

## Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade

### *Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta*

Tiago Vieira Pinto

*Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto, Centro de Saúde de Aldoar, Porto*

---

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno (AM) exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementado até aos dois anos ou mais, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebé, da mãe, para o ambiente e para a sociedade. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo desta prática e assume-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais. Apesar das recomendações, as taxas de aleitamento materno no nosso país continuam aquém do recomendado. Com este artigo pretendemos fazer uma revisão das estratégias cujo sucesso tenha sido comprovado na promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno no contexto comunitário, durante a gravidez e depois da alta hospitalar. Para tal efectuámos uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e SciELO Brasil combinando os termos “aleitamento materno”, “programas”, “promoção da saúde” e “educação para a saúde”, assim como em documentos de referência sobre o tema. Concluímos que a estratégia mais eficaz é a educação para a saúde que combina a aquisição de conhecimentos, a criação de atitudes e a aprendizagem e treino de capacidades para a prática do AM desde fases precoces da gravidez até depois da alta da díade, já em casa. Para além disto, concluímos ser crucial a inclusão da família como alvo das intervenções, através dos elementos que exercem influências determinantes no espaço social da mulher e na sua tomada de decisão, como é o caso do pai/companheiro e das avós.

**Palavras-chave:** aleitamento materno; planeamento de programas; promoção da saúde; educação para a saúde.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 22(2/3):57-68

---

O aleitamento materno (AM) é visto como um processo a meio caminho entre o biológico e o social – um híbrido natureza-cultura - e pode ser legitimamente considerado como o primeiro estilo de vida saudável na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o bebé, para a mãe, para a família, para o ambiente e para a sociedade (1).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde recomenda o incentivo da prática do AM e aponta como meta para 2010 uma percentagem de >50% de mulheres que amamentam exclusivamente até aos 3 meses (2). Atingir esta meta exige dos profissionais que prestam cuidados de saúde às famílias nesta fase do seu ciclo de vida um esforço conjugado no sentido de as capacitar a cumprir o seu projecto de amamentação e de simultaneamente aumentar a satisfação com que o fazem, sem negligenciar o contexto social e cultural em que se inserem. É desejável que esse esforço se traduza em iniciativas que pela via da educação para a saúde ajudem a concretizar o projecto do casal e as metas estabelecidas.

O planeamento e a avaliação de intervenções para a promoção da saúde são exercícios complexos que devem obedecer a uma sequência lógica e flexível de passos, de forma a atingir resultados que se traduzam em ganhos em saúde. Em boa verdade, planear um programa de promoção da saúde é mais complexo do que implementá-

lo e representa um verdadeiro desafio para os actores envolvidos devido à constante necessidade de adaptar o plano às circunstâncias, aos *settings*, aos *stakeholders* e a todo um conjunto de condicionantes (3).

O presente artigo pretende fazer uma revisão das estratégias com sucesso comprovado na promoção, protecção e apoio ao AM no contexto comunitário, com o objectivo de servir de base para futuras iniciativas nesta área. Para o efeito conduzimos uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e SciELO Brasil recorrendo à conjugação do termo “aleitamento materno” com os termos “programas”, “promoção da saúde” e “educação para a saúde”, respectivamente, utilizando os correspondentes termos ingleses nas duas primeiras bases de dados. Tivemos em conta os artigos mais recentes mas também foram utilizados documentos mais antigos (mais de 10 anos), o que foi justificado pela importância e actualidade dos seus resultados. Foi dada prioridade aos artigos que divulgavam resultados de programas de promoção, protecção e apoio ao AM já implementados. Não foi encontrada nenhuma publicação que divulgasse resultados de programas deste género em Portugal, sendo a grande maioria dos artigos produto de investigações originais levadas a cabo no Brasil, país onde a investigação em AM está bastante desenvolvida

e onde esta prática está culturalmente muito enraizada. Em relação à produção científica de organismos de referência foi dado destaque às orientações emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

## DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Importa desde já esclarecer o conjunto de categorias de AM que a OMS definiu (4):

**Aleitamento materno:** o bebé recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos que possa receber.

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

**Aleitamento materno predominante:** a fonte predominante da alimentação do bebé é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), sais de rehidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado. Esta categoria não abrange alimentos semi-sólidos, 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 bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano.

Como podemos ver, *aleitamento materno* refere-se à ingestão de leite materno pelo bebé quer directamente ou através de biberão ou copinho, podendo o leite ter sido retirado manual ou mecanicamente da mama. Já o conceito de *amamentação* diz respeito ao acto de extracção do leite materno directamente da mama e sempre pelo bebé.

Para além das categorias de AM, os conceitos de promoção, protecção e apoio são fundamentais para a compreensão do fenómeno (5). Assim, a **promoção** pretende criar os valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que possa ser assumido como a norma, facto que depende de políticas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde. Por seu turno, a **protecção** 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 protecção

da maternidade/paternidade. Aqui cabem, por exemplo, a protecção 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 correctas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições.

## O PAPEL DA FAMÍLIA NO APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

*“Para mais ganhos em saúde de uma forma global, tendo em conta a situação na União Europeia e a situação em Portugal, definem-se como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida...”* (6)

O Plano Nacional de Saúde faz um apelo inequívoco à necessidade das abordagens à saúde das populações se basearem no ciclo de vida e na família, nomeadamente aquelas que visam a promoção da saúde no contexto comunitário em que os agentes de educação para a saúde actuam. Esta abordagem permite uma visão mais integrada dos problemas de saúde, com particular destaque para aqueles de origem social, uma vez que tem em conta os diferentes papéis sociais que os indivíduos vão assumindo ao longo da vida, em diferentes *settings* e de acordo com o género.

Recentemente Nakano et al afirmaram que no âmbito do AM é preciso ultrapassar o nível da díade mãe-bebé e tomar como alvo a família (7). Encarar a família como um elemento essencial nesta prática permitirá a construção de um novo paradigma na promoção, protecção e apoio ao AM.

O sucesso do AM não tem uma definição consensual na literatura, dependendo da perspectiva através da qual é olhado e de acordo com as várias áreas do saber. Embora a maioria dos autores defina o sucesso do AM através da duração e da intensidade, existem outros que valorizam a relação mãe-filho e neste particular realçam a habilidade da mãe na orientação do AM dentro do contexto familiar (8).

É curioso notar o que nos diz Giugliani sobre o sucesso do AM: muito embora nos pareça lógico que a prática bem sucedida de AM traga satisfação à mãe e à família, não existe aparentemente na literatura científica nenhum trabalho que estude o impacto do AM na qualidade de vida das famílias (9). De facto não sabemos se os casais que amamentam durante mais tempo são aqueles que percebem uma maior qualidade de vida durante esse período.

A gravidez e a maternidade são períodos da vida da família que, ao implicar o desenvolvimento de novos papéis, constituem uma crise normativa no seu ciclo evolutivo (10). Segundo estas investigadoras, existem autores para os quais os três meses subsequentes ao nascimento, fortemente associados ao AM, são uma

continuação da própria gravidez, e encaram-nos como o seu quarto trimestre devido à panóplia de mudanças de ordem biológica, afectiva, relacional e social que ocorrem nesta altura. Essas transformações não excluem o pai e tornam o casal mais instável e sensível ao comportamento de cada um dos seus elementos. A prática de AM no período puerperal acarreta consigo aspectos críticos relacionados com as dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação, nomeadamente no que se refere a problemas com a mama, posicionamento e pega, ou problemas relacionados com a interacção que podem exacerbar os primeiros (11).

Relvas e Lourenço defendem que a solução aos problemas deve ser encontrada de uma forma partilhada no seio do casal, o que põe em evidência os *dual-career marriages*, isto porque as famílias que sentem maior satisfação conjugal antes do nascimento, sentem também maior satisfação conjugal depois dele, o que suporta a ideia da importância que o envolvimento do casal tem para o sucesso das tarefas que as transições no ciclo de vida lhe impõem (10). Para as autoras, “*um casal que desenvolveu no seu interior fortes laços de cumplicidade, afecto, capacidade de negociação e flexibilização (...) é um casal com maiores probabilidades de ser, também, um sistema parental competente sem deixar de ser um casal funcional...*” (10). Parece-nos legítimo depreender que o envolvimento pró-activo do pai no projecto de AM do casal e partilha de soluções contribuirá para uma maior eficácia na transposição de obstáculos, principalmente quando falar em sucesso do AM é pensar na satisfação da mãe e na satisfação do casal (8).

Para Giugliani as famílias tendem a transmitir a sua experiência de AM de geração em geração, facto que evidencia o carácter cultural e familiar do AM (9). Num estudo realizado para avaliar a sensibilização, os conhecimentos e as capacidades das equipas de saúde da família para o desenvolvimento de acções de promoção do AM, no estado de São Paulo, foi sublinhada a importância da educação para a saúde na comunidade no âmbito do Programa de Saúde da Família em vigor no Brasil (12,13).

A importância da família e das referências sociais para a mulher que amamenta estão bem documentadas na literatura, principalmente aquela que se refere aos papéis desempenhados pelo pai e pelas avós e à influência que exercem tanto na decisão de amamentar como mais tarde no seu apoio. É preciso reconhecer com humildade que o papel principal nesta matéria não está reservado para os profissionais de saúde - eles não ocupam o lugar cimeiro no espaço social das mulheres que amamentam e é inclusivé prova de alguma ingenuidade científica não tomar este facto em consideração quando se equacionam estratégias de promoção, protecção e apoio.

Os profissionais de saúde que actuam nos hospitais e nas maternidades assumem uma posição estratégica no espaço social das mulheres como reguladores da prática de AM baseados num corpo de conhecimento científico centrado nos benefícios imunológicos, nutricionais, emocionais e fisiológicos para a saúde do bebé (7).

No entanto, o poder que estes profissionais possuem é cingido a um espaço de tempo muito curto – o internamento hospitalar - e que não é suficiente para garantir a adesão das mulheres a esta prática, que só vai ser consolidada fora da instituição de saúde, num ambiente onde outros poderes serão exercidos. É já neste ambiente que os profissionais perdem o primeiro lugar para a família na hierarquia social destas mulheres no que respeita às decisões e acções levadas a cabo quando surgem dificuldades (7,8).

Para as mulheres do estudo de Nakano e colaboradores, o contexto familiar é o espaço de construção dos significados e das experiências associados ao AM e interpretam as dificuldades e os problemas à luz daquilo que é valorizado nesse mesmo contexto. Da mesma forma, tendem a responder a essas dificuldades de formas *familiarmente* aceites. Por exemplo, se a família valorizar o chá como algo prazeroso, calmante, com propriedades de convalescença, ele será mais facilmente utilizado como solução se o bebé, por qualquer motivo, se mostrar relutante à mama, chorar e dificultar a mamada (7). Sobre este aspecto é interessante reparar no discurso de uma das mães entrevistadas nesse estudo:

“*A minha irmã disse que o leite não era suficiente para ele (...) ele chorava muito, chorava de fome (...) ele não urinava (...) ela disse-me para consultar M. no centro de saúde (...) A minha mãe e a minha sogra disseram-me: dá-lhe chá! (...) Eu não queria dar-lho (...) eu tinha receio que ele tomasse o biberão todo e que depois não quisesse a mama (...), quando acabei de lhe dar o chá, ele arrotou e adormeceu. Para mim foi bom porque estava cansada.*” (Nakano et al, 2007, p. 235)

Mesmo no ambiente familiar existe uma hierarquia da importância que os vários elementos possuem e da influência que exercem dependendo da sua posição na esfera familiar, pelo que não nos podemos esquecer que o pai e as avós desempenham neste contexto papéis diferentes que fazem disparar na mãe-esposa-filha respostas também diferentes e que importa analisar.

Um estudo levado a cabo por Arora et al nos EUA concluiu que as razões mais apontadas pelas mães para o uso de leite não-humano na alimentação do bebé eram, por ordem de importância: 1) a percepção da mãe sobre a atitude do pai relativamente ao AM; 2) a incerteza quanto à quantidade de leite materno produzido e; 3) o regresso ao emprego (14). Neste estudo, o pai demonstrava uma atitude sobre o AM mais positiva do aquela que era a expectativa da mãe, o que deixa antever a necessidade de se acolher essa posição porventura favorável por parte do pai para o apoio ao AM. Encontraram ainda que a principal fonte de informação de que a mãe dispunha sobre AM era a família, mais do os profissionais de saúde (14).

Um estudo realizado por Earle em Inglaterra sobre os factores que influenciam a decisão de amamentar e as suas implicações para a promoção do AM mostrou que a participação do pai era vista pela mãe como algo de importante e desejável porque aliviava a sobrecarga

que o AM acarreta e porque permitia uma partilha da parentalidade (15).

Num estudo realizado por Pisacane et al num serviço de obstetrícia de um hospital universitário de Nápoles, em Itália, com o intuito de investigar o papel do pai na promoção do AM, os autores submeteram um grupo experimental de casais a estratégias de educação para a saúde e apoio ao AM, tomando como alvo a mãe e o pai, enquanto que no grupo controlo fizeram incidir as mesmas estratégias apenas na mãe (16). Concluíram que os casais cujas intervenções foram implementadas nos dois elementos sobre como prevenir e solucionar os problemas mais comuns relacionados com o AM apresentaram uma taxa de AM total mais elevada do que os casais onde apenas a mãe foi visada. Para além disto, encontraram que a percepção da mãe de o leite ser insuficiente foi significativamente menor no grupo experimental, assim como menor foi também o desmame neste grupo devido a problemas relacionados com o AM. Curiosamente, mesmo nos casais que experienciaram problemas durante o AM tanto num grupo como no outro, os do grupo experimental apresentaram uma prevalência de AM total aos 6 meses de 24%, comparativamente a 4,5% nos do grupo controlo (16). Estes autores sublinharam ainda que para além da inclusão do pai como alvo das estratégias educacionais ter levado os casais a amamentar durante mais tempo e em maior número, a satisfação da mãe com o AM provavelmente aumentou e a adaptação dos dois elementos ao papel de pais poderá ter sido mais harmoniosa, o que vem de encontro ao defendido por Relvas e Lourenço quando referem a necessidade dos *dual-career marriages* (10). Aliás, Pisacane e colaboradores vão mais além e afirmam que educar os pais poderá ser mais vantajoso e custo-efectivo do que utilizar voluntários e até profissionais de saúde no apoio ao AM, pelo apoio emocional que prestam e pela continuidade de cuidados que asseguram (16).

O ênfase colocado no pai parece não ser recente, uma vez que Pereira cita um estudo realizado por Hall em 1978 intitulado "*Influencing Breastfeeding Success*" onde já se evidenciava a importância atribuída ao papel que o pai desempenha na decisão da mãe em amamentar (8), muito embora a OMS/UNICEF não tenha incluído este importante actor na estratégia "Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno" no âmbito da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (17).

Numa revisão realizada nos EUA no âmbito do projecto *WIC - Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children*, de um total de 11 estudos que se focaram em intervenções de educação para a saúde no período pós-parto, apenas um deles incluiu outro membro da família para além da mãe, que naquele particular foi o pai/companheiro (18).

Para Pereira, é importante que se incluam não só os pais mas também as avós nas discussões sobre AM (8). Vários estudos realizados no Brasil, EUA, Canadá e Lesoto indicam que a avó materna ou paterna, pelo poder que exercem na esfera familiar, podem influenciar negativa ou positivamente quer a decisão em amamentar quer mais

tarde a prática do AM (19). No estudo de Susin, Giugliani e Kummer chegou-se à conclusão que tanto a avó materna como a avó paterna podem influenciar negativamente a duração do AM, embora a avó materna tenha mostrado uma influência maior (19). Segundo as mães, a avó materna ajudou mais frequentemente durante o AM, muito embora a percentagem de avós que aconselhou o uso de água, chá ou outro leite tenha sido muito semelhante para os dois tipos, materna e paterna (19).

Do ponto de vista dos papéis familiares, é interessante notar que embora a intensidade do aconselhamento tenha sido similar nas duas classes de avós, a sua influência na prática de AM foi consideravelmente diferente. Nesse estudo, quando a avó materna aconselhou o uso de água ou chá o risco de interrupção do AM exclusivo no final do 1º mês foi 2,22 vezes maior, enquanto que quando essa recomendação partiu da avó paterna o risco foi 1,83 vezes maior. Relativamente ao aconselhamento do uso de outro leite, quando foi a avó materna a fazê-lo o risco de interrupção do AM exclusivo ao 1º mês de idade aumentou 4,51 vezes, enquanto que quando foi a avó paterna a aconselhar o seu uso o risco aumentou 1,86 vezes (19).

## O PERÍODO PRÉ-NATAL

A prática do AM apenas se consolida se a mãe tomar a decisão de amamentar, estando o seu sucesso dependente disso. Apenas conhecendo aquilo que está na base da tomada de decisão da mulher é possível actuar em conformidade através das estratégias de promoção, protecção e apoio que melhor se adequam a este fenómeno.

## DECISÃO DE AMAMENTAR

No seu estudo Pereira faz uma abordagem aos factores de sucesso presentes no período pré-natal, citando alguns estudos nacionais e internacionais que mostram que a decisão de amamentar é na maior parte dos casos anterior ao parto e, algumas vezes, até anterior à própria gravidez (8).

Na nossa pesquisa encontrámos estudos cujos resultados corroboram estes últimos. Num estudo australiano que incidiu em primíparas, a decisão de amamentar foi tomada antes da gravidez por 72% da amostra e durante o 1º trimestre de gestação por apenas 23%, enquanto que apenas 2,5% das grávidas o fizeram no 2º e igualmente 2,5% no 3º trimestre. Para além disso, concluíram que a interrupção parcial ou total do AM até às 12 semanas de vida do bebé pareceu associada com: 1) o momento em que a decisão de amamentar foi tomada; 2) durante quanto tempo decidiram que iriam amamentar e; 3) quão desfavorável era a sua opinião face ao uso de leite adaptado (LA) (20).

Curiosamente, Swanson e Power citam um estudo também seu para afirmar que embora uma grande proporção

de mulheres tenha decidido sobre o tipo de alimentação do bebé em fases precoces da gravidez, para algumas essa decisão não é tomada até que a gestação tenha chegado quase ao fim (21) o que se aproxima daquilo que encontraram Vasconcelos, Lira e Lima num estudo transversal no Brasil (22).

A decisão de amamentar, tomada geralmente numa fase precoce da gravidez, é determinada por um conjunto variado de factores. Kong e Lee num estudo qualitativo realizado em Hong Kong numa amostra de primíparas, isolaram factores de ordem pessoal, social, cultural, institucional e ambiental que concorreram para a tomada de decisão, tendo cada uma destas classes de factores uma vertente negativa e uma positiva (23). Também Swanson e Power apontam várias influências na decisão de amamentar incluindo sociais, culturais, económicas e psicológicas (21). Em relação ao estudo de Kong e Lee importa esclarecer que existe na cultura oriental a ideia generalizada de que a mulher não deve estar muito ligada ao bebé nem à família, o que as faz ter perante o AM uma visão socialmente limitada. Na mesma ordem de ideias, Ho e Holroyd num estudo feito também em Hong Kong reconheceram que as mulheres chinesas têm muita relutância em amamentar em público, para além da licença de maternidade durar apenas 6 semanas, factos que desprotegem o AM numa sociedade já de si afastada dessa prática por motivos culturais (24).

Ludvigsson estudou na Bolívia as intenções que estão por detrás da decisão de amamentar e alertou para a importância das crenças das mães principalmente durante o período pré-natal (8,25).

A Teoria da Acção Reflectida de Ajzen e Fishbein mostra que o melhor preditor do comportamento é a intenção de o realizar, estando as atitudes relacionadas com as intenções sobre a alimentação do bebé e estas relacionados com o comportamento observável (21) (26). À luz desta teoria, utilizada por vários autores para compreender o comportamento alimentar dos bebés, as normas sociais (ou normas subjectivas) correspondem à percepção da mulher relativamente à pressão social para adoptar ou não adoptar esta prática e variam conforme a cultura em que ela está inserida (21). As normas sociais têm origem em fontes próximas e em fontes distantes da mulher e a sua importância é interpretada tendo em conta essa *distância social*: por exemplo, os maridos e as avós são socialmente mais próximos do que os profissionais de saúde ou as pessoas em geral e exercem influências diferentes.

É interessante perceber que as normas sociais são percebidas segundo a atitude que a mulher apresenta sobre o tipo de alimentação desejável, ou seja, aquelas que amamentam percebem uma maior pressão social nesse sentido, enquanto que aquelas que não amamentam percebem uma pressão social favorável ao uso de fórmulas infantis e, portanto, desfavorável ao AM (21). Nesse sentido, Swanson e Power chegaram à conclusão que as mulheres pró-amamentação valorizaram mais a opinião do pai e dos profissionais de saúde, e as mulheres pró-alimentação artificial atribuíram mais importância à

opinião das *pessoas em geral* (21).

Num estudo fenomenológico realizado no Canadá concluiu-se que existiam aspectos que eram cruciais por modelarem a decisão de amamentar, como a sensação de *dádiva* do LM e a *exclusividade* do acto de amamentar, o *compromisso* que era assumido pela mãe através dos laços que a ligavam ao bebé e ao próprio acto – numa espécie de diálogo interno - assim como a *escolha* de um momento para terminar o projecto de AM iniciado, a qual implica mais do que apenas uma mudança na alimentação do bebé (27).

É interessante articular estes resultados com os do estudo de Carrascoza et al feito em Campinas, Brasil, que sugere que quando a mãe refere que mantém o AM porque isso lhe dá prazer está a dirigir para si a responsabilidade pelo prolongamento da prática, enquanto que a mãe que diz que continua a amamentar porque o bebé não aceita o biberão está a atribuir ao bebé a responsabilidade pelo seu prolongamento, e estes factos trazem implicações relativamente à decisão de parar de amamentar. As mães que atribuem a si a responsabilidade pelo prolongamento do AM vêem o desmame como algo não desejável e longínquo, ao passo que as mães para as quais a responsabilidade se deve principalmente ao bebé mostram mais vontade de interromper o AM (28)

## INTERVENÇÕES NO PERÍODO PRÉ-NATAL

Oliveira, Camacho e Souza publicaram um artigo que é uma referência sobre o papel dos cuidados de saúde primários na promoção, protecção e apoio ao AM (29). No ano de 1999 foi lançada no Brasil a IUBAAM - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – à semelhança do que já havia acontecido noutros países da América Latina, como o Perú, a Nicarágua, a Argentina e o Chile, e na Europa com o Reino Unido. O pressuposto desta política de saúde pública é o de que as actividades levadas a cabo no período pré-natal e após a alta da maternidade, ao longo do período de crescimento e desenvolvimento da criança, são uma oportunidade ótima para a promoção da saúde e prevenção de problemas relacionados com o desmame precoce. Não obstante, neste país tinha entrado em vigor em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), resultado de uma situação internacional favorável, de uma análise cuidada da situação e dos determinantes do desmame precoce e da necessidade de aproximar a prática do AM da sociedade da altura (30).

Neste sentido, os cuidados de saúde primários ocupam um lugar privilegiado e de destaque na promoção, protecção e apoio ao AM pela proximidade e pelo tempo que as famílias e comunidades passam sob a sua influência. Oliveira e Camacho vão mais longe ao sugerir uma Iniciativa Global de Promoção, Protecção e Apoio à Amamentação nos cuidados de saúde primários para o prolongamento do AM exclusivo num âmbito mundial (31).

Da análise da literatura sobre a eficácia das inter-

venções de promoção, protecção e apoio ao AM seleccionámos duas revisões sistemáticas, uma realizada no Reino Unido (32) e outra nos EUA (33), sendo que esta última inclui também meta-análise.

Para além destas, uma outra realizada no Brasil foi igualmente tida em conta por ter incidido nas intervenções aplicáveis aos cuidados de saúde primários (34). Neste último, encontraram-se intervenções provenientes de várias partes do mundo e concluiu-se que no período pré-natal as intervenções mais efectivas foram as sessões de educação para a saúde de grupo para desenvolver a confiança e as habilidades das mulheres em amamentar e essa efectividade pareceu estar associada com a sua frequência (>1-5 vezes). Uma limitação deste estudo foi o facto de não ter sido possível avaliar a eficácia das intervenções isoladamente. As informações que foram mais utilizadas nas sessões de educação para a saúde foram:

1. *Os benefícios/vantagens da amamentação para o bebé e para a mãe;*
2. *A importância do AM exclusivo;*
3. *A importância do início precoce da amamentação;*
4. *A produção do LM;*
5. *A amamentação em regime livre;*
6. *Os riscos do uso de biberão e chupeta;*
7. *A importância da amamentação prolongada até aos 2 anos ou mais;*
8. *A amenorreia da lactação e o planeamento familiar adequado;*
9. *Posicionamento do bebé e pega correcta;*
10. *Extracção e armazenamento do LM de forma a compatibilizar AM e o emprego;*
11. *Como solucionar problemas (ingurgitamento mamário, por exemplo).*

Em relação ao apoio emocional prestado no âmbito dessas actividades destacam-se:

1. *Ouvir as preocupações, dificuldades e problemas das mulheres;*
2. *Motivar as grávidas e mães a partilhar as suas experiências;*
3. *Apoiar no processo de construção da auto-confiança na capacidade de amamentar;*
4. *Envolver os familiares das grávidas no apoio ao AM.*

Na investigação de Guise et al foram analisados 22 ensaios clínicos randomizados, 8 ensaios clínicos não randomizados e 5 revisões sistemáticas. A educação para a saúde em AM (*breastfeeding education*) constituiu a intervenção mais eficaz, tida em conta isoladamente, quer na iniciação quer na duração do AM a curto prazo, mas mostrou pouca eficácia na duração a longo prazo. Encontraram ainda evidência científica que mostra que programas de educação para a saúde que associam uma componente de aquisição de conhecimentos a uma

componente de aprendizagem de capacidades para amamentar estão associados a um aumento da taxa de iniciação e duração até aos 3 meses, sendo que os efeitos depois dos 3 meses não foram significativos. Estratégias de educação para a saúde que integram estas duas componentes mostraram ser o tipo de intervenção mais eficaz quando tido em conta isoladamente (33).

Os programas de educação para a saúde analisados pelos autores foram na sua maioria constituídos por 1 a 8 sessões, individualmente ou em grupo, com uma duração entre os 30 e os 90 minutos, ministradas por enfermeiros com formação específica na área ou outros profissionais especializados em AM (33). As sessões geralmente ocorreram no período pré-natal e incluíram temas-chave que são em tudo semelhantes àqueles descritos acima relativamente ao estudo de Oliveira (34).

Fairbank et al também concluíram que a educação para a saúde em pequenos grupos aumentou a iniciação e a duração do AM em países desenvolvidos, para além de se mostrar efectiva em mulheres de qualquer estrato socio-económico e ainda em minorias étnicas (32).

Em Belo Horizonte, no Brasil, foi implementado num centro de saúde um programa de promoção, protecção e apoio ao AM denominado “17 Passos” e que foi constituído por 17 procedimentos que implementados conjuntamente contribuíram para aumentar o grau de informação sobre o AM dos profissionais de saúde, das grávidas, das lactantes e da comunidade em geral, demonstrando que estratégias simples ao alcance de qualquer centro de saúde podem ser eficazes para aumentar a duração do AM (35). Nesse programa, os passos 3, 4, 12 e 14 são especialmente dirigidos à mulher e sua família no período pré-natal:

**Passo 3.** *Informar gestantes e nutrizes e prover material escrito para avós e pais;*

**Passo 4.** *Agendar consulta da gestante às vésperas do parto e abordar passos do Hospital Amigo da Criança;*

**Passo 12.** *Promover grupos de gestantes;*

**Passo 14.** *Promover reuniões conjuntas de gestantes e nutrizes.*

Em relação ao programa “*Incentivo ao Aleitamento Materno*” em vigor nalguns centros de saúde no estado de Pernambuco, no Brasil, ao avaliarem o seu grau de implementação concluíram que o incentivo precoce ao AM exclusivo através da educação das mães e familiares sobre a importância da prática logo nas primeiras horas de vida constituiu um dos primeiros passos do programa, aliás muito valorizado pelos profissionais entrevistados (36). Outro aspecto cuja importância foi descrita de forma unânime pelos profissionais foi a educação pré-natal, principalmente quando foca as técnicas e o fortalecimento da auto-confiança da mãe. Os autores sugerem ainda a necessidade de incluir os parceiros, amigos e familiares nas sessões educativas com vista a aumentar a confiança e habilidade das mães na prática do AM (36).

Schlickau e Wilson chamam a atenção para a necessidade de adaptação das intervenções às características

sociais e culturais da população-alvo (37). Face a uma amostra de mulheres hispânicas radicadas nos EUA, realizaram um primeiro estudo qualitativo etnográfico sobre as crenças, atitudes, significados e práticas de AM e posteriormente um estudo quantitativo em que avaliaram o sucesso de um programa de educação para a saúde implementado durante o período pré-natal nessa população. Para além da transmissão de informação sobre os benefícios do AM e a minimização da percepção das barreiras a esta prática, apostaram ainda numa sessão dedicada à concepção de um plano de amamentação e à assumpção do compromisso de o cumprir, tendo como constructo teórico o Modelo de Promoção da Saúde, para além de terem construído uma estratégia original e culturalmente sensível (*la cuarentena del bebe*) baseada na *cuarentena*, uma tradição mexicana em que nos 40 dias a seguir ao parto a mulher apenas repousa e faz uma dieta especial. No cerne daquela intervenção está o conceito de *auto-eficácia*, o qual deve ser visto segundo os autores como um elemento central em intervenções de promoção da saúde em migrantes.

Em 1972 foi criada nos EUA uma estratégia global de promoção da saúde na área da nutrição em indivíduos de risco, grávidas de nível socio-económico baixo, mulheres que amamentam, mulheres no período pós-parto, bebés e crianças até aos 5 anos, denominado Programa WIC (18). Num estudo de Ahluwalia et al realizado com o objectivo de avaliar o impacto das estratégias de promoção do AM no âmbito do programa WIC, demonstrou-se que as mulheres que receberam aconselhamento sobre o AM no período pré-natal beneficiaram das sessões de educação para a saúde, dos materiais escritos fornecidos e da interacção com os profissionais envolvidos ao verem a sua intenção de amamentar influenciada por essas actividades (38). De qualquer modo, os autores sublinharam que era limitativo restringir essas actividades apenas ao período pré-natal, devendo ser alargadas também ao período pós-parto precoce.

Foi referido atrás um estudo realizado em Hong Kong que avaliou a percepção que as mulheres grávidas tinham da eficácia da educação para a saúde pré-natal na preparação para o papel maternal (24). Do conteúdo das sessões de educação para a saúde fazia parte um módulo sobre o AM que, apesar de ter contribuído positivamente para a decisão de amamentar, foi alvo de críticas por parte das mulheres pelo facto de os profissionais envolvidos terem passado uma imagem irrealista do AM, um cenário demasiado *paradisíaco*, passe-se a expressão, que ficou aquém daquilo que a prática de amamentar realmente implicava. Segundo os autores, houve de facto falhas no que respeitava, por exemplo, aos princípios básicos da fisiologia da lactação, o que gerou mais tarde um sentimento de frustração nas mulheres ao constatarem as dificuldades quando se confrontaram com a prática do AM. Este facto chama a atenção para o rigor que é necessário usar nas sessões de educação para a saúde, para além de uma abrangência de conteúdos suficiente para não criar falsas expectativas nas futuras mães, o que levaria certamente a uma quebra da sua confiança

nos profissionais de saúde.

A Associação Espanhola de Pediatria publicou recentemente um artigo que aborda principalmente o papel do médico pediatra na promoção e apoio ao AM desde a gravidez até aos desmame, e onde afirma que a educação dos casais antes e depois do nascimento do bebé é essencial para o êxito do AM, através da informação aos casais e suas famílias sobre os benefícios, do abandono de certos mitos e ajudando a formar expectativas realistas sobre esta prática (39). Para além da informação, defendem ser necessário o treino com as famílias da técnica de amamentação e de soluções práticas a problemas comuns que surgem durante o AM, fazendo incluir o pai nas actividades educativas sempre que isso seja possível.

Hoyer e Horvat investigaram o sucesso do AM na Eslovénia relativamente a um programa de educação para a saúde durante o período pré-natal e mais tarde durante o AM até ao desmame total (40). O primeiro contacto com a actividade educativa aconteceu num momento muito tardio da gestação, por volta do 9º mês, o que é pouco habitual em relação ao que pudemos encontrar com a nossa pesquisa. Ainda assim, os autores observaram que as mulheres que receberam informação e orientação sobre o AM amamentaram durante mais tempo em relação àquelas que não foram alvo do programa. Os autores sublinharam também que para o programa atingir bons resultados tem de ser de qualidade comprovada, o que implica incluir os pais e fornecer materiais escritos durante as sessões.

Em relação aos materiais escritos de promoção do AM, Guise et al concluíram que não surtiram qualquer efeito nem na iniciação nem mais tarde na duração do AM, quer como uma actividade isolada quer associada a outras intervenções (33).

## O PERÍODO PÓS-NATAL

O período que se segue à alta clínica da maternidade ou do hospital é crucial para o sucesso do AM. O fenómeno que vai condicionar a duração deste período é o desmame, parcial ou total. Segundo as recomendações da OMS, o AM exclusivo deve perdurar até aos 6 meses e a partir dessa altura deverá ser praticado o AM complementado até aos 2 anos de idade ou mais (41). O desmame caracteriza-se pela introdução de outros alimentos para além do LM, sejam sólidos, semi-sólidos ou líquidos (desmame parcial) ou então pela completa suspensão do LM (desmame total). Por estas razões, o desmame marca a duração das várias categorias de AM que a Organização Mundial de Saúde preconiza (4).

## DESMAME PRECOCE

O desmame é um processo social e portanto não deve ser analisado como um facto isolado e unifactorial. Devem procurar-se as causas básicas desencadeadoras

do processo que estão para além das causas finais, ou seja, aquelas situações geradoras de crises de lactação que podem conduzir a interrupções curtas durante horas ou dias e que contribuem para um posterior desmame definitivo (42).

Giugliani cita um estudo prospectivo realizado no Brasil para apontar os factores de desmame precoce antes dos 3 meses, os quais se baseiam na baixa escolaridade materna, experiências anteriores de desmame precoce, ausência de orientação durante a gravidez, falta de apoio do marido/companheiro, ausência de empregada doméstica e presença de familiares que ajudam na lida da casa (9). Destes salienta a importância de experiências prévias de desmame precoce e refere que os factores de risco devem ser identificados ainda durante a gravidez e recomenda que as mulheres grávidas que os apresentam devem receber um acompanhamento especial e mais apoio.

Rea e Cukier agruparam as causas do desmame em três grupos: 1) causas *básicas* (conceitos sobre o valor do LA/LM; choro do bebé); 2) causas *associadas* (regresso ao emprego; o bebé não quis mamar mais) e 3) causas *finais* (o leite secou; leite insuficiente) (42). Quando estas autoras utilizaram entrevistas múltiplas para conhecer as causas do desmame comparativamente à entrevista única, verificaram que as mulheres admitiram mais frequentemente razões da sua responsabilidade e não da do bebé como estando na base do desmame, como o nervosismo, a ansiedade, o regresso ao emprego e falta de vontade da mãe em manter o AM. Com isto concluíram que a mãe tende a alterar a causa do desmame precoce que refere ao profissional à medida que a relação com este se aprofunda.

Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos, onde se concluiu que as mães que desmamaram precocemente justificaram-no principalmente com motivos de ordem educacional (o leite secou; o bebé não quis mamar mais; dores ao amamentar; problemas nas mamas), seguidos pelos de ordem social (regresso ao emprego) e por fim com motivos de ordem fisiológica (doença materna; doença do bebé) (43). O desmame por opção/conveniência não foi referido, assim como o choro do bebé, falta de orientação ou o nervosismo materno, o que apoia a tese de que com metodologia transversal as razões que são socialmente menos aceites tendem a ser reprimidas do que quando se utiliza uma metodologia longitudinal, que permite o aprofundamento da relação com o profissional. Os factores de risco de desmame precoce pareceram estar mais relacionados com a falta de informação sobre a prática do AM durante a gravidez, o parto e o período após o parto do que com o regresso ao emprego, para além de que quanto maior foi o período de escolaridade materna, maior foi a duração do AM, e a única variável que se manteve sempre associada ao desmame precoce após regressão logística foi a idade em que foi introduzido leite não materno (43).

Para além do leite não materno, a introdução de outros líquidos, como água e chá, no primeiro dia após a alta da díade revelou-se um bom determinante da oferta

desses líquidos nos primeiros 4 meses de vida, tendo-se verificado uma frequência elevada de introdução de água e chá provavelmente devido à crença de que o clima quente implica um reforço da hidratação do bebé, o que nos faz pensar na influência que a cultura e as crenças de saúde exercem nas decisões relacionadas com a alimentação dos bebés (44).

Bueno et al dizem-nos que quanto mais tarde a mãe introduz leite não materno, maior será o período de tempo até ao desmame total, uma vez que a introdução de outro leite depois da amamentação estar consolidada tem menor influência na diminuição da duração do AM (45). Na base desta conclusão está a permissão de que um dos componentes mais importantes do processo de desmame é a compreensão da mãe sobre a importância do AM. Segundo esta concepção, as mães com mais desejo de prolongar o AM fazem-no retardando o mais possível a introdução de leite não materno e, mesmo após a sua introdução, mantendo o maior tempo possível a concomitância desse com o LM.

Ramos e Almeida num estudo cujo objectivo era conhecer as causas do desmame precoce na óptica das mães concluíram que de todas as causas referidas, a que tem maior expressão é o chamado *síndrome do leite insuficiente* – a construção social secular mais utilizada como modelo explicativo para a interrupção do AM, fundado no movimento higienista do séc. XIX (46). Em segundo lugar aparecem as queixas relacionadas com as mamas, como as fissuras e o ingurgitamento. Para além destas, os autores destacaram uma outra causa relacionada com os serviços de saúde e à qual os profissionais devem estar atentos, e que é a banalização do sofrimento pela equipa de saúde.

A culpabilização da mãe pelo desmame precoce, ainda que seja uma auto-culpabilização, é sempre algo a evitar sob pena de tornar o momento mais prejudicial para a mãe do que para o próprio bebé (28). O que acontece é que frequentemente as mães fazem inferências incorrectas e criam regras rígidas baseadas em informações inadequadas ou insuficientes que mais tarde acabam por frustrá-las (28).

Vimos que o desmame precoce parcial ou total – aquele que acontece antes dos períodos recomendados pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, antes dos 6 meses para o AM exclusivo ou antes dos 2 anos para o AM complementado – é um processo complexo de natureza predominantemente sociocultural que implica uma tomada de decisão por parte da mulher susceptível a uma série de influências. A decisão de interromper o AM está como vimos muito relacionada com as crises da lactação e com conhecimentos imperfeitos a partir dos quais as mulheres tiram conclusões que prejudicam esta prática e muitas vezes também o seu bem-estar.

## INTERVENÇÕES NO PERÍODO APÓS A ALTA

O período durante o qual se dá o estabelecimento da lactação após a alta, já em casa, é um período crítico porque coloca a díade perante determinados obstáculos



que é preciso ultrapassar para que a prática do AM se consolide com sucesso. Mesmo depois de estar já bem estabelecido, outras barreiras podem surgir até que se dê definitivamente o desmame (o regresso ao emprego, por exemplo) pelo que o período referido aqui como *após a alta* deve ser encarado como sendo aquele que vai da chegada da díade a casa até ao desmame total.

Num artigo sobre as dificuldades no início do AM avaliadas mediante o formulário de observação da mamada da UNICEF, os autores concluíram que 18% a 24% das díades apresentaram alguma dificuldade no início do AM em pelo menos um parâmetro da mamada, sendo que as principais dificuldades detectadas se referiam à posição e pega incorrectas (47). Também Pereira na sua amostra de mulheres portuguesas encontrou dificuldades na primeira mamada em 46,7% no grupo em que se procedeu à correcção da pega e em 53,3% naquele que seguiu as rotinas do serviço, utilizando para o efeito o mesmo instrumento da UNICEF, embora com ligeiras adaptações (8).

Na revisão sistemática e meta-análise de Guise et al a evidência científica aponta para o facto das intervenções de apoio na resolução de problemas durante o estabelecimento da lactação e o treino de competências neste período (posição e pega correctas, por exemplo) aumentarem a iniciação e duração do AM nos EUA e noutros países desenvolvidos até aos 6 meses, quer através de visitas domiciliárias quer através de contactos telefónicos (33). Muito embora o efeito independente destas actividades seja modesto na duração até aos 3 e aos 6 meses, a combinação da educação para a saúde com as intervenções de apoio na resolução de problemas e treino de competências aumentaram significativamente a iniciação do AM, a sua duração entre o 1º e o 3º mês e também entre o 4º e o 6º mês. Curiosamente, os efeitos resultantes desta combinação não foram maiores do que os efeitos da educação para a saúde isoladamente (33).

Noutra revisão sistemática os autores encontraram literatura sobre a efectividade de programas de promoção, protecção e apoio ao AM que consistiam num *pacote* de intervenções implementadas em vários momentos, incluindo o período após a alta desde o estabelecimento da lactação até ao desmame, tendo encontrado que em todos eles houve um aumento da incidência e da prevalência de AM (32).

Oliveira chegou à conclusão que no período após a alta as estratégias mais utilizadas foram as visitas domiciliárias, as sessões de grupo, as consultas individuais, os contactos telefónicos, a combinação de duas ou mais destas estratégias e o fornecimento de material impresso (34). Em relação às visitas domiciliárias, estas foram testadas em várias modalidades e com diferentes resultados: apenas no período após a alta; no período após a alta e associadas a uma componente hospitalar; no período pré-natal e após a alta; e por fim envolvendo os três períodos.

Ainda sobre a pertinência das visitas domiciliárias, Barros et al implementaram um programa de apoio ao AM

no Rio Grande do Sul, Brasil, a 450 díades constituído por três visitas domiciliárias: aos 5, 10 e 20 dias após o nascimento. Esse estudo mostra que as visitas domiciliárias após a alta podem ter um efeito positivo mensurável nos padrões de AM ao longo dos primeiros meses de vida do bebé, para além de constituírem uma estratégia de baixo custo, principalmente se elas forem realizadas às díades que apresentem mais dificuldades no estabelecimento do AM (48). As intervenções mais efectivas foram aquelas que combinaram informação, orientação prática e apoio face a face de longa duração, inseridas em vários tipos de actividades: sessões de grupo no período pré-natal, visitas domiciliárias no período após a alta ou em ambos os períodos e a combinação de sessões de grupo, visitas domiciliárias e sessões individuais (34).

Os autores defendem que não se deve deixar de lado o apoio emocional e técnico essencial nas consultas pós-parto devido à frustração que se desencadeia na mãe que quer amamentar e que não o consegue fazer. O sentimento de culpa de que falávamos há pouco está também presente no discurso destes autores quando dizem que o incentivo da prática do AM sem que sejam oferecidas condições para que ela se consolide pode fazer com que as mães se sintam impotentes para ultrapassar os obstáculos e, conseqüentemente, criar nelas uma culpa ilegítima (35).

É também importante conhecer os aspectos menos conseguidos de outros programas de promoção, protecção e apoio ao AM, como é o caso do *“Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo”* implementado em São Paulo, ao abrigo do qual se acompanhavam as díades até ao 6º mês independentemente da categoria de AM que era praticada. No entanto registou-se um abandono de 42% da amostra em média aos 70 dias de acompanhamento, ou seja, quase metade das díades rejeitaram o programa pouco depois dos 2 meses de idade do bebé (49). Segundo Narchi et al, este facto foi devido a certos aspectos que entretanto foram aperfeiçoados, como por exemplo, o acompanhamento das díades até ao 6º mês, a procura activa das mães faltosas, o agendamento da consulta de revisão de puerpério até aos 10 dias, a avaliação sistemática da técnica de amamentação, o agendamento de retornos semanais ou quinzenais nas díades com mais dificuldades, estratégias de educação para a saúde nas salas de espera, formação e inclusão dos pares (mães que tiveram sucesso no AM) nas sessões de educação para a saúde e a inclusão de pessoas significativas para a mulher, como o pai e a avó. Para além disto, os mesmos autores defendem que cada oportunidade de vacinação deve ser igualmente uma oportunidade de incentivo do AM e de avaliação de conhecimentos e de práticas, à semelhança do que afirmam Faleiros et al (49,50).

## CONCLUSÕES

Os estudos analisados sublinham a importância dos vários actores que ocupam o espaço social da mulher que amamenta, como o pai ou o companheiro e as avós,

pelo que toda a componente familiar deve ser encarada como alvo das estratégias de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.

As alterações que os papéis familiares sofrem após o nascimento de um bebé faz com que a família tente agilizar a capacidade de ultrapassar os obstáculos, o que dá origem a tomadas de decisão em que estão presentes jogos de influências exercidas entre os vários actores. A postura do pai como parceiro na prática do AM parece ser determinante para o seu sucesso e para a satisfação do casal. As avós, sobretudo a materna, desempenham também uma influência importante pelo aconselhamento que prestam, o qual pode ser favorável ou desfavorável ao AM. Assim, as decisões que a mulher toma perante os obstáculos são afectadas pela percepção que ela tem sobre as atitudes de quem a rodeia.

A decisão de amamentar é tomada geralmente em fases precoces da gravidez e o que mais determina essa decisão é a intenção prévia de o fazer. A intenção do casal em amamentar deve ser trabalhada com os profissionais de saúde durante o período gravídico, o mais precocemente possível, segundo aquilo que são as melhores práticas e tendo em conta o espaço familiar. No período pré-natal, as intervenções que se mostram mais eficazes são as sessões de educação para a saúde em grupo que se focam em temas-chave como os benefícios do AM, a importância do AM exclusivo e do prolongamento do AM complementado até aos 2 anos ou mais, a fisiologia da lactação, o regime livre, a amenorreia da lactação, o posicionamento e a pega correcta e a extracção e armazenamento do leite materno, bem como soluções práticas a problemas comuns, como as fissuras mamilares, o ingurgitamento ou a mastite. Ainda assim, a educação para a saúde pré-natal mostrou pouca eficácia na duração do AM a longo prazo, pelo que as melhores estratégias são as que associam a componente de aquisição de conhecimentos/formação de atitudes positivas à componente de aprendizagem e treino de capacidades, e isto numa lógica longitudinal, ou seja, ao longo do ciclo gravídico-puerperal e mesmo depois da fase puerperal consoante as necessidades individuais.

Em relação às atitudes, os resultados encontrados em alguns estudos sublinham a importância que pode ter o convite ao planeamento precoce da amamentação, antes do nascimento, e a assumpção do compromisso de o cumprir, o que criará no casal um sentimento de auto-eficácia que o ajudará a atingir os objectivos estabelecidos.

Após a alta hospitalar o estabelecimento do AM coloca algumas barreiras para a díade que, sem apoio da família e dos profissionais de saúde, tende a interromper essa prática introduzindo outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos. Nesta fase, as intervenções devem focar-se na aquisição de competências relativamente à prática do AM, como o posicionamento, a pega correcta e a extracção e armazenamento do leite materno, as quais se associam ao aumento da duração do AM.

Os materiais escritos têm um efeito muito limitado ou até mesmo nenhum efeito quer na iniciação quer mais tarde na duração, seja como actividade isolada ou mesmo associada a outras intervenções. Pese embora este facto, é nossa convicção que eles são um bom complemento às sessões de educação para a saúde porque reúnem informação importante, servem de sumário dos conteúdos abordados, evitam a necessidade de tirar notas e representam um bom auxiliar teórico para a informação que foi menos bem compreendida ou perdida.

As visitas domiciliárias foram a forma mais comum e mais eficaz de os profissionais prestarem apoio nesta fase, muito embora tenhamos verificado grande variação quanto à sua frequência e quanto aos momentos específicos em que tiveram lugar. Esta estratégia permite ao profissional entrar em contacto com o ambiente familiar e observar *in loco* as dificuldades e as potencialidades do casal, possibilitando uma actuação imediata e personalizada. Na literatura encontrou-se ainda referência à utilização dos momentos de vacinação como oportunidades para esclarecimento de dúvidas e análise de práticas de AM.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J Pediatr* 2004;80(Suppl 1):119-25.
- 2 - Ministério da Saúde/Portugal. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Vol. II: Orientações Estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004b.
- 3 - McKenzie JF, Neiger RBL, Smeltzer JL. Planning, Implementing & Evaluating Health Promotion Programs: a primer. 4th ed. San Francisco: Benjamin Cummings; 2005.
- 4 - Organização Mundial de Saúde. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: OMS/Division of Child Health and Development; 1991.
- 5 - Conferência da União Europeia. Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção. Dublin: Conferência da UE; 2004.
- 6 - Ministério da Saúde/Portugal. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Vol. I: Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004a.
- 7 - Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;2:230-8.
- 8 - Pereira MA. Aleitamento Materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso. Porto: [s.n.], 2004. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- 9 - Giugliani ERJ. Amamentação: como e por que promover. *J Pediatr* 1994;3:138-51.
- 10 - Relvas, AP, Lourenço MC. Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In: Canavarro MC, editor. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.

- 11 - Sanches MTC. Enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005.
- 12 - Ciconi RCV, Venancio 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;2:193-202.
- 13 - Bongiovanni, RG. Aleitamento Materno e programa de saúde da família: a prática de aleitamento materno de crianças dos 0 aos 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: 2006. Dissertação de mestrado em Saúde na Comunidade apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 14 - Arora SMC, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000;106:E67.
- 15 - Earle S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int* 2002;5:205-14.
- 16 - Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005;116:494-8.
- 17 - Organização Mundial de Saúde. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Genebra: OMS/Division of child health and development; 1998.
- 18 - United States Department of Agriculture. Breastfeeding intervention design study. EUA: The Office of Analysis, Nutrition and Evaluation; 2004.
- 19 - Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer S. Influência das avós na prática de aleitamento materno. *J Pediatr* 2005; 2:141-7.
- 20 - Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nur* 1995; 22:841-9.
- 21 - Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *J Adv Nur* 2005;3:272-82.
- 22 - Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e factores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006;1:99-105.
- 23 - Kong SKF, Lee DTF. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nur* 2004;4:369-79.
- 24 - Ho I, Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *J Adv Nur* 2002;1:74-85.
- 25 - Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatrics* 2003;3:5.
- 26 - Humphreys AS, Thompson NJ, Miner KR. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Educ Res* 1998;3:331-41.
- 27 - Bottorff, JL. Persistence in breastfeeding; a phenomenological investigation. *J Adv Nur* 1990;15:201-9.
- 28 - Carrascoza KC, Junior ALC, Ambrosano, GMB, Moraes ABA. Prolongamento da amamentação após o primeiro ano de vida: argumentos das mães. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2005;3:271-7.
- 29 - Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, protecção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica* 2005;6:1901-10.
- 30 - Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passámos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;116 (Suppl 1):37-45.
- 31 - Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002;1:41-51.
- 32 - Fairbank L, O'meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;25:1-69.
- 33 - Guise J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;5:70-8.
- 34 - Oliveira MIC. Amamentação em Atenção Primária à Saúde: Unidade Básica Amiga da Amamentação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p.287-301.
- 35 - Lana APB, Lamounier JA, César CC. Impacto de um programa para promoção da amamentação em um centro de saúde. *J Pediatr* 2004;3:235-40.
- 36 - Dubeux LS, Frias PG, Vidal SA, Santis DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipas de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Matern Infantil* 2004;4:399-404.
- 37 - Schlickau J, Wilson M. Development and testing of a prenatal breastfeeding education intervention for hispanic women. *J Perinat Educ* 2005;4:24-35.
- 38 - Ahluwalia IB, Tessaro, I, Grummer-Strawn, L, McGowan, C, Benton-Davis, S. Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics* 2000;105:E85.
- 39 - Aguilar MTH, Maldonado JA. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr* 2005;4:340-56.
- 40 - Hoyer S, Horvat L. Successful breastfeeding as a result of a health education programme for mothers. *J Adv Nur*. Vol 2000;5:1158-67.
- 41 - Organização Mundial de Saúde. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: report of an expert consultation. Genebra: OMS; 2002.
- 42 - Rea MF, Cukier R. Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para o seu estudo. *Rev Saude Publica* 1988;3:184-91.
- 43 - Volpini CCA, Moura EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Revista de Nutrição* 2005;3:311-9.
- 44 - Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr* 2006;6:445-51.
- 45 - Bueno MB, Souza JMP, Paz SMRS, Souza SB, Cheung PPY, Augusto RA. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002;2:145-52.
- 46 - Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr* 2003;5:385-90.
- 47 - Carvalhaes MABL; Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr* 2003;1:13-20.
- 48 - Barros FC, Halpern R, Victora CG, Teixeira AMB, Béria JU. Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. *Rev Saude Publica* 1994;4:277-83.

- 49 - Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efectividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005;1:87-92.
- 50 - Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque Jr PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cad Saude Publica 2005;21:482-9.

**Correspondência:**

Enf. Tiago Vieira Pinto  
Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto  
Centro de Saúde de Aldoar  
Rua Serpa Pinto, 417  
4250-466 Porto

e-mail: tiagovieirapinto@gmail.com