

CATEGORIAS DE ALEITAMENTO MATERNO SEGUNDO A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMÍLIA EM BELO HORIZONTE/MG

Categories of breastfeeding by the vision of the strategy professional Family Health in Belo Horizonte/MG

Savia Madalena Moura Vieira¹,
Maria Marta Amancio Amorim², Milce Braga de Moura³

RESUMO

Objetivo: investigar os critérios utilizados pelos profissionais da equipe de saúde da família na classificação dos tipos de aleitamento materno. Metodologia: estudo quantitativo, observacional-seccional, realizado na atenção primária à saúde em Belo Horizonte. Aplicou-se um formulário a 80 mães de lactentes para investigar os critérios utilizados por 57 profissionais da equipe de saúde da família na classificação dos tipos de aleitamento. Resultados: os maiores coeficientes de variação foram encontrados para os critérios de classificação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e Aleitamento Misto (AM) - 41,2% e 20,5%, respectivamente. O critério para Aleitamento Materno Predominante (AMP) era desconhecido pela maioria dos profissionais. A prevalência do AME foi de 25%; AMP - 10%; AM - 38%; AA - 27% e 73% das crianças menores de um ano eram amamentadas. Conclusão: os resultados indicaram que as prevalências encontradas, embora ainda fora do ideal preconizado, demonstraram que a situação encontra-se mais promissora do que até então estava sendo registrado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Lactente; Leite Humano.

INTRODUÇÃO

Em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar aos governos e instituições de saúde a promoção do aleitamento materno exclusivo (AME) como a única fonte de alimento para praticamente todos os lactentes até seis meses de idade. Esse tipo de aleita-

ABSTRACT

Objective: To investigate the criteria used by health professionals in the classification of types of breastfeeding. Method: A quantitative study, observational-seccional conducted in primary health care in Belo Horizonte. We applied a form of 80 mothers of infants to investigate the criteria used by 57 health professionals in the classification of types of breastfeeding. Results: The highest coefficients of variation were found for the criteria for classification of exclusive breastfeeding (EBF) and mixed feeding (BF) - 41.2% and 20.5%, respectively. The criteria for predominant breastfeeding (PBF) was unknown by most professionals. The prevalence of EBF was 25%, PBF - 10%, BF - 38%, ABF (artificial breastfeeding) - 27% and 73% of children under 1 year were breastfed. Conclusion: The results indicated that prevalence rates, although still outside the recommended ideal, demonstrated that the situation is more promising than hitherto was being recorded.

KEYWORDS: Primary Health Care; Infant; Breast Milk.

mento é caracterizado pela ingestão somente de leite materno, sem nenhum outro alimento líquido ou sólido, com exceção de suplementos vitamínicos e minerais. A partir dessa idade, introduzem-se os alimentos complementares nutricionalmente adequados, inócuos e culturalmente apropriados, acompanhados de amamentação continuada por, pelo menos, dois anos, constituindo-se o aleitamento

¹ Savia Madalena Moura Vieira, nutricionista, médica, Especialista em Nutrição Clínica, médica generalista da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

² Maria Marta Amancio Amorim, nutricionista, Especialista em Microbiologia, Especialista em Alimentação Coletiva, Mestre em Ciência de Alimentos e doutoranda em Enfermagem/Educação em saúde. E-mail: martamorim@hotmail.com

³ Milce Braga de Moura, enfermeira, Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde, enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

misto – AMM.^{1,2}

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS consideram, além dessas, outras duas categorias de aleitamento materno: o Aleitamento Materno Predominante (AMP) - ingestão de leite materno, água, chá e suco de frutas, sem alimentos sólidos ou outro tipo de leite e o Aleitamento Artificial (AA) - ingestão de qualquer alimento líquido ou sólido, sem leite materno.²

Um estudo de avaliação da duração do aleitamento materno realizado nas capitais brasileiras, em 2001, apresentou como resultado 23,4 dias para a mediana do aleitamento materno exclusivo e 294 dias para o AMM.³ Esses dados revelam que períodos de aleitamento mais prolongados não implicam em maior duração do AME. Existe uma forte tendência ao desmame precoce e o número de crianças amamentadas ainda é pequeno e está distante dos objetivos preconizados pela OMS.^{4,5}

Existe uma série de questões que são importantes na pesquisa a respeito da definição da duração ótima do aleitamento materno exclusivo e da maximização dos benefícios dessa prática. Os consultores internacionais recomendam que os pesquisadores, no acompanhamento dos resultados, prioritariamente comparem o AME e o AMP por 4-6 meses separadamente por faixas etárias com o objetivo de melhorar a precisão de estimativas e suas aplicabilidades gerais.¹ Isso se deve ao fato de as recomendações dietéticas e nutricionais serem diferentes para as diversas faixas etárias de 0 a 3 meses e 29 dias, 4 a 5 meses e 29 dias e 6 a 11 meses e 29 dias.

Os formulários até então utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte somente descreviam as categorias de aleitamento materno AME, AM e AA. Esses critérios não permitem diferenciar as quatro categorias preconizadas pela OPAS/OMS. Além disso, as estatísticas de amamentação em Belo Horizonte vinham mostrando resultados catastróficos que perdem para as grandes capitais do país e até para localidades com menores recursos na assistência primária.³ Isso merece melhor investigação, pois leva à suspeita de falhas técnicas no processo de notificação dos dados, já que se sabe que a cidade conta com um serviço de saúde pública de qualidade reconhecida.

Os dados coletados diariamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam estudos transversais, muitos dos quais medem a prevalência das doenças e são frequentemente chamados de estudos de prevalência. Eles revelam importantes variações nos seus resultados, decorrentes de diversas metodologias empregadas e das diferenças entre as populações. Comparações das taxas de utilização dos serviços de saúde podem não ser possíveis em virtude da ausência de padronização nos métodos

utilizados. Inúmeras recomendações têm sido feitas para melhorar a metodologia das entrevistas em inquéritos de saúde nos países em desenvolvimento, uma vez que os estudos de prevalência são úteis na avaliação das necessidades e no planejamento dos serviços de saúde.⁶

Por conseguinte, as revisões das práticas das instituições de saúde devem estar condizentes com os princípios e metas preconizados.³ Diversos trabalhos científicos vêm propondo a revisão das práticas das instituições, bem como a mudança das atitudes dos profissionais e da sociedade, no sentido da formulação de programas de governo que resultem em políticas dirigidas à efetiva proteção e promoção da amamentação. A avaliação dos resultados desses esforços depende de uma correta notificação dos dados sobre amamentação e seu impacto no desenvolvimento da criança.

Entram em cena, então, os princípios da auditoria operacional e de gestão, à qual cabe a realização da revisão das práticas das instituições de saúde. A auditoria em saúde define-se como a avaliação crítica e periódica da qualidade da atenção dos serviços prestados pelos profissionais envolvidos, abrangendo a revisão e o estudo das estatísticas e dos resultados mostrados pela população. Tem como propósito fundamental garantir que os usuários dos serviços de saúde recebam uma melhor atenção possível e de melhor qualidade.⁷

A auditoria é função organizacional de revisão, avaliação e emissão de opinião quanto ao ciclo administrativo do planejamento/execução/controle/avaliação em todos os momentos e/ambientes das entidades.⁸

Os dados coletados estão naturalmente sujeitos à interpretação dos seus critérios de forma diferente pelos profissionais envolvidos no processo, e isso faz parte do contexto e das características intrínsecas da sociedade brasileira e do mundo atual. Os possíveis erros impostos por dados coletados de forma diferente por vários profissionais da saúde - seja por desconhecimento ou não entendimento das normas vigentes, seja por falta de padronização dessas normas - minimizam as possibilidades de generalização e de aplicação dos resultados futuros.

A informação correta dos dados sobre amamentação é importante para avaliar os resultados dos programas e políticas públicas vigentes, bem como para propor mudanças na direção dos esforços e recursos disponibilizados para o setor. Por conseguinte, este estudo justificou-se pela relevância social e econômica do aleitamento materno, uma vez que este é considerado uma das mais eficientes ações de saúde no que se refere aos custos/benefícios para combater a morbi-mortalidade infantil.

Portanto o objetivo geral deste trabalho foi investigar os critérios utilizados pelos profissionais da equipe de

saúde da família na classificação dos tipos de aleitamento materno.

MÉTODOLOGIA

Esse estudo foi caracterizado por ser de natureza quantitativa e observacional-seccional, realizado em seis UBS da Micro-área IV do Distrito Sanitário Noroeste, em Belo Horizonte, no período de 1º a 30 de julho, no ano de 2006. Levantaram-se os critérios de coleta dos tipos de aleitamento materno com base nos formulários e normas de preenchimento usados no serviço e o total de lactentes e tipos de aleitamento materno, disponibilizado pelo sistema de informação da intranet da Secretaria Municipal de Belo Horizonte. O público-alvo foi composto pelos profissionais que atuavam na coleta dos dados sobre aleitamento materno e as mães dos lactentes de 0 a 11 meses e 29 dias de idade completados até 31/07/2006 cadastrados nas UBS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo parecer 017/2006.

Os profissionais foram constituídos por 26 agentes comunitários de saúde (ACS) – 31,7%, 15 enfermeiros (ENF) – 75%, 12 médicos generalistas (MG) – 63% e quatro pediatras (PED) – 44% da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atendiam às nutrizes maiores de 18 anos (MÃES) e não portadoras de deficiências. Eles foram entrevistados quanto ao conhecimento sobre os critérios de coleta e classificação dos dados de aleitamento materno. Com base nos critérios de referência da OPAS/OMS, os conhecimentos foram classificados em condizentes ou não.

As mães (n=80) foram selecionadas com base no registro de 532 crianças moradoras na área de abrangência da UBS a partir do cadastro de vacinação, sorteadas aleatoriamente, representando 15% das nutrizes. Elas foram entrevistadas quanto ao tipo de aleitamento materno (AME, AMM, AMP e AA) distribuídos nas faixas etárias de 0 a 3 meses e 29 dias, de 4 a 5 meses e 29 dias, de 6 a 11 meses e 29 dias, de acordo com a definição proposta pela OPAS/OMS.

Na análise dos dados, considerou-se como variável dependente a classificação e prevalência dos tipos de aleitamento materno. As variáveis independentes foram os critérios usados na coleta dos dados e a variabilidade da interpretação das classes de aleitamento pelos profissionais envolvidos na coleta. Utilizou-se o teste do qui-quadrado, adotando-se 5% como nível de significância estatística, para comparação de indicadores de saúde.

RESULTADOS

Na Tabela 1 apresenta-se a coleta dos dados obtida do sistema de informação local, baseada em informações dos registros nas UBS, no primeiro semestre de 2006, coletados pelos ACS. A quantidade e o percentual de AMM/AA foram calculados, pois os lactentes em AMM ou AA foram notificados em conjunto. Esses tipos de aleitamento representavam a diferença entre o total dos lactentes com AME. A frequência média do AME, na Micro-área IV, em crianças de 0 a 4 meses variou de 58% a 78% e observou-se uma cobertura média de 25% dos lactentes cadastrados na área de estudo.

O registro feito pelos demais profissionais, conforme dados obtidos nas entrevistas, baseava-se na demanda dos serviços de cada especialidade; o que não se refere apropriadamente à frequência dos tipos de aleitamento. Isso poderia sugerir o baixo índice de AME encontrado nos bancos de dados do DATASUS em BH em todas as (Tabela 2).

Foi evidenciado que o AMP era desconhecido pela maioria dos profissionais, pois apenas um enfermeiro conhecia esse critério. O conhecimento referente ao AME apresentou uma dispersão relativa alta, seguido do AMM. Não houve diferença significativa entre as respostas dos grupos de profissionais, com base no teste de qui-quadrado, para um nível de 5% de significância. Isto significa que as diferenças encontradas foram atribuídas ao acaso (Tabela 3).

Para conhecer a frequência das classes de aleitamento preconizadas pela OPAS/OMS, foram estudados 80 lactentes menores de um ano (Tabela 4). Destes, 27 (34%) tinham de 0 a 3 meses e 29 dias; 17 (21%) tinham 4 meses a 5 meses e 29 dias; 36 (45%) tinham de 6 meses a 11 meses e 29 dias; até 31 de julho de 2006.

Foram entrevistadas 11,8% das mães de lactentes menores de um ano da área de abrangência da UBS 1; 15% da UBS 2; 26% da UBS 3; 19% da UBS 4; 8% da UBS 5; 16,2% da UBS 6 com o objetivo de conhecer o tipo de aleitamento praticado. O AMM predominou entre os tipos de aleitamento materno na amostra da Micro-área na totalidade das crianças de 0 a 1 ano, seguindo do AA, AME e o AMP. Os valores das frequências encontradas apresentaram diferença significativa pelo teste qui-quadrado, para um nível de significância de 5%; o que significa que as diferenças encontradas não foram atribuídas ao acaso. As menores frequências de AA foram encontradas nas populações das UBS 2, 1 e 5 (Tabela 4).

O número de lactentes distribuído por faixa etária, na amostra estudada, por classe de aleitamento foi analisado. Foram entrevistadas 33,8% das mães de lactentes de 0 a 3 meses e 29 dias e observou-se que 51,8% receberam AME, o que seria o recomendado para a maioria dos lac-

tentes dessa faixa etária; 22,2% receberam AMP; 14,8% AMM e 11,1% receberam AA. Com relação à faixa etária de 4 meses a 5 meses e 29 dias, foram avaliados 21,3% dos lactentes. Observou-se uma frequência de 29,4% de AME; 11,8% de AMP; 29,4% de AMM e 29,4% de AA.

No grupo de crianças de 6 meses a 11 meses e 29 dias, foram entrevistadas 45% das mães e observou-se que nenhuma criança estava recebendo AME ou AMP, conforme o esperado; 55,6% receberam AMM e 44,4% receberam AA (Tabela 5).

Tabela 1 - Médias do total e de AME de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias levantados pelos ACS, nas UBS da Micro-área IV da Regional Noroeste, em BH, em janeiro a julho de 2006.

| UBS Micro- área IV | Total | % cobertura ¹ | AME | AME % | AMM/AA | AMM/AA % |
|--------------------|------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| UBS 1 | 64 | 38 | 38 | 59 | 26 | 41 |
| UBS 2 | 11 | 19 | 9 | 78 | 2 | 22 |
| UBS 3 | 24 | 25 | 17 | 70 | 7 | 30 |
| UBS 4 | 8 | 29 | 5 | 60 | 3 | 40 |
| UBS 5 | 11 | 11 | 7 | 58 | 5 | 42 |
| UBS 6 | 14 | 18 | 9 | 65 | 5 | 35 |
| Média total | 133 | 25 | 84 | 63 | 49 | 37 |

1 – Calculado em relação ao total de crianças cadastradas nas UBS

AME: aleitamento materno exclusivo; AMM: aleitamento materno misto; AA: aleitamento artificial

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 - Prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo nas regiões do Brasil (%), distribuído por dias, 1999.

| Regiões do Brasil | 0 a 30 dias | 91 a 120 dias | 121 a 150 dias | 151 a 180 dias |
|-------------------|-------------|---------------|----------------|----------------|
| Brasil | 53 | 22 | 15 | 10 |
| Brasília | 69 | 57 | 43 | 30 |
| Centro-oeste | 50 | 38 | 27 | 18 |
| Nordeste | 55 | 43 | 32 | 23 |
| Norte | 53 | 40 | 29 | 20 |
| Sudeste | 42 | 32 | 24 | 17 |
| Sul | 64 | 52 | 39 | 28 |
| Belo Horizonte | 35,5 | 12,5 | 8,4 | 5,5 |

Fonte: DATASUS/MS /Secretaria de Políticas de Saúde - Estudos Amostrais.

Tabela 3 - Frequência das respostas “condizentes” com os critérios da OMS para cada classe de Aleitamento, nas UBS da Micro-área IV da Regional Noroeste, em Belo Horizonte, em julho de 2006.

| Classe de aleitamento | ACS (%) | ENF (%) | MG (%) | PED (%) | Média | DP | CV (%) |
|-----------------------|---------|---------|--------|---------|-------|------|--------|
| AME | 31,5 | 60 | 58,3 | 25,0 | 43,7* | 18,0 | 41,2 |
| AME até 6 meses | 96,2 | 93,3 | 100 | 75,0 | 91,1* | 11,1 | 12,2 |
| AMM | 34,6 | 46,7 | 33,3 | 50,0 | 41,2* | 8,4 | 20,5 |
| AA | 80,8 | 100 | 100 | 100 | 95,2* | 9,6 | 10,1 |
| AMP | 0 | 6,7 | 0 | 0 | 1,7* | 3,4 | 199,4 |

* χ^2 Calculado < χ^2 Tabelado, $\alpha = 5\%$.

AME: aleitamento materno exclusivo; AMM: aleitamento materno misto; AA: aleitamento artificial; AMP: aleitamento materno predominante
ACS: agente comunitário de saúde; ENF: enfermeiro; MG: médico generalista; PED: pediatra
DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Número de mães entrevistadas e número das respectivas crianças por classe de aleitamento, por UBS da Micro-área IV da Regional Noroeste, em Belo Horizonte, em julho de 2006.

| UBS | Total de mães | Número de mães entrevistadas | Numero de lactentes por classe de aleitamento | | | |
|--------------|---------------|------------------------------|---|-----------|------------|------------|
| | | | AME | AMP | AMM | AA |
| UBS 1 | 170 | 20 | 7 | 2 | 9 | 2 |
| UBS 2 | 60 | 9 | 2 | 1 | 5 | 1 |
| UBS 3 | 96 | 25 | 9 | 2 | 4 | 10 |
| UBS 4 | 26 | 5 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| UBS 5 | 100 | 8 | 0 | 2 | 4 | 2 |
| UBS 6 | 80 | 13 | 2 | 0 | 6 | 5 |
| Total | 532 | 80 | 20* | 8* | 30* | 22* |

* χ^2 Calculado > χ^2 Tabelado, $\alpha = 5\%$.

AME: aleitamento materno exclusivo; AMP: aleitamento materno predominante; AMM: aleitamento materno misto; AA: aleitamento artificial.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 - Número de lactentes por faixa etária, na amostra estudada, por classe de aleitamento, nas UBS da Micro-área IV da Regional Noroeste, em BH, em julho de 2006.

| Faixa etária | Total de lactentes | Numero de lactentes por classe de aleitamento | | | |
|--------------|--------------------|---|-----------|------------|------------|
| | | AME | AMP | AMM | AA |
| 0 – 3m 29 d | 27 | 14 | 6 | 4 | 3 |
| 4 – 5m 29 d | 17 | 5 | 2 | 5 | 5 |
| 6 – 11m 29 d | 36 | 0 | 0 | 20 | 16 |
| Total | 80 | 19* | 8* | 29* | 24* |

* χ^2 Calculado > χ^2 Tabelado, $\alpha = 5\%$.

AME: aleitamento materno exclusivo; AMP: aleitamento materno predominante; AMM: aleitamento materno misto; AA: aleitamento artificial.

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Foram disponibilizados apenas dados das crianças menores de quatro meses pelo sistema *intranet* de informação da Secretaria Municipal de Saúde de BH (Tabela 1). Nas seis UBS auditadas, havia o manual de orientação para o preenchimento do formulário “Movimento diário/trimestral de visitas do ACS/família 2F6” proposto pela Secretaria Municipal de Saúde. Neste formulário, preenchido pelos ACS, apenas duas categorias de aleitamento eram consideradas:

1 - AME: a criança que utiliza apenas leite materno, não considerando aquelas que usam água, chá ou qualquer líquido regularmente. Entretanto considera as crianças que fazem uso esporádico de algum dos líquidos mencionados, sem que a amamentação tenha sido interrompida nas faixas etárias de 0 a 4 meses. Esse conceito não condiz

com o preconizado pela OMS/OPAS, ou seja AME refere-se somente a administração do leite materno até os 6 meses.

2 - AMM: crianças que, apesar de estarem sendo amamentadas ao seio, utilizam regularmente água e/ou qualquer outro tipo de alimento, como chá, leite em pó, leite de vaca, frutas, sopas.

O percentual de cobertura das visitas mensais das ACS aos lactentes menores de 1 ano foi muito baixo - 25% , aquém da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é 100% . A frequência média do AME na Micro-área IV, em crianças de 0 a 4 meses, foi de 63% (Tabela 1).

Observou-se que os critérios utilizados na prática das UBS realmente não se baseavam em um padrão único para todas as equipes, gerando dados não confiáveis. Trata-se de um problema fundamental de investigação:

*“as estimativas por elas produzidas são afetadas pela quantidade, qualidade e distribuição dos serviços de saúde, bem como pela qualidade do sistema de registro adotado pelas unidades de acompanhamento”.*⁹

A baixa prevalência do AME nas idades de 0 a 30 dias, 91 a 120 dias, 121 a 150 dias e de 151 a 180 dias (Tabela 2) foi um dos fatores que motivou a realização deste trabalho; pois as crianças menores de um ano que estão mais sujeitas a aumentar a procura por serviços de saúde são aquelas vítimas das consequências do desmame precoce.

A falta de conhecimento e de padronização de critérios dos tipos de aleitamento foi observada entre os profissionais das UBS auditadas. O AME até os 6 meses e o AA foram os critérios mais conhecidos entre os profissionais (Tabela 3). Esses dados levantados colaboravam para uma estatística de aleitamento inadequada, a qual desfavorecia o conhecimento da real situação do aleitamento na Micro-área IV e também no município de BH (Tabela 2).

A frequência do aleitamento na amostra da Micro-área na totalidade das crianças de 0 a 1 ano a partir dos dados obtidos pelas mães e classificados segundo os critérios da OPAS/OMS foi de 37,5% de AMM; 27,5% de AA; 25% de AME e 10% de AMP. A frequência global de aleitamento materno (AME + AMP + AMM) nos lactentes menores de 4 meses foi alta, totalizando 72,5%. (Tabela 4).

A frequência do aleitamento materno de 88,8% (AME + AMP + AMM) e de 8% de AME nos lactentes de 0 a 3 meses e 29 dias estudados (Tabela 5) foi considerada superior ao estudo conduzido em Ribeirão Preto/SP.¹⁰ Esses autores, estudando 554 lactentes menores de 4 meses, encontraram índices de 18,8% em AME e 85% em aleitamento materno. Também no Estado de São Paulo, considerando dados levantados em 12 municípios em 1998, o AME nos primeiros quatro meses raramente alcançou índices superiores a 30%.¹¹

Dados obtidos em 1986 e 1989, em 24 países, mostram alta prevalência de crianças que recebem leite materno entre zero e quatro meses de vida, variando de 71% no nordeste brasileiro a 100% em Burundi, Gana, Togo e Uganda. Porém, o AME é quase sempre raro, sendo que nos 24 países analisados, houve variação de 1% na Nigéria a 84% em Burundi. Embora a prevalência da amamentação aos três meses de idade fosse alta (95% na África e 65% nas Américas), apenas 32% e 33% dessas crianças, respectivamente, eram amamentadas exclusivamente no seio materno. A alta prevalência do AMP no Brasil sugere um alerta às autoridades de saúde para que se subsidiem ações educativas às mães, com informações sobre os efeitos nocivos da administração de líquidos não nutritivos nos primeiros meses de vida da criança.¹²

Esses dados ressaltam que as frequências encontradas no presente estudo, embora ainda fora do ideal preconizado pela OMS (Tabela 4 e 5), demonstraram que a situação encontra-se mais promissora do que até então estava sendo registrado (Tabela 2). Os resultados realçaram a influência dos critérios usados na classificação do aleitamento materno na prevalência da amamentação. Eles se revestem de grande importância na medida em que servem de incentivo às equipes envolvidas na Campanha de Promoção do Aleitamento Materno e na real valorização dos seus esforços. (Tabela 4 e 5)

Com relação à faixa etária de 4 meses a 5 meses e 29 dias, houve diminuição da prevalência do AME e AMP e o aumento da prevalência do AM e AA; com uma frequência de amamentação de 70,6% (Tabela 5)

Com relação ao grupo de crianças de 6 meses a 11 meses e 29 dias estudado, resultados mais promissores para o AMM - 55,55% (Tabela 5) foram encontrados, em Embu, SP/1996: AMM em 95,7% dos menores de um ano e AME em apenas 10,3% e AMP em 32,3%.¹³ Também, no município de Conchas-SP (2003), 66,7% do total de crianças menores de um ano ainda eram amamentadas.¹⁴ O inquérito realizado com 679 mães de lactentes menores de 12 meses, no município de Itapira/SP (1999), no Dia Nacional de Vacinação revelou que, aos 12 meses, 61,6% dos lactentes eram amamentados ao seio.¹⁵

Quando comparamos a frequência do AME a partir dos dados obtidos pelos ACS no mesmo mês de julho - 71% e os dados médios de 63% (Tabela 1) com a frequência do AME - 51,8% dos lactentes de 0 a 3 meses e 29 dias, obtida pela entrevista das mães (Tabela 5), verificamos que o dado primeiro é superior, pois inclui outros tipos de aleitamento. A auditoria da atenção à saúde, ao trabalhar sobre a base de registros efetuados e quando avalia a qualidade deles, valoriza também a qualidade da atenção, demonstrando que há uma relação direta entre a qualidade dos registros dos dados e a atenção prestada. A melhoria contínua da qualidade exige estabelecer um controle permanente dos processos para garantir sua otimização.⁷

Muitos são os benefícios da auditoria em saúde que permitem conhecer os erros cometidos e suas causas, além da correção dos mesmos para se obter resultados mais efetivos e prevenir práticas inadequadas e as consequências que delas derivam-se; possibilita atuar com rapidez sobre aquelas causas que se relacionam com a organização do trabalho dos profissionais de saúde envolvidos; os profissionais adquirem uma consciência informada a respeito da responsabilidade que lhes cabe quanto aos resultados obtidos; influencia favoravelmente o aperfeiçoamento da coleta dos dados e suas aplicações; transforma-se em uma ferramenta de educação que permite o aperfeiçoamento

do trabalho das gerências envolvidas no processo; garante a entrega de informações aos órgãos de divulgação e processamento dos dados obtidos, permitindo a correta e eficaz orientação da utilização dos recursos na solução dos problemas detectados e permite a valorização adequada dos resultados promissores desenvolvidos pelas equipes das UBS, incentivo importante ao progresso da gestão.⁷

CONCLUSÕES

Verificou-se que existia, de fato, falha na coleta dos dados sobre aleitamento materno, nas UBS da Micro-área em estudo. A falha envolvia não somente a ausência de um critério único nesta coleta como também aspectos amostrais. Esses dados colaboravam para uma estatística de aleitamento inadequada, a qual desfavorecia o conhecimento da real situação do aleitamento na Micro-área, com sub-notificação do AME e do aleitamento materno como um todo.

Os critérios de coleta dos dados de acordo com os formulários e normas de preenchimento usados no serviço não eram uniformes para todos os profissionais e houve elevado coeficiente de variação da fidedignidade frente aos critérios da OPAS/OMS, ou seja, nenhum dos grupos de profissionais (agente de saúde, enfermeiro, médico generalista e pediatra) foi 100% condizente com a proposta da OPAS/OMS para as classes de aleitamento.

Na amostra estudada, a frequência global de aleitamento materno em lactentes menores de um ano foi de 73%, os resultados do AME e AMP foram mais promissores dos que vinham mostrando as estatísticas vigentes.

O desenho seccional proposto neste trabalho permitiu apontar as falhas encontradas em estimativas de frequência baseadas nos registros institucionais secundários. A amostra estudada poderia ser considerada representativa da Micro-área, uma vez que a amostragem das crianças menores de um ano estudada foi aleatória e em número considerado significativo.

O sistema de auditoria, portanto, seria o método recomendado para concretização do processo de educação que permite o aperfeiçoamento do trabalho das gerências envolvidas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the Press; 2001. [Citado 2001 Fev 2006]. Available from: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>.
2. Organização Pan-americana da Saúde. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: OPAS; 1997.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília: MS; 2001.
4. Feferbaum R, Falcao MC. Nutrição do recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 2003.
5. World Health Organization. Infant and young child nutrition. 55a Assembléia Mundial da Saúde; 2002.
6. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica. 2ª ed. São Paulo: OMS; 2003.
7. Osorio GS, Sayes NV, Fernández LM, Araya EC, Poblete DM. Medical audit, an undervalued management tool. *Rev Méd Chile*. 2002; 130(2):226-9.
8. Gil AL. Auditoria operacional e de gestão: qualidade da auditoria. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2000.
9. Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia & saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
10. Pereira MJB, Reis MCG, Nakano MAS, Santos CB, Villela MRGB, Lourenço MCP. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(1): 36-43.
11. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3):313-8.
12. World Health Organization. Breast-feeding. The technical basis and recommendations for action. Geneva: WHO; 1993.
13. Pedroso GC, Puccini RF, Silva EMKS, Silva NN, Alves MCGP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do Sudeste do Brasil, Embu, SP. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004; 4(1):45-58.
14. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(3):407-14.

15. Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo. Rev Bras Saúde Mater Infant. 1999; 3(1):85-93.

Submissão: outubro/2011

Aprovação: outubro/2012
