

RELATO DE CASO

Perfil de crianças atendidas em programa de fornecimento de fórmulas infantis

¹ Luciana Rigotto Parada Redigolo

² Silvia Sidnéia da Silva

³ José Eduardo Dutra-de-Oliveira

⁴ Marta Angélica Iossi Silva

⁵ Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde e Educação, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Universidade de Ribeirão Preto.

³ Médico, Doutor em Fisiologia e em Nutrologia, pela USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

⁴ Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

⁵ Médico, Doutor em Pediatria pela USP, Professor Titular da Universidade de Ribeirão Preto.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil das crianças atendidas no Ambulatório de Nutrologia da rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, por meio do protocolo inicial de fornecimento de fórmulas infantis. **Casuística e Método:** Estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio de levantamento documental, dos dados de 924 crianças que receberam fórmula infantil no período de 2009 a 2013. **Resultados:** Constatou-se que 50,2% eram do sexo masculino, 28% crianças foram incluídas aos 2 meses de idade, a prematuridade foi a causa biológica em 42% das crianças e a fórmula foi oferecida como único alimento em 52,6% dos casos. **Conclusão:** As crianças que recebem a fórmula como complemento devem ser alvo de maior investimento quanto à promoção do aleitamento materno, com maior empenho das equipes de saúde nas ações voltadas para a amamentação, principalmente no puerpério imediato, onde é possível minimizar as intercorrências mamárias

Palavras-chave: Protocolo; Criança; Aleitamento Materno.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of the children seen at the Nutrition Clinic at the municipal health network of Ribeirão Preto, through the initial protocol supply of infant formula. **Material and Methods:** A descriptive and retrospective study with a quantitative approach, carried out through documentary survey, the data of 924 infants who received infant formula in the 2009-2013 period. **Results:** It was found that 50.2% were male, 28% children were included at 2 months of age, prematurity was the biological cause in 42% of children and the formula was offered as the sole ration for 52.6% cases. **Conclusion:** Children who receive formula as a supplement should be greater investment target as the promotion of breastfeeding, with greater commitment of health teams in actions for breastfeeding, particularly in the immediate postpartum

Keywords: Protocol; Child; Breastfeeding.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo é a melhor opção no primeiro ano de vida, pois possui componentes específicos para recém-nascidos, principalmente, quando se trata de crianças prematuras e ou de baixo peso. O leite humano é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ como única fonte de alimento nos primeiros seis meses de vida e deve ser estendido até dois anos de idade, sempre que possível.

A alimentação através do leite materno, principalmente nos primeiros dias, traz benefícios tanto para a mãe, à medida que proporciona a involução uterina, quanto para o recém-nascido, pois supre todas as necessidades de nutrientes e proteção imunológica².

Apesar de a vasta literatura mostrar que a amamentação traz inúmeros benefícios, e da existência dos 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno propostos pela UNICEF³, há situações em que este ato não pode ocorrer, seja por problemas maternos ou do recém-nascido, conforme ressalta o passo 6: “não dar nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que haja uma indicação médica”, deixando claro que, a critério médico, o aleitamento pode ser suspenso ou complementado.

Neste contexto, sob recomendação médica, nos casos de impossibilidade de amamentação, as fórmulas lácteas infantis constituem a melhor alternativa ao aleitamento materno, pois o leite de vaca não é indicado antes de um ano de idade², sobretudo, para crianças que apresentam maior vulnerabilidade às doenças. Incluem-se nessa condição, os recém-nascidos prematuros que tiveram períodos longos de internação, com dificuldade ou impossibilidade de sucção/deglutição e portadores de fissura labiopalatina. As doenças maternas ou uso de medicamentos que contraindiquem a amamentação fazem com que o processo de amamentar também fique prejudicado e, na maioria das vezes, as crianças, ao receberem alta hospitalar, já se encontram em aleitamento misto ou usando fórmula láctea exclusiva.

Diante da impossibilidade de amamentar ou da necessidade de complementação do leite materno, no município de Ribeirão Preto, foi desenvolvido pela equipe da Secretaria Municipal da Saúde um protocolo com o intuito de estruturar o fornecimento de fórmulas lácteas infantis como alternativa de atendimento a estas crianças. Trata-se de instrumento sistematizado para atender crianças menores de um ano, não amamentadas ou que necessitam de complemento por critérios biológicos. Desde sua implantação não se conhecem os dados relativos ao atendimento, portanto, este estudo tem como objetivo descrever o perfil das crianças atendidas no Ambulatório de Nutrologia, por meio do protocolo de fornecimento de fórmulas infantis, no período de 2009 a 2013.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado por meio de levantamento documental dos dados contidos no protocolo inicial de fornecimento de fórmulas infantis. Foi realizado em uma instituição pública de saúde do município de Ribeirão Preto situado a nordeste do estado de São Paulo, com população de 604.682 habitantes⁴.

Cabe ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde do município, respondendo aos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), está organizada em cinco Distritos de Saúde, compostos por uma unidade funcionando 24 horas para pronto atendimento e unidades básicas que estão em consonância com os Distritos de Vigilância em Saúde. Conta com 48 estabelecimentos distribuídos em cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (funcionamento 24 horas), 14 Unidades de Saúde da Família (com 30 equipes da Estratégia de Saúde da Família) e 18 unidades básicas tradicionais (com 20 equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde) e 11 unidades especializadas⁵.

Nesta estrutura esta localizado o Ambulatório de Nutrologia, única referência municipal especializada para atender crianças que necessitam receber fórmula infantil por critérios biológicos encaminhadas

das unidades de saúde, hospitais, consultórios médicos públicos e privados. Sendo assim, os dados aqui apresentados são de base populacional.

A população estudada foram crianças menores de um ano, residentes no município, que receberam fórmula infantil por indicação formal (causa materna ou do recém-nascido), no período de 2009 a 2013. Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2014, a partir das informações contidas no protocolo inicial, com o levantamento das variáveis relacionadas à criança, à alimentação e ao contexto social onde vive.

O critério de inclusão foi: crianças menores de um ano de idade que receberam fórmula infantil por meio do protocolo inicial (n=924). O critério de exclusão definido foi a impossibilidade eventual de obter dados registrados no protocolo (ilegíveis ou extraviados), mas nenhum caso atendeu a esse critério (n=0). Sendo assim, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a população do estudo constituiu-se de 924 crianças, pois a pesquisa abrangeu 100% dos protocolos.

A análise quantitativa dos dados ocorreu com o uso do software Excel 2010 da empresa Microsoft Corporation, através da funcionalidade de “tabela dinâmica”.

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, respeitando os princípios éticos, foi preservada a confidencialidade no estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto e aprovado sob parecer no 465.936.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo revelam o perfil nutricional e sociodemográfico de 924 crianças, menores de um ano de idade, que receberam fórmula infantil no Ambulatório de Nutrologia, no período de 2009 a 2013.

Considerando-se as variáveis relacionadas à criança, na Tabela 1 estão descritos idade, causa biológica do encaminhamento para o protocolo e estado nutricional da criança à ocasião.

No período do estudo, em Ribeirão Preto nasceram 57.235 crianças, sendo que 6.177 foram prematuras (10,8%), com peso entre 1,0 Kg a 2,4 Kg. Desse total de nascimentos de crianças prematuras do município 6,3% foram incluídas no protocolo. Quanto ao sexo, a maior frequência foi o masculino com 464 (50,2%) crianças. Com relação aos problemas com as mamas, do total de 56 (6,1%) crianças incluídas no protocolo por essa causa, 39 (4,2%) estavam com prescrição de fórmula infantil exclusiva. As justificativas incluíram mastite, mastoplastia redutora, queimaduras em mamas, mamilos invertidos, entre outras, situações que permitem concluir que não eram causas evitáveis. Na avaliação do estado nutricional pôde-se constatar que 630 (68,1%) crianças apresentavam peso baixo para a idade e risco de baixo peso.

Quanto às variáveis relacionadas à alimentação, na Tabela 2 demonstra-se a alimentação das crianças atendidas na data de encaminhamento ao Ambulatório de Nutrologia e na Tabela 3 são pontuadas as instituições de saúde que encaminharam, segundo a prescrição da fórmula infantil como exclusiva ou complemento.

Ao nascimento, 60,3% crianças tiveram contato com o leite materno e, quanto à prescrição da fórmula infantil quando encaminhada ao ambulatório, a prevalência foi da fórmula como exclusiva em 52,6% dos casos. No momento do encaminhamento, 88% das crianças recebiam fórmula infantil de partida.

Com relação aos outros alimentos, das 118 (12,8%) crianças encaminhadas aos 4 meses de idade, somente 4 (0,4%) recebiam frutas e sucos; aos 5 meses apenas 4 (0,4%) comiam fruta, papa principal, suco e outro leite; e aos 6 meses 5 (0,5%) se alimentavam de papa principal ou outro leite.

Na relação entre as causas biológicas e o estado nutricional das crianças, a fórmula infantil exclusiva foi prescrita para 186 (38,3%) enquanto a prescrição da fórmula infantil complemento foi recomendada para 212 (48,4%) crianças, em ambos os casos, na condição de baixo peso e diagnóstico de prematuridade.

A instituição de saúde com maior número de encaminhamentos por prematuridade foi o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com 157(17%)

crianças. Cabe ressaltar que a instituição hospitalar citada é referência terciária municipal na atenção perinatal e neonatal e atende gestantes e recém-nascidos com diversas doenças.

Destaca-se que, no presente estudo, os dados referentes aos encaminhamentos das instituições hospitalares revelaram que 46% das crianças saíram de alta com a fórmula prescrita, como complemento ou exclusiva.

Referente ao contexto social ressalta-se que o Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (5), pontua a rede de atenção à saúde estruturada em cinco distritos, denominados Distrito de Saúde Norte, Leste, Oeste, Sul e Central.

Considerando-se essa variável, foi avaliado o local de residência da criança. Os Distritos de Saúde Norte e Oeste são áreas localizadas na periferia da cidade, de maior vulnerabilidade e número de unidades de saúde e população, expostas a riscos relacionados à violência e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

No Distrito de Saúde Norte existe um assentamento de trabalhadores rurais e concentra-se o maior número de aglomerados subnormais (comunidades) da cidade. Possui 3,75 moradores por domicílio, com 2,7% da população menor de um ano, 67,6% da população tem renda entre 1 a 5 salários mínimos, e 69,9% dos moradores são usuários do SUS.

No Distrito de Saúde Oeste existem 3,50 moradores por domicílio, em média, com 2,1% da população menor de um ano; 63,6% da população têm renda entre 1 a 5 salários mínimos e 60,5% dos moradores são usuários do SUS. O Distrito Oeste tem aproximadamente 40 mil habitantes a mais que o Distrito Norte e ambos recebem estudantes que realizam estágios dos cursos de graduação da área da saúde.

DISCUSSÃO

Alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes presentes nos alimentos, que são essenciais para a boa saúde⁶.

O cuidado com a inclusão precoce no protocolo é um fator importante para a qualidade de

vida, especialmente, por se tratarem de crianças prematuras e com risco biológico. A inadequada nutrição e introdução incorreta da alimentação complementar podem impactar negativamente na saúde atual e futura do bebê, principalmente, se iniciada precoce ou tardiamente, pois pode comprometer o processo de crescimento e desenvolvimento da criança⁷. Os dados mostraram que 67,4% das crianças foram incluídas no programa até três meses de vida.

Todos os anos, cerca de 15 milhões de crianças nascem prematuras (antes de completar 37 semanas de gestação) e a prematuridade constitui-se na principal causa de morte entre as crianças menores de cinco anos de idade, sendo responsável por quase 1 milhão de mortes, no ano de 2013. Dados da OMS⁸ demonstram que as taxas de prematuridade vêm aumentando e as gestações múltiplas estão entre as causas mais comuns de parto prematuro. Os resultados mostram que as causas biológicas de inclusão prevalentes foram prematuridade, gemelaridade/trigemelaridade e estas associadas que somam 40,5% das crianças.

A maior causa biológica de encaminhamento das crianças foi a prematuridade e este resultado traz uma preocupação, já existente, de se pensar estratégias de atuação que causem impactos relacionados à assistência à saúde da mulher, principalmente no pré-natal. É necessário, para tanto, que os profissionais busquem maior aproximação com a realidade das gestantes, especialmente, no tocante ao levantamento das causas que levam aos partos prematuros, com atenção às puérperas de risco, com ações que envolvem a amamentação.

Estudo realizado em um Hospital Universitário Amigo da Criança de Ribeirão Preto mostrou que todos os prematuros internados iniciaram a alimentação nos primeiros sete dias de vida, sendo que 98,3% receberam exclusivamente leite humano e 1,7% leite humano e fórmula láctea. Evidenciou-se também que, quanto maior o tempo de internação dos prematuros, maior a prevalência de aleitamento artificial na alta, seguido de aleitamento materno misto (uso de fórmula associada ao leite materno) e, com menor frequência, de aleitamento materno exclusivo⁹.

No acompanhamento dos pré-termos constata-se que existe tendência ao desmame precoce por fatores orgânicos como imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiperreatividade aos estímulos do meio ambiente, que faz permanecerem em alerta por curtos períodos¹⁰ ou a cuidados maternos associados a um longo período de separação mãe-filho¹¹. A prática maior do aleitamento materno nestas crianças pode estar associada ao apoio oferecido à mãe pela equipe de saúde com ações voltadas para a satisfação das necessidades de informação e suporte psicológico¹². O tempo limitado de aleitamento materno exclusivo, em prematuros de baixo peso, pode estar associado à crença de que o recém-nascido necessita de ganho ponderal acelerado, indicando as fórmulas infantis¹⁰, e também a problemas relacionados a pega, sucção, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e postura do bebê¹³. No presente estudo pode-se observar que houve prevalência de prescrição da fórmula infantil exclusiva apesar de 60,3% terem tido contato com leite materno ao nascimento.

Em estudo transversal baseado em dados secundários da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006/7, com 4.718 crianças menores de 60 meses, que objetivou avaliar consumo, frequência e tipo de leite ingerido por crianças brasileiras, o consumo de fórmula infantil em crianças de zero a cinco meses, na região sudeste, foi de 32,6%¹⁴.

O período de desmame e o início da alimentação complementar representam fase de grande importância para a criança. Após os seis meses de idade, as crianças não amamentadas devem receber outros alimentos, além da fórmula infantil que obedece a prescrição médica, individualizada para cada criança⁷.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que, ao completar seis meses, a criança deve receber a alimentação complementar três vezes ao dia (duas porções de fruta e uma de papa principal), o que garante o fornecimento de energia, proteína e micronutrientes. Aos sete meses, recomenda-se introduzir mais uma papa principal com alimentos do grupo dos cereais, animais e leguminosas⁷. Com

o crescimento, ao completar um ano de idade, a criança tem o padrão alimentar parecido com o adulto e pode receber a refeição básica da família¹⁵.

O cenário epidemiológico de alimentação complementar mostrou, na II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno no Distrito Federal e capitais brasileiras, em 2008, que no conjunto das capitais e Distrito Federal, a introdução de outros leites é precoce, maior na região Sudeste do Brasil onde a proporção de crianças que consumiram outros leites, segundo faixa etária, foi 21,4% menores de 30 dias, e 56,3% de 120 a 180 dias¹⁶, corroborando com os achados deste estudo com 19,4% menores de 30 dias e 80% até 120 dias. Com relação ao consumo de frutas, a nível nacional, 79,1% das crianças consumiram frutas na faixa etária de 6 a 9 meses e 82,5% de 9 a 12 meses; quanto a papa principal, 21% das crianças a consumiram entre 3 e 6 meses de vida, sendo 28,9% na região Sudeste que apresentou maior percentual¹⁶, contrariando as recomendações da OMS1 que indica a introdução aos 6 meses aumentando, gradativamente, de acordo com o desenvolvimento da criança, o que ocorreu com as crianças atendidas por meio do protocolo.

A introdução de alimentos complementares está de acordo com as recomendações do MS⁷, especialmente, considerando que as crianças atendidas por meio do protocolo em Ribeirão Preto, possuem alguma causa biológica que justifica o recebimento de fórmula infantil. Salienta-se que houve prevalência de indicação da fórmula infantil prescrita como exclusiva, como alimentação da criança, na data do encaminhamento ao Ambulatório de Nutrologia.

Apropriando-se da literatura, em relação à prematuridade, os bebês a termo recebem aleitamento materno exclusivo, entretanto, bebês prematuros, apesar de a maioria também receber o aleitamento materno exclusivo, o aleitamento misto tem sido mais frequente¹⁷.

Em idades muito precoces, existe elevada frequência de consumo de outros leites, que não o materno, despontando o leite de vaca como alimento consumido, com maior frequência, em substituição

ao primeiro e/ou usado de forma simultânea. Pesquisadores enfatizam que as práticas alimentares das crianças brasileiras estão muito aquém das recomendações de uma alimentação saudável, pontuando que a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes dos seis meses, bem como a descontinuidade da amamentação em crianças maiores de seis meses estão associadas ao aumento de morbimortalidade na infância¹⁴.

Alguns fatores foram identificados como causas do desmame precoce, a saber, crianças com peso inferior ou igual a 2,5 Kg ao nascimento, entendimento da mãe sobre o tempo ideal de amamentação, crianças que não receberam leite exclusivamente materno ao nascimento, não permaneceram em alojamento conjunto na maternidade e dificuldades relativas à amamentação nos primeiros dias pós-parto¹⁸.

Estudos observam que além de rotinas hospitalares, os indicadores associados ao pior nível socioeconômico, baixa escolaridade materna e menor acesso aos serviços de saúde também foram apontados como fatores de risco independentes para a não amamentação na primeira hora de vida^{14,19}.

Neste sentido, defende-se que o acolhimento, a melhora da qualidade de vida das famílias, a redução das desigualdades em saúde, o acesso e orientações claras e objetivas nos cuidados pré-natais e partos, além da formação adequada e envolvimento da equipe de saúde são variáveis que podem contribuir para as políticas e ações de promoção da amamentação, nutrição e alimentação saudável.

Neste estudo, ao constatar que 46% das crianças assistidas pelo protocolo inicial saíram de alta hospitalar, com a fórmula prescrita como complemento ou exclusiva, há que se comentar que o município possui 03 hospitais credenciados como Instituto Hospital Amigo da Criança (IHAC). O credenciamento como IHAC faz com que a instituição hospitalar assuma o compromisso de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, propondo aos profissionais de saúde mudanças de condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame²⁰.

Com relação aos resultados encontrados nas Unidades de Saúde do Distrito Oeste, os dados são antagônicos aos encontrados na pesquisa realizada com crianças menores de seis meses em seguimento em unidade de saúde deste distrito, pois mostra que o aleitamento materno exclusivo (AME) estava em prática por 77,5% crianças e como complemento em 17,5%, atribuindo o alto índice do AME à orientação individualizada nos programas de pré-natal e puericultura²¹.

Vale ressaltar que a Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto mantém convênio com as Instituições de Ensino para realização de estágios na área da saúde, para estudantes de cursos como medicina, enfermagem, nutrição, farmácia e psicologia, obedecendo à divisão de Distritos de Saúde.

Os convênios que permitem essas parcerias estão pautados em políticas públicas, com o objetivo de qualificar a formação acadêmica e a ação profissional dos graduandos da área da saúde, por meio de ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS. Nesse sentido, espera-se uma interação serviço/ensino e empenho das instituições de ensino com relação à integralidade da atenção, do trabalho em equipe e a apropriação do SUS.

Concernente ao local de residência das crianças observa-se que os moradores dos Distritos de Saúde Norte e Oeste são mais vulneráveis quanto ao número de moradores por domicílio, população menor de um ano, menor renda salarial e maior número de usuários SUS.

Os fatores de risco biológico e social têm grande importância no desenvolvimento infantil e psicológico das crianças. Os fatores relacionados aos pais incluem relação morador/cômodo, drogadição, baixa renda familiar mensal e analfabetismo, pais adolescentes, o uso do tabaco durante a gestação, mães com transtornos psiquiátricos, mães solteiras e falta de apoio social. Relacionados à criança contemplam-se o baixo peso ao nascer, desnutrição grave e lactente menor de seis meses²².

Os profissionais de saúde (principalmente da Estratégia de Saúde da Família) no contato próximo e cotidiano com o domicílio têm que se colocar como

elementos de acolhimento, apoio e promoção da saúde do sistema familiar, facilitando a comunicação, permitindo a difusão da informação e identificando aspectos que revelem dificuldades, conflitos e potencialidades. Devem estar instrumentalizados e confiantes de que são fonte preciosa de apoio²³.

Especificamente no presente estudo evidenciou-se que as condições socioeconômicas influenciaram no perfil das crianças atendidas por meio do protocolo, dado que pode estar relacionado à maior frequência no Distrito Norte que apresenta significativas condições de vulnerabilidade social.

CONCLUSÃO

Após avaliação dos dados propostos no estudo evidenciaram-se as particularidades das crianças atendidas, cada uma com suas características e necessidades nutricionais distintas, dados que contrapõem o preconizado no protocolo no que se refere à distribuição das fórmulas, não sendo esta personalizada, de acordo com suas necessidades. Pelo protocolo o peso é o único indicador para avaliação nutricional onde outros fatores deveriam ser avaliados associados ao perfil nutricional das crianças, pois nutrologicamente, o peso não deve ser um fator prioritário. A necessidade da avaliação nutricional deve ser incorporada na educação em saúde da população e da classe médica, na perspectiva da prevenção.

Quando se avaliam os encaminhamentos da prescrição da fórmula infantil exclusiva, com maior prevalência de inclusão das crianças aos dois meses de idade, suscita-se o convite à reflexão sobre o modelo de assistência prestada, pois frente à informação, se revela que o cuidado integral ao binômio mãe-filho ainda apresenta-se insuficiente ou pouco exercido, confirmando um olhar limitado para a criança, focado apenas no ganho ponderal, e não no aspecto nutricional, em sua totalidade.

Outro aspecto ligado à integralidade é o conhecimento das necessidades de saúde e sociais do binômio. A mãe também precisa ser atendida nesta perspectiva, com priorização de suas necessidades e anseios, ampliando a atenção e cuidado para além

dos aspectos biomédicos e curativos, atualmente praticados. A assistência à saúde das crianças deve ser considerada prioritária na rede municipal, com seguimento de puericultura e atendimento de enfermagem focado nas ações de manejo e promoção do aleitamento materno, reconhecendo as situações de risco de uma alimentação complementar inadequada.

Especificamente, com relação às causas maternas que impossibilitaram a amamentação, a ponderação recai sobre o atendimento no pré-natal e puerpério. Criticamente, pode-se elencar como lacunas e fatores que contribuem para a situação encontrada, frente à vivência no trabalho: a formação de novos profissionais sem ênfase em temas prioritários na formação superior em saúde; ausência de gestão do cuidado, médico ou de enfermagem; ausência de atenção focada na integralidade e interdisciplinaridade; inadequação do acolhimento do binômio e das agendas, que não oferta vagas e fluxo para acompanhamento desse binômio.

Quanto aos convênios com as Instituições de Ensino é necessário que seus compromissos não sejam pautados somente na formação do estudante e inserção no campo prático e, sim, com vistas à formação de futuros profissionais preparados para atuarem no sistema de saúde local, com compromisso inerente e direto para o fortalecimento do SUS, implementando a mudança dos perfis das necessidades de saúde e qualidade de vida da população.

Por fim, destaca-se a importância do atendimento em equipe, principalmente de enfermagem, na tentativa de minimizar o problema do desmame precoce. Ainda que o protocolo tenha sido desenvolvido para atender crianças com risco biológico, espera-se a partir dos resultados dessa pesquisa, que haja maior empenho das equipes de saúde nas ações voltadas para a amamentação, especialmente no puerpério imediato. Nesse período é possível atuar nos problemas que ocorrem com as mães, minimizando ou evitando que a criança, vulnerável social e biologicamente, seja encaminhada para atendimento pelo protocolo.

REFERENCIAS

1. WHO. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Conclusions and recommendations. Document A54/INF.DOC./4, Geneva,2001; 28-30 March.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. 3.ed. São Paulo: SBP; 2012. 120p.
3. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-americana de Assistência à Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manejo e promoção do aleitamento materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades. Nova Iorque: OMS; 1993.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-Dados Básicos; População; Economia; Outros; Histórico; Fontes dos dados. Ribeirão Preto – SP; 2010. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232AY>. Acessado em 25 Junho 2015.
5. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Disponível em: <http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/pmsr-2014-2017.pdf>. Acessado 25 Junho 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica . 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2010. 72 p.
8. World Health Organization. Media centre. Preterm birth Fact sheet No 363. Disponível em:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acessado em 20 fev 2016.
9. Scochi CGS, Ferreira FY, Goes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Ciênc Cuid Saúde; 2008;7(2):145-54.
10. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. J Pediatr; 2007;83(3):241-46.
11. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoim SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):253-64. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a29.pdf . Acessado em 20 fev 2016.
12. Silva CC, Paula GR, Peixoto MKAV, Oliveira NES, Santos LF, Oliveira LMAC. Assistência de enfermagem a familiares de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. Cienc Cuid Saude ; 2013 : 12(4): 804-12.
13. Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. Distúrb Comun ; 2014; 26(1): 50-9.
14. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LM. Early cow's milk consumption among Brazilian children: results of a national survey. J Pediatr; 2013; 89(6): 608-613.
15. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.475p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas-Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 108p.
17. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. J. Soc. Bras. Fonoaudiol. ;2012; 24(3): 205-10.
18. Baptista GH, Andrade AHHKG de, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública ; 2009; 25(3): 596-604.
19. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. Rev Saúde Pública ;2014; 48(4): 697-703
20. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : modulo 4 : autoavaliação e monitoramento do hospital / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saude – Brasília : Editora do Ministério da Saude, 2010. 92 p.

21. Del Ciampo LA, Daneluzzi JC, Ricco RG, Martinelli Junior CE, Ferraz IS. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. *Pediatria* ; 2008; 30(1): 22-6.
22. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi . *Manag Prim Health Care* ;2012; 3(2):179-85.
23. Schlithler ACB, Ceron M, Gonçalves DA. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. *Especialização em Saúde da Família, Módulo Psicossocial, Unidade 18*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010. P-43-69.

Recebido em 30/06/2016
Revisado em 01/07/2016
Aceito em 31/07/2016

Corresponding author:

José Eduardo Dutra de Oliveira
Rua Lafaiete, 1222 - Ap 71 - Centro
CEP 14015 080 - Ribeirão Preto - SP
email: jeddoliv@fmrp.usp.br

Tabela 1 - Distribuição da idade (em meses), causa biológica e estado nutricional das crianças atendidas no Ambulatório de Nutrologia por meio do protocolo inicial, no período de 2009 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

Idade em meses	Frequência	Percentual
1 m (0 a 29 dias)	179	19,4%
2 m (30 a 59 dias)	259	28%
3 m (60 a 89 dias)	184	19,9%
4 m (90 a 119 dias)	118	12,8%
5 m (120 a 149 dias)	68	7,4%
6 m (150 a 179 dias)	33	3,6%
7 m (180 a 209 dias)	29	3,1%
8 m (210 a 239 dias)	24	2,6%
9 m (240 dias ou mais)	30	3,2%
Causa biológica do encaminhamento		
Prematuridade	173	18,7%
Prematuridade associada a outras doenças	126	13,6%
Gemelaridade/ Trigemelariade	112	12,1%
Prematuridade e Gemelaridade	90	9,7%
Outras causas	79	8,5%
Problemas com as mamas	56	6,1%
Mãe drogadita	50	5,4%
Mãe em uso de medicação	48	5,2%
Baixo peso para idade	43	4,7%
Internação prolongada da mãe	39	4,2%
Fissura labiopalatina	35	3,8%
Mãe com vírus HIV/HTLV	31	3,4%
Alterações neurológicas	24	2,6%
Malformações cardíacas	18	2,0%
Estado nutricional das crianças		
Menor que Percentil 3 (P3)	398	43,1%
Igual ou maior P3 e menor P15	232	25 %
Igual ou maior P15 e menor P97	204	22,1%
Igual ou maior P97	7	0,8%
Dado não preenchido	83	9 %
TOTAL	924	100%

Tabela 2 - Alimentação das crianças atendidas no Ambulatório de Nutrologia por meio do protocolo inicial, na data do encaminhamento, no período de 2009 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

Alimentação na data do encaminhamento	Frequência	Percentual
Leite materno e fórmula infantil	438	47,4%
Formula infantil	405	43,8%
Suco, frutas, papa principal e fórmula infantil	66	7,2%
Suco, frutas e fórmula infantil	11	1,2%
Suco e fórmula	4	0,4%
TOTAL	924	100%

Tabela 3 - Distribuição das instituições de saúde e prescrição da fórmula infantil das crianças atendidas no Ambulatório de Nutrologia por meio do protocolo inicial, no período de 2009 a 2013, Ribeirão Preto/SP, 2014.

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE E PRESCRIÇÃO DA FÓRMULA INFANTIL			
Instituição que encaminhou a criança	Complemento	Exclusiva	TOTAL
Hospital das Clínicas da FMRP/USP	131 (14,2%)	176 (19%)	307 (33,2%)
Unidades de Saúde do Distrito Oeste	67 (7,2%)	70 (7,6%)	137 (14,8%)
Unidades de Saúde do Distrito Norte	58 (6,3%)	79 (8,5%)	137 (14,8%)
Unidades de Saúde do Distrito Sul	44 (4,8%)	46 (5%)	90 (9,7%)
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	43 (4,7%)	20 (2,2%)	63 (6,8%)
Unidades de Saúde do Distrito Leste	26 (2,8%)	19 (2,1%)	45 (4,9%)
MATER - Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto	23 (2,5%)	21 (2,3%)	44 (4,8%)
Unidades de Saúde do Distrito Central	23 (2,5%)	13 (1,4%)	36 (3,9%)
Consultórios privados	11 (1,2%)	18 (1,9%)	29 (3,1%)
Outras Instituições	9 (1%)	14 (1,5%)	23 (2,5%)
Maternidade Sinhá Junqueira	3 (0,3%)	5 (0,5%)	8 (0,9%)
Instituições que abrigam crianças por decisão judicial	0 (0%)	3 (0,3%)	3 (0,3%)
Hospital Santa Lydia	0 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,2%)
TOTAL	438 (47,4%)	486 (52,6%)	924 (100%)