo os grupos operacionais: responsável: Dra. Gretchen De Armas e Enfermeira do PSF. Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados a ao aleitamento materno e entregas de folhetos na sala de acolhimento do PSF: responsável: ASCs e Enfermeira do PSF.
Cronograma / Prazo	1 mês (para a apresentar o projeto e conseguir apoio da gerencia) 3 meses (para o treinamento da Equipe Básico de Saúde)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte: Blanco, 2015.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” 2 “Técnicas de amamentação inadequadas”, relacionado ao problema de técnicas de amamentação inadequadas utilizadas pelas mães que praticam aleitamento materno na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Belo Oriente município, Minas Gerais

Nó crítico 2	Técnicas de amamentação inadequadas
Operação	Realização de atividades práticas e demonstrativas sobre a técnica adequada de amamentação.
Projeto	Amamentando meu bebezinho
Resultados esperados	Ensinar a técnica adequada de amamentação às mães e mulheres para lograr maior adesão ao aleitamento materno.
Produtos esperados	Realização de palestras e demonstrações práticas com gestantes, puérperas, mães da consulta de puericultura e mulheres em idade fértil para ensinar as técnicas adequadas de amamentação.
Atores sociais/ responsabilidades	A equipe Básica de saúde, mães que assistem à consulta de puericultura, gestantes, puérpera, grupos de mulheres na idade fértil fundamentalmente.
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Políticos: articulação Intersetorial e mobilização social Organizacional: organização da agenda das palestras e a confecção de meios para a realização das demonstrações práticas.
Recursos críticos	Político: Mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local recursos para fazer demonstrações práticas. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes etc. Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente. Secretário de saúde: Motivação: Indiferente. Medica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Palestras sobre a técnica correta de amamentação: responsável. Demonstrações práticas de forma didáticas sobre a técnicas de amamentação.
Responsáveis:	Dra. Gretchen De Armas Blanco.
Cronograma / Prazo	2 mês (para apresentar o projeto e conseguir o apoio da secretaria de

	saúde) +4 meses (para organização dos profissionais e preparar os recursos materiais didáticos para as demonstrações práticas.)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte:Blanco,2015

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” 3 “Período inadequado da amamentação exclusiva” relacionado ao problema de o tempo de amamentação reduzido que praticam as mães que amamentam a crianças menores de 6 meses, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família V, em Belo Oriente município, Minas Gerais

Nó crítico 3	Período inadequado da amamentação exclusiva
Operação	Estabelecer práticas educativas para diminuir o desmame precoce nos lactantes menores de 6 meses.
Projeto	A melhor leite em meus 6 primeiros meses de vida
Resultados esperados	Maior adesão ao aleitamento materno exclusivo em os 6 primeiros meses de vida. Incrementar os conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação das gestantes e mães de lactantes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida; campanhas educativas nas rádios, campanhas nas creches, capacitação de ASCs
Atores sociais/ responsabilidades	A equipe Básica de saúde, mães que assistem à consulta de puericultura, gestantes, puérpera, grupos de mulheres na idade fértil fundamentalmente.
Recursos necessários	Cognitivos conhecimento de estratégias de comunicação e pedagógicas Políticos articulação intersetoriais com a rede financeira para recursos audiovisuais, folhetos educativos cartazes.
Recursos críticos	Político - conseguir o espaço de difusão por automóvel falantes difusão radial e pelo jornal local. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, cartazes. Cognitivo: Conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Setor de comunicação social: Motivação: Indiferente. Secretário de saúde: Motivação: Indiferente. Médica e Enfermeira do PSF: Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Palestras sobre os nutrientes que aporta a leite materna nos primeiros seis meses de vida. Palestra sobre as infecções das quais está protegido o bebê que tem aleitamento exclusivo. Reprodução de Material audiovisual, colocação de cartazes relacionados ao aleitamento materno
Responsáveis:	Dra. Gretchen De Armas. Enfermeira do PSF
Cronograma / Prazo	1 mês (para a apresentar o projeto e conseguir apoio da gerencia). 3 meses (para o treinamento da Equipe Básico de Saúde)
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte:Blanco,2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses e aleitamento materno misto até um ano no município Belo Oriente, Minas Gerais, especificamente na equipe do PSF V, nos levou à elaboração de um plano que depois de implantado terá como objetivo aumentar a prevalência de aleitamento materno.

O plano atende as necessidades do serviço e é importante para a saúde pública, os atores envolvidos são favoráveis à sua execução.

A equipe será a principal responsável pela execução das ações proposta no plano, bem como seu planejamento e avaliação periódica, com compromisso, clareza e responsabilidade.

Não basta a mulher estar informadas das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. Para levar adiante sua opção, ela precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação e contar com o apoio dos profissionais habilitados a ajudá-la.

Esperamos que com o desenvolvimento do plano de ação as mães acompanhadas recebam o maior número de informações possíveis sobre o aleitamento materno melhorando a técnica de amamentação e porem logrando maior adesão ao aleitamento materno.

Em resposta esperamos que o índice de aleitamento materno do PSF V do município Belo Oriente, Minas Gerais aumente progressivamente ao longo dos anos melhorando as taxas de desenvolvimento e morbidade infantil.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Cadernos de Atenção Básica n. 23.

Brasília p.9-16, 2009. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2123.pdf>. Acesso em :05 de nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf Acesso em :05 de nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf Acesso em :16 de nov. 2015.

CAMPOS, F.C.C; FARIA.H.P; SANTOS.M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p.1-24, 2010.

Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS):

Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>

Acesso em: 10 de out. 2015.

DRANE, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. **Breastfeeding Review**, Canada. 5(1): 7-15, 1997.

DUNCAN, B.; SCHMIDT; GUILIANE, Elsa et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

GARTNER, L. M. et al. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Evanston, 115(2): 2005. Disponível em:

<<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/2/496>>. Acesso em: 10 out 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Disponível

em:<http://<idades.ibge.gov.br/cod.ibge.gov.br/79IN>>Acesso em: 14 de maio 2015.

MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**. 48(6): 985-994, 2014.

MARQUES, R.F.S.V.; *et al.* **O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida**. *Jornal de Pediatria* (Rio Janeiro), Porto Alegre. 80(2): 99-105. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2/v80n2a05.pdf>. Acesso em 19 de Maio. 2015.

MONTE, C.M.G; GIUGLIANI, J.E.R; CARVALHO, C.C.F.M. *et al.* **Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 107

Brasília – DF 2002, p.16-18. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf> Acesso em 22 de Maio. 2015.

PINTO, L. F. Apego y lactancia natural. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago. 78 (1): 96-102, Suplemento. Out. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL BELO ORIENTE ,2015: Disponível

em:<http://www.beloorientemg.gov.br/Materia_especifica/6512/Geografia>Acesso em 22 de jun. 2015.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. Bronchiolitis in children: a national clinical guideline. Edinburgh, 2006. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10224>. Acesso em: 9 out 2015.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F.; PEREIRA, M. G. Trends of breastfeeding in Brazil in the last quarter of the 20th century. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo. 10(4), 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 out 2015.

VIEIRA, G. O. et al. Mastite lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 22(6): 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000600008&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 9 out 2015.

VITOLLO, M. R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D. C., USA. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf>. Acesso em: 9 out 2015.