

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

KATHARINE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**A DIFICULDADE DE ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, CAMPO ALEGRE- ALAGOAS**

**CAMPO ALEGRE— ALAGOAS
2014**

KATHARINE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**A DIFICULDADE DE ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, CAMPO ALEGRE - ALAGOAS**

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

Orientadora: Divanise Suruagy Correia

**CAMPO ALEGRE — ALAGOAS
2014**

KATHARINE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**A DIFICULDADE DE ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, CAMPO ALEGRE - ALAGOAS**

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a equipe de saúde da família, sobre a questão da dificuldade de adesão ao aleitamento materno exclusivo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a utilização do leite materno como fonte de alimento nos primeiros meses de nascimento da criança e esta orientação tem sido incentivada no Brasil e salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas. Na esfera municipal, geralmente as ações que contemplam o incentivo ao aleitamento materno são realizadas pelos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na Unidade Básica 07 de Campo Alegre é baixa a adesão ao aleitamento materno exclusivo, presente em aproximadamente 20% dos lactentes. Tendo visto que esta condição pode culminar em prejuízos para a saúde e desenvolvimento da criança, propomos desenvolver um projeto de intervenção que visa aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention for family health team, on the issue of the difficulty of adherence to exclusive breastfeeding. The World Health Organization (WHO) governing the use of breast milk as a food source in early child birth and this approach has been encouraged in Brazil and saves the lives of 6 million children each year, preventing diarrhea and infections acute respiratory and accounting for about a third of the decline in fertility observed in recent decades. At the municipal level, usually the actions that include the encouragement of breastfeeding are performed by professionals that make up the teams of the Family Health Strategy (FHS). In Basic Unit 07 Campo Alegre is low adherence to exclusive breastfeeding, present in approximately 20 % of infants. Having seen that this condition may result in damage to health and child development, we propose to develop an intervention project aimed at increasing adherence to exclusive breastfeeding.

Keywords: FAMILY HEALTH PROGRAM, EXCLUSIVE BREASTFEEDING

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 – Distribuição por faixa etária da população de Campo Alegre/AL	13
QUADRO 1 – Frequência de AME em menores de 2 anos na UBS 07 de Campo Alegre/AL.....	15
QUADRO 2 – Cronograma do Projeto de Intervenção	19
QUADRO 3 – Resumo do Plano de Intervenção.....	20

LISTA DE SIGLAS

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS	5
LISTA DE SIGLAS	6
1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	12
3.1. Descrição do campo empírico	12
3.2. Estrutura física do local	13
3.3. Perfil da comunidade atendida	14
3.4. Dados norteadores da pesquisa.....	14
3.5. Situação problema.....	15
4. OBJETIVOS	16
4.1. Geral.....	16
4.2. Específicos	16
5. MÉTODOS	16
5.1. Proposta de projeto de intervenção.....	17
5.2. Acompanhamento do projeto de intervenção.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
7. REFERÊNCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma das ações mais importantes no desenvolvimento e promoção da saúde das crianças. Por isso, as organizações de saúde preocupam-se em estabelecer estratégias que orientem e incentivem a amamentação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o leite materno deve ser a única fonte de alimentação da criança até os seis meses de vida, e deve permanecer como fonte complementar de alimentação até os dois anos de idade. É de extrema importância para a sobrevivência, pois atende todas as necessidades nutricionais, imunológicas e psicológicas do recém nascido (POPKIN, 1990)

Atualmente sabe-se que a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros quatro meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal e a aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias.(CHANDRA, 1979; FEACHEM, 1984)

Estudo conduzido por Victora et al (1987) constatou que crianças que não recebiam leite materno tinham maiores riscos de morrer por diarreia (risco 14,2 vezes maior), de mortalidade por doenças respiratórias (3,6 vezes) e por outros tipos de infecções (2,5 vezes) quando comparadas às que recebiam apenas leite materno sem complementos.

Entre as vantagens da amamentação para a mãe são frequentemente citadas a aceleração da perda de peso ganho na gravidez e da involução uterina pós-parto, a proteção contra anemia, decorrente da amenorreia puerperal mais prolongada, a menor incidência de câncer de mama e de ovário, entre outras. O aleitamento também traz benefícios para a família: é opção econômica e prática (GIUGLIANI, 1994)

Até recentemente, dados disponíveis sobre a situação do aleitamento materno, representativos para a população brasileira, eram aqueles obtidos pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, quando a duração mediana da amamentação (crianças amamentadas com ou sem complementos) era de 134 dias e do aleitamento materno completo, 72 dias.

Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997) as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a da amamentação exclusiva. Para modificar essa realidade são necessárias ações que promovam essa prática, as quais devem contemplar fatores que interferem na amamentação, pois é sabido que o aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, é influenciado por fatores sociopsicoculturais.

Entretanto, o processo da amamentação, embora aparentemente simples e com automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições interacionais no contexto social da mulher e de seu filho. Só a informação, ou orientação, não basta para que as mulheres tenham sucesso em sua experiência de amamentar, ou fiquem motivadas a fazê-lo. É preciso dar condições concretas para que mães e bebês vivenciem esse processo de forma prazerosa e com eficácia (SILVA, 2000).

2. REVISÃO DE LITERATURA

As evidências científicas de que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança pequena se acumulam a cada ano, e as autoridades de saúde recomendam sua implementação através de políticas e ações que previnam o desmame precoce.

Desde 1979, a recomendação da OMS quanto à duração do aleitamento materno exclusivo tem sido “4-6 meses”. Em 1994 e 1996, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e o UNICEF recomendaram a introdução dos alimentos complementares ao redor da idade de seis meses, reconhecendo, dessa forma, que

a amamentação exclusiva deveria ser mantida durante os seis primeiros meses de vida.

Estudos de âmbito nacional revelaram um aumento substancial da duração mediana da amamentação no país, que passou de 2,5, em 1975, para 5,5 meses, em 1989 (VENANCIO & MONTEIRO, 1998). Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, mostram que a tendência de aumento se mantém, estimando a duração mediana da amamentação por volta de sete meses (BEMFAM, 1997; MONTEIRO, 1997); no entanto, a prevalência da amamentação exclusiva em crianças menores de quatro meses de idade, estimada em 40%, ainda é muito baixa, muito distante de universalização dessa prática preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (WHO, 1994). O uso da mamadeira e a introdução de água e chás continuam sendo constatados em diferentes estudos, sendo o Brasil um dos países da América Latina com menor prevalência da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida (BOERMA ET AL., 1991; PÉREZ-ESCAMILLA, 1993). Deve-se ressaltar também, que a implementação de alimentação complementar precoce está fortemente associada aos costumes socioculturais locais, fortemente prevalentes no interior do Brasil.

Atualmente sabe-se que a administração de outros líquidos além do leite materno nos primeiros quatro meses de vida da criança pode interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, podendo diminuir a quantidade de leite materno ingerido e levar a menor ganho ponderal e a aumento do risco para diarreia, infecções respiratórias e alergias. (CHANDRA, 1979) (FEACHEM, 1984)

Há evidências de que, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, a amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrintestinal e respiratório, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por tempo prolongado. (KRAMER et. al 2001)

Os efeitos protetores da amamentação contra infecções do ouvido e pulmão têm-se tornado mais evidentes nos últimos anos. Nesse particular, cumpre

importante papel a imunoglobulina A (IgA) secretora, um anticorpo resultante da resposta da mãe à exposição prévia a agentes infecciosos. Ela tem como característica sobreviver nas membranas das mucosas respiratória e gastrintestinal e ser resistente à digestão proteolítica. Além de impedir que agentes patogênicos se fixem nas células da criança amamentada, ela limita os efeitos danosos do processo inflamatório (JACKSON, 2006).

Com relação aos efeitos de longo prazo da amamentação, uma revisão sistemática com dados obtidos do MEDLINE (1966 a março de 2006) e do Scientific Citation Index Databases concluiu que as evidências disponíveis sugerem que ela oferece benefícios (HORTA et. al, 2007). Os resultados mostraram que crianças amamentadas apresentaram médias mais baixas de pressão sanguínea e de colesterol total, e melhor desempenho em testes de inteligência. As prevalências de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 também foram menores.

Além dos benefícios descritos para a saúde da criança, existem os demais citados para a saúde da mãe. Não é ampla a literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. Até o presente, sabe-se que há uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama (NEWCOMB et al, 1994) certos cânceres ovarianos (LABBOK, 2001) e certas fraturas ósseas, especialmente coxofemoral, por osteoporose (CUMMING, 1993). Indaga-se também sobre o efeito da amamentação no menor risco de morte por artrite reumatoide (BRUN et al, 1995). Muitos estudos foram publicados mostrando como a amamentação se relaciona à amenorreia pós-parto e ao consequente maior espaçamento intergestacional (KENNEDY, 1992). Outros benefícios para a mulher que amamenta são o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e o menor sangramento uterino pós-parto (consequentemente, menos anemia), devido à involução uterina mais rápida provocada pela maior liberação de ocitocina (CHUA et al, 1994).

Além de conhecer bem as vantagens da amamentação para a criança e sua mãe, todo profissional que atende mãe/bebê, incluindo o pediatra, deve ter conhecimento sobre a prevenção e o manejo dos principais problemas decorrentes da lactação. Ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastites, entre outros,

são fonte de sofrimento para a mãe que amamenta, podendo determinar o desmame precoce.

A vantagem da economia familiar que o aleitamento materno proporciona não pode ser esquecida, principalmente se tratando de um País como o nosso, em que a maioria da população vive com dificuldades financeiras. O gasto médio mensal com a compra de leite para alimentar um bebê nos primeiros seis meses de vida varia de 23% a 68% do salário mínimo. Acrescenta-se a isso o custo com mamadeiras, chupetas, gás de cozinha e eventuais gastos decorrentes de doenças (GIUGLIANI, 2000).

Múltiplos e complexos são os fatores que levaram as mulheres, os profissionais da área da saúde e a população a marginalizar o leite humano – o genuíno alimento dos bebês, esses ancorados em tabus, mudanças sociais e em desinformações. Dentre os principais fatores relacionados podemos citar: nível socioeconômico, grau de escolaridade da mãe, idade da mãe, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes, e intenção da mãe de amamentar.

Diante do exposto fica evidente a importância do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e instruindo a nutriz, através do acompanhamento pré-natal cuidadoso, formação do grupo de gestantes, durante a puericultura e promoção de campanhas de incentivo ao aleitamento.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1. Descrição do campo empírico

Campo Alegre, antigo distrito subordinado ao município de São Miguel dos Campos, está localizada a 101km da capital Maceió e a 45km do litoral. Possui uma área total de 295km², com uma concentração populacional de 172,20 hab/km². No município, em 2010, 29,2% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o

ensino fundamental e o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 94,3%.

Na Tabela 1 abaixo se visualiza a distribuição da população por idade.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária da população de Campo Alegre / AL.

Nº de Indivíduos	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 49	50 a 59	60 ou +	Total
Total	917	4.137	5.421	10.862	17.092	2.231	2.090	42.750

Fonte: IBGE, 2000.

O Índice do Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,595, apresentando cerca de 43,62% de taxa de urbanização e um PIB de 151.153,00. A renda per capita gira em torno de 3.459,00. As principais atividades econômicas são o comércio e agropecuária, atualmente contando com 98 empresas com CNPJ, atuantes (1998), ocupando 4.257 pessoas (10,40% da população).

Neste Município, em 2010, 55,7% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e 24,0% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas.

3.2 Estrutura Física Local

Localizada no Distrito de Luziápolis, a UBS – 07 atende uma população de 2.754 pessoas distribuídas em 06 microáreas. A área física da Unidade é pequena, com cerca de 100 m². Conta com 2 consultórios, 1 sala para observação dos pacientes, 1 área para recepção e triagem e 1 copa; não dispendo de sala para vacinas ou farmácia. Para a realização da visitas domiciliares, a UBS dispõe de um automóvel exclusivo para a unidade uma vez por semana.

A unidade conta com: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 6 agentes comunitários da saúde, 1 vigilante, 1 auxiliares de serviços gerais, 1 arquivista.

3.3. Perfil da Comunidade Atendida

No município, em 2010, 29,2% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental e o percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 94,3%. O Índice de Desenvolvimento da Atenção Básica (IDEB) está na 3.401.^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série (4,3), e na 4.327.^a, no caso dos alunos da 8.^a série (2,7).

A rede pública de saúde dispõe de 01 hospital, 36 leitos, 06 Unidades Ambulatoriais, 08 UBS (PSF) e 02 Centros de Saúde. Não existem consultórios médicos ou odontológicos registrados no município.

A comunidade assistida pela UBS 07, consta de 2.754 habitantes e, por estar localizada no distrito de Luziápolis (cerca de 50km do centro de Campo Alegre) não usufrui de todos os benefícios da cidade, devido a distância.

Luziápolis apresenta cerca de 20.000hab, 04 UBS, 01 Unidade de pronto Atendimento (UPA) em construção, creches, escolas de rede municipal, estadual e particular. A religião predominante é a católica, existindo também protestantes e espíritas. Sua principal fonte de renda são as indústrias sucroalcooleiras.

3.4. Dados Norteadores da Pesquisa

Atualmente, a comunidade assistida pela UBS 07 consta com 140 crianças menores de 02 anos, dentre elas 33 menores de 06 meses. Durante as consultas diárias realizadas pela equipe, observou-se um alto número de crianças com diarreia e infecções respiratórias agudas. Juntamente a este fato identificou-se uma baixa adesão do aleitamento materno exclusivo, justificada por diversos fatores.

Dentre as 140 crianças menores de 02anos, apenas 29 (20%) realizaram ou estão realizando o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), um índice muito baixo e muito distante de universalização dessa prática preconizada pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

O quadro abaixo demonstra o Diagnóstico Situacional da Unidade de acordo com inquéritos realizados nas consultas.

Quadro 1. Frequência de AME em menores de 2 anos na UBS 07 de Campo Alegre/AL, 2013

	Realiza ou Realizou AME	Não Realizou AME	Total
Crianças < 6m	12 (36%)	21 (64%)	33
Crianças >6m e <2a	17 (16%)	90 (84%)	107
Total	29 (20%)	111 (80%)	140

Fonte: Registros em prontuários da UBS 07 de Campo Alegre/AL

O uso da mamadeira e a introdução de água e chás continuam sendo constatados em diferentes estudos, sendo o Brasil um dos países da América Latina com menor prevalência da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida (cerca de 40%) (Boerma et al., 1991; Pérez-Escamilla, 1993). Deve-se ressaltar também, que a implementação de alimentação complementar precoce devido a hipótese do “leite fraco” está fortemente associada aos costumes socioculturais locais, fortemente prevalentes no interior do Brasil.

Sabe-se que as crianças que não realizam a AME estão mais susceptíveis a infecções respiratórias, diarreia e alergias. Estes são apenas alguns dos inúmeros benefícios da AME tanto para a criança quanto para a mãe. Além disso, é importante salientar o fator econômico, visto que a AME é uma prática simples e barata e a população em questão não dispõe de muitos recursos financeiros.

3.5. Situação Problema

Diante da problemática observada (baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo) foram identificados diversos nós críticos que podem justificar tal situação:

baixo nível de escolaridade da população, pouca instrução a cerca da importância da amamentação, costumes socioculturais, forte influência negativa das avós, uso de mamadeiras e chupetas, pelo desconhecimento de como realizar o aleitamento de forma correta.

Após algumas reuniões com a equipe, foi evidenciado que não existem projetos nem programas locais voltados para a problemática da amamentação exclusiva, além das informações disponibilizadas durante as consultas de pré-natal. Visto que a prática da AME não está sendo realizada de forma adequada e suficiente na área atendida pela Unidade Básica de Saúde, justifica-se a realização deste plano de intervenção.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

1. Aumentar o baixo índice de adesão ao aleitamento materno exclusivo

4.2. Específicos

1. Propor estratégias para aumentar o baixo índice de adesão ao aleitamento materno exclusivo.

2. Propor estratégias para conscientizar as gestantes e as lactantes dos benefícios da amamentação.

5. MÉTODOS

O projeto de intervenção abaixo descrito foi desenvolvido durante a realização desta especialização, norteado pelas atividades propostas ao longo do curso.

O plano de ação foi elaborado pela autora deste trabalho com o auxílio da equipe de saúde na qual a autora está inserida, afim de aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo.

O plano operativo traçado necessita da capacitação prévia dos profissionais envolvidos, para um desenvolvimento adequado do projeto de intervenção.

5.1. Proposta de projeto de intervenção

- 1. Capacitação da equipe:** Visando uma orientação adequada de todos os profissionais envolvidos no projeto, a capacitação tem o objetivo de discutir a problemática assim como retirar todas as dúvidas existentes sobre o tema. Para que assim a equipe se mantenha atualizada sobre o assunto e saiba posicionar diante das dúvidas existentes na comunidade. Para tal, planeja-se a realização de reuniões mensais, as mesmas sendo planejada/orientada pelo enfermeiro(a) e médico(a) da equipe, contando com o apoio do NASF conforme houver necessidade. Encontros fora das datas programadas podem ocorrer sempre que houver necessidade.
- 2. Palestras quinzenais:** Com o objetivo de despertar o interesse na comunidade sobre o assunto e esclarecer os usuários sobre a temática do aleitamento materno exclusivo. As palestras serão realizadas quinzenalmente, antes das consultas, nos dias de puericultura e pré-natal, onde a concentração do público alvo na Unidade é maior. Alcançando as gestantes e as mães de crianças em idade de amamentação. Os temas abordados devem incluir a importância da AME, os benefícios para o desenvolvimento da criança e para a saúde da mãe. Todos os profissionais da equipe devem estar presentes, retirando as dúvidas que possam surgir. Para facilitar a dinâmica dos encontros pode-se fazer uso de cartazes ilustrativos, afim de demonstrar o método correto da amamentação.
- 3. Orientação durante o pré-natal:** Realizar uma orientação mais incisiva durante o pré-natal, nas consultas realizadas com a enfermagem e com o médico da Unidade, esclarecendo o modo correto da amamentação, retirando as dúvidas que possam existir, esclarecendo sobre a existência do colostro e sobre o mito

do “leite fraco”. Reafirmar insistentemente os benefícios para mãe e para a criança com relação a prática da amamentação, assim como os benefícios econômicos.

5.2. Acompanhamento e Resultados Esperados do Projeto de Intervenção

Após a implementação da proposta de intervenção, serão realizadas avaliações semestrais do plano de ação. A avaliação será pautada no número de crianças que realizaram ou estão realizando a AME, documentadas durante as consultas de puericultura.

Com a realização do projeto espera-se que todos os profissionais da equipe estejam capacitados para orientar a comunidade sobre a importância da amamentação exclusiva; que as mães se tornem mais instruídas sobre este assunto, propagando o assunto com a comunidade e que coloquem em prática o aprendizado adquirido.

Conseqüentemente espera-se um aumento na adesão do AME, assim como um desenvolvimento melhor na saúde das crianças submetidas a esta prática, com um menor índice de infecções respiratórias, diarreia e alergias. Alguns destes benefícios só poderão ser observados a longo prazo, porém serão de grande importância tanto para a saúde das crianças, quanto para a das mães.

Quadro 2 – Cronograma do Projeto de Intervenção

Atividade	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento dos Encontros e Capacitação dos Profissionais	x											
Palestras quinzenais		x	x	x	x	x	x					
Orientação durante o pré natal		x	x	x	x	x	x					
Avaliação dos Encontros pelos participantes		x	x	x	x	x	x	x	x			
Coleta de avaliações dos encontros dos participantes		x	x	x	x	x	x	x	x			
Coleta de dados sobre acompanhamento das crianças			x			x			x			
Análise final dos encontros e dados recolhidos pela equipe										x	x	x

Quadro 3 – Resumo do Plano de Intervenção

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO (PROJETO)	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ADQUIRIDOS
Pouca instrução dos profissionais da Equipe sobre Amamentação	<u>Capacitação da Equipe</u> - Promover a discussão e capacitação dos profissionais	- Reuniões quinzenais com a equipe, sendo a quantidade definida pela necessidade	- Organização dos encontros - Motivação da equipe - Aquisição de materiais didáticos e recursos audiovisuais.	- Capacitação dos profissionais da equipe	- Profissionais capacitados para promover discussões saudáveis sobre a amamentação exclusiva
Baixa instrução da comunidade a respeito dos benefícios da amamentação	<u>Palestras Quinzenais</u> - Realizar palestras e discussões com a comunidade a respeito da AMER	- Reuniões quinzenais alternando entre o dia do pré da natal e o da consulta de puericultura, totalizando 12 reuniões	- Organização dos encontros, palestras, reuniões - Capacitação para os profissionais de saúde sobre o tema e estratégias de comunicação - Motivação da população - Aquisição de materiais didáticos e recursos audiovisuais.	- 100% das mães instruídas sobre os benefícios da AME	- Profissionais preparados para informar sobre amamentação. - Capacitação das mães
Baixa insistência no assunto AME durante as consultas de pré-natal	<u>Orientação durante o pré-natal</u> - Aumentar o nível de informação durante as consultas de pré-natal	Instruções durante as consultas de pré-natal, totalizando um mínimo de 06	- Organizar o cronograma das consultas e pré natal	- 100% das gestantes orientadas quanto a importância da AME	- Aumento da adesão, por parte das mães, ao AME.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das evidências expostas, fica explícito os benefícios da amamentação exclusiva tanto para a criança, quanto para a mãe. Foi demonstrado ainda, que o baixo índice de adesão ao aleitamento exclusivo pode ser explicado por diversos fatores biológicos, sociais e culturais. Porém, cabe ressaltar que o desmame precoce, tão comum no interior do Brasil, pode ser minimizado com a atuação multidisciplinar adequada da Equipe de Saúde da Família durante todo o pré natal e puericultura.

Espera-se que a execução deste projeto se torne uma rotina da Unidade, visto que trata-se de uma intervenção bastante viável e que, se bem aplicado, poderá resultar em grandes benefícios para a população em curto, médio e longo prazo.

7. REFERÊNCIAS

World Health Organization. Breast-feeding. The technical basis and recommendations for action. Geneva; 1993.

HARDY, EE, OSIS, MJD. Mulher, trabalho e amamentação: legislação e prática. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.

REA MF, VENÂNCIO SI, BATISTA LE, SANTOS RG, GREINER T. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. Rev Saúde Pública 1997;31:149-56)

VISNESS CM, KENNEDY KI. Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. Am J Public Health 1997;87:945-50

POPKIN BM, ADAIR JS, BLACK R. Breast-feeding and diarrheal morbidity. Pediatrics 1990 December; 86(6):874-82.

CHANDRA, RK. Prospective studies of the effect of breastfeeding on incidence of infection and allergy. Acta Paediatr Scand 1979;68:691-4.

FEACHEM RG, KOBLINSKY MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. Bull World Health Organ 1984;62:271-91.

VICTORA CG, VAUGHAN JP, LOMBARDI C, FUCHS SMC, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987;2:319-22.

GIUGLIANI ERJ. Amamentação: como e porque promover? J Pediatr 1994 maio-junho; 70(3):128-47.

American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9.

SILVA IA. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. Rev Esc Enfermagem USP 2000 dezembro; 34(4):362-9.

VENANCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A., 1998. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:40-49.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem –Estar da família no Brasil), 1997. *Pesquisa nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundo das Nações Unidas para a Infância.

BOERMA, J. T.; RUTSTEIN, S. O.; SOMMERFELT, A. E. & BICEGO, G. T., 1991. Bottle use for infant feeding in developing countries: Data from the DHS. Has the bottle been lost. *Journal of Tropical Pediatrics*, 37:116-120.

WHO (World Health Organization), 1994. *World Health Assembly. Resolution 47.5*. Geneva: WHO

KRAMER MS, CHALMERS B, HODNETT ED, SEVKOVSKAYA Z, DZIKOVICH I, SHAPIRO S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.

JACKSON KM, NAZAR AM. Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106:203-7.

HORTA BL, BAHL R, MARTINES JC, VICTORA CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.

NEWCOMB PA, STORER BE, LONGNECKER MP, MITTENDORF R, GREENBERG ER, CLAPP RW, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:81-7.

LABBOK MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48:143-58.

CUMMING RG, KLINEBERG RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risks of hip fractures in elderly woman. *Int J Epidemiol*. 1993;22:684-91.

BRUN JG, NILSSEN S, KVALE G. Breastfeeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis: a prospective study. *Br J Rheumatol*. 1995;34:542-6.

KENNEDY KI, VISNESS CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet*. 1992;339:227-30.

CHUA S, ARULKUMARAN S, LIM I, SELAMAT N, RATNAM S. Influence of breastfeeding and nipple stimulation postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101:804-5.

GIUGLIANI ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr* 2000;76(3):238-52.