



ANA CAROLINE LAMAS DA SILVA

**PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: ORIENTAÇÕES PARA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAMPO GRANDE / MS

2015

ANA CAROLINE LAMAS DA SILVA

**PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: ORIENTAÇÕES PARA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.^(a) Ms. Andréia Insabralde de
Queiroz Cardoso.

CAMPO GRANDE / MS

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus colegas da Unidade Básica de Saúde do Bairro Cajazeiras V. Companheiros de jornada e de aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, amigos e colegas pelo apoio e carinho durante este percurso.
Á Prof.^(c) Ms. Andréia Insabralde de Queiroz Cardos e a todos os professores do curso pela orientação, paciência e dedicação, elementos imprescindíveis para a conclusão desse trabalho.

EPÍGRAFE

“Defendo a necessidade de nos preocuparmos com o que nos rodeia, com especial atenção para os que estão próximos, sobretudo se forem mais vulneráveis. E acredito na possibilidade de conseguirmos melhorar as famílias (...) se nos dedicarmos de facto à sua transformação quotidiana.”

Daniel Sampaio

RESUMO

O leite materno é o principal agente na alimentação de um bebê, no entanto o que podemos observar é que essa prática de amamentar exclusivamente é pouco adotada pelas mães. Para mudar esse perfil, o profissional da área de saúde precisa estar bem preparado para atuar junto à comunidade, propiciando orientações e suporte oportunos para as gestantes e lactantes. Dentro de tal realidade, verifica-se que a prática do aleitamento materno no Brasil, embora em ascensão, encontra-se ainda deficitária, o que resulta na diminuição do efeito protetor conferido pelo leite materno e, conseqüentemente, na maior incidência de doenças diarreicas e infecções comuns à infância. A necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária justifica-se por ser tal assistência o principal elo entre as gestantes/lactantes e o Sistema Único de Saúde. A Equipe de Saúde da Família (ESF), atuando em contato domiciliar, torna-se a responsável pela divulgação de informações, incentivo e apoio à prática do aleitamento materno. Este trabalho trata-se de projeto de intervenção educacional sobre AM, inspirado em princípios da educação crítico-reflexiva cujo objetivo principal é oferecer capacitação da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Cajazeiras V, (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde) quanto ao aleitamento para a promoção ao aleitamento materno visando a redução do desmame precoce na região atendida.

Palavras-chave: Aleitamento materno Saúde da Família, Capacitação

ABSTRACT

Breast milk is the main agent in feeding a baby, but what we can see is that the practice of exclusive breastfeeding is little adopted by mothers. To change this profile, professional healthcare need to be well prepared to work with the community, providing timely guidance and support for pregnant and lactating women. Within this reality, it appears that the practice of breastfeeding in Brazil, though rising, is still at a loss, which results in the reduction of the protective effect conferred by breast milk and, consequently, a higher incidence of diarrheal diseases and common to childhood infections. The need for training of health professionals working in primary care is justified for such assistance be the main link between the pregnant / lactating and the Unified Health System. The Family Health Team (FHT), working in household contact, becomes responsible for the dissemination of information, encouragement and support for breastfeeding. This work it is educational intervention project on AM, inspired by principles of critical-reflexive education whose main objective is to provide training of the Health Team Family Health Unit Cajazeiras V, (nurses, nursing assistants, medical and community health workers) on breastfeeding for the promotion of breastfeeding for the reduction of early weaning in the region served.

Keywords: Breastfeeding Health, Training

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	9
1.1 O ALEITAMENTO MATERNO E SEUS BENEFÍCIOS	9
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 OBJETIVO GERAL	11
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA	12
2.1 JUSTIFICATIVAS	12
2.2 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	12
2.3 ASPECTOS LEGAIS EM DEFESA DO ALEITAMENTO MATERNO	13
3 PROBLEMAS DA AMAMENTAÇÃO E A ASSISTÊNCIA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO	18
4 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	21
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
4.2 O CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	21
4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR	21
4.2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE USF CAJAZEIRAS V	23
4.2.3 PARTICIPANTES DO PROJETO	23
4.3 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO	24
4.4 RESULTADOS ALCANÇADOS	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS:	26

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 O ALEITAMENTO MATERNO E SEUS BENEFÍCIOS

As evidências científicas de que o leite materno é o melhor alimento no primeiro semestre de vida da criança em relação ao crescimento e desenvolvimento físico e mental, acumulam-se a cada ano, levando as instituições governamentais e municipais de saúde a implantarem políticas e ações que previnam o desmame precoce.

Os múltiplos benefícios oriundos da amamentação incluem vantagens nutricionais, imunológicas, menor risco de óbito por doenças respiratórias e diarreia, diminuição de otite, anemia, asma, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, obesidade infantil, e atraso no desenvolvimento psicomotor. O ato de amamentar também apresenta diversos benefícios para a mulher lactante, incluindo a proteção contra câncer de mama e de ovário, contra hemorragia pós parto, além de proporcionar efeito contraceptivo e contribuir para o retorno ao peso pré-gestacional. Além das questões de saúde, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Apesar da reconhecida importância do aleitamento materno e da retomada do incentivo à prática nos últimos anos, o desmame precoce ainda é bastante frequente em diferentes regiões do país e os índices de aleitamento observados são inferiores às recomendações oficiais.¹

Embora saibamos sobre a superioridade do leite materno para a alimentação das crianças, muitas são desmamadas precocemente com substitutos do leite humano e consequente utilização de mamadeiras, por influência de vários fatores, que incluem o meio social, a renda familiar, o acesso à educação, a inserção no mercado de trabalho, a propaganda das formulas infantis, os mitos, a atuação dos profissionais de saúde.^{2,3}

Considerando o papel protetor do aleitamento materno sobre a morbidade e mortalidade infantis, as iniciativas de promoção da prática devem ser consideradas prioritárias dentro das políticas de saúde pública de cuidado infantil.^{2,3,4}

O incentivo ao aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser encarado como uma ação para a melhoria da saúde e aumento da qualidade de vida das crianças e de suas famílias. As táticas de promoção da amamentação devem ser realizadas em todas as esferas de atenção à saúde e variam de acordo com a população assistida, cultura, hábitos, crenças e condições socioeconômicas.

Os serviços de saúde e os profissionais de saúde exercem um importante papel no processo de aprendizagem da nutriz quanto ao aleitamento materno e consequente redução do impacto das influências externas, por meio das ações de promoção e manejo às dificuldades de amamentação.

As práticas de promoção ao aleitamento materno pelas equipes de Saúde da Família são de real importância no âmbito da saúde materno-infantil. As unidades básicas de saúde têm papel fundamental para tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e o bem-estar dos bebês, suas mães, famílias e comunidade local.^{2,3}

Entretanto, múltiplos fatores se interpõem à efetiva prática da amamentação e a atuação dos serviços de saúde pode ser em parte responsável pelo insucesso do aleitamento materno visto que nem sempre as equipes estão capacitadas para propiciar orientações e suporte adequados para gestantes e lactantes.^{5,6} Esta prática parece ser menos abrangente do que deveria ser, deixa de atingir um número significativo de mães, e se dá, muitas vezes, em um momento menos oportuno do que o ideal.^{5,6,7}

As taxas de amamentação no Brasil, embora estejam aumentadas quando comparadas às taxas relativas à década de 1970, ainda são pequenas frente às recomendações da OMS11. A pesquisa mais recente¹¹ realizada em nível nacional sobre a situação do aleitamento materno revelou que a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF e a duração mediana do AME foi de 54,1 dias.

Dentro de tal realidade, verifica-se que a prática do aleitamento materno no Brasil, embora em ascensão, encontra-se ainda deficitária, o que resulta na diminuição do efeito protetor conferido pelo leite materno e, conseqüentemente, na maior incidência de doenças diarreicas e infecções comuns à infância.¹²

A necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária justifica-se por ser tal assistência o principal elo entre as gestantes/lactantes e o Sistema Único de Saúde¹³. A Equipe de Saúde da Família (ESF), atuando em contato domiciliar, torna-se a responsável pela divulgação de informações, incentivo e apoio à prática do aleitamento materno.

É preciso conhecimento, técnica, compromisso, habilidades específicas e organização para que esta assistência seja efetiva. Desse modo, o treinamento específico dos profissionais envolvidos nesse trabalho é fundamental para a efetividade do de

promoção da amamentação, propiciando confiança nas equipes de saúde e facilitando maior envolvimento nas atividades.^{14,15,20}

Tendo em vista tais pressupostos, insistimos na necessidade de se propiciar para as equipes que atuam nas UBS momentos de formação, reflexão e treinamento específicos para que possam atuar de forma mais consciente, humana e eficaz junto à comunidade, promovendo ações que colaborem para uma maior adesão das mulheres-nutrizas ao aleitamento materno.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar capacitação da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Cajazeiras V em Salvador na Bahia, quanto ao aleitamento para a promoção ao aleitamento materno visando a redução do desmame precoce.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Propor aos profissionais de saúde da atenção básica da referida UBS um roteiro de promoção do aleitamento materno.
2. Criação de um roteiro para as Equipes de Saúde da Família em sua atuação na promoção do aleitamento materno;
3. Orientar com relação ao aleitamento materno gestantes, puérperas e mães com filhos menores de seis meses e familiares mais próximos das mesmas como: mãe, sogra ou esposo.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 JUSTIFICATIVAS

Tendo em vista a bibliografia consultada e a situação vivenciada por nós em nossa prática clínica, a relevância do presente Projeto de Intervenção se justifica pela necessidade de se investir na formação continuada das equipes de saúde que atuam na UBS Cajazeiras V no sentido de capacitá-las para que executem ações mais significativas, eficazes e compromissadas com os objetivos de promoção ao aleitamento materno, visando assim à diminuição do número de desmames precoces verificados nessa região.

2.2 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Importa desde já esclarecer o conjunto de categorias de Aleitamento materno (AM) definidos pela Organização Mundial da Saúde: ¹⁶

Aleitamento materno: o bebê recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semissólidos que possa receber.

Aleitamento materno exclusivo: o bebê recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos;

Aleitamento materno predominante: a fonte predominante da alimentação do bebê é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), sais de reidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado. Esta categoria não abrange alimentos semissólidos, como papas ou sopa, nem leite não humano.

Aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante juntos formam a categoria aleitamento materno total;

Aleitamento materno complementado: o bebê recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semissólidos, incluindo leite não humano.

Desmame: é a introdução de qualquer outro alimento além do leite materno e compreende o período que vai desde a introdução deste novo alimento até a suspensão completa do aleitamento materno, chamado de “período de desmame”¹⁷.

Para além das categorias de AM, os conceitos de promoção, proteção e apoio são fundamentais para a compreensão do fenómeno¹⁶. Assim, a promoção pretende criar os valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que possa ser assumido como a norma, fato que depende de políticas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde. Por seu turno, a proteção assegura o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que permitem à mulher gozar o seu direito de amamentar e baseia-se no respeito pelo Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno e pela legislação referente à proteção da maternidade/paternidade. Aqui cabem, por exemplo, a proteção contra a discriminação ao AM em público, a não distribuição de fórmulas lácteas gratuitas ou a não afixação, na instituição de saúde, de publicidade aos substitutos do leite materno. Já em relação ao apoio, ele consiste em fornecer informações corretas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições.

2.3 ASPECTOS LEGAIS EM DEFESA DO ALEITAMENTO MATERNO

A) A Constituição Brasileira – 1988

Capítulo II, Artigo 7o, Parágrafo XVIII – Licença Gestante

A licença gestante é de 120 dias, sem prejuízo do emprego ou do salário.

O pagamento da licença é feito pela Previdência.

Parágrafo XIX – Licença Paternidade

O pai tem direito a cinco dias de licença após o nascimento do filho, para dar-lhe assistência e à sua mãe, recebendo salário integral.¹⁸

B) Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT

➤ Seção IV, Artigo 389, parágrafo 9º, Inciso 1º: Direito à Licença para Hora de Amamentação.

Toda empresa é obrigada, desde que tenha 30 ou mais mulheres com mais de 16 anos de idade, a ter local apropriado onde seja permitido às empregadas guardar sob vigilância os seus filhos no período de amamentação. Esta exigência poderá ser atendida por meio de creches diretamente ou mediante convênios.

➤ Seção V, Artigo 392: Da Proteção à Maternidade

É proibido o trabalho da mulher grávida no período de 4 semanas antes e 8 semanas depois do parto.

➤ Artigo 392, Inciso 3º:

Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às 12 (doze) semanas previstas neste artigo.

➤ Artigo 392, Inciso 4º:

Em casos excepcionais, mediante atestado médico, na forma do Inciso 1º, é permitido à mulher grávida mudar de função.

➤ Seção V, Artigo 396: Direito a Amamentar Durante a Jornada de Trabalho.

A mulher trabalhadora que amamenta terá direito durante a jornada de trabalho a dois descansos remunerados de meia hora cada um, para amamentar, até seu filho completar seis meses de idade.

Parágrafo Único:

Quando a saúde do filho exigir, o período de seis meses poderá ser dilatado a critério de autoridade competente.

➤ Seção V, Artigo 400: Creches e berçários no local de trabalho. Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período de amamentação deverão possuir no mínimo um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária. As creches à disposição das empresas mediante convênio deverão estar próximas do local de trabalho¹⁸.

C) Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. Portaria GM/MS 2.051, de 08/11/01 e resolução ANVISA RDC nº 221 e 222 de 05/08/02 Protege a amamentação contra a propaganda indiscriminada de produtos que favorecem o desmame precoce, definindo suas regras de comercialização.

D) Normas para Alojamento Conjunto. A Portaria GM/MS 1016, de 26/08/92

Obriga os hospitais e maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS (conveniados e próprios) a implantarem alojamento conjunto total: mãe e filho juntos no mesmo quarto 24 horas por dia.

3 PROBLEMAS DA AMAMENTAÇÃO E A ASSISTÊNCIA PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos problemas comuns que acometem as gestantes durante o processo de amamentação é o bico do seio invertido. Nestes casos existe uma massagem específica e simples de ser realizada. Assim, quando o bico não se exterioriza naturalmente durante a gravidez, a gestante deve realizar a seguinte técnica de massagem: segurar o bico do seio com o polegar e indicador, girando-o, simulado como se estivesse aumentando o volume de um som.²⁻³⁻⁴

O ingurgitamento mamário tem sido considerado um problema de saúde pública, tendo em vista as dificuldades que acarretam para a manutenção do aleitamento materno. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o ingurgitamento ocorre em virtude do excesso de leite concentrado nos ductos ou canais por onde escoam o leite, o que pode culminar com a inflamação das mamas denominada mastite.

Este é um problema comum no início da lactação e ocorre durante o período de apojadura (liberação do leite pelos alvéolos) que acontece entre o 3º e 5º dia pós-parto, podendo estender-se até o 10º dia. Para evitar o problema, Silva^{19,20} cita a importância da ordenha após a última mamada. A melhor ordenha é a manual, e a mulher pode realizá-la sob orientação de um profissional habilitado. O trabalho consiste em massagear a aréola para que o leite saia.

A nutriz pode armazenar o excesso ou doar a um banco de leite. Para isso, ela precisa ejetar o leite em um frasco de vidro que tenha uma tampa plástica resistente.¹⁹⁻⁰ Ambos precisam ser limpos com água fervente. O leite materno pode ser congelado por até 15 dias. Para descongelar, a mãe pode fazê-lo naturalmente ou em banho-maria com fogo desligado. No entanto, é importante ressaltar que o leite não pode ter nenhum contato com o fogo ou forno de micro-ondas.^{2,3,19,20}

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico do patológico, sendo que o fisiológico é discreto, positivo e indica que o leite está descendo devido à congestão venosa e ao edema da mama. Já o ingurgitamento patológico, a distensão tecidual é excessiva e resulta da retenção da secreção láctea por acotovelamento dos canais galactóforos, o que produz grande desconforto e pode ser acompanhado de febre e mal estar²¹.

Desse modo, a mãe deve ser orientada sobre o ingurgitamento mamário e como se prevenir deste quadro que pode causar muita dor e sofrimento, prejudicando a alimentação do recém nascido. Tal situação pode desaparecer dentro de 2 a 3 dias, devendo a mulher ser orientada a diminuir a ingestão de líquido até que normalize a produção de leite de acordo com as necessidades da própria criança.

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde resistente^{3,4,5} compete aos profissionais de saúde encontrar meios para educar, orientar e incentivar as nutrizes, inclusive a palpação as suas próprias mamas com o intuito de encontrar pontos ingurgitados. Dessa maneira, ela poderá realizar a ordenha manual em seu próprio domicílio com a ajuda e colaboração de seus familiares, promovendo o alívio.

O ingurgitamento ocorre devido ao fato do leite não fluir bem por causa, tanto da pressão do líquido tissular e do sangue fora dos ductos, quanto do mau funcionamento do reflexo da ocitocina, devido à pressão dentro dos alvéolos²¹.

Segundo o Ministério da Saúde o fundamental é sempre facilitar a drenagem do leite através da livre demanda e nunca suspendê-lo, a não ser em casos que possam prejudicar a mãe e o recém nascido³⁻⁴⁻⁶. Assim, melhor esvaziamento da mama é obtido quando se permite que a criança mame na hora e o quanto ele quiser, e não em horários predeterminados.

Em relação a compressas frias nas mamas, o Ministério da Saúde aponta que não existe uma comprovação científica quanto à sua eficácia para aliviar os sintomas do ingurgitamento mamário, no entanto elas podem ser úteis na redução da produção de leite e não devem ser utilizadas por mais de 15 a 20 minutos. Já as compressas quentes devem ser evitadas, por promoverem a vasodilatação ocasionando o aumento da produção de leite. Além disso, podem produzir queimaduras, que acontecem devido à sensibilidade ao calor diminuída em virtude do edema da mama. Embora algumas instituições indiquem o uso dessas compressas nas mamas para alívio da dor, deve-se ressaltar que se trata de um alívio imediato onde o desconforto retornará novamente.

Ressalta-se ainda, que dentre os fatores predisponentes do ingurgitamento mamário destacam-se: o uso de sutiã inadequado, início tardio da amamentação, pega incorreta, mamadas em horas predeterminadas, obstrução de ductos, prematuridade ou óbito, fissura do mamilo, controle do tempo de sucção e falta de orientação dos profissionais de saúde⁹⁻²⁰. Desse modo, os profissionais de enfermagem devem atuar de forma efetiva na prevenção do ingurgitamento mamário, estimulando o equilíbrio entre a produção e a drenagem do leite, evitando a piora do quadro ocasionando a mastite²¹.

Acreditamos que o conhecimento e desenvolvimento da prática profissional de enfermagem poderão facilitar o processo de identificação de obstáculos para a amamentação saudável e a intervenção precoce nos problemas. Neste sentido, Silva¹⁹⁻²⁰ afirma que o enfermeiro deve estar familiarizado com esta temática para poder atuar como uma referência para as mulheres quanto à sua saúde, funcionalidade de seu corpo e práticas salutares que elevam o seu bem-estar. Assim, um plano de atenção a gestante e puérpera deve basear-se na totalidade e integralidade de ações. Sugere-se para tal, a ampliação do conhecimento interdisciplinar, a fim de garantir condições favoráveis às diversas fases de atenção ao binômio mãe-filho. Desse modo, a responsabilidade pelo cuidado com a puérpera recai sobre uma equipe multiprofissional, que coopera e atua de forma conjunta nas várias fases do processo de saúde, ou seja, a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

O preparo da mulher para amamentação é essencial para a prevenção de complicações nesse período. Na fase lactogênica o profissional de saúde deve avaliar rotineiramente as condições das glândulas mamárias, e orientar a gestante em relação a realização de exercícios para seu fortalecimento. Assim, deve-se estar atento para a correção de vícios de postura com o intuito de aumentar a elasticidade do tecido epitelial da região mamilar e areolar. Desse modo, após a vigésima semana de gravidez é necessário realizar a expressão do colostro com o objetivo de ativar a produção lipóide que contribui para lubrificação natural do mamilo e a remoção de resíduos e crostas nele depositados²¹.

Apoiada em relatos da literatura³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻¹³⁻²⁰⁻²¹, destaca-se a importância da fricção dos mamilos com a utilização de um tecido ou esponja de banho. Ressalta-se também, a exposição dos seios ao ar livre durante alguns minutos para que a pele fique mais resistente evitando fissuras durante a amamentação. Recomenda-se ainda, fazer um pequeno furo no centro do sutiã na altura do bico do seio para proporcionar o contato com a roupa fortalecendo a pele por meio do constante ato de roçar.

Outras recomendações podem ser seguidas, tais como: a exposição das mamas a radiação solar (raios infravermelho e ultravioleta), por curtos períodos antes das dez horas da manhã. Conforme relata o Ministério da Saúde os raios infravermelhos promovem o estímulo das terminações nervosas da pele, a dilatação dos poros e aceleram a eliminação de resíduos tóxicos. Eles têm poder germicida e bactericida, ativam a cicatrização do tecido lesionado, além de atuar na dilatação dos vasos e capilares canalículos, favorecendo assim, a ejeção do leite. Já os raios ultravioletas

protegem e produzem resistência no tecido epitelial contra infecções, agressões e traumas, favorecendo a síntese de vitamina D, que auxilia na prevenção do raquitismo.³⁻
4-5-6-13-20-21

Durante a amamentação as mães devem lavar os seios e mamilos com água corrente durante o banho para protegê-los de organismos patogênicos, sendo contraindicado o uso de sabão ou sabonete por serem composições alcalinas, que podem ocasionar a desidratação do tecido. Algumas mães possuem a pele sensível que pode ser facilmente esfolada pela sucção do bebê, criando-se uma porta de entrada para organismos patogênicos, que se dirigem para o interior do tecido mamário. Desse modo, os mamilos que apresentam rachaduras devem ser tocados o mínimo possível e mantido limpos e protegido contra qualquer outro tipo de dano.

3.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

A Saúde da Família apresenta-se como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial em saúde, tendo como eixo condutor a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas, propondo-se a assegurar promoção, prevenção e recuperação em saúde dos diversos segmentos populacionais. Nesse contexto de equidade, a estratégia propõe-se a atender às necessidades do indivíduo considerando sua realidade familiar e social, bem como promover a transformação do modelo assistencial, e reorganizar os serviços de saúde através dos princípios da atenção Primária à Saúde, visando a consolidação do SUS.³⁻²²⁻²³⁻²⁴

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. É conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família", por não se tratar mais apenas de um "programa" A Estratégia de Saúde da Família visa a reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia Da Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo

enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde"²²⁻²³⁻²⁴.

No Brasil a origem do PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas (2.400 a 4.000), localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade²²⁻²⁵⁻²⁶.

Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracteriza como o fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contempla como uma prática natural e passível de controle.

Acreditamos na importância dos programas recomendados, no entanto, compreendemos que estes, por si só, não garantem o sucesso do aleitamento materno caso não se trabalhe a postura e a capacitação técnica dos profissionais, bem como se não forem estabelecidas ações que promovam o diálogo e a visão da mulher como ser

integral, inserido num contexto social, considerando-a na sua individualidade, anseios, emoções, dificuldades internas e história de vida.

Dentro dessa perspectiva²⁷, acreditamos que seja importante que o profissional de saúde se coloque como um facilitador do processo de amamentação na tentativa de buscar alternativas para estabelecer um diálogo mãe-mulher-nutriz, aprender a escutá-la e conhecer suas demandas e o contexto no qual está inserida, enriquecendo e fortalecendo as práticas assistencialistas.

Esse posicionamento se faz importante na medida em que os profissionais de saúde possam estar reproduzindo para a mulher um padrão de amamentação ideal, negando as facetas das dificuldades que o ato envolve e enfatizando somente seus aspectos positivos²⁷.

E inegável que as políticas sociais públicas e os programas de incentivo ao aleitamento materno são necessários, todavia, sua leitura é feita por profissionais que, também são sujeitos sociais, podendo, nessa medida, contribuir ou não para a transformação de sua prática.

4 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de intervenção educacional sobre AM, inspirado em princípios da educação crítico-reflexiva.²⁸⁻²⁹ Em linhas gerais, segundo esse referencial pedagógico, os educandos são reconhecidos como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. O eixo central desse referencial consiste no pensamento crítico/produtivo e na atividade consciente/intencional dos educandos na resolução dos problemas encontrados na realidade.²⁸⁻²⁹

O Projeto de Intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação³⁰, que segundo consiste na presença de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema que é alvo de intervenção. Supõe-se que o projeto de intervenção deve ter como função a transformação da realidade observada, sendo que o pesquisador e os pesquisados estão diretamente envolvidos nessa transformação. Os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização.³⁰

4.2 O CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SALVADOR – BA

Salvador foi a primeira capital do Brasil, capital da Bahia e é hoje terceira maior cidade do país. Apesar de sua importância histórica e econômica, Salvador apresenta problemas de desenvolvimento significativo como os de mobilidade, desemprego, habitação e outros.

Localizada na região litorânea do Estado da Bahia, apresenta uma população estimada de 2.883.672 habitantes, com uma área de 706 km². Capital do Estado,

dividido em 18 regiões administrativas, faz parte da região metropolitana juntamente com os municípios de Camaçari, Dias D'Ávila, Candeias, Lauro de Freitas, São Francisco do Conde, Itaparica, Simões Filho, Madre de Deus, e Vera Cruz.

Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência de crianças em Aleitamento Materno Exclusivo na cidade de Salvador – Ba é baixa e está em torno de 36%, sendo a região Nordeste a de pior prevalência entre as regiões e capitais brasileiras.

A USF Cajazeiras V fica localizada à Rua do Matadouro, s/nº. É composta por quatro equipes de saúde, as quais contam com 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Dentista, 01 técnico de enfermagem e 5 agentes de saúde (ACS).

Em Junho de 2004 a unidade foi reformada e ampliada pela prefeitura municipal de Salvador, em parceria com o ministério da saúde e o Governo do estado da Bahia, para atender ao Programa de Saúde da Família e reinaugurada com a presença das autoridades do momento. Desde então a unidade vem funcionando com uma alta rotatividade de médicos.

Inserida em um dos bairros mais populosos de Salvador, Cajazeiras apresenta problemas populacionais, como o crescimento desordenado, que inviabiliza o desenvolvimento saudável e a mobilidade das pessoas, podendo ser comparado a um município. É considerado o maior bairro da América Latina por alguns estudiosos, porém não há informações que sustentem tal afirmação, em virtude das diversas subdivisões, os dados oficiais apresentados pelo IBGE não contemplam todas as suas unidades, não podendo confirmar tal fato. Além dessas questões, o bairro apresenta ainda problemas de segurança, saúde e transporte, habitação, saneamento básico e crescimento desordenado, entre outros.

Uma característica do bairro é o chamado “pinicão”, um conjunto de lagoas de estabilização para tratamento de esgoto, que geram gás Sulfídrico com seu desagradável cheiro de ovo podre (pode ser letal se concentrado) , incomodando sobremaneira a população em seu entorno, praticamente dentro da cidade.

4.2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE USF CAJAZEIRAS V

A USF Cajazeiras V fica localizada à Rua do Matadouro, s/nº. É composta por quatro equipes de saúde, as quais contam com 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Dentista, 01 técnico de enfermagem e 5 agentes de saúde (ACS).

Em Junho de 2004 a unidade foi reformada e ampliada pela prefeitura municipal de Salvador, em parceria com o ministério da saúde e o Governo do estado da Bahia, para atender ao Programa de Saúde da Família e reinaugurada com a presença das autoridades do momento. Desde então a unidade vem funcionando com uma alta rotatividade de médicos.

Na área de abrangência do local deste projeto de intervenção, foram observados problemas de desmame precoce e introdução de alimentos de forma incorreta em crianças menores de 6 meses de idade. Os dados colhidos foram obtidos através de levantamentos realizados junto a equipe, diante de prontuários das crianças entre 0 e 6 meses que compareciam a consulta de puericultura médica e com enfermagem.

4.2.3 PARTICIPANTES DO PROJETO

Os participantes desta intervenção foram, além da equipe de profissionais da UBS Cajazeiras V, as gestantes, puérperas e mães com filhos menores de seis meses e familiares mais próximos das mesmas como: mãe, sogra ou esposo.

A formação desse grupo heterogêneo foi pensada para que juntos obtenham informações necessárias para uma boa prática do aleitamento materno e a importância que permaneçam com ela exclusivamente até os seis meses de vida da criança.

As mulheres nutrizas participantes do projeto, em sua maioria, trabalham em jornada dupla (faxineiras ou cuidadoras do seu próprio lar) e sem carteira de trabalho registrada; possuem baixa escolaridade; casam-se e assumem responsabilidades domésticas, ainda adolescentes; possuem mais que dois filhos; vivem em famílias de baixa renda, sendo dependentes de políticas assistencialistas, como o programa Bolsa-família.

4.3 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO

O PI desenvolveu-se em 32 horas, na forma de oficinas de cunho teórico-prático, organizadas em quatro encontros semanais presenciais, consecutivos, de oito horas cada, durante os meses de setembro e outubro de 2014.

Para o estabelecimento do conteúdo a ser abordado, distribuição da carga horária da AE e seleção da estratégia de ensino, os resultados da avaliação inicial de conhecimentos e práticas dos ACS foram considerados.

Nas oficinas ministradas, foram incluídos conteúdos teórico-práticos sobre AME, AM e alimentação complementar; problemas mais frequentes na prática da amamentação; rotinas e práticas para proteção, promoção e apoio ao AM na atenção básica e na atenção domiciliar; e possibilidades de atuação do ACS no apoio às gestantes, mães e suas famílias nos processos de amamentação.

Como método de ensino, valorizou-se principalmente a discussão participativa focada na solução de problemas/dificuldades vividos pelas mães e reportados/percebidos aos/pelos ACS no cotidiano do trabalho e nas suas experiências pessoais em relação ao AM.

Ao longo de seu desenvolvimento foram experimentadas estratégias e ações dinâmicas e comunicativas organizadas em reuniões interativas e reflexivas acerca da importância do aleitamento materno, os principais problemas e dificuldades enfrentados nesse processo e as estratégias de superação dessas dificuldades..

Para a realização desse projeto, optamos por utilizar material de fácil manejo e entendimento como: fichas, papel ofício A4, pinças, bonecos, mamas de esponja, mamadeiras, chupetas, material ilustrativos, televisão e DVD, panfletos, microfones, carro de som, etc.

Os trabalhos foram iniciados com uma busca ativa por parte dos ACS (agentes comunitários de saúde) das gestantes que residem na área, como também as mães com filhos menores de seis meses e que foram atendidas desde o pré-natal e puericultura nessa UBS, convocando-as para participar da oficina educativa.

4.3 RESULTADOS ALCANÇADOS

- Conhecimento dos reais indicadores de aleitamento materno da UBS Cajazeiras V.

- Identificação das causas de desmame precoce, as necessidades das mães e das famílias sobre os problemas da amamentação;
- Sensibilização dos profissionais, a partir da atualização prático-teórica e desenvolvimento de uma cultura de comprometimento com a promoção do aleitamento materno.

Como produto final, à longo prazo, espera-se a redução dos casos de desmame precoce na comunidade, assim como, um melhor acompanhamento no crescimento e desenvolvimento destas crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aleitamento materno é, sem dúvida, o maior responsável pela diminuição de morbimortalidade infantil no Brasil, visto isso o Ministério da Saúde vem promovendo várias iniciativas com o intuito de estimular, promover, orientar, resguardar e incentivar sua prática. Tais ações têm conseguido aumentar a prevalência do aleitamento materno de maneira significativa, porém ainda em números atuais aquém dos níveis considerados como ideais para a faixa etária que seria até o sexto mês de vida de maneira exclusiva, como preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Este trabalho verifica que os projetos de intervenção no UBS Cajazeiras V dependem de mudanças no processo de trabalho da equipe, que está diretamente vinculado com melhor capacitação profissional, que determina uma linguagem específica para cada grupo populacional e ao mesmo tempo uma orientação sistemática e oportuna de todos os profissionais envolvidos no binômio mãe/bebê. Além de um pré-natal efetivo, adequado e eficiente para informar, orientar e esclarecer as dúvidas sobre o aleitamento materno, assim como também uma busca ativa das mães faltosas.

A estratégia de saúde da família é, sem dúvida, a melhor maneira de conscientização profissional e populacional para aumentar o índice de aleitamento materno e de diminuir as taxas de mortalidade infantil, como também de melhorar a qualidade de vida.

Somente com a implantação dos protocolos, da capacitação profissional e atuação sistemática de toda a equipe do PSF, juntamente com secretaria de saúde e

controle efetivo das ações realizadas conseguiremos melhorar o índice de aleitamento materno.

Concluindo, o treinamento das equipes de Saúde da Família da forma como propusemos nesse Projeto parece ser uma estratégia efetiva e de baixo custo para sensibilizar esses profissionais, uniformizando as informações e assegurando o apoio necessário para as mães com dificuldades para amamentarem seus filhos. As equipes de saúde da família atuam com real envolvimento da comunidade por meio dos agentes comunitários de saúde. Existe, assim, uma tendência natural à construção de uma rede de suporte e apoio à prática da amamentação, com modificação gradual da cultura local.

REFERÊNCIAS:

1. SPYRIDES, M.H.C.; STRUCHINER, C.J.; BARBOSA, M.T.S.; KAC, G. Amamentação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.756-766, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisas de prevalência o aleitamento materno nas Capitais e DF. Brasília 2009.
3. Campos, GW de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4,n.2, p. 393-404, 1999.
4. Pesquisas de prevalência o aleitamento materno nas Capitais e DF. Brasília 2009.
5. _____. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde, vol.4, Brasília-DF, 2006b.
6. _____. Portal da Saúde: saúde da criança. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1251>. Acesso em: 05 set. 2009c.
7. _____. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª. edição revisada. Brasília, 2007.

8. _____. Saúde da criança: Nutrição Infantil, Aleitamento materno e Nutrição Complementar. Série A Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n °23, Brasília-DF, 2009b.
9. _____. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame . Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, 3ª ed., 1986, p. 03-22.
10. Dubeux, LS; Frias, PG; Vidal, AS; Santos, DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004; 4(4): 399-404.
11. Ciconi, RCV; Venâncio, SI; Escuder, MM. 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. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004; 4(2): 193:202.
12. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 2a ed. 1998, 36 p.
13. Giugliani, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v80, 2004. Suplemento.
14. Becker, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2001.
15. Giugliani, ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. Jornal de Pediatria. 2000; 76(3): S238-S252.
16. Campos, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994. p.13-23.

17. Alves, Claudia Regina Lindgren; et AL. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun, 2008.
18. Unicef. Promovendo o Aleitamento Materno. Disponível em <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/albam.pdf> . Consultado em 21/09/2014.
19. Silva, Anderson S. da; LAPREGA Milton R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005.
20. Silva, R. M. R.; MARCOLINO, C. A vivência do processo de amamentação e desmame precoce por mulheres-mães orientadas para o aleitamento materno: estudo qualitativo. *Online Braz. J. Nursing*, vol. 1, 2009.
21. Valdés ,V.; SÁNCHEZ ,A.P.; LABBOK, M. Manejo clínico da lactação. Rio de Janeiro. *Revinter*, 1996, p.29-83.
22. Morosini, MVGC e CORBO, A D. (orgs.) Modelos de atenção e Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.27-41.
23. Teixeira, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços, IN: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J.P. Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 2006. p.20-58.
24. *Revista Baiana de Saude Publica; Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015* vol 36, supl. 1, dez. 2012. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
25. CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994. p.13-23.

26. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
27. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática Educativa. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2006; 148 p.
28. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2006; 148 p.
29. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305,2010.
30. Kemmis, S. e Wilkinson, M. (2002). Pesquisa-ação participativa e o estudo da prática. In: Pereira, Júlio E. Diniz e Zeichner, Kenneth M. A pesquisa na formação e no trabalho docente. 1ª edição. Belo Horizonte: Autêntica.