UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALDER MOURÃO DE SOUSA

Práticas familiares e o apoio à amamentação:
revisão sistemática e metassíntese

São Paulo

2010

ALDER MOURÃO DE SOUSA

Práticas familiares e o apoio à amamentação:
revisão sistemática e metassíntese

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Lislaine Aparecida Fracolli

Apoio:

São Paulo

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sousa, Alder Mourão

Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Profª Drª Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Aida Victoria Garcia Montrone

Instituição: Univers. Federal de São Carlos

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedido à Graça, Jayme, Aline e Árley.

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que contribuíram para a realização esta pesquisa. Embora já tenha lhes agradecido desde sempre, aqui aproveito para formalizá-lo:

À Deus, pela vida, sabedoria, saúde e todas as possibilidades oferecidas;

À orientadora, Lislaine Fracolli, pelo trabalho atento, paciente e agregador;

À professora Anna Chiesa, pela ajuda nos momentos oportunos;

À Universidade de São Paulo, pela disponibilidade de realizar esta pós-graduação;

Ao CNPq, pelo financiamento do segundo ano desta pesquisa;

Às professoras das disciplinas cursadas: Emiko Egry, Rosa Godoy, Maria Amélia Oliveira, Rita Bertolozzi, Sayuri Maeda, Maria De La Ó, Madga Rezende, Belinda Mandelbaum, pelo compartilhamento de seus conhecimentos e experiências;

À equipe da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”, em especial à Juliana Takahashi e Alderaldo Junior, pela ajuda, disponibilidade e competência em todos os momentos;

À equipe do NEV USP: Nancy Cardia, Renato Alves, Aline Mizutani, Kate Delfini, Paula Balestteros e Diego Vicentin pelo companheirismo e incentivo;

Às companheiras do percurso na pós-graduação: Vânia Dias, Danielle Castro, Sandra Sisa, Gabriela Granja, Eliara Pilecco, pelas conversas e companheirismo;

Aos amigos de sempre: Eugênia Ziliolli e Tony Fonseca, pelas reflexões e escutas;

Aos meus pais e irmãos, por sonhar nesse sonho junto comigo;

À minha família paulistana: Miquelina Silva, Ricardo Barbosa, Yann Danjou, Carla Minari, Renata Merussi, Sérgio Monteiro, Márcio Dassi, pelo carinho e amizade;

Às queridas amigas da “Enfermagem Sempre”: Eliane Lobato e Clarice Dias, pela força em todos os momentos.

APRESENTAÇÃO

Formado em Enfermagem em Belém pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em 2002, sempre concentrei minhas energias laborais no campo da Atenção Básica trabalhando com famílias através Estratégia Saúde da Família nos estados do Pará e de São Paulo.

A experiência de trabalhar em equipe de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo me possibilitou participar no projeto de pesquisa-ação sobre DANT¹ (Doenças e Saúde, Agraços Não-Transmissíveis), onde entrei em contato com os conceitos da Promoção da Saúde nas aulas iniciais com a Professora Marcia Faria Westphal, finalizando com a publicação de um artigo sobre as vivências de pessoas com diabetes.²

Um dos resultados da pesquisa referida acima evidenciou a influência da família na manutenção da alimentação diferenciada requerida pela condição de diabetes. A partir de reflexões posteriores, iniciei um novo questionamento pessoal/profissional: *Será que eu sei trabalhar com as família, ou eu trabalho só com o usuário doente?*

¹http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/index.php?p=6123

²http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/CadernoTecnico_CAEPS_DANT_1256152424.pdf (p. 20)

Pela necessidade de pensar esse e outros questionamentos comecei a frequentar o grupo de pesquisa Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde³ na Escola de Enfermagem da USP.

Recebi muitos olhares estranhos quando, em 2008, comecei a falar que gostaria de me dedicar integralmente à pós-graduação e não retornar às atividades de enfermeiro de família por 40 horas semanais, em ato. Mas eu continuava com vontade de obter respostas aos meus questionamentos.

E a experiência da pós-graduação direcionou minha atenção para temas diferentes do diabetes. Pela experiência com o Projeto Janelas⁴ durante o trabalho como enfermeiro de família em São Paulo, fui indicado pela Professora Anna Chiesa para integrar a equipe de implementação do projeto Infância Saudável⁵ desenvolvido pelo NEV USP (Núcleo de Estudos da Violência da USP). E neste momento eu, de fato, me aproximei dos referenciais do Desenvolvimento Infantil que embasam o desenvolvimento da presente pesquisa.

Uma vez inserido neste projeto, concilei o meu desejo de aprimorar o olhar sobre questões familiares e coletivas e a necessidade de produzir conhecimentos que contribuíssem para a reflexão de ações de saúde desenvolvidas por profissionais, sempre na perspectiva de desenvolver tecnologias para se trabalhar com a saúde e não com a doença.

O estudo da relação entre a família e a amamentação tem relevância no campo da Saúde Coletiva e é pertinente à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, igualmente pertinente à temática do grupo de pesquisa Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde.

³ <http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/>

⁴ http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10520.htm

⁵ http://www.nevusp.org/portugues/index.php?option=com_content&task=view&id=2011&Itemid=56

Da sabedoria dos livros

Não penses compreender a vida nos autores.

Nenhum disto é capaz.

Mas, à medida que vivendo fores,

Melhor os compreenderás.

Mario Quintana

RESUMO

Sousa AM. Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. 154 f.

A amamentação (AM) é uma prática diretamente relacionada com a promoção da saúde infantil. A família e a rede social podem ser determinantes na ocorrência e na manutenção da amamentação. Com o objetivo de identificar as práticas familiares relacionadas à manutenção da AM, realizou-se uma revisão sistemática de literatura seguida de síntese dos resultados dos artigos selecionados. A metodologia baseou-se na busca de artigos publicados em inglês, espanhol e português, entre 1989 e 2009, nas bases de dados: SCOPUS, PubMed, Web of Science®, PsycINFO, Biblioteca Cochrane, Science Direct, CINAHL, EMBASE, LILACS, BDENF e ADOLEC. Tal busca guiou-se pela pergunta: *Quais são as práticas familiares que favorecem a manutenção da amamentação?* Como resultado da busca foram selecionados 14 artigos no formato de relatos de pesquisa. Estes foram submetidos à leitura criteriosa da metodologia utilizada, dos sujeitos investigados, dos resultados obtidos e das conclusões. As sínteses foram construídas a partir da análise temática dos resultados e discursos dos sujeitos das pesquisas, de onde emergiram novos discursos que identificavam práticas da mãe, do pai, da avó e da rede social que foram agrupadas em 5 categorias-sínteses: 1) *apoio emocional*, 2) *apoio instrumental*, 3) *apoio informativo*, 4) *apoio presencial* e 5) *auto-apoio*. As sínteses permitem destacar como práticas familiares favorecedoras da AM: 1) ter orgulho de amamentar; apoiar a decisão da mãe; fazer carinho; beijar; amar; valorizar e encorajar a mãe; conversar com ela sobre a AM desde a gravidez e continuar depois. 2) participar das consultas pré-natal, das ações educativas e visitas domiciliares; não oferecer fórmula láctea; cuidar da mãe e do bebê; ajudar a posicioná-lo; oferecer líquidos durante a mamada; trocar fralda; dar banho; ajudar a mãe a descansar; manter ajuda além das primeiras semanas; flexibilizar as rotinas; assumir tarefas domésticas. 3) se identificar como possível apoiador(a); incentivar boa alimentação; prover aconselhamentos; evitar cobranças. 4) realizar visita social; disponibilizar tempo para ouvir; acompanhar o parto; fazer companhia e conversar durante as mamadas; contemplar o bebê. 5) manter expectativas realistas; manter postura *eu me apoio*; manter postura *nosso pré-natal / nós estamos grávidos / eu vou amamentar*; reconhecer que a AM afetará sua vida; reconhecer sua capacidade para ser apoiador(a); manter abertura para aprender. Conclui-se que existem evidências suficientes sobre a importância “de” e “como” os membros familiares apoiam a amamentação, no sentido de favorecer seu início e sua manutenção. Tais achados podem subsidiar reflexões sobre a ampliação da clínica no cuidado da mulher e da criança. E lançam luz sobre uma nova perspectiva para o trabalho da enfermagem em saúde coletiva na Atenção Básica, destacando a importância de uma abordagem familiar diferenciada para a Promoção da Saúde na perspectiva do desenvolvimento infantil durante a experiência da amamentação.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Saúde da criança; Aleitamento materno; Relações familiares; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Sousa AM. Family's practices and the breastfeeding support: systematic review and metasyntheses [dissertation]. São Paulo: School of Nursing. University of São Paulo, 2010. 154 f.

Breastfeeding (BF) is a practice extremely involved with child health promotion. The family and the social network can be deterrents of occurrence and maintenance of BF. Aiming to identify family practices related to BF, were realized a systematic review of literature with synthesis of findings of the selected articles. The methodology was based on a search for articles published in English, Spanish and Portuguese between 1989 and 2009, in databases: SCOPUS, PubMed, Web of Science®, PsycINFO, Cochrane Library, Science Direct, CINAHL, EMBASE, LILACS, BDENF and ADOLEC. This search was guided by the question: *What are the family practices that further maintenance of breastfeeding?* Were selected 14 articles as a research reports. They were subjected to careful reading of the methodology used, the subjects investigated, the findings and conclusions. The syntheses were developed from the results of thematic analysis and discourse of the study's subjects, out of which emerged new discourses the identify practices from mothers, fathers, grandmothers and the social network. These new discourses were grouped in 5 syntheses-categories: 1) emotional support, 2) tangible support, 3) informational support, 4) companionship support and 5) self support. The syntheses allow us to highlight as family's practice further BF: 1) be proud to breastfeeding, to support de the mother's decision, kiss, love, appreciate and encourage the mother, to talk to her about BF since the pregnancy and continue after it. 2) to participate in prenatal visits, educational activities and home visits, not offer formula milk, to take care of mother and baby, to help to position it, offer liquids during the feeding, changing diapers, bathing, helping the mother rest, maintain help beyond the first week, flexible routines, assume household chores. 3) identify themselves as a possible supporter, to encourage good nutrition, to provide advice, to avoid charges. 4) to carry out social visit, taking time to listen, to accompany delivery, accompany and talk during the breastfeeding, admire the baby. 5) to maintain realistic expectations, maintaining the position *I support myself*, maintaining the position *our prenatal / we're pregnant / I'll breastfeeding*, recognizing that the BF will affect their life, recognize their ability to be supportive, maintaining openness to learning. We conclude that sufficient evidence exists about the importance "of" and "how" family members support breastfeeding, in order to promote its beginning and its maintenance. These findings may support the broadening of reflections on the clinical care of women and children. And throws light on a new perspective to the work of nurses in collective health in Brazilian Basic Care, highlighting the importance of a differentiated family approach in Health Promotion in the perspective of child development during the breastfeeding experience.

Key-words: Health care; Child health; Breastfeeding; Family relations; Health promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Holosfera de Labonte sobre as dimensões da saúde e do bem estar do indivíduo, adaptada de Chiesa (2009).....	45
Figura 02 –	Exemplo de refinamento utilizado em busca no portal PubMed ..	53
Figura 03 –	Lista de critérios de inclusão pela leitura do resumo.....	55
Figura 04 –	Lista de critérios de exclusão pela leitura do resumo.....	56
Figura 05 –	Lista de países onde foram desenvolvidas pesquisas sobre amamentação as quais os resumos foram lidos.....	62
Figura 06 –	Artigos da amostra que se repetiram no processo de busca.....	72
Figura 07 –	Tipos de apoiadores e categorias de apoio à manutenção da amamentação	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 –	Descritores, palavras-chave, termos-livres presentes nos títulos dos estudos selecionados na etapa de leitura do título.....	54
Tabela 02 –	Quantidade de artigos selecionados e processados por base de dados nas etapas da coleta de dados.....	58
Tabela 03 –	DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e portal.....	59
Tabela 04 –	Identificação da amostra por base de dados / portal e número de ordem.....	61
Tabela 05 –	Dados de identificação do artigo, autoria, título, periódico, ano de publicação, país e idioma de publicação e pontuação no QARI.....	69
Tabela 06 –	Dados de identificação do artigo, tipo de método, participantes, nacionalidade dos participantes, país onde o estudo foi desenvolvido e condição da amamentação	70
Tabela 07 –	Descrição das práticas maternas em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.....	77
Tabela 08 –	Descrição das práticas paternas em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.....	82
Tabela 09 –	Descrição das práticas da avó em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.....	93
Tabela 10 –	Descrição das práticas da rede social em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AM	Amamentação
AME	Amamentação exclusiva
AMM	Amamentação Mista
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DI	Desenvolvimento Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
MeSH	Medical Subject Heading Terms
MS	Ministério da Saúde
NCBI	National Center for Biotechnology Information
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Amamentação e Desenvolvimento Infantil: algumas questões introdutórias	17
1.2	Amamentação no Brasil, reflexões atuais	24
1.3	A assistência à saúde no Brasil: a família como rede social de apoio	28
2	OBJETIVOS	36
2.1	Geral	36
2.2	Específicos	36
3	QUADRO TEÓRICO	37
3.1	Promoção da Saúde	37
3.2	A Carta de Ottawa	40
3.3	Conferências Internacionais de Promoção da Saúde	42
3.4	Bases conceituais da Promoção da Saúde segundo Labonte	45
3.5	Promoção da Saúde e Saúde Coletiva	46
4	MÉTODO	49
4.1	Tipo de Estudo	49
4.2	Etapas do Processo de Revisão Sistemática	50
4.2.1	Definição da Questão Norteadora	50
4.2.2	Definição dos Locais de Busca	51
4.2.3	Aproximação com as Bases de Dados	51
4.2.4	Definições dos Limites de Recuperação – Escolha dos Descritores	52
4.2.5	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	53

4.3	Coleta de Dados	57
4.3.1	Busca dos Documentos – Estratégia de Busca	57
4.3.2	Seleção pela Leitura do Título	60
4.3.3	Seleção pela Leitura do Resumo	61
4.3.4	Seleção pela Leitura do Artigo na Íntegra	62
4.3.5	Aplicação do Teste de Confiabilidade (QARI)	63
4.4	Síntese dos Dados	64
4.4.1	A Pré-análise	65
4.4.2	A Exploração do Material	66
4.4.3	O Tratamento dos Resultados, a Inferência e Interpretação	66
5	RESULTADOS	68
5.1	Práticas da Mãe Apoiadora	76
5.1.1	Apoio Emocional	78
5.1.2	Apoio Instrumental	78
5.1.3	Apoio Informativo	79
5.1.4	Apoio Presencial	80
5.1.5	Auto-Apoio	80
5.2	Práticas do Pai Apoiador	81
5.2.1	Apoio Emocional	81
5.2.2	Apoio Instrumental	84
5.2.3	Apoio Informativo	88
5.2.4	Apoio Presencial	89
5.2.5	Auto-Apoio	90

5.3	Práticas da Avó Apoiadora	92
5.3.1	Apoio Emocional	93
5.3.2	Apoio Instrumental	93
5.3.3	Apoio Informativo	94
5.3.4	Apoio Presencial	94
5.3.5	Auto-Apoio	95
5.4	Práticas da Rede Social Apoiadora	95
5.4.1	Apoio Emocional	94
5.4.2	Apoio Instrumental	98
5.4.3	Apoio Informativo	99
5.4.4	Apoio Presencial	100
5.4.5	Auto-Apoio	100
5.5	Comportamentos do Bebê	101
6	DISCUSSÃO	102
6.1	A Família e a Rede Social Apoiadoras	107
6.2	A Mãe Apoiadora	110
6.3	O Pai Apoiador	113
6.4	A Avó Apoiadora	119
6.5	Comportamentos do bebê	120
6.6	A Promoção da Saúde e o Apoio Familiar à Amamentação	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	131
	ANEXO	154

1. INTRODUÇÃO

1.1 Amamentação e Desenvolvimento Infantil: algumas questões introdutórias

A incessante busca por aumentar os padrões de amamentação (AM), parcial ou exclusiva, na população mundial tem recebido esforços de diversas frentes, de diferentes enfoques e em contextos distintos. Alianças de cooperação e a utilização do apoio fornecido pelas pessoas que integram a rede social, onde se insere a família, têm sido uma das alternativas utilizadas.

Os primeiros anos de vida são considerados críticos e vulneráveis para o desenvolvimento de qualquer criança (Brazelton, Greenspan, 2002; OPAS, 2005).

Os três primeiros anos de vida, também chamados de Primeira Infância, compreendem uma fase decisiva na formação de uma rede de conexões neuronais que formará as bases para o crescimento saudável e harmonioso das crianças e que influenciará, permitirá e determinará suas habilidades lógicas, linguísticas, motoras, musicais, emocionais, afetivas e sociais, além da capacidade de aprendizagem, memória e raciocínio. Durante a primeira infância, a ausência de boas experiências pode significar a perda de oportunidades para o desenvolvimento, o que, conseqüentemente, pode acarretar em atrasos no mesmo. (UNICEF, 2001; Mustard, 2010)

Em contrapartida, o privilégio de vivenciar boas experiências durante a primeira infância possibilita o desenvolvimento saudável e *oportuno*⁶ da criança (Silva, 2010b).

⁶ Desenvolvimento Infantil Oportuno. – Superação do conceito de Desenvolvimento Infantil Precoces, entendendo que não é necessário nenhum tipo de desenvolvimento precoce, e sim no seu momento mais oportuno, à medida que as aquisições são conquistadas. – Informação verbal fornecida por Silva (2010b).

O processo de desenvolvimento sofre diversas influências. Recebe influência da constituição biológica individual, da hereditariedade, da interação social, tendo a família como o primeiro meio relacional (Andrade et al., 2005; Almeida et al., 2006; Winnicott, 2006), e da experiência de ter sido amamentado pela mãe (Hill, Kirkwood, Edmond, 2004; Winnicott, 2006; Brasil, 2009a).

Dentre as diversas possibilidades de alimentação disponíveis em nossos dias, o leite humano é, comprovadamente, a primeira alimentação saudável que a criança pode receber e o alimento mais seguro durante os 6 primeiros meses após o nascimento (Martins Filho, 1984; Giugliani, 2010).

Entretanto, muitas crianças deixam de ser amamentadas exclusivamente no peito precocemente, sendo introduzidos outros alimentos em sua dieta antes que ela alcance habilidades físicas, corporais, digestórias de metabolizar outro tipo de alimento (King, 2001; Hill, Kirkwood, Edmond, 2004; Antunes, Silva, 2010). Em certa medida tal fato acontece porque amamentar é uma prática cultural onde a tradição e os ensinamentos transmitidos através das gerações influenciam as mães a amamentar ou não seus filhos (Barona-Vilar, Escribá-Agüir, Ferrero-Gandía, 2009).

As causas da introdução de outros alimentos estão relacionadas às crenças e ideias sobre a alimentação, à inexperiência, à falta de apoio, principalmente em áreas urbanas, às pressões da vida moderna na zona urbana, como trabalho remunerado, modismos, facilidades de comprar substitutos do leite, entre outros (King, 2001; Vinagre, 2001).

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contra-indicam a amamentação. As contra-indicações maternas são: histórico de câncer de mama tratado ou em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento não devem amamentar. Na maioria das vezes as causas neonatais que podem contra-indicar a amamentação são transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade (Brasil, 2005).

Entretanto, a amamentação não é instintiva! Apesar de ser um ato natural, amamentar exige aprendizados, experimentos, ensinamentos, apoio (Teixeira, Nitschke, 2008).

A amamentação é resultante de uma complexa relação entre a mãe e o bebê, a família e a rede social. É influenciada por experiências já vividas, observadas, ouvidas de *outras amamentações*; pela experiência da vida cotidiana e por planos futuros. Além disso, é um fenômeno transitório que ocorre após uma série de mudanças do ciclo gravídico e puerperal e de um rol de procedimentos [ainda medicalizados] relativos ao parto (Dykes, 2005).

Amamentar com sucesso torna-se possível quando há conscientização de que a mulher necessita de apoio social no processo de adaptação ao novo papel, o materno, no qual a amamentação está incluída (Ichisato, Shimo, 2002). O ato de amamentar é complexo, entretanto muitas vezes é banalizado e considerado como passível de ser vivenciado, independente do contexto social.

Cada vez mais mulheres tem iniciado a amamentação do bebê, mas sob a ação de diferentes determinantes, esta prática – mesmo que parcial – tem durado menos do que 120 dias. São baixos os padrões de crianças que chegam aos 180 dias sendo amamentadas. O que requer da equipe de saúde um trabalho próximo e permanente (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002; Ceriani Cernadas et al., 2003; Rhodes et al., 2008; Wambach, Cohen, 2009).

Como um processo biológico e cultural, a amamentação sofre direta influência de diferentes determinantes claramente descritos na literatura. Dentre eles podemos citar os sociais, os econômicos e os culturais (Teixeira, Nitschke, 2008). Recebe, por exemplo, influência dos sentimentos do pai (32,8%), da avó ou outro familiar (23,5%) e de conselhos ou opiniões de amigos (19,1%) (Arora et al., 2000); do encorajamento da família, principalmente do pai (Scott et al., 2001; Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002; Dykes et al., 2003; Tarrant, Dodgson, Choi, 2004; Hernandez, Callahan, 2008); da participação do pai nos atendimentos pré-natal, da ajuda paterna durante o período de amamentação e quando do retorno ao trabalho (Olayemi et al., 2007).

O apoio paterno vem mostrando impacto favorável tanto na decisão da mãe em amamentar (Rousseau et al., 1982; Black et al., 1990; Freed, Fraley, Schanler, 1992; Pérez-Escamilla, 1995; Arora et al., 2000) quanto na sua manutenção (Buckner, Matsubara, 1993; Giugliani et al., 1994; Bar-Yam, Darby, 1997; Scott, Binns, 1999; Olayemi et al., 2007).

Do ponto de vista nutricional, o bebê que é alimentado com leite humano recebe os nutrientes⁷ necessários, em quantidades equivalentes às suas necessidades. Recebe os nutrientes com a biodisponibilidade ideal para o desenvolvimento do sistema digestório e de estímulos para os desenvolvimentos emocional, social e do sistema imunológico (Giugliani, Victora, 1997; King, 2001; Hill, Kirkwood, Edmond, 2004; Neto, 2006; Brasil, 2009a; Brasil, 2009e; Giugliani, 2010).

Contudo, amamentar vai além da nutrição adequada. O bebê alimentado no peito tem mais tempo de contato íntimo com a mãe, o que acaba por facilitar o estabelecimento do vínculo afetivo com a sua genitora (Ingram, Johnson, Hamid, 2003; Winnicott, 2006), principalmente se a primeira mamada for realizada nas primeiras horas após o parto (King, 2001). Esse contato íntimo entre a mãe e o bebê influencia também no desenvolvimento cognitivo, tendo efeito positivo sobre a inteligência (Brasil, 2009a apud Anderson, Johnstone, Remley, 1999⁸).

A amamentação é uma maneira barata e eficiente para diminuir a mortalidade infantil (UNICEF, 2001).

O ato de sugar o leite e receber o alimento durante a amamentação gera prazer na criança. A criança ao nascer apresenta os reflexos de sucção, rotação e deglutição que facilitam a ocorrência da mamada. Contudo, a ansiedade e dor maternas podem dificultar a efetivação da amamentação (King, 2001).

A substituição da mama e adoção da mamadeira para alimentar a criança permite que outras pessoas possam fazê-lo, o que pode representar menos afeição e menos momentos prazerosos junto à mãe (King, 2001). Tal condição pode impactar no desenvolvimento emocional da criança e no vínculo da mãe com o bebê, o que pode acarretar prejuízos ao Desenvolvimento Infantil (DI).

⁷ O leite humano é composto por mais de 100 substâncias. O que tornam as fórmulas lácteas industrializadas usadas na substituição da amamentação inferiores ao leite humano é que este apresenta de 3 a 6g/L de uma preparação contendo microorganismos vivos – lactobacilos e bifidobactérias (pró-bióticos) e oligossacarídeos (pré-bióticos) – que atuam estimulando seletivamente o crescimento e a atividade de uma ou mais bactérias no cólon, favorecendo o desenvolvimento do sistema digestório da criança. (Neto, 2006)

⁸ Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1999;70:525-35.

O ato de amamentar favorece o desenvolvimento da segurança emocional e afetiva, assim como o desenvolvimento neurológico da criança (Martins Filho, 1984; Bick, 1999).

Ao contrário do crescimento, o desenvolvimento é de difícil mensuração, visto sua amplitude e envolvimento de dimensões complexas dos seres humanos (OPAS, 2005). Uma das definições para o DI entende este como “o processo de mudanças mediante o qual a criança alcança maior complexidade em seus movimentos, pensamentos, emoções e relações com os outros.” (OPAS, 2005, p.14).

A oportunização de experiências favoráveis ao DI pode ser feita pela mãe ou outro cuidador. O desenvolvimento de uma criança é multidimensional, acontece de forma única e contínua para cada indivíduo, ocorre a partir das interações entre os determinantes biológicos e as experiências viabilizadas pelo meio (social e ambiente) em que se interage (OPAS, 2005).

Os estudos sobre o DI têm recebido grande interesse nos últimos anos. E muito desse interesse se deve às descobertas advindas dos estudos desenvolvidos na área da Neurociência, que têm desvendado e mostrado caminhos neurológicos importantes para o ser humano.

A compreensão atual que se tem sobre o Desenvolvimento Infantil ultrapassa a dimensão biológica do ser humano, onde estão ancorados os conceitos de Crescimento e Desenvolvimento e esta compreensão vai para, além disso, abrangendo a dimensão social e as interações experimentadas pelo indivíduo no convívio em seu ambiente familiar e na comunidade (Vigotski, 1998).

O cérebro humano possui uma incrível capacidade de transformação e desenvolvimento, entretanto, existem períodos críticos onde o desenvolvimento e os aprendizados são mais bem concebidos. Esses períodos são conhecidos como *Janelas de Oportunidades* e são vivenciados principalmente nos três primeiros anos de vida (Sâmara, 2006; Nossas Crianças, 2002).

Nos primeiros anos de vida é quando ocorre o maior crescimento e amadurecimento do tecido nervoso. Neste período o cérebro apresenta grande plasticidade e por isso melhores respostas aos estímulos e às experiências vivenciadas (OPAS, 2005), na primeira infância, o crescimento cerebral acontece de forma rápida e com intenso avanço cognitivo e motor (Andraca et al., 1998).

Durante os três primeiros anos de vida os ingredientes para os crescimentos intelectual, emocional e moral são definidos. Caso o desenvolvimento não ocorra neste período ainda é possível que ocorra em oportunidades futuras, porém as aquisições são mais trabalhosas (Brazelton, Greenspan, 2002). É importante ressaltar que as aquisições nas áreas sensoriais, motoras, cognitivas e afetivas são as bases da relação da criança com o mundo, devendo ser desenvolvidas oportunamente (Maciel, 2006).

Os resultados de estudos produzidos por neurocientistas nas últimas décadas propiciaram repensar a determinação genética como preponderante ao DI. Atualmente sabe-se que a criança ainda na vida uterina inicia seu aprendizado do mundo através do contato com o ambiente e com a família, o que desempenha dramática influência sobre o desenvolvimento (Carpenter, 2005; Almeida et al., 2006; Sâmara, 2006).

Ainda na vida uterina, por volta da 22ª semana, o feto já possui, em torno, de 100 bilhões de neurônios formados. O número de neurônios e de suas conexões, assim como a estrutura de sua rede são influenciadas pelo envolvimento e as trocas entre a criança e seu cuidador (Hill, Kirkwood, Edmond, 2004 apud Perry, Pollard, 1998⁹).

Entretanto, ao nascer, a grande maioria destas células neuronais ainda não estão interligadas, não há uma rede. Esta interligação (sinapse) será produzida à medida que a criança for conhecendo e experimentando o mundo, ultrapassando desafios, formando seu repertório neurológico, à medida que vivencia oportunidades principalmente na interação com a família (Almeida et al., 2006).

⁹ Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1998;7(1):33–51.

Existem estudos que comprovam que a prática da amamentação, favorece o desenvolvimento cognitivo de crianças (Hill, Kirkwood, Edmond, 2004; Clark et al., 2006; Brasil, 2009a).

O desenvolvimento cognitivo foi estudado profundamente por Jean Piaget (1896-1980), um dos investigadores mais influentes do século XX, na área da psicologia do desenvolvimento. O conceito de estrutura cognitiva é central à sua teoria. Estruturas cognitivas são padrões de ação física e mental subjacentes a atos específicos de inteligência e correspondem a estágios do desenvolvimento infantil (Piaget, Inhelder, 2003).

O desenvolvimento ocorre de forma contínua a partir das experiências vividas, desde os primeiros dias. No início da vida a criança ainda não tem a capacidade de abstração e não *pensa* conceitualmente. O pensamento é constituído pelas sensações e pelos movimentos e a descoberta das propriedades dos objetos dá-se através da manipulação (Piaget, Inhelder, 2003).

Outro pesquisador do desenvolvimento cognitivo foi Lev Semenovitch Vigotski (1896-1934) tendo desenvolvido a teoria sociocultural do desenvolvimento cognitivo embasada no marco teórico marxista do materialismo dialético.

Vigotski considerava que o processo de desenvolvimento cognitivo ocorre através da interação com outras pessoas, sendo este o resultado de um processo socio-histórico. Diferentemente de Piaget, para Vigotski o desenvolvimento não ocorre em etapas sequenciais, ele é dependente das interações da criança com outras pessoas e com os instrumentos do ambiente em que vive, sendo assim, as interações sociais e as estruturas sociais levam ao desenvolvimento, tendo a linguagem e a aprendizagem um importante papel (Vigotski, 1998).

Com base nas reflexões desenvolvidas acima se pode afirmar que a amamentação é um recurso potente para o desenvolvimento infantil, principalmente devido à intensa interação, ao contato físico e à formação do vínculo que esse ato possibilita para a mãe e o bebê.

1.2 Amamentação no Brasil, reflexões atuais

A amamentação, no Brasil, é preconizada até o segundo ano de vida em conjunto com outros alimentos e como alimentação exclusiva para crianças até o sexto mês após o nascimento, em livre demanda (Giugliani, Victora, 1997; Brasil, 2002a; Brasil, 2009a).

O Brasil não possui informações fidedignas sobre a AM no período anterior a 1980. Entretanto, certos estudos regionais apontam declínio da amamentação na década de 1960 e início de 1970 e retorno à prática da amamentação na década de 1980 (Brasil, 2009d apud Monteiro et al., 1987¹⁰). Em relação à amamentação exclusiva (AME), os primeiros dados fidedignos são da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e Planejamento Familiar, de 1986, que apontou que somente 3,6% dos bebês de 0 a 4 meses recebiam somente o leite materno como alimento (Brasil, 2009d).

Ressalta-se a constatação de que no banco de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre AM, o Brasil não possui informações sobre os bebês que receberam mamadeira, sobre a introdução de alimentos semi-sólidos e sólidos, a diversidade da dieta recebida, a frequência de refeições, a continuidade da amamentação. A fonte informante de dados é a PNDS 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher) do Ministério da Saúde (MS) brasileiro (Database, 2010).

Atualmente, a média brasileira de amamentação exclusiva é de 2,2 meses e de qualquer tipo de amamentação é de 9,4 meses. Sendo a média de qualquer tipo de amamentação um pouco maior na zona rural (9,7m) em relação à zona urbana (9,3m) (Database, 2010).

A região norte é o local do país onde as crianças receberam leite materno, mesmo não exclusivo, por mais meses (9,7m), seguida das regiões nordeste e sul (9,6m), sudeste (9,4m) e centro-oeste (8,6m) (Database, 2010).

Pouco mais de 40% dos bebês nascidos no Brasil são amamentados na primeira hora após o parto (Barros et al., 2010). 49% dos bebês da amostra receberam exclusivamente o leite materno por 4 meses e 39,8% por 6 meses (Barros et al., 2010; Database, 2010).

¹⁰ Monteiro CA et al.. The recent revival of breast-feeding in the city of São Paulo, Brazil. Am J Public Health. 1987;77: 964-6.

Certamente, o alcance desses meses mamando tem em certa parcela o efeito de políticas públicas formuladas para estimular a ocorrência da amamentação. No Brasil, a partir da década de 80 muitas iniciativas ocorreram para melhorar os padrões de AM. Pode-se citar a criação de coordenações nacional e estaduais de amamentação e campanhas na mídia para mobilização social, a normatização do sistema de Alojamento Conjunto (não obrigatório para os hospitais), políticas pró-amamentação, como a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a normatização sobre o funcionamento de Bancos de Leite Humano, assim como Legislação conferindo licença maternidade de quatro meses e licença paternidade de cinco dias (Brasil, 2009b; Brasil, 2009c).

Na década de 90 ocorreu a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e suspensão de distribuição de substitutos do leite materno nos serviços de saúde. Decisões estabelecidas na Cúpula Mundial da Infância, na qual o Brasil participou. Ocorreu também a normatização do sistema de Alojamento Conjunto para todos os hospitais públicos. Nesta mesma década algumas cidades brasileiras realizaram iniciativas voltadas ao apoio da AM na Atenção Básica (AB), pode-se citar a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no Rio de Janeiro e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança em Londrina (Brasil, 2009b; Brasil, 2009c).

Em 1999, o MS realizou inquérito sobre a amamentação nos locais onde se realizava a Campanha Nacional de Vacinação nas capitais brasileiras (exceto Rio de Janeiro) e no Distrito Federal. Esse inquérito verificou heterogeneidade entre a prática da AM nas regiões do país e prevalência de 35,6% de crianças amamentadas entre 0 e 4 meses após o nascimento (Brasil, 2001d).

Em 2004 foi lançado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com vistas a alcançar duas metas do Desenvolvimento do Milênio: (Brasil, 2009b) reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna (Brasil, 2004).

Em 2005 o Ministério da Saúde assumiu o desafio de instituir uma rede única e integrada de assistência à criança através de linhas de cuidado, compondo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Em 2006 o Pacto pela Saúde ratifica todos os compromissos supra citados (Brasil, 2009b).

Publicada em 2006, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde mostrou que 38,6% das crianças brasileiras eram amamentadas exclusivamente nos 6 primeiros meses (Brasil, 2009d apud Segall-Correa et al., 2009).

Em 2008, o MS volta a realizar inquérito sobre a amamentação durante a segunda fase da campanha de multivacinação. O estudo contou com uma amostra de 34.366 crianças menores de 1 ano. Este inquérito evidenciou que a prevalência nacional da AME foi de 41% nos primeiros 180 dias após o nascimento. Este indicador apresentou bastante heterogeneidade (Brasil, 2009d).

A região norte do país apresentou a maior prevalência, atingindo 76,9% e a região sul a menor (49,5%). Curitiba teve a menor prevalência com 48,5%, em seguida São Paulo com 48,7%. A capital que teve maior porcentagem foi Belém ao alcançar 56,1%, São Paulo alcançou 39,1% e a capital com menor prevalência foi Cuiabá com 27,1%. A média nacional de prevalência de crianças com idade entre 9 e 12 meses amamentadas foi de 58,7% (Brasil, 2009d).

Ao se comparar os dados obtidos no inquérito com os parâmetros da OMS para amamentação na primeira hora, amamentação exclusiva e amamentação partir do sexto mês, as 27 cidades participantes do inquérito apresentaram situação considerada “Boa”, no que tange a AME, 23 cidades foram avaliadas como “Ruim” e 4 como “Boa”. No tocante à duração da AM 26 cidades foram avaliadas como “Muito ruim” e 1 como “Ruim” (Brasil, 2009d).

Ao se comparar os dados do inquérito do MS de 2009 com o de 1999, observa-se aumento 15,7% na prevalência da amamentação exclusiva em bebês menores de 4 meses no país e a região onde este aumento mostrou-se mais significativo foi a região sudeste com percentual de 25,2%. Observou-se aumento também na prevalência da amamentação de crianças entre 9 e 12 meses, alcançando 16,3% a mais em 2009 (Brasil, 2001a; Brasil, 2009d).

A atual Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, na Atenção Básica, integram seis estratégias, a saber: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Proteção legal à amamentação, Mobilização social e Monitoramento dos indicadores de amamentação.¹¹

Observa-se que tais iniciativas, todas institucionais, têm logrado resultados favoráveis ao aumento gradativo da AM e da AME ao longo das últimas décadas, mesmo que ainda estejam aquém dos padrões estabelecidos pela OMS (Brasil, 2009b).

É importante salientar que um objetivo essencial da estratégia global da segurança alimentar de uma população é o de atingir a alimentação ótima para as crianças (Brasil, 2002a). E os resultados das estratégias adotadas evidenciam que, mesmo abaixo da normatização da OMS, a prática da AME e da AM associada às melhores condições de saneamento, escolaridade materna, acesso à serviços de saúde tem impactado na diminuição da mortalidade infantil.

A AM também é adotada como estratégia para alcançar o coeficiente de mortalidade infantil de 20 óbitos por 1000 nascidos vivos instituído pelo pacto pela saúde em seu 9º indicador. Assim como também para alcançar o objetivo de reduzir em 5% o coeficiente de mortalidade neonatal de crianças menores de 28 dias (34º indicador) e em 50% o coeficiente de mortalidade neonatal de crianças menores de 1 ano (35º indicador) presente no mesmo pacto. Integra também o 36º indicador – Coeficiente de Mortalidade Infantil em crianças menores de 1 ano – com proposta para diminuir em 20% este coeficiente. A AME integra a proposta do 41º indicador (Taxa de internações por infecção respiratória aguda, em menores de 5 anos de idade) de reduzir para 18/1.000.¹²

¹¹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460

¹² http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/pacto_crianca.pdf

1.3 A assistência à saúde no Brasil: o foco na família como lócus de cuidado

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desenvolvida através da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) toma como foco de sua ação as relações familiares. Esta política pública aposta em ações de saúde desenvolvidas desde o período gestacional, ao puerperal e ao acompanhamento das crianças. Entretanto, a atuação da ESF não se restringe somente a esta fase do processo saúde-doença, havendo outras demandas a serem atendidas. Isso pode interferir no tempo que a ESF pode dedicar às dificuldades da mulher e da família em instituir e manter a prática da amamentação.

A análise dos documentos do MS, de 1994, 1997 e 2000, aponta que estes contemplam a família como unidade de cuidado, além do próprio indivíduo e a comunidade. Abordam conceitos, diretrizes, metodologias e orientações “normativas e genéricas”, entretanto, não orientam a estruturação do cuidado familiar, não fazem referência à “diversidade de composições, tamanho, dinâmica, papéis e funções, necessidades e estratégias de sobrevivência” das famílias na atualidade. Também não abordam meios que ajudem a abordagem, condução e sistematização do atendimento familiar no cotidiano das equipes (Rodrigues, 2009, p. 30; Silva, 2010).

Silva (2010a) e Rodrigues (2009), ao final de seus estudos, chegam à conclusão de que os profissionais da ESF ainda não estão preparados para tomar a família como unidade de cuidado.

Frente a essa problemática, o que se vê na prática são movimentos dos órgãos formadores, dos governos e dos pesquisadores no intuito de suprir esse despreparo profissional em abordar a família. Na questão específica da amamentação, o envolvimento e participação das famílias são importantíssimos.

Para Stefanello (2008), a alimentação é a primeira forma de socialização do indivíduo, sendo a família o primeiro lócus social onde essa aprendizagem ocorre. Para a autora, os pais são os primeiros educadores alimentares, particularmente a mãe. A alimentação é também uma atividade tradicionalmente regida pelas diferenças nas relações de gênero, onde os homens das famílias pouco participam.

O núcleo familiar exerce funções sociais sustentadas por relações de intimidade, afeto e solidariedade (Nakano et al., 2004). A decisão, efetivação e manutenção da amamentação são resultante da complexa interação de múltiplos determinantes, dentre eles do apoio familiar, do apoio social no local de trabalho e nas creches (Resende et al., 2002; Enkin et al., 1995), dos determinantes demográficos, dos biológicos, das atitudes maternas, da técnica de sucção, da condição do mamilo e do vínculo mãe-bebê (Ceriani Cernadas, 2003).

Nenhuma família está isenta de vivenciar dificuldades, e na tentativa de fazer seus enfrentamentos a própria família busca se reorganizar e equilibrar (Oliveira, 2004). Na tentativa de identificar os determinantes que podem afetar a duração da amamentação Thulier & Mercer (2009), realizaram uma abrangente revisão de literatura, em língua inglesa e encontraram quatro grupos de determinantes: 1) demográficos; 2) biológicos; 3) sociais e 4) psicológicos.

Dentre os demográficos, cita-se: raça, idade, estado civil, grau de escolaridade, classe social. Dentre os biológicos: leite insuficiente, problemas de saúde do bebê, obesidade materna, tabagismo materno, paridade, tipo de parto, mudanças físicas. Os determinantes sociais encontrados foram: trabalho materno, apoio de uma pessoa significativa, apoio profissional inconsistente e apoio profissional apropriado. E os determinantes psicológicos: intenção materna sobre o pré-natal, interesse e confiança materna (Thulier, Mercer, 2009).

Pais (♂) e paraprofissionais têm sido indicados como os mais importantes apoiadores das decisões sobre a alimentação infantil, e aparentemente, as orientações providas pelos médicos, enfermeiros e nutricionistas não têm persuadido as mães a amamentar (Giugliani et al., 1994). E a entrada dos pais quanto à escolha da alimentação do bebê é vital (Pavill, 2002).

Para algumas pesquisadoras faz-se importante o desenvolvimento de ações de educação em saúde com a mãe, a família, o pai, além do profissional de saúde, com o intuito de impactar favoravelmente nas decisões e duração da amamentação (Arora et al., 2000). Pois os pais (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002), as avós (Grassley, Eschiti, 2008) e a família (Turnbull-Plaza, Escalante-Izeta, Klunder-Klunder, 2004) são figuras importantes para o apoio à amamentação.

A família é uma organização complexa de relações de parentesco, um microcontexto relacional onde cada pessoa recebe um nome e vai construindo uma identidade (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009).

Como o enfoque desta pesquisa concentra-se sobre a família e a amamentação, a partir, deste ponto, para exemplificar as práticas dos diferentes membros familiares, serão usado somente os componentes familiares, a saber: mãe, pai, bebê, avó. Mesmo considerando o desempenho de diferentes papéis sociais desses atores, justifica-se a opção de usar este recurso literário pela objetividade e clareza requisitadas pelo método científico.

É possível afirmar que a família é o primeiro lugar de socialização do indivíduo, desempenhando funções sociais importantes junto aos seus membros. É nesta organização onde se prestam os cuidados e a proteção de seus integrantes, onde ocorre o desenvolvimento de papéis sociais como a maternidade, a paternidade, a filiação (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009; Solymos, Maricondi, Soares, 2009).

É no contexto familiar que as pessoas exercitam a convivência com diferenças sexuais, geracionais, de temperamento, exercitam e desenvolvem relacionamentos interpessoais de colaboração e de tolerância, indispensáveis ao desenvolvimento do ser humano enquanto ser social (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009; Solymos, Maricondi, Soares, 2009). Cada família tem uma versão particular de sua história, e embora a sociedade encontre dificuldades para definir precisamente a família, os seus membros podem descrever facilmente a sua composição. Eles sabem quem é parente ou não, como a família afeta suas vidas, e em que estilo de família acredita (Williams, 2002). É a própria família quem se delimita simbolicamente e o faz baseada num discurso sobre si própria. O que nos possibilita dizer que cada família constrói sua própria história (Sarti, 2003). Com essa premissa podemos acreditar na inexistência de uma estrutura familiar, fazendo-se necessário (re)pensar, refletir, reconfigurar a avaliação de famílias estruturadas e não estruturadas que comumente o senso comum nos proporciona.

O conceito de família apresentado por Angelo & Bousso (2001), caracteriza a família “[...] como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não.” (p. 14) E

acrescentam que há um compromisso e um vínculo entre os membros, onde a proteção, a alimentação e a socialização atuam como funções de cuidado.

Cada família possui uma dinâmica e cada dinâmica recebe influência da dimensão cultural, onde crenças, valores, papéis familiares, padrões de comunicação atuam fortemente; da classe social e da dimensão física e emocional de seus membros (Angelo, Bousso, 2001).

A família exerce outros tipos de funções em nossa sociedade, além de apoio aos seus próprios membros. É ela que transmite os valores socioculturais e conhecimentos adquiridos de geração em geração. Tem a responsabilidade de modificá-los de acordo com as solicitações de sua época, de proporcionar um ambiente seguro, afetivo e harmônico para seus membros e ainda de prover os recursos materiais e financeiros para suprir as necessidades básicas de alimentação, higiene e saúde (Williams, 2002).

“A família constitui uma rede de solidariedade, quase sempre eficaz para oferecer os cuidados necessários a seus membros” (Sanicola, 1996¹³ apud Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009, p. 24). Neste sentido, ao atuar junto à família, é preponderante considerar seu *patrimônio*.

O *patrimônio familiar* constitui-se em um conjunto de recursos disponíveis à própria pessoa e aos membros da família para garantir-lhes maior segurança e melhor padrão de vida. São patrimônios da família o trabalho, a saúde, a moradia, as habilidades pessoais desempenhadas nos relacionamentos de amizade, de vizinhança, nos relacionamentos com a própria família, com a comunidade, com as instituições e a com rede social, sendo esta última um dos mais importantes patrimônios da família (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009).

Ao se trabalhar sobre a perspectiva do patrimônio familiar há a necessidade de se abrir para uma realidade mais ampla, onde o princípio que estimula a participação familiar é o de que a ação direcionada ao enfrentamento dos problemas reais *nasce do que existe e não do que falta*. É buscando identificar as potencialidades particulares de cada família (seu patrimônio presente) que o profissional poderá incentivar seu uso e fortalecimento (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009).

¹³ Sanicola L. Redes sociales y menores en riesgo. Buenos Aires: Lumen-Humanitas; 1996.

A rede social é um sistema composto por pessoas que desempenham atividades em um certo contexto, sejam parentes, vizinhos, colegas de trabalho, entre outros (Buckner, Matsubara, 1993; Oliveira, 2004; Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009). Oferece apoio instrumental, ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, oferecem também apoio emocional, como aprovação, simpatia, preocupação e ações que levem a um sentimento de pertencimento ao grupo (Dessen, Braz, 2000; Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009).

O apoio social é um determinante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. Dentre as várias pessoas que oferecem apoio à mãe, destacam-se os membros familiares, parentes (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais (Dessen, Braz, 2000; Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009).

Este tipo de apoio tem sido destacado como uma importante ligação para melhores resultados em saúde e reconhecido como o determinante mais importante para comportamentos saudáveis (McIntyre, Hiller, Turnbull, 2001). A família pode influenciar negativamente na duração da amamentação, por isso é importante que o profissional de saúde se esforce para que esta se torne uma família aliada, apoiadora da amamentação (Turnbull-Plaza, Escalante-Izeta, Klunder-Klunder, 2004; Haku, 2007).

Enfatiza-se a necessidade de se trabalhar com o pai, para aumentar o conhecimento deste sobre a AM, para reforçar sua capacidade de reconhecer e aceitar seu relevante papel na ocorrência da amamentação, instrumentalizando-o para que seja capaz de encorajar e apoiar a mãe (Graffy et al., 2004).

A família, assim como outras pessoas da rede social, também devem ser convidadas e estimuladas a participar das ações educativas sobre a amamentação, o que pode possibilitar ajudas e apoio adequado em períodos difíceis no cotidiano da mãe ao iniciar e manter a amamentação (Enkin et al., 1995).

Pesquisa realizada com famílias de classe social menos favorecida, no Distrito Federal, evidenciou que o pai é a principal fonte de apoio para a mãe durante a amamentação (Dessen, Braz, 2000). Sua participação no cumprimento de um conjunto de tarefas vão além do brincar e ficar com o bebê. Abrange o estabelecimento de relação com o

novo membro da família, a divisão de atividades com a mãe. O pai tem contribuição importante no desenvolvimento infantil e no equilíbrio da família (Kreppner, 1995¹⁴ apud Dessen, Braz, 2000).

Outro membro familiar importante no apoio à amamentação é a avó, principalmente a materna, está em segundo lugar como fonte de apoio e também desempenham importante papel junto à família que está vivenciando momento de transição, como o momento de adaptação ao pós-parto e início da amamentação (Dessen, Braz, 2000).

A relação conjugal exerce forte influência nas atitudes parentais. A maioria das mães considera a participação "ideal" do pai na vida da família através de atitudes de carinho, atenção, apoio e compreensão dispensados a elas (Dessen, Braz, 2000).

Inseridas neste contexto, as práticas familiares no período da amamentação dependem do apoio mútuo e da organização familiar na perspectiva de cooperar com a mãe para que esta possa desenvolver suas atividades sem prejuízo ao tempo dedicado à alimentação do filho e ao seu descanso.

De maneira geral, a mãe assume vários papéis dentro da família tais como de esposa, mãe, organizadora da casa e realizadora das tarefas domésticas. Algumas ainda trabalham fora no intuito de contribuir financeiramente com as despesas familiares. Em outros casos a mulher também desempenha o papel de "chefe de família." Contudo, outras pessoas também desempenham tarefas de cuidados com os bebês, como avós, tios, vizinhos, amigos, entre outros (Solymos, Maricondi, Soares, 2009).

Os determinantes da saúde da criança estão inseridos no contexto particular de cada família. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde reconhecer, analisar e propor intervenções para saúde da criança que sejam compartilhadas com a família.

¹⁴ Kreppner K. Padrões comportamentais da família perante um segundo filho. In: Gomes-Pedro J, Patricio MF. *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1995: p.431-63.

Os enfermeiros que trabalham na Atenção Básica (AB) têm oportunidade de acompanhar as famílias em uma dimensão mais próxima, por estarem inseridos nas comunidades onde as famílias vivem. Tal fato cria importante oportunidade para realizar ações de promoção à saúde da criança e de estímulo à AM. Essas ações podem ser feitas através de visitas domiciliares, do diálogo, de dedicação de tempo, atenção, além de encaminhamento para recebimento de auxílios e benefícios sociais, e de outros serviços que estejam disponíveis na rede.

Observou-se nos últimos anos um crescente interesse da comunidade acadêmica na área da família. No Brasil, esse interesse pela família é, em grande parte, reforçado pelos problemas vivenciados durante as experiências de trabalho pós-implantação da ESF na AB (Marcon et al., 2006).

Neste cenário, é necessário que os profissionais da ESF estejam preparados para apoiar à amamentação, para ajudar nas reflexões sobre a parentalidade e adaptações da rotina doméstica, a conversar sobre a sexualidade, o retorno ao trabalho, entre outros assuntos transversais.

Apesar dos benefícios advindos da AM serem conhecidos e aceitos pela sociedade e pelos profissionais de saúde, estratégias para ajudar as mães durante a experiência de amamentar ainda são pouco difundidas, ou não estão tão claras. E também não são encontradas facilmente nos manuais de saúde voltados para os profissionais brasileiros (Sikorski et al., 2003).

Entendendo a amamentação como um dos determinantes para o desenvolvimento infantil, esta pesquisa busca evidenciar práticas desenvolvidas pelos membros familiares que possam impactar na manutenção da AM. Pretende-se conhecer práticas familiares que deram certo. Para tanto, adotou-se como pergunta de pesquisa:

- **Quais são as práticas da família que favorecem a manutenção da amamentação?**

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de investimento científico voltado para a construção de tecnologias leves¹⁵ que possibilitem o fortalecimento na perspectiva da promoção do desenvolvimento infantil. Volta-se para profissionais de serviços de saúde pública e privada, principalmente de baixa complexidade, profissionais de serviços de educação e assistência social que no seu trabalho lidam com famílias e mães amamentando. Dirige-se também para decisores políticos e gestores como subsídio para a formulação de políticas públicas que alcancem as necessidades da sociedade.

Tem a finalidade de contribuir com conhecimento sobre a importância da família para a manutenção da amamentação, entendendo esta prática como favorecedora do desenvolvimento infantil, para a formação do vínculo mãe-bebê, segurança, suprimento das necessidades do bebê, com intuito de construir diretrizes para um programa de promoção da saúde da criança com foco nas competências familiares.

Desta forma, este estudo foi orientado pelos seguintes objetivos.

¹⁵ Merhy et al. (1997, p. 121) classifica as tecnologias em saúde como: tecnologia leve (tecnologias de produção de relações, produção de vínculo, acolhimento, etc); tecnologia leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, ex. clínica médica, epidemiologia, etc); e tecnologia dura (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar as práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar práticas de diferentes membros da família relacionadas à manutenção da amamentação.
- Identificar as práticas nas diferentes composições familiares.
- Identificar as práticas nos diferentes contextos familiares.

3. QUADROTEÓRICO

3.1 Promoção da Saúde

Tendo sido superada, em termos conceituais, a ideia de saúde como ausência de doença, atualmente entende-se a saúde como resultante das condições econômicas, sociais, políticas, ambientais, filosóficas, tecnológicas e estruturais que o ser humano vivencia em um dado local e em um contexto histórico (Pessini et al., 2007; Chiesa, 2009).

Deste modo, é preponderante visualizar que a saúde, tanto física quanto mental, é produzida na sociedade e influenciada pelas

"formas de organização da vida cotidiana, da sociedade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultado do conjunto de experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos biológico" (Vaistman, 1992, p. 171¹⁶ apud Carvalho, 2007, p. 25).

Na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, a saúde é visualizada em uma concepção dinâmica onde saúde e doença estão intrinsecamente articuladas e integram o mesmo fenômeno, ao invés de serem pólos distintos e opostos (Chiesa, 2009).

Sendo resultante, dentre outros determinantes, das condições econômicas, sociais e política, a saúde tem sido fortemente influenciada pelo dinâmico movimento de globalização, onde novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas foram estabelecidas pela expansão da economia global. Esse fato culmina na marginalização de muitos países e regiões, alterando comportamentos de dependência e exploração para a irrelevância, aprofundando as já imensas desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (Castells, 1996¹⁷ apud Westphal, 2007).

No caso brasileiro, onde o país é classificado globalmente como um país em desenvolvimento, dependente e com poucos segmentos incorporados à economia global,

¹⁶ Vaistman N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot. 1992;6(3):197-205.

¹⁷ Castell M. Fluxos, redes e identidades: uma teoria crítica da sociedade informacional. In: Castell M et al (org). Novas perspectivas críticas em educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

uma pequena parcela da população consegue acessar uma proporção substancial da crescente produção de serviços, enquanto uma grande parcela da população vive marginalizada e forçada a sobreviver com o restante. Esse fato impacta na qualidade de vida, saúde e condições ambientais (Westphal, 2007).

Frente a este cenário, a Promoção da Saúde tem o objetivo de contribuir, sob a ótica do desenvolvimento, para que grupos da população reflitam sobre seus problemas, possibilitando a tomada de decisão sobre a melhoria da sua qualidade de vida (Westphal, 2007).

Existem numerosas definições para a Promoção da Saúde, advindas de diferentes considerações políticas, sociais e teóricas, variando de acordo com seus objetivos, população alvo, foco e tipo de intervenção proposta. A Promoção de Saúde, a qual nos referimos atualmente, é conhecida como a Nova Promoção de Saúde, que tem a Carta de Ottawa como seu termo de referência básico e fundamental para o seu desenvolvimento e a divulgação do seu ideário em todo o mundo (Carvalho, 2007).

A OMS define a Promoção da Saúde

"como o processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por conseguinte, obtenham melhoria de sua saúde considerando que este processo passa a representar um conceito unificador que reconhece a necessidade básica de mudança, tanto nos modos quanto nas condições de vida" (WHO, 1998¹⁸ apud Carvalho, 2007, p. 58).

Em uma visão retrospectiva, a Nova Promoção da Saúde foi influenciada por estudos de natureza epidemiológica que afirmavam a existência de uma relação negativa entre iniquidade social e saúde. Colocando-se na sequência da tradição sanitária do século XIX, em que se afirma haver associação entre doenças, pobreza e condições de vida (Carvalho, 2007).

Os preceitos da Promoção da Saúde vêm sendo formulados, renovados e difundidos nos últimos 20 anos no espaço das Conferências Internacionais de Saúde, por meio de políticas públicas e meios de comunicação (Buss, 2003).

¹⁸ WHO – Glossary of Health Promotion Terms. Geneva: World Health Organization. 1998.

Entretanto, o primeiro nome que de fato ilustra a história da Promoção da Saúde é o do médico sanitarista e historiador francês Henry E. Sigerist (1891-1957) que pela primeira vez, em 1945, elencou a Promoção da Saúde como uma das quatro áreas de atuação da medicina, juntamente com a prevenção de agravos à saúde, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Tendo afirmado que a saúde é promovida ao se proporcionar condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física, e formas de lazer e descanso (Terris, 1992; Buss, 2003).

Posteriormente, na década de 1970, Leawell & Clarck relacionaram a Promoção da Saúde com ações do primeiro estágio do modelo da História Natural da Doença (Buss, 2003; Westphal, 2007).

O contexto socio-histórico e sanitário vivenciado pelo Canadá, na década de 1970, com uma escalada de custo no setor saúde, consequente à incorporação de novos equipamentos e insumos tecnológicos, a problemática sanitária advinda do aumento dos coeficientes de morbimortalidade por doenças e agravos não-transmissíveis, justifica o aparecimento da proposta de Promoção da Saúde (Carvalho, 2007).

Em 1974, o então ministro da Saúde e Bem-Estar canadense Marc Lalonde publica o *discussion paper "The new perspective for the Health of Canadas"*. Mundialmente conhecido como Informe Lalonde, trata-se de um documento ministerial que não recebe a chancela oficial, mas é referência para os debates institucionais e ainda hoje segue inspirando políticas em distintos países e organismos internacionais (Carvalho, 2007).

Neste documento, Lalonde argumenta que saúde não é ausência de doença, e sim o resultado de um conjunto de determinantes localizados no campo da saúde: ambiente (natural e social), biologia humana (genética e função humana), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e organização dos serviços de saúde. E ante a diminuição da morbimortalidade por causas infecciosas, o aumento das doenças e agravos não-transmissíveis, o envelhecimento da população, recomenda a mudança de foco das ações sanitárias, argumentando que a melhoria no padrão de saúde dos canadenses residiria, principalmente, na melhoria do meio ambiente, na moderação de riscos auto-impostos e no aperfeiçoamento do conhecimento da biologia humana (Lalonde, 1974).

Indica que *as ações de saúde devem ter por objetivo adicionar anos à vida e também acrescentar vida aos anos*, de forma que permita ao ser humano usufruir oportunidades advindas da crescente melhoria do quadro socioeconômico (Lalonde, 1974. Grifo nosso).

No início da década de 1980 a publicação de documentos pela OMS e por pesquisadores, instituições e pelo governo canadense continuam a desenvolver o ideário que viria a ser chamado de Nova Promoção da Saúde. Em 1986, é realizada na cidade de Ottawa, Canadá, a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde sob os auspícios da OMS, do governo canadense e da Canadian Public Health Association (Brasil, 2002b; Carvalho, 2007).

3.2 A Carta de Ottawa

A Carta de Intenções desta Conferência, conhecida como Carta de Ottawa, enfatizou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Destacou como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Brasil, 2002b).

Ressaltou que promover saúde demanda uma ação coordenada que envolve, além do setor saúde, o governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais autoridades locais, indústria e mídia. Onde as pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2002b).

A Carta de Ottawa propôs cinco eixos de atuação:

- 1) *Elaboração e implementação de Políticas Públicas Saudáveis* – propondo a inserção da saúde na agenda prioritária de políticos e dirigentes de todos os setores e níveis do Estado, destacando que as consequências das decisões políticas podem influenciar no campo da saúde (Brasil, 2002b);
- 2) *Criação de ambientes favoráveis à saúde* – destacando que o trabalho e o lazer devem ser fontes de saúde para as pessoas e a importância da interação entre diferentes setores do Estado e o envolvimento coletivo dos diferentes setores dirigindo mudanças que favoreçam a saúde nos ambientes de trabalho, escolas e outros espaços da vida social (Brasil, 2002b; Freitas, 2003);
- 3) *Reforço à ação comunitária* – visando a melhoria das condições de saúde propõe que os coletivos trabalhem através de ações concretas e efetivas no desenvolvimento de suas prioridades, na tomada de decisão, bem como na definição de estratégias e em suas implementação (Brasil, 2002b). Propõe a promoção do acesso contínuo das comunidades à informação e oportunidades de aprendizagem, permitindo a estas “a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde”, ou seja, o desenvolvimento do empoderamento comunitário (Buss, 2003, p.27; Freitas, 2003);
- 4) *Desenvolvimento de habilidade pessoais* – apoiando o crescimento pessoal e social, em todas as etapas da vida, através da divulgação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, o que proporciona o aumento das opções disponíveis possibilitando condições para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e meio-ambiente, oportunizando opções que conduzam a uma saúde melhor (Brasil, 2002b; Freitas, 2003);
- 5) *Reorientação dos serviços de saúde* – para a superação do modelo biomédico, sem abster-se do provimento de serviços clínicos e de urgência, através do trabalho compartilhado entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais e instituições de saúde e governos, no sentido de criar um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde (Brasil, 2002b; Freitas, 2003).

3.3 Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

As estratégias da Carta de Ottawa foram discutidas mais detalhadamente nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas posteriormente, que passaram com um número maior de países participantes, inclusive com representantes de nações periféricas.

Segue-se a realização da II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizada em Adelaide, Austrália, em 1988. Esta Conferência manteve foco sobre a formulação e implementação de Políticas Públicas Saudáveis e evidenciou a necessidade de ampliar o interesse e a preocupação de diferentes setores para a criação de ambientes favoráveis para a vida. Reafirmando a concepção de saúde como um direito humano fundamental e resultante da atuação conjunta de outros setores, além do setor a saúde. Nas discussões desta Conferência, destaca-se também o conceito de equidade, acesso e desenvolvimento como alternativas para superar as desigualdades decorrentes das rápidas mudanças estruturais resultantes de tecnologias emergentes e da inserção social desigual. Identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis (Brasil, 2002b; Chiesa, 2009).

A III Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em 1991 em Sundsvall, na Suécia foi direcionada ao tema *Ambientes Favoráveis à Saúde*. Entendendo que a saúde e o ambiente são interdependentes e inseparáveis e *ambientes favoráveis* como referentes aos aspectos físicos e sociais do nosso entorno. Convocou políticos e outros atores responsáveis pela tomada de decisões em todos os setores relevantes e diferentes níveis da sociedade à criação de ambientes favoráveis à saúde, pautadas pela equidade e pela consideração das necessidades das futuras gerações (Brasil, 2002b; Chiesa, 2009). A Declaração de Sundsvall destaca quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: 1) a dimensão social; 2) a dimensão política; 3) a dimensão econômica e 4) a capacidade e o conhecimento das mulheres, no sentido de que estes sejam reconhecidos e utilizados em todos os setores, inclusive político e econômico (Buss, 2003).

A IV Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em 1997 em Jacarta, na Indonésia, foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento e a incluir

o setor privado no apoio para promover a saúde. Teve o propósito de discutir o reforço da participação comunitária, destacando que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população e para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde. Estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde no século XXI: 1) promover a responsabilidade social para com a saúde; 2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde; 3) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; 4) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e 5) conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde (Brasil, 2002b).

Na Cidade do México, realizou-se em 2000 a V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, onde as concepções presentes na Carta de Ottawa foram reforçadas, e reconhecidos os esforços conjuntos de governos e sociedades de muitos países na melhoria da provisão de serviços de saúde, impactando em melhoria significativa da saúde. Entretanto, ressaltou-se a ameaça de doenças novas e reemergentes ao avanço obtido, destacando a urgente necessidade de atuação nos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Dentre suas recomendações, destacam-se: 1) Assegurar a participação ativa de todos os setores da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; 2) Preparação de planos nacionais para a promoção da saúde e 3) Estabelecimento de redes nacionais e internacionais de promoção à saúde (Brasil, 2002b).

A penúltima Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em 2005 em Bagkok, Tailândia. Sua Carta reforça as mudanças no contexto da saúde global e afirma que o ideário da Promoção da Saúde deve ser incluído na priorização dos projetos de desenvolvimento global e nacional. Dirige-se aos governos e políticos que atuam em todos os níveis, à sociedade civil, ao setor privado, às organizações internacionais e à comunidade da saúde pública. Discutiu as mudanças no contexto da saúde global e os efeitos da globalização no setor saúde, como o aumento das iniquidades, a urbanização e a degradação ambiental. Propõe quatro compromissos com intuito de alcançar saúde para todos: 1) Desenvolvimento da agenda global, 2) Responsabilidade de todos os governos, 3) Meta principal da comunidade e da sociedade civil e 4) Necessidade para boa administração prática (A Carta, 2005).

A última foi realizada em Julho de 2010 em Genebra – Suíça. Sua Carta não estava disponível até o fechamento desta pesquisa. Esta Conferência teve como tema: Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável. O debate girou em torno de três questionamentos: 1) *Ambiente sustentável e saúde* – Quais as interligações entre a urbanização, o meio ambiente, a justiça, a degradação ambiental e o desenvolvimento da saúde?; 2) *Desenvolvimento equitativo e sustentável da saúde* – Podem a equidade e o desenvolvimento sustentável ser alcançados através de ações de promoção da saúde sobre os determinantes sociais? 3) *Governança participativa*: – Quais são as parcerias locais e globais que precisamos para fortalecer a saúde e o desenvolvimento sustentável?¹⁹

No contexto da América Latina foi realizada em 1992 a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Santafé de Bogotá, na Colômbia. Nesta Conferência foram discutidos problemas específicos à luz da promoção da saúde, como equidade, determinação social do processo saúde-doença, relação entre saúde e desenvolvimento com intuito de possibilitar estratégias para a recriação da Promoção à Saúde na América Latina, considerando a existência de características sociais, econômicas, de acesso aos serviços, específicas dos países que constituem este bloco (Brasil, 2002b; Heidmann et al., 2006).

Em 1998 realizou-se em Genebra, Suíça a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. Onde os 11 países mais populosos assumiram a missão de fortalecer a capacidade de promoção da saúde para ampliar a oferta de saúde às populações, nos âmbitos mundial e nacional. Sugere como metas: 1) Melhorar a base de informação concernentes à Promoção da Saúde; 2) Desenvolver a saúde promovendo estratégias direcionadas aos estilos de vida saudáveis, o curso da vida saudável, a preservação do meio ambiente e a preservação de assentamentos; 3) Mobilizar os recursos existentes; 4) Aumentar a colaboração intersetorial e 5) Direcionar as questões comuns formando parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde (Brasil, 2002b; Heidmann et al., 2006).

¹⁹ <http://www.iuhpeconference.net/index.php>

3.4 Bases conceituais da Promoção de Saúde segundo Labonte

Para Labonte (1990²⁰ apud Chiesa, 2009) a saúde e o bem estar do indivíduo se circunscrevem em três dimensões: a emocional, a social e a física. Para apresentar graficamente as relações entre essas dimensões, Labonte construiu uma holosfera, apresentada na **Figura 01**.

Figura 01 – Holosfera de Labonte sobre as dimensões da saúde e do bem estar do indivíduo, adaptada de Chiesa (2009)

²⁰ Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto, Center for Health Promotion/University of Toronto; 1990.

Para este autor a dimensão emocional da saúde e do bem estar é representada pelo *projeto de vida* das pessoas; a social é representada pela *vida comunitária* e a dimensão física pela *energia vital* dos indivíduos. Ainda para este autor, as interseções dessas dimensões produzem outras três dimensões. A interseção das dimensões emocional e social representadas pelo projeto de vida e pela vida comunitária promovem a dimensão do *controle sobre a vida*; a interseção do projeto de vida com a energia vital permitem o desenvolvimento das *habilidades* de cada indivíduo e a interseção entre as dimensões vida comunitária e energia vital são bases para as *relações sociais* no coletivo.

A Promoção da Saúde é essencialmente propositora de estilos de vida saudáveis, direcionando seus esforços tanto para a promoção geral, de toda a comunidade, como para os indivíduos em seu contexto de vida cotidiana. Busca atuar no coletivo sobre os determinantes de saúde, promovendo o desenvolvimento humano e bem-estar de todos os indivíduos (Franco, 1994²¹ apud Ávila, 2009).

3.5 Promoção da Saúde e Saúde Coletiva

No cenário brasileiro, o paradigma da Promoção da Saúde é ensejado desde a proposição do SUS pelo Movimento Sanitário, sendo contemplado, atualmente, pelo paradigma da Saúde Coletiva. O modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva surge ainda na década de 1970, influenciado pelo projeto da Medicina Social latino-americana e afirma a historicidade do social na determinação da saúde da população (Carvalho, 2007).

Um dos marcos históricos da construção da Saúde Coletiva é a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 em Brasília, mesmo ano em que ocorreu a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde de Ottawa. Fizeram parte dos eixos de deliberações da VIII Conferência, temas como, cidadania, direito à saúde, universalização, equidade, democracia e descentralização (Carvalho, 2007).

²¹ Franco S. Proceso vital humano – proceso salud enfermedad: una nueva perspectiva. In: Memorias de ética. Santafé de Bogotá: Universidad y Salude; 1994. p. 67-8. Español.

A Saúde Coletiva é conceituada atualmente como

“um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, que se desenvolveram no âmbito da academia, das instituições de saúde, das organizações da sociedade civil e dos institutos de pesquisa” (Carvalho, 2007, p. 96).

Adota como elementos centrais a saúde como um processo resultante de múltiplos determinantes sociais e a temática do processo de trabalho em saúde. Destacam-se em seus princípios a *saúde como um direito e dever do Estado*, a integralidade da atenção e a participação comunitária (Carvalho, 2007).

A realidade social brasileira é marcada por grandes desigualdades decorrente de um modelo econômico excludente e em sua história recente poucas medidas efetivas têm sido implementadas com objetivo de diminuí-las. Uma das medidas voltadas à mudança desta realidade ocorre a partir da implementação da ESF. Esta estratégia configura-se como potente proposta para lidar com as iniquidades vivenciadas pela população brasileira devido sua inserção em nível local e adoção do conceito de território como espaço-local de atuação (Chiesa, 2009).

Em setembro de 2005 o Brasil dá mais um passo em direção a consolidação da Promoção à Saúde a partir da definição da *Agenda de Compromisso pela Saúde* que tem como um de seus eixos o Pacto pela Vida²². Dentre as macroprioridades deste pacto encontra-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Com o desafio de implementar uma política transversal, integrada e intersetorial que mantenha diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário com outros setores do Governo, com os setores privados e não-governamental e com a sociedade (Brasil, 2006).

A PNPS tem como objetivo geral

“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006, p. 17).

²² Conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas das três esferas nacionais, tendo suas responsabilidades definidas em cada esfera (Brasil, 2006).

Seus objetivos específicos direcionam-se para a implementação de ações de promoção da saúde na Atenção Básica, ampliação da autonomia e co-responsabilidade de indivíduos e coletividades, estimulação de alternativas inovadoras e socialmente inclusivas, valorização e otimização dos espaços públicos de convivência e produção da saúde (Brasil, 2006).

Adota como diretrizes o reconhecimento da Promoção da Saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, a estimulação de parcerias intersetoriais, o fortalecimento da participação social como essencial para o alcance da equidade e do empoderamento individual e comunitário, a promoção de mudanças na cultura organizacional dos serviços, incentivo às pesquisas em Promoção da Saúde e a ampla divulgação das iniciativas desenvolvidas e em desenvolvimento (Brasil, 2006).

A implementação desta política possui estratégias diferenciadas compatíveis com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS. Dentre suas ações específicas algumas ações foram priorizadas, a saber: divulgação e implementação da PNPS, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006).

4. MÉTODO

Muitos estudos qualitativos têm sido realizados na área da saúde e o desafio que enfrentamos atualmente é utilizar os resultados desses estudos na prestação de cuidados de saúde e na melhoria da prestação de serviços (Sandelowski, 2004).

A tentativa de reunir todo o conteúdo disponível sobre determinada temática pode ajudar na compreensão dos fenômenos e na ampliação do conhecimento, favorecendo a tomada de decisão e a construção de práticas e políticas na área da saúde. Sob esta perspectiva, revisões sistemáticas com metassínteses podem ampliar a visibilidade e o impacto de inúmeras pesquisas qualitativas conduzidas no âmbito da enfermagem (Lopes, Fracoli, 2008), entre outras áreas (Pope, Mays, 2009).

4.1 Tipo de Estudo

Esta é uma pesquisa não-experimental onde o método da revisão sistemática (de literatura) foi utilizado. Seu embasamento foi buscado no [Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2008 edition](#). A análise sintética dos dados está fundamentada conceitualmente em Sandelowski (2004).

A revisão sistemática é uma investigação científica em si mesma (Cook, Mulrow, Haynes, 1997) e, tradicionalmente, é um estudo retrospectivo e secundário que reúne de forma organizada uma grande quantidade de resultados de estudos primários que utilizaram métodos explícitos e reprodutíveis (Greenhalgh, 2003), sendo estes os sujeitos da investigação. Por ser um estudo secundário, uma revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária.

Este tipo de estudo popularizou-se no final da década de 90 do século passado devido à enorme e crescente quantidade de informação científica disponível em estudos primários e independentes. Isto dificulta a disseminação do conhecimento a cerca de um

determinado tema pela necessidade de acesso a todos os estudos. Neste sentido, a revisão sistemática reúne, organiza e avalia criticamente as informações dos estudos, transformando-as em conhecimentos que podem ser utilizados para tomada de decisões na área da saúde baseadas em evidências, possibilitando (re)ver a prática clínica e a elaboração de novas e melhores políticas públicas (Castro et al., 2002).

Esta pesquisa segue os esforços de outras no sentido de ajudar e recolher, organizar, sintetizar e compartilhar conhecimentos sobre a amamentação. Tal esforço se justifica para que cada vez mais haja profissionais competentes para lidar com situações onde sejam requeridos conhecimento e prática para dar apoio às famílias que vivenciam a experiência da amamentação.

4.2 Etapas do Processo de Revisão Sistemática

A revisão sistemática é uma técnica científica objetiva, eficiente e reprodutível. A sequência das etapas utilizadas na execução desta pesquisa será apresentada nos tópicos seguintes.

4.2.1 Definição da Questão Norteadora

Antes de começar uma pesquisa é correto definir uma questão para nortear a condução da mesma. Nesta pesquisa para elaborar esta questão foi utilizada a estratégia mnemônica PICO (Joanna Briggs, 2008), onde “P” refere-se à população do estudo, “I” ao fenômeno de interesse e o “Co” ao contexto, e chegou-se a seguinte estrutura:

P = Práticas (comportamento, atitudes, ações)

I = Amamentação

Co = Família (rede social)

Assim a questão norteadora foi:

Quais são as práticas familiares que favorecem a manutenção da amamentação?

4.2.2 Definição dos Locais de Busca

Para alcançar o objetivo de recuperar documentos que tratassem da amamentação considerando um enfoque relacional entre os membros da família e/ou da rede social, considerou-se a probabilidade de encontrar tais documentos nas bases de dados mais relevantes nas áreas da saúde e das ciências humanas.

Considerando o período inferior de dois anos para entrega do relatório final e as limitações com os recursos das bases de dados a opção neste estudo foi de concentrar as atenções sobre artigos científicos publicados em periódicos relevantes e indexados. Sendo assim, os resultados da amostra final não trazem conhecimentos das dissertações, teses e manuais (*gray literature*) produzidas nos últimos anos.

As buscas foram feitas no portal **PubMed** e em dez bases de dados: **SCOPUS, CINAHL, EMBASE, Biblioteca Cochrane, Web of Science®, Science Direct, PsycINFO, LILACS, BDENF e ADOLEC**. Todas acessadas mediante VPN USP.

Embora tenham sido consideradas como possíveis bases para busca, **JB I Library of Systematic Reviews** e **CUIDEN** não foram acessadas, pois seu acesso era disponível apenas mediante pagamento.

4.2.3 Aproximação com as Bases de Dados

Excetuando-se o portal BVS onde estão LILACS, BDENF, ADOLEC e Biblioteca Cochrane, e do portal PubMed, nenhuma outra base era conhecida pelo pesquisador. O que se mostrava uma preocupação. Por isso houve a necessidade de conhecer cada interface que seria usada como local de busca. Para tal, a estratégia utilizada foi navegar livremente, durante o mês de fevereiro, por suas páginas para conhecer seus recursos, leitura do tutorial, e recurso de auxílios quando disponíveis. Além de participar de cursos específicos realizados na Biblioteca da Escola de Enfermagem da USP.

Após navegar livremente inserindo os DeCS e os MeSH selecionados e algumas associações com termos livres como: aleitamento materno AND família AND avó AND pai

AND marido AND duração NOT HIV NOT pré-termo, por exemplo. Notou-se que cada base possui apresentação de resultados e recursos diferentes, o que obrigou o pesquisador a adaptar a estratégia de busca a cada novo cenário.

Ao buscar os artigos relacionados ao *Aleitamento Materno*, *Lactancia Materna* e *Breastfeeding* em todas as bases, o pesquisador observou a existência de mais de cem mil documentos que tratam da amamentação. Para otimizar as buscas e evitar a recuperação e, conseqüentemente, leitura de títulos com enfoque diferente do escolhido para a presente pesquisa, o pesquisador iniciou a definição de limites de busca.

4.2.4 Definições dos Limites de Recuperação – Escolha dos Descritores

Decidiu-se que seriam pesquisados trabalhos dos últimos 20 anos (1989 a 2009). Em português, espanhol e inglês. Ainda que não se desconsidere a real importância de reunir, sintetizar e divulgar conhecimentos e evidências para o investimento em ações promotoras de saúde que resultem na opção pela AM e pelo seu início e manutenção. Optou-se por se restringir o foco sobre a manutenção da amamentação.

Realizou-se busca aos DeCS através da BVS²³ e dos MeSH através da NCBI²⁴. A palavras-chave e os termos livres utilizados nas buscas foram sendo incluídos durante o cotidiano da pesquisa, a cada leitura de título, do resumo, dos descritores, a medida que era desejado a exclusão de um determinado grupo de trabalhos, por exemplo, os trabalhos de Aleitamento Materno relacionado à HIV ou Obesidade, foram excluídos das buscas através da utilização do recurso NOT (HIV OR obesidade).

No portal PubMed, por exemplo, foi possível realizar buscas com refinamentos, exemplificadas na **Figura 02**.

²³ <http://decs.bvs.br/>

²⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Limits Activated: Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Bibliography, Case Reports, Classical Article, Clinical Conference, Comparative Study, Congresses, Festschrift, Government Publications, Guideline, Journal Article, Multicenter Study, Newspaper Article, Periodical Index, Scientific Integrity Review, Technical Report, English, Spanish, Portuguese, Publication Date from 1989 to 2009.

Figura 02 – Exemplo de refinamento utilizado em busca no portal PubMed

Certas bases permitem limitar a recuperação de documentos por áreas de interesse dentro do mesmo assunto. Por exemplo, na **Web of Science®** foi possível excluir da recuperação os documentos das *Subject Areas* Ornithology, Political Science, Rehabilitation, Pathology, Toxicology, Virology, Dermatology e etc.

4.2.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como este tipo de estudo adota como estratégia uma pesquisa abrangente de todos os artigos potencialmente relevantes e critérios reprodutíveis na seleção dos artigos (Cook, Mulrow, Haynes, 1997) é importante garantir que os métodos utilizados para a revisão foram válidos e confiáveis (Greenhalgh, 2003). Por isso os artigos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, os quais compõem um teste de relevância inicial, composto por uma lista de perguntas claras capazes de gerar respostas afirmativa ou negativa para inclusão ou não do estudo na revisão sistemática (Atallah, Castro, 1998).

Nesta pesquisa, elegeu-se alguns critérios para incluir artigos na amostra e outros para excluir artigos que abordassem a amamentação relacionada a outras temáticas específicas e não desejadas.

A seleção por **títulos** manteve seu foco em selecionar artigos com títulos que contivessem os DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres que indicassem a potencialidade de encontrar a descrição de práticas familiares, como exemplificado na **Tabela 01**.

Tabela 01 – Descritores, palavras-chave, termos-livres presentes nos títulos dos estudos selecionados na etapa de leitura do título

Idioma	DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres presentes no título dos artigos
Português	Aleitamento Materno / Lactação / Lactente / Infante / Criança / Recém-nascido / Família / Rede Social / Rede de Apoio / Pai / Marido / Homem / Companheiro / Avó / Avô / Suporte ao AM / Apoio ao AM / Duração do AM / Manutenção do AM / Variáveis do AM / Promoção do AM / Práticas Culturais sobre o AM / Influência do Familiar / O Papel do Homem no AM / Amamentação / Prática do AM no Cotidiano Familiar / Cotidiano do Processo de Amamentação / Práticas Culturais sobre o AM / Promoção do AM / Práticas da Alimentação da Criança / Práticas da Nutriz e seus Familiares Relacionadas ao AM
Espanhol	Lactancia Materna / Práticas alimentarias en las familias / Comportamiento de la Lactancia Materna / Alimentación en el Primer Año de Vida / Duración de la Lactancia Materna
Inglês	Breastfeeding / Breastfeeding Duration / Fathers' Attitudes / Determinants of Breastfeeding / Expectant Parents / Partner / Investing in Breastfeeding / Enhance Breastfeeding / Feeding Decision / Family / Father / Dad / Men / Man / Grandparents / Grandmother / Grandfather / Parents / Relatives / Mother's Perceptions / Breastfeeding Practices / Promote (Exclusive) Breastfeeding / Promotion / Regarding / Support (women/family) in Breastfeeding / Outcomes / Sources of Influence / Effect of Breastfeeding / Weaning experiences / Father's support of Breastfeeding / Family Adaptation / Family Practices / Influence Breastfeeding / Parents' Perspectives / Mothers' Experiences / Breastfeeding During (...) Months / Support Lactation / Partner Influence / Prevalence of Breast Milk / Qualitative analyses / Characteristics Associated with Breastfeeding / Incentives to Breastfeeding / Inclusion of Father / Breastfeeding Success / Strategies for Breastfeeding / Determinants of Breastfeeding / Breastfeeding Continuation / Role of Father / Role of Grandmother / Promotion Normal Infant Feeding / Social Support to Breastfeeding / Social Network to Breastfeeding / Human Lactation / Infant Feeding Practices / Breastfeeding Families / Family Adaptation / Breastfeeding Management / Community Support Group / Practical Support / Peer Support for Breastfeeding

Durante a seleção por leitura do **resumo** foi utilizada uma lista de perguntas para continuar selecionando a amostra. Os artigos que tivessem como resposta um ou mais **SIM** nos critérios de inclusão e nenhum **SIM** nos critérios de exclusão eram selecionados para a próxima etapa da coleta de dados.

a) Critérios de Inclusão

As perguntas feitas aos trabalhos estão relacionadas na **Figura 03**.

<p>Etapa: Leitura do Resumo.</p> <p>Explicação: 01 ou mais SIM → incluir</p> <p>Aborda a AM como um fenômeno social, além de biológico? SIM NÃO</p> <p>Apresenta comportamentos / práticas / ações / atitudes de membros familiares ou da rede social primária que favoreçam a manutenção da amamentação? SIM NÃO</p> <p>Indica apoio do pai / avó / amiga / rede social primária para a manutenção da AM? SIM NÃO</p>

Figura 03 – Lista de critérios de inclusão pela leitura do resumo

A faixa etária dos bebês amamentados nos estudos e dos participantes respondentes dos estudos primários não foi adotada como critério, considerando a quantidade de estudos disponíveis, da escolha de uma faixa etária decorreria uma micro seleção que não corresponde com a realidade generalista que o trabalho em Atenção Básica imprime.

b) Critérios de Exclusão

Os artigos que possuísem um **SIM** já eram automaticamente excluídos da coleta. A lista dos critérios de exclusão está apresentada na **Figura 04**.

Etapa: Leitura do Resumo.

Explicação: Nenhum **SIM** → incluir

Discorre sobre padrões de AM? **SIM** **NÃO**

Amostra de países asiáticos? **SIM** **NÃO**

Aborda da AM relacionado à obesidade? **SIM** **NÃO**

Aborda da AM de crianças pré-termo? **SIM** **NÃO**

Aborda da AM de crianças nascidas com baixo peso? **SIM** **NÃO**

Aborda da AM relacionado ao HIV? **SIM** **NÃO**

Aborda da AM relacionado à depressão? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre o consumo de fórmulas lácteas? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre a prática e os conhecimentos que o profissional deve ter para trabalhar com mulheres em AM? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre motivos para introdução de outros alimentos precocemente? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre trabalho educativo com pais na gravidez? **SIM** **NÃO**

Enfoca a AM relacionada aos determinantes econômicos e sociais? **SIM** **NÃO**

Enfoca avaliação de programa de suporte para a AM? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre planejamento, implementação e avaliação de estratégias favoráveis à AM (grupos, visita domiciliária, suporte telefônico, entre outros)? **SIM** **NÃO**

Aborda elaboração de estratégias para o Estado para o apoio à AM? **SIM** **NÃO**

Relata o treinamento de profissionais para apoio à AM? **SIM** **NÃO**

Avalia estratégias de educação em saúde no pré-natal? **SIM** **NÃO**

Discorre sobre orientações para empregadores de trabalhadoras em período de lactação? **SIM** **NÃO**

Figura 04 – Lista de critérios de exclusão pela leitura do resumo

4.3 Coleta de Dados

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e julho de 2010 e foi realizada em quatro etapas: 1) Busca dos documentos; 2) Seleção pela leitura dos títulos; 3) Seleção pela leitura do resumo; 4) Seleção pela leitura do artigo na íntegra e 4) Aplicação do teste de confiabilidade (QARI).

4.3.1 Busca dos Documentos – Estratégia de Busca

A busca de estudos primários deve ser mediada pela utilização de técnicas adequadas. Para seleção do estudo deve-se verificar suas propostas, suas questões e os tipos de resultados produzidos. Neste momento podem vir à tona diferentes facetas estudadas de um mesmo recorte, que podem auxiliar a compreender diferentes linguagens e permitir selecionar os estudos que tratem do mesmo aspecto do fenômeno desejado para a síntese (Lopes e Fracoli, 2008).

As buscas foram realizadas em uma base de dados de cada vez para facilitar o desenvolvimento das estratégias, os registros dos documentos selecionados, sendo realizada, em cada base, até a saturação dos resultados.

O resultado quantitativo das buscas podem ser visualizados de forma condensada na **Tabela 02**.

Várias estratégias foram utilizadas, inserindo-se e retirando-se palavras, associações diferentes, recursos de seleção de tema principal, exclusão de subtemas e etc, na tentativa de alcançar o número mais significativo e que promovesse segurança de que todos os trabalhos que envolviam a temática estavam sendo inseridos nos resultados das estratégias de busca.

Nas bases de dados SCOPUS, CINAHL, Web of Science® e no portal PubMed, onde é grande o número de títulos, as estratégias se concentravam em aumentar os critérios de seleção, e conseguir restringir mais o número de títulos.

Tabela 02 – Quantidade de artigos selecionados e processados
por base de dados nas etapas da coleta de dados

Bases de Dados / Portal	Títulos lidos	Seleção pelo Título	Seleção pelo Resumo	Exclusão dos duplicados	Artigos lidos na íntegra	Artigos em que o QARI foi aplicado	Amostra final
LILACS	345	50	9	5	5	3	1
ADOLEC	78	1	0	0	0	0	0
BDENF	32	2	1	0	0	0	0
Biblioteca Cochrane	43	2	2	2	2	0	0
EMBASE	414	37	15	10	10	5	2
CINAHL	587	95	27	19	19	8	1
PsycINFO	278	21	6	2	2	1	0
Science Direct	1029	10	3	1	1	0	0
Web of Science ®	693	28	11	6	6	2	2
PubMed	1965	191	48	28	28	10	3
SCOPUS	880	114	63	40	40	8	5
Total	6301	581	185	113	113	37	14

Nas outras bases, foi preciso utilizar diferentes estratégias para que aumentasse o número de trabalhos, com o objetivo de gerar a segurança de recuperar todos os trabalhos importantes referentes à temática em questão.

A lista completa dos **DeCS**, **MeSH**, **palavras-chave** e **termos livres** utilizados na pesquisa está apresentada na **Tabela 03**.

Com a utilização das mais variadas estratégias de buscas, o pesquisador foi direcionado para **6301 títulos** de artigos em todas as onze bases de dados.

Tabela 03 – DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e portal

Idioma	Intenção para a coleta de dados	DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres
Português	Inserção	Aleitamento Materno / Amamentação / Família / Pesquisa Qualitativa / Relações Familiares / Desenvolvimento Infantil / Criança / Recém-Nascido / Infante / Lactente / Alimentação Natural / Pai / Companheiro / Marido / Homem / Avó / Avô / Parente / Apoio ao AM / Suporte ao AM / Práticas de Alimentação / Ajuda
	Exclusão	HIV / Baixo Peso / Depressão / Infecção / Câncer / Pré-termo / Canguru / Obesidade
Espanhol	Inserção	Lactancia Materna / Familia / Desarrollo Infantil / Recem Nascido / Investigación Cualitativa / Nutrición del Lactante / Alimentación Básica / Lactante
Inglês	Inserção	Breast Feeding / Breastfeeding / Family / Relatives / Parents / Father / Husband / Man / Male / Grandparent / Grandmother / Grandfather / Women / Partner / Peer / Neighbor / Friend / Network / Child Development / Early Childhood / Child / Newborn / Breastfeeding Education / Social Support / Support / Help / Duration / Continuation / Breastfeeding Promotion / Breastfeeding Promotion Campaigns / Attitude to Breastfeeding / Breastfeeding Practices / Breastfeeding Program / Health Care Qualitative Research / Grounded Theory / Health Care / Human Milk / Breast Milk / Woman / Mother / Social Support / Social Network / Breastfeeding Education
	Exclusão	HIV / Obesity / Preterm / Low Birth Weight / Pregnancy / Breast Cancer / Infection / Kangaroo / Depressive / Depress / Contraceptive

4.3.2 Seleção pela Leitura do Título

Da leitura criteriosa dos **6301 títulos** os quais o pesquisador foi direcionado pelas estratégias de busca, **581 artigos** foram selecionados como prováveis integrantes da amostra.

Neste momento, foi determinante a utilização dos recursos de registro das listas dos artigos selecionados, envio por correio eletrônico das listas e recuperação *on-line* de listas, disponíveis em algumas bases de dados. Além destes recursos, cada artigo selecionado nesta etapa foi salvo por ordem do seu aparecimento em um documento produzido no *software* Microsoft Office Excel 2007, contendo título, autoria, dados da publicação, resumo, descritores e os cinco dígitos de sua identificação, o que será descrito no parágrafo seguinte.

Como forma de organização, oportunizando futura recuperação de informações, identificação de artigos duplicados, os 581 artigos selecionados foram identificados com cinco dígitos cada²⁵. Os dois primeiros são *letras* que identificam a base onde o artigo foi recuperado e os três dígitos seguintes são *números* e identificam a ordem de ocorrência de cada artigo na busca. Conforme identificado na **Tabela 04**.

O pesquisador foi direcionado para artigos que enfocavam padrões de amamentação na amostra em questão, pesquisas feitas por telefone, surveys em diferentes países (Índia, EUA, México, Brasil, etc).

Outros relacionando a AM com o desenvolvimento e a situação sócio-econômica da família, o grau de escolaridade, principalmente da mãe, idade materna, raça/ descendência étnica da família, planejamento reprodutivo, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mulheres que trabalham fora de casa, dificuldades para manter a AM, programas educativos para mães, artigos com populações pobres e de baixa renda, suporte e serviços e programas para a AM.

Além de outros artigos com enfoque em estratégias de grupos de AM; práticas e hábitos alimentares e culturais relacionados a descendências étnicas e seus comportamentos.

²⁵ Lista disponível mediante solicitação via aldermourao@gmail.com

Tabela 04 – Identificação da amostra por base de dados / portal e número de ordem

Base de Dados / Portal	Exemplo de Identificação
LILACS	LL001, LL002, LL003, ... LL050.
ADOLEC	AD001.
BDENF	BD001 e BD002.
Biblioteca Cochrane	BC001 e BC002.
EMBASE	EM001, EM002, EM003, ... EM037.
CINAHL	CH001, CH002, CH003, ... CH095.
PsycINFO	PI001, PI002, PI003, ... PI021.
Science Direct	SD001, SD002, SD003, ... SD010.
Web of Science®	WS001, WS002, WS003, ... WS028.
PubMed	PU001, PU002, PU003, ... PU191.
SCOPUS	SC001, SC002, SC003, ... SC144.

4.3.3 Seleção pela Leitura do Resumo

Ao término da utilização das estratégias de buscas em todas as bases de dados e a organização das listas de resumos, o pesquisador (principal) e um segundo pesquisador, neste caso, a orientadora desta pesquisa, leram, individualmente, os resumos dos **581 artigos** selecionados na fase anterior.

Os artigos que se mostravam duvidosos eram mantidos e selecionados para a próxima etapa. Todos os trabalhos indicados por, pelo menos, um dos pesquisadores como possível integrante da amostra foi mantido no processo de coleta dos dados.

Nesta etapa do processo foram encontrados artigos que tiveram participantes de diversos países, prevalecendo participantes habitando em zonas urbanas. Conforme ilustrado na **Figura 05**.

Alemanha, Bolívia, Peru, China, Irlanda, Malásia, Timor Leste, Holanda, França, Camarões, Vietnã, Hong Kong, Escócia, Itália, Japão, Turquia, Estados Unidos da América, Brasil, Malawi, Austrália, Tanzânia, Colômbia, Panamá, Equador, Nepal, Inglaterra, Coreia, México, Canadá, Irã, Líbano, Nigéria, Tibet, Grécia, Gana, Lesotho, Taiwan, Paquistão, Guatemala, Laos, Arábia Saudita, Nova Zelândia, Portugal, Eslovênia, Iraque, Israel, Bangladesh, Tailândia, Índia, Espanha, Nicarágua, Gâmbia.

Figura 05 – Lista de países onde foram desenvolvidas pesquisas sobre amamentação as quais os resumos foram lidos

Especificamente no Brasil, os artigos recuperados eram, sobretudo, com participantes de Pelotas (RS), e também foram considerados artigos onde os participantes eram de Cuiabá (MT), Resende (RJ), Coimbra e Teixeiras (MG), Sobral (CE), São Paulo (SP), Aporá e Feira de Santana (BA), Tubarão (SC), Campina Grande (PB) e Recife (PE).

Após a leitura de todos os resumos, 397 artigos foram excluídos e **184 artigos** foram identificados como prováveis integrantes da amostra.

4.3.4 Seleção pela Leitura do Artigo na Íntegra

Nesta etapa os artigos foram impressos e lidos pelos dois pesquisadores, separadamente. Apareceram estudos que avaliavam padrões de amamentação em diferentes grupos étnicos, por exemplo: hispânicas, chinesas, africanas, estadunidenses e etc. Estudos com enfoque nos determinantes sociais e econômicos relacionados à AM; enfoque na implementação de estratégias nos serviços de saúde para suporte à AM; implementação de estratégias de suporte por telefone e grupos de apoio; discorrendo sobre o consumo de fórmulas lácteas; sobre a prática e os conhecimentos que os profissionais devem ter para trabalhar com mulheres em AM; discorrendo sobre motivos para introdução

de outros alimentos precocemente; sobre trabalho educativo com pais na gravidez; treinamento de profissionais, entre outros assuntos.

Cada artigo foi lido, no mínimo, três vezes, e ao término desta etapa, tendo sido excluídos 147 artigos, e foram selecionados **37 artigos** como prováveis integrantes da amostra.

Existe um risco de que os critérios de seleção sejam muito restritivos e gerem a exclusão de informações valiosas (Sandelowski, Barroso, 2003²⁶ apud Carrilo-González, Gómez-Ramírez, Vargas-Rosero, 2007; Sandelowski, 2008).

Entretanto, nesta pesquisa, optou-se por adotar limites mais precisos para a seleção da amostra final. Por isso, utilizou-se um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos selecionados, configurando-se em uma nova etapa no processo de seleção da amostra final.

4.3.5 Aplicação do Teste de Confiabilidade (QARI)

O Teste de Confiabilidade utilizado para balizar a amostra foi o [JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research](#) (JBI, 2008). (ANEXO 1)

Este teste possui 10 perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos; os métodos de coleta e de análise dos dados, a metodologia e a interpretação dos dados; se “as vozes” dos participantes estão adequadamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos foram seguidos e destacados, e etc. onde devem ser assinaladas umas das três opções de respostas: Yes, No, Unclear.

Esta difícil etapa foi realizada pelos dois pesquisadores, separadamente.

Após completar o preenchimento do instrumento, **14 artigos** foram selecionados para integrar a amostra desta pesquisa. Todos os selecionados obtiveram sete YES ou mais no QARI.

²⁶ Sandelowski M, Barroso J. [Creating meta-summaries of qualitative findings]. Nursing Research 2003;52:226-31. English.

Esta foi a última etapa do processo de coleta de dados. Com os artigos selecionados, o pesquisador iniciou o processo de análise e síntese dos dados.

Os dados qualitativos são essencialmente significativos e mostram grande diversidade das comunicações humanas, nesta pesquisa foi utilizado somente o tipo de dado qualitativo mais comum, o texto. Uma das funções da análise qualitativa é encontrar padrões e reproduzir explicações, num processo de análise que envolve interpretação num processo imaginativo e especulativo do pesquisador (Gibbs, 2009).

Como objetivo de sua realização, a síntese pode ser conduzida para ajudar na identificação de lacunas no conhecimento; resumir implicações das evidências qualitativas como parte de uma revisão sistemática, por exemplo; e para objetivamente informar a tomada de decisão. Seus resultados são direcionados a públicos distintos, entre eles, outros pesquisadores, profissionais de saúde, administradores, legisladores, patrocinadores de pesquisa (Pope, Mays, 2009).

4.4 Síntese dos Dados

Para a realização desta etapa da pesquisa, buscou-se a fundamentação conceitual em Sandelowski (2004). Para esta autora a síntese é a reunião de vários achados sobre um mesmo assunto que conduzem a novas categorias. Para alcançar as tais categorias utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2008).

Nas palavras de Laurence Bardin, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise que pode ser aplicado ao amplo campo das comunicações

“visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2008, p. 44).

Ao se realizar a análise de conteúdo, o que se procura estabelecer é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados, como condutas, ideologias e atitudes.

O objetivo da análise é "compreender o sentido da comunicação [...] e principalmente *desviar* o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira" (Bardin, 2008, p.43. Grifo do original).

A descrição analítica é o tratamento da informação contida nas mensagens, funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens.

Seguiu-se as três etapas propostas pela autora.

4.4.1 A Pré-análise

Caracterizou-se pela organização do material.

A leitura flutuante já vinha sendo desenvolvida desde as fases de seleção da amostra. E nesta etapa da síntese, concentrou-se nos parágrafos dos artigos que se detinham da descrição dos resultados dos estudos.

Os trechos a serem trabalhados na síntese foram copiados das versões digitais dos artigos para um arquivo criado no Microsoft Office Word 2007 com numeração dos parágrafos, objetivando facilitar a leitura de todo o material por reunião em um só formato e apropriação do texto a ser trabalhado, onde os resultados deixam de ser exclusividade dos seus estudos de origem e, nesse momento passam a compor um novo conjunto de resultados para serem sintetizados.

Percebeu-se três tipos de vozes nos artigos:

- ❖ A voz de quem ajuda e vivenciou – avó e amigas;
- ❖ A voz de quem ajuda e não vivenciou – pai, amigos e amigas da mãe e;
- ❖ A voz de quem vivencia – mãe.

4.4.2 A Exploração do Material

Nesta fase procedeu-se a codificação do material de análise, na tentativa de transformar os dados brutos no sentido de alcançar uma representação do conteúdo.

O *tema* foi a unidade de registro escolhida para se trabalhar a síntese dos artigos. Em geral, o tema é "utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc" (Bardin, 2008, p.131).

"Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (Bardin, 2008, p.131, grifo do original).

Após as sucessivas leituras dos artigos, começou-se a identificar e sinalizar os parágrafos que descreviam práticas, atitudes, comportamentos que estivessem relacionados à facilitação da prática da amamentação e seu possível favorecimento para que esta seja mantida por um maior período de tempo, mesmo que não exclusivamente.

4.4.3 O Tratamento dos Resultados, a Inferência e Interpretação

Nesta etapa realizou-se a categorização dos dados. O tratamento dos resultados objetiva torná-los significativos e válidos.

"A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos" (Bardin, 2008, p.145). As categorias constituem-se em classes de unidades de registro agrupadas segundo características comuns.

Após a categorização realizou-se a inferência através da significação, a partir da interpretação do conteúdo analisado nas leituras da reunião dos resultados dos 14 artigos. O que permitiu e possibilitou a configuração de conexões entre as mensagens do material.

Posterior à etapa da inferência, realizou-se a interpretação do conteúdo dos artigos, ou seja, as significações concedidas às mensagens, que será apresentada na próxima sessão:

Resultados.

5. RESULTADOS

Tais resultados conformam um agrupamento de sentidos e significados oriundos do pai, da avó, dos familiares e amigos que estiveram presentes no processo de amamentação. Do total de artigos identificados, foram selecionados 14 estudos, os quais estão objetivamente apresentados nas **Tabelas 05 e 06**, constituindo-se no substrato dos resultados aqui apresentados.

Quanto ao idioma de publicação, dos 14 artigos, dez artigos estão em inglês e quatro em português. No que se refere o ano de publicação, dois artigos foram publicados no século XX, os outros doze artigos que compõem a amostra são do século XXI. São oriundos de quatro países: EUA em seis ocorrências, Brasil em quatro ocorrências, Escócia em três ocorrências e Inglaterra com uma ocorrência. O periódico com mais artigos selecionados para esta pesquisa foi o Midwifery. Ocorreu três vezes e em bases de dados internacionais de grande porte. Todos os outros periódicos ocorreram uma vez na amostra, a saber:

Nacionais: Acta Scientiarum. Health Science, Jornal de Pediatria, Revista Gaúcha de Enfermagem e a Revista Latino-Americana de Enfermagem. E Internacionais: JOGNN, Journal of Human Lactation, BJOG, Birth, Maternal and Child Nutrition, Social Science and Medicine, Journal of Pediatric Nursing.

Tabela 05 – Dados de identificação dos artigos, autoria, título, periódico, ano de publicação, país e idioma de publicação e pontuação no QARI.

Nº	Artigo	Autoria	Título	Periódico	Ano Public.	País Public.	Idioma Public.	QARI
01	SC131	Gamble D, Morse JM	Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement.	JOGNN	1993	EUA	Inglês	7
02	SC111	Whelan A, Lupton P	Promoting successful breast feeding among women with a low income.	Midwifery	1998	Escócia	Inglês	8
03	PU104	Dykes F et al.	Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs – an exploratory study.	Journal of Human Lactation	2003	EUA	Inglês	8
04	LL004	Barreira SMC, Machado MFAS	Amamentação: compreendendo a influência do familiar.	Acta Scientiarum. Health Sciences	2004	Brasil	Português	9
05	WS014	Ingram J, Johnson D	A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK.	Midwifery	2004	Escócia	Inglês	7
06	SC062	Lavander T et al.	Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomized controlled trial.	BJOG	2005	Inglaterra	Inglês	7
07	SC060	Graffy J, Taylor J	What information, advice, and support do women want with breastfeeding?	Birth	2005	EUA	Inglês	7
08	CH032	Brito RS, Oliveira EMF	Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida do pai.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2006	Brasil	Português	7
09	EM030	Lavander T, McFadden C, Baker L	Breastfeeding and family life.	Maternal and Child Nutrition	2006	EUA	Inglês	8
10	EM020	Bezner Kerr R et al.	“We grandmothers know plenty”: breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi.	Social Science and Medicine	2008	EUA	Inglês	8
11	SC029	Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM	Participação do pai no processo de amamentação: vivências, conhecimentos, comportamento e sentimentos.	Jornal de Pediatria	2008	Brasil	Português	9
12	PU158	Pontes CM, Osório MM, Alexandrino AC	Building a place for the father as an ally for breast feeding.	Midwifery	2009	Escócia	Inglês	7
13	PU001	Wambach KA, Cohen SM	Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers.	Journal of Pediatric Nursing	2009	EUA	Inglês	7
14	WS004	Muller FS, Silva IA	Representações sociais de um grupo de mulheres nutrizes sobre o apoio à amamentação.	Revista Latino Americana de Enfermagem	2009	Brasil	Português	8

Tabela 06 – Dados de identificação do artigo, tipo de método, participantes, nacionalidade dos participantes, país onde o estudo foi desenvolvido e condição da amamentação. (Continua)

Nº	Artigo	Método	Participantes	Características dos Participantes	Nacionalidade Participantes	País dos Estudos	Amamentação
01	SC131	Grounded Theory ESE	14 pais (♂)	Zona urbana. Idade 22-35a. 1 desempregado, 1 operário, 2 universitário e 10 profissionais graduados. 8 pais de um filho, 5 pais de dois filhos e 1 pai de três filhos.	Canadense	Canadá	Pais de bebês entre 3 e 6 meses, todos amamentados
02	SC111	Técnica Delph ESE e QSE	15 ♀	Idade 17-43a. 4 primíparas. 9 moram com o companheiro, 2 com os pais e 4 solteiras.	Inglesa	Inglaterra	6 AME; 3 AMMI; 6 Mamadeira
03	PU104	GF* e Entrevista**	*7 adolescentes **13 adolescentes	*Idade 16-19a, brancas, 6 primíparas. **Idade 14-19ª, brancas, 12 primíparas.	Inglesa	Inglaterra	Bebês amamentados entre 4 dias e 5 meses
04	LL004	1ª Fase – Dados do prontuário 2ª Fase – ESE	10 familiares (mãe, irmã, sogra, cunhada ou prima) indicadas por 10 mães	Todas mães. 2 >30a, 8 >35a. 6 EFI. 7 casadas, 1 união estável, 2 viúvas. 6 do lar.	Brasileira	Brasil	Não possui informação
05	WS014	Etnografia. GF*, entrevista*, ação educativa no domicílio**	*10 avós e 5 pais (♂) **29 famílias	Caucasianas. Zona urbana, pobre, desemprego, baixo grau de escolaridade.	Inglesa	Inglaterra	14% de amamentação 8ª semanas pós-parto
06	SC062	Questionário na maternidade e na 2ª, 4ª, e 6ª semana e no 2º, 4º e 6º mês pós-parto	GC - 633 ♀ GI 679 ♀ Total 1.312 ♀	Média de 29a nos dois grupos. 100% branca. >50% primípara.	Inglesa	Inglaterra	GC - >40% AM na 6ª semana. >28% AM no 6º mês. GC - >20%
07	SC060	ECR. Questionário perguntas abertas e fechadas	654 ♀	Idade média 28a. ≈75% primípara. ≈70% <7a estudo. >50% classe social mais alta. ≈16% africana e caribenha, ≈69% branca e ≈15% outras.	Inglesa	Inglaterra	38% AME na 6ª semana 28% AMM 6º mês

Legenda: ESE – Entrevista Semi-estruturada / QSE – Questionário Semi-estruturado / GF – Grupo Focal / ECR – Estudo Controlado Randomizado
GI – Grupo Intervenção / GC – Grupo Controle
♀ - Mulher / ♂ - Homem
EFI – Ensino Fundamental Incompleto
AM – Amamentação / AME – Amamentação Exclusiva / AMM Amamentação Mista

Tabela 06 – Dados de identificação do artigo, tipo de método, participantes, nacionalidade dos participantes, país onde o estudo foi desenvolvido e condição da amamentação. (Conclusão)

Nº	Artigo	Método	Participantes	Características dos Participantes	Nacionalidade Participantes	País dos Estudos	Amamentação
08	CH032	ESE	13 pais (♂)	Idade 23-40a, maioria 23-26a. 100% EFC, casados, 1 filho, católicos. Renda familiar 1-3 salários mínimos	Brasileira	Brasil	AM de 1 a 13 meses, maioria 6 meses. AMM a partir 3 meses
09	EM030	Questionário, diário e ESE	23 ♀ e 27 familiares Total 50 pessoas	♀ - Idade 17-38a. 1 negra, 22 brancas. 18 primíparas. 5 adolescentes, 6 classe social baixa. 7 solteiras, 8 casadas, 8 união estável. Familiares - 7 companheiros, 9 mães, 2 pais, 2 padrastos, 4 irmãs, 1 amiga, 1 madrastra, 1 avó materna.	Inglesa	Inglaterra	AM mantida entre 1-32 semanas. Adolescentes amamentaram por mais semanas.
10	EM020	Grounded Theory ESE*, GF*, Workshop**	21 entrevistados (informação não confiável)	*♀ jovens e idosas, médicos de medicina tradicional. **♀ jovens e ♀ jovens, avós líderes comunitários, fazendeiros	Malawiano	Malawi	Não possui informação.
11	SC029	ESE	17 casais (34 pessoas)	4 pessoas 15-19a, 14 pessoas 20-29a, 13 pessoas 30-39a, 3 pessoas 40-49a. 17 EFi, 2 EFC, 8 EMI, 7 EMC.	Brasileira	Brasil	1 não mamou. 13 AME, 9 AME ≤ 3 meses. 8 ainda mamavam.
12	PU158	Grupo de Discussão	09 ♀ 11 ♂	♀ - 3 enfermeiras, 1 cabeleireira, 5 ACS. 100% amamentaram. 6 têm >1 filho. ♂ - 8 graduados (2 enfermeiros), 3 nível médio (2 ACS). 7 têm 2 filhos.	Brasileira	Brasil	♀ - 2 estavam AM no período do estudo. ♂ - 5 em AM.
13	PU001	GF e ESE	23 mães adolescentes	Idade 14-18a. 100% solteira. 22 primíparas. 14 afrodescendentes, 3 hispânicas, 5 caucasianas e 1 africana. 22 primíparas. ≥7a de estudo.	Estadunidense	EUA	4 AME, 9 AMMI. 10 interromperam a AM entre 7-42 dias.
14	WS004	TRS ESE e QSE	14 ♀	Idade 19-38a. Escolaridade média 7,5 anos. 10 trabalhadoras, 1 desempregada, 1 dona de casa. Renda familiar entre R\$ 400 e 1200	Brasileira	Brasil	8 AME 1 AMP 5 AM

Legenda: ESE – Entrevista Semi-estruturada / GF – Grupo Focal / ECR – Estudo Controlado Randomizado / TRS – Teoria das Representações Sociais
GI – Grupo Intervenção / GC – Grupo Controle
♀ - Mulher / ♂ - Homem
AM – Amamentação / AME – Amamentação Exclusiva / AMMI Amamentação Mista / AMP – Amamentação Predominante
EUA – Estados Unidos da América

Metade (07) dos artigos da amostra se repetiram durante o processo de busca. Informação descrita na **Figura 06**.

- o LL004 se repetiu mais duas vezes na mesma base de dados (LL011 e LL025).
- o EM020 se repetiu mais três vezes em diferentes bases (CH083, EM034, SC020).
- o EM030 se repetiu mais três vezes (PU083, PU096, SC045).
- o CH032 se repetiu uma vez (SC047).
- o WS004 se repetiu mais duas vezes (PU090, SC009).
- o WS014 se repetiu mais duas vezes (PU003, PU166).
- o PU001 se repetiu mais uma vez (SC010).

Figura 06 – Artigos da amostra que se repetiram no processo de busca

Quanto ao método adotado nos 14 artigos sintetizados, nove usaram recursos multimétodo (SC111, PU104, LL004, WS014, SC062, EM030, EM020, PU001, WS004). O que se refere a uma combinação de dois ou mais métodos: entrevista semi-estruturada, grupo focal, questionário semi-estruturado, diário, *workshop*, ação educativa, dados do prontuário.

Três artigos usaram somente a entrevista semi-estruturada como método (SC131, CH032, SC029) outros três usaram a entrevista semi-estruturada em combinação com questionário semi-estruturado (SC111, EM030, WS004), quatro adotaram como método o grupo focal em combinação com outro método (PU104, WS014, EM020, PU001) e um único artigo recuperou dados no prontuário associado a outro método (LL004).

Além dos três artigos citados que utilizaram na coleta de dados uma combinação metodológica de entrevista semi-estruturada e questionário semi-estruturado, em um artigo o questionário foi a única estratégia metodológica utilizada (SC060) e em outro foi utilizado em combinação do questionário com diário das participantes (SC062). E somente um utilizou o grupo focal como única estratégia (PU158)

Em relação aos sujeitos de pesquisa: em seis artigos eram de nacionalidade inglesa (SC111, PU104, WS014, SC062, SC060, EM030); em cinco a nacionalidade dos participantes era brasileira (LL004, CH032, SC029, PU158, WS004), em um estudo a nacionalidade era canadense (SC131), em outro estadunidense (PU001) e em outro malawiana (EM020).

Ainda sobre os sujeitos, em nove artigos mulheres/nutrizes/mães foram as respondentes, em seis exclusivamente elas (SC111, PU104, SC062, SC060, PU001, WS004), em outro elas participaram junto com familiares (EM030) e em outro estudo elas participaram com homens [nem todos pais] (PU158). Em dois dos estudos somente com mães participantes eram exclusivamente adolescentes (PU104, PU001). E em outro artigo além das mães, participaram médicos, e outros profissionais de saúde (EM020).

Outros quatro artigos tiveram pais como participantes, em dois estudos estes foram os únicos participantes (SC131, CH032) e no terceiro artigo (EM030) já citado no parágrafo acima, participaram homens [nem todos pais] e mulheres. E no quarto artigo participaram pais e avós (WS014).

Em três diferentes artigos os familiares foram os participantes, dois já citados acima (EM030, WS014) e outro onde somente familiares foram participantes (LL004).

No que tange a pontuação obtida após aplicação do teste de validação QARI, três artigos tiveram 9 pontos, são estudos de autores brasileiros, com participantes brasileiros, conduzidos no Brasil e publicados em periódicos nacionais. Outros quatro artigos tiveram 8 pontos e os últimos sete tiveram 7 pontos.

Ao ler os artigos selecionados notou-se que a amamentação é um empreendimento da mãe e que enquanto ser social ela pode ser aceita ou não pelos seus familiares e integrantes da rede social no cenário da amamentação enquanto mulher e nutriz.

Da leitura flutuante, foi possível identificar os trechos dos textos que traziam citações, explicações, exemplificações, discursos de práticas, e/ou comportamentos dos diferentes personagens presentes no convívio e envolvidos nos cuidados com a mãe e o bebê. E assim os trechos selecionados foram organizados e categorizados tomando por base a categoria **Apoio**. À análise, emergiram 4 categorias de apoiadores da amamentação: Mãe Apoiadora / Pai Apoiador / Avó Apoiadora / Rede Social Apoiadora.

À medida que as unidades temáticas presentes no texto eram identificadas, estas eram codificadas com o tipo de prática de apoio ali contida. No sentido de conseguir dar suporte conceitual aos achados, buscou-se no referencial de Sarafino (2008) as bases conceituais para discutir a categoria apoio. Para este autor, em momentos de stress são necessários quatro tipos de apoio:

Apoio Emocional – *Emotional or esteem support*: ou Apoio à Auto-estima, refere-se à expressão de empatia, carinho e preocupação em relação à pessoa; à valorização positiva da pessoa, encorajamento e concordância com ideias e sentimentos individuais;

Apoio Instrumental – *Tangible or instrumental support*: consiste na ajuda direta de natureza prática;

Apoio Informativo – *Informational support*: consiste no oferecimento de conselhos, direções, sugestões ou retorno de como a pessoa está se saindo e;

Apoio Presencial – *Companionship support*: consiste na disponibilidade de passar um tempo com a pessoa, proporcionando sentimentos de pertença em um grupo de pessoas que partilham de interesses e atividades sociais.

Tendo separado os discursos textuais classificados nas 4 categorias de apoio descritas por Sarafino (2008) um grupo de unidades de análise não se integrava a nenhuma das categorias anteriores por conter aspectos subjetivos, por se tratar de decisões, intenções íntimas e pessoais dos envolvidos nas situações relatadas. Por isso, estas unidades de texto foram categorizadas, como: **Auto-apoio**.

Auto-apoio: nesta pesquisa, auto-apoio consiste no apoio pessoal para consigo mesmo, enquanto ser humano.

Sendo assim, todo o material a ser sintetizado foi organizado em 4 tipos de apoios à AM e em 5 sub-categorias, apresentadas graficamente na **Figura 07**.

Figura 07 – Tipos de apoiadores e categorias de apoio à manutenção da amamentação

Os resultados desta síntese revelaram que a amamentação é um fenômeno vivenciado de diversas formas pela mãe e pelas pessoas que convivem com ela. Em certos momentos é visualizado como uma coisa boa, um direito do bebê, e que deve ser estendido até quando puder. Em outros, a AM é entendida como uma forma de alimentação econômica ao ser comparada à alimentação com fórmula láctea (SC029), ou é visualizada como fenômeno de exclusão paterna (SC029, PU158).

Nos artigos estudados, além das práticas que favorecem a AM, que são o foco desta pesquisa, também foram encontradas práticas familiares e da rede social que desfavorecem a manutenção da amamentação. Como esta dimensão do fenômeno estudado não está contemplada nos objetivos desta pesquisa, esses achados não foram incluídos nesta síntese.

Como exemplos desses comportamentos que desfavorecem a manutenção da AM, cita-se: obrigar a mãe a amamentar, cuidado fiscalizador (CH032); insistir para amamentar (PU158); deixar a mãe isolada (SC029); se ausentar do recinto sem perguntar o desejo da mãe (EM030); oferecer mamadeira (PU001); sugerir e/ou oferecer fórmula láctea (SC029); não facilitar a conciliação da AM com o trabalho (WS004); ausência do pai nos atendimentos pré-natal (PU158); pai não ajudar na preparação das mamas (SC029); pai competir o seio com o bebê (CH032); entre outras.

A seguir são apresentados os resultados divididos por tipos de apoiadores e suas categorias.

5.1 Práticas da Mãe Apoiadora

Nesses itens estão os resultados dos diversos estudos que destacaram práticas das mães que de alguma forma puderam favorecer estiveram relacionadas com a manutenção da amamentação. Estes dados encontram-se sintetizados na **Tabela 07** e as unidades de texto que encaminharam para esta síntese serão apresentadas de maneira descritiva após esta tabela.

Tabela 07 – Práticas maternas em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio

Categorias	Descrição das Práticas
APOIO EMOCIONAL	Apoiar-se emocionalmente. Manter coragem e ser perseverante. Manter a auto-estima elevada, buscar reconhecer quem são ou serão seus possíveis apoiadores. Sentir orgulho de amamentar! Buscar conversar e trocar experiências com outras mulheres na mesma condição.
APOIO INSTRUMENTAL	Início durante a gestação, participação nas ações educativas (em grupo) e nas consultas do pré-natal. Treinar as posições ensinadas, usar bonecos e as diferentes cadeiras da casa. Após o nascimento deve dedicar tempo ao bebê e à amamentação. Lembrar de pegar água antes de começar a amamentar, e melhor, ter certeza de que todas as facilidades estão à mão. Deve requisitar ajuda em momentos difíceis. Quando a amamentação for mista, a mãe deve tentar descansar enquanto o pai [ou outra pessoa] oferece o alimento ao bebê (ajuda mais requisitada por adolescentes). Dormir em camas separadas, por opção do casal.
APOIO INFORMATIVO	Verbalizar de quais pessoas espera receber apoio. Assim como pedir conselhos para família e amigos. Poder contar seus desejos em relação à maternidade. Adotar um modelo de amamentação para seguir é uma alternativa, embora difícil de achar.
APOIO PRESENCIAL	Passar hora de qualidade com o bebê.
AUTO-APOIO	Manter expectativas realistas, pensar que amamentando está mais próxima do bebê. Manter auto-confiança, desejar o sucesso, manter determinação em continuar amamentando, ser perseverante frente ao isolamento social. Exercer um tipo de apoio pessoal “eu me apoio”. Deve lidar bem com a ansiedade de “voltar logo ao normal”. Deve aprender a lidar com o conflito de querer vs. poder amamentar (quando da volta ao trabalho).

5.1.1 Apoio Emocional

Para a manutenção da AM, a mãe precisa ter e manter coragem, além de ser perseverante (PU104).

É necessário também manter a auto-estima elevada (SO111; PU001), buscar reconhecer quem são ou serão seus possíveis apoiadores (WS004), sentir orgulho de amamentar

It felt good that I breastfed. It made me feel good (PU001, p. 249).

Foi bom que eu amamentei. Isso me fez sentir bem. (Tradução livre do original)

Buscar conversar e trocar experiências com outras mulheres na mesma condição, no estudo em questão isto ocorreu pela participação em programas materno-infantil (SC062).

Ter a segurança, liberdade e possibilidade de acordar o pai à noite quando precisar de ajuda

The most important support was from my husband. I fed at nights in our bedroom and when I felt I couldn't cope. I would wake him and he would help as much as he could (if he hadn't I would have put the baby on to formula much sooner) (SC062, p.1051).

O apoio mais importante veio do meu marido. Eu amamentava na nossa cama à noite e quando eu sentia que não ia aguentar. Eu podia acordá-lo e ele me ajudaria o máximo que conseguisse (se ele não pudesse eu teria colocado o bebê na fórmula [láctea] antes). (Tradução livre do original)

5.1.2 Apoio Instrumental

Como forma de favorecer a manutenção da AM a mãe pode participar das ações educativas em grupo (SO111; SC062), pode dar tempo ao filho e dedicar tempo à AM (SO111).

Lembrar de pegar água antes de começar a amamentar (EM030), e ter certeza de que todas as facilidades estão à mão

Make sure you are relaxed, with “facilities” at hand; i.e., cushions, drink, snack, telephone, TV, etc. (SC060, p. 182).

Tenha certeza de estar relaxada e com as “facilidades” à mão, por exemplo, almofadas, bebida, lanche, telefone, tv, etc. (Tradução livre do original)

Dormir em camas separadas apareceu no relato de um casal como um facilitador da relação conjugal e também para a AM (PU158).

A mãe pode requisitar ajuda em momentos difíceis (LL004).

Em caso de amamentação mista, a mãe pode tentar descansar enquanto o pai [ou outra pessoa] oferece a alimentação ao bebê, (PU104), a ajuda prática para com a AM foi a mais solicitada por mães adolescentes (PU104).

Há informação de uma mãe que considera que ajudou muito participar de ações educativas onde pôde observar explicação de como amamentar utilizando bonecos e depois treinar as posições ensinadas, experimentando diferentes cadeiras em casa e diferentes posições (WS014).

5.1.3 Apoio Informativo

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a mãe pode verbalizar de quais pessoas espera receber apoio (WS004; SO111); assim como pedir conselhos para família e amigos também surgiu como um favorecedor (SO111); bem como poder contar seus desejos sobre a maternidade, como é possível constatar nos discursos a baixo,

[...] Porque no começo fiquei meio nervosa, e a conversa dele me acalmou, me ajudou muito, ele falava, amanhã melhora [...] falava sobre o desejo que eu tinha de ser mãe e isso me dava força [...] (WS004, p. 04).

[...] Também ter uma grande amiga que está sempre do meu lado, principalmente quando sinto que preciso desabafar, conversar [...] (WS004, p. 05).

5.1.4 Apoio Presencial

Uma mãe percebeu que a amamentação lhe permitia passar hora de qualidade com o filho

I just think you are closer to them and you can sit there and give them a bit of time. When you've got others to look after you don't give them the time and that, but I think when you breast feed you are there, you cuddle them close (SC111, p.96).

Eu só acho que você está mais perto dele e você pode sentar lá e lhe dar um pouco de tempo. Quando você tem outros pra cuidar, você não consegue lhe dar tempo [...], mas eu acho que quando você amamenta você está lá, você cuida dele de uma maneira muito próxima. (Tradução livre do original)

5.1.5 Auto-apoio

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a mãe pode manter expectativas realistas (SC060; SC111); pensar que amamentando está mais próxima do bebê (SC111). Emergiu também que adotar um modelo de amamentação para seguir é uma alternativa, embora seja difícil achar um,

I am surprised to find that I hardly know any people who breastfed their babies, so it was difficult to have a role model. I feel that more should be done to encourage mothers to breastfeed at parentcraft classes (SC060, p. 182).

Eu estou surpresa de encontrar, que eu quase não conheço alguém que amamentou seus filhos, então foi difícil encontrar alguém para adotar como modelo. Eu sinto que deve ser feito para encorajar mulheres a amamentar nas aulas com os familiares. (Tradução livre do original)

A mãe pode exercer um tipo de apoio pessoal “eu me apoio”

[...] O apoio da família é importante, e o do profissional também, mas a mulher tem que querer amamentar, então, quando não encontro apoio, eu procuro em mim mesma, eu me dou apoio. Acho que a amamentação está em mim [...] (WS004, p.7).

Uma mãe citou que lembrava da sua mãe amamentando o irmão menor (PU104).

É importante também se manter aberta para receber ajuda. (PU104) Manter autoconfiança (SC111), desejar o sucesso (SC111); manter determinação para continuar amamentando (SC062), ser persistente (WS004), e perseverante frente ao isolamento social (SC111); lidar com as ansiedades, em um dos estudos as mães mais jovens desejaram “voltar logo ao normal” [identificado como “sair/namorar/fumar/beber”] (SC111); é preciso aprender a lidar com conflito: querer vs. poder amamentar, quando da volta ao trabalho (SC111).

5.2 Práticas do Pai Apoiador

Nesse item estão os resultados dos diversos estudos que destacaram práticas do pai relacionados à amamentação que de alguma forma favoreceram a sua manutenção. Os resultados condensados estão apresentados na **Tabela 08**.

5.2.1 Apoio Emocional

Como forma de favorecer a manutenção da AM, o pai pode fornecer apoio emocional (SO111; WS014; WS004) e psicológico (WS004); e pode fazer isso dando atenção à mãe (CH032; WS004), conversando com ela sobre a AM (WS004), ainda na gravidez (SC029).

Outra maneira de apoiar emocionalmente é através da manifestação de afeto (WS004), por exemplo, fazendo carinho (CH032; WS004), na barriga (SC029), acariciando o bebê (SO131); beijando (SC029) e amando a mãe (CH032).

O pai pode buscar acalmar a mãe, ter paciência, manifestar alegria, valorizar a mãe e consolá-la quando for necessário (WS004).

Proferir elogios (PU104; PU158), como podemos conferir no discurso a seguir,

[...] praising her, especially in the presence of relatives [...] (PU158, p.200).

[...] elogiando-a, especialmente na presença dos parentes [...] (Tradução livre do original)

Tabela 08 – Práticas paternas em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.
(Continua)

Categorias	Descrição das Práticas
APOIO EMOCIONAL	Fornecer apoio emocional e psicológico. Dar atenção à mãe, conversar com ela sobre a amamentação desde a gravidez e após o nascimento também. Manifestar afeto, ser carinhoso com a mãe e o bebê. Buscar acalmar a mãe, ter paciência, consolá-la, valorizá-la, manifestar alegria. Proferir elogios. Concordar com a amamentação, apoiar a decisão da mãe, não se colocar contra e, sobretudo, manter a persistência em ser um apoiador. Prover apoio à auto-estima da mãe, valorizando-a enquanto mulher e nutriz. Encorajando-a, principalmente durante períodos de indecisão. Encorajá-la dizendo que sente orgulho da sua atitude de amamentar. Não deve fazer pressão para que a amamentação ocorra.
APOIO INSTRUMENTAL	Participar das consultas pré-natal, participar das ações educativas desde a gravidez. Ajudar na execução dos exercícios de preparação das mamas. Reinvidicar o direito de acompanhar o parto e o direito do seu bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento. Participar das visitas domiciliares do profissional de saúde. Não insistir para a mãe amamentar, não oferecer fórmula láctea. Proporcionar um ambiente favorável à amamentação. Cuidar da mãe, oferecer bons alimentos e líquidos. Ajudar em momentos difíceis. Ajudar a mãe a se posicionar para amamentar, ajudar a posicionar o bebê, ajudar a segurar o bebê. Pode colocar o bebê no colo da mãe para ser amamentado, tirar do colo quando acabar de mamar, limpar o seio da mãe (quando ela estiver cansada). Ajudar a mãe a descansar. Fazer massagens. Participar dos cuidados com o bebê, segurando-o, trocando a fralda, dando banho. Pode acordar de madrugada para acompanhar a mãe. Ajudar na retirada do leite (<i>pumping</i>). Quando a amamentação for mista, o pai pode revezar o oferecimento do outro alimento. Prover ajuda prática dividindo as responsabilidades da família, por exemplo, levar as crianças mais velhas para a escola. Também dividir as tarefas domésticas, como fazer compras e realizar a limpeza em geral. Manter ajuda além das primeiras semanas após o parto. Tentar falar somente quando e somente o que for necessário. Exercitar a flexibilidade das rotinas, possibilitando voltar mais cedo para ajudar a mãe, tentar fazer ajustes no horário de trabalho. Levar o bebê ao trabalho da mãe para ser amamentado.
APOIO INFORMATIVO	O pai pode mencionar que gostaria de se incluir e ser incluído na prática de amamentação do bebê. Prover informações sobre problemas quando necessário, prover ajuda prática, aconselhamento. Manter postura incentivadora. Estimular a amamentação, incentivando que a mãe faça boas refeições e que mantenha boa ingesta hídrica.

Tabela 08 – Práticas paternas em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.
(Conclusão)

Categorias	Descrição das Práticas
APOIO PRESENCIAL	Manter-se próximo à mãe. Pode fazer companhia durante as mamadas, conversar com a mãe durante as mamadas. É permitido olhar, contemplar o bebê e se alegrar disso.
AUTO-APOIO	Reconhecer que a amamentação afetará sua vida. Ainda durante a gravidez, é importante pensar sobre suas expectativas de se tornar pai. Manter expectativas positivas sobre a amamentação e de ser um bom pai. Buscar informações sobre a amamentação. Reconhecer a amamentação como um fenômeno passageiro e que terá muito momentos com o bebê e que participará de alguns aspectos da alimentação do bebê somente depois da amamentação exclusiva. É importante estar aberto para apoiar a mãe, comprometer-se com a amamentação, mantendo-se de prontidão para ajudar, e muito importante. Manter-se disposto a apoiar a amamentação se esta for a decisão da mãe. Manter-se disponível, acessível e favorável. Reconhecer sua capacidade como apoiador. Gostar da amamentação, emocionar-se, sentir-se bem, sentir orgulho e alegria com o bebê sendo amamentado. Manter postura agregadora: “Nosso Pré-natal”, “Nós estamos grávidos”, “Eu vou amamentar”. Exercitar a compreensão frente às necessidades do bebê e da mãe, e às mudanças na relação conjugal.

Também como forma de favorecer a manutenção da AM, o pai pode manter a persistência em ser um apoiador, e ainda concordar com a AM (SO131); apoiando a decisão da esposa (SO131; SO111; PU158) e não se colocar contra a AM (SO111).

I was tempted to give up when I felt too tired to feed. I received encouragement from my partner, telling me how well I was doing (SC060, p. 183).

Eu estava tentada a desistir quando me senti cansada demais para amamentar. Eu recebi incentivo do meu parceiro, me dizendo o quão bem eu estava me saindo. (Tradução livre do original)

Pode prover apoio à auto-estima da esposa, valorizando-a enquanto mulher e nutriz, como é possível visualizar no próximo discurso,

I thrive on praise and I've had a lot (PU104, p. 396).

Eu fui bem sucedida com elogio e eu tinha um monte. (Tradução livre do original)

Encorajando-a (WS014; SC060; PO001), principalmente enquanto estiver indecisa (PU158), encorajando-a dizendo que sente orgulho da sua atitude (EM030),

I can't really do much, all I can do is tell her she is doing a good job and that I'm really proud of her (EM030, p. 153).

Eu não posso fazer muito, tudo o que posso dizer é que ela está fazendo um bom trabalho e que realmente estou orgulhoso dela. (Tradução livre do original)

Não fazer pressão para que a AM ocorra,

[...] my companion allows let me free to decide whether or not to breastfeed [...] (PU158, p. 197).

[...] meu companheiro me permite a liberdade de decidir amamentar ou não [...] (Tradução livre do original)

5.2.2 Apoio Instrumental

Como forma de favorecer a manutenção da AM, o pai pode participar nas consultas pré-natal (WS014; SC029; PU158), participar nas ações educativas desde a gravidez (SC131; SC029).

Pode ajudar na execução dos exercícios de preparação das mamas (SC029).

Reinvidicar seus direitos de acompanhar o parto, e do seu bebê de mamar na primeira meia hora após o nascimento, comportamento que é possível constatar no discurso seguinte,

Eu sei que deve amamentar assim já que nasce, até na hora do parto ela (companheira) pediu [...] eu reclamei com a médica dela, porque quando ele nasceu não colocou logo no peito dela [...] eu acompanhei a cirurgia [...] Depois eu perguntei e ela [médica] veio com uma desculpa que eu não entendi [...] (SC029, p. 361-2).

Estar em casa para participar da visita domiciliária do profissional de saúde (WS014).

Proporcionar ambiente favorável à AM (PU158), prover espaço e tempo para a AM ocorrer (PU001). Não insistir para a mãe amamentar (PU158), não oferecer fórmula láctea (PU001).

Cuidar da mãe (PU158, PU104), oferecer bons alimentos (CH032; SC029), assim como oferecer líquidos durante a AM (WS014).

Como forma de favorecer a manutenção da AM, o pai pode também ajudar em momentos difíceis (WS014). Pode oferecer ajuda para a mãe se posicionar para aleitar, (CH032), ajudar a posicionar o bebê (SC060), ajudar a segurar o bebê (CH032), se houver necessidade.

Pode colocar o bebê no colo da mãe para ser amamentado, tirar o bebê do colo, limpar o seio da mãe quando ela estiver cansada, como verbalizado por um casal participante de um dos estudos sintetizados,

[...] eu é que colocava ela para mamar. Quando ela (companheira) tava cansada [...] eu que pegava ela (filha) e limpava a mama dela (companheira) [...] Ele sempre me acompanhou pra dar de mamar; Ele ajudou muito dar de mamar [...] (SC029, p. 362).

O pai também pode ajudar a mãe a descansar (PU158), e pode fazer isso saindo com o bebê com a intenção de que ela descanse, comportamento passível de constatação pela leitura do discurso seguinte,

Eu até me preocupo com ela, dela dormir. Tem dia que eu saio com ele pra que ela possa descansar. Fico horas com ele fora, pra ela poder descansar (CH032, p. 197).

Pode também prover apoio prático (SO111), massagear os seios (SC029), massagear as costas (PU158).

Participar do cuidado do bebê (WS004; PU158), segurando-o (SO131), inclusive para arrotar (PU158), trocando a fralda (SO131; WS014), dando banho (WS014), comportamentos evidentes nos discursos a seguir,

[...] the support a father can offer is to help [...] with the children, household chores [...] holding the baby to burp, changing nappies when the baby is dirty, looking after the baby so the mother can take a nap (PU158, p. 201).

[...] o apoio que um pai pode oferecer é ajudar [...] com as crianças, afazeres domésticos [...] segurando o bebê para arrotar, trocar fraldas quando o bebê estiver sujo, cuidar do bebê para a mãe poder tirar um cochilo. (Tradução livre do original)

If you want to bond with your child, give it a bath, it's great. You don't have to feed a baby to bond with it (WS014, p. 371).

Se você quiser se vincular com a sua criança, lhe dê um banho, é ótimo. Você não precisa alimentar um bebê para se vincular a ele. (Tradução livre do original)

Ajudar na retirada do leite – *pumping* (PU001). Acordar de madrugada para auxiliar a mãe (CH032) também foi um comportamento do pai, que foi encontrado nos resultados de estudos sintetizados e que pode favorecer na manutenção da AM.

I used to wake up at dawn with my wife [...] sat on the bed, looking at the baby being breastfed [...] placed the baby on my shoulder to make it burp [...] (PU158, p. 200).

Eu costumava acordar de madrugada com minha mulher [...] sentar na cama, olhando para o bebê sendo amamentado [...] colocar o bebê no meu ombro para fazê-lo arrotar [...]. (Tradução livre do original)

No caso da amamentação mista, o pai pode revezar o oferecimento da mamadeira com a mãe, se essa for a opção de alimentar o bebê (CH032; PU158).

He was so pleased and proud that he could give her a bottle feed when he came home from work, before he went to bed. I could actually sit there and she was getting fed and I could have a break as well. Strange isn't it? I don't feel so tied down that way but I still want to breastfeed (PU104, p. 394).

Ele ficava tão feliz e orgulhoso de poder dar a ela uma mamadeira quando ele chegava do trabalho, antes de ir para a cama. Eu podia realmente sentar-me lá e ela [a filha] estava sendo alimentada e eu podia ter um intervalo. Estranho, não é? Desse jeito eu não me sinto tão amarrada, mas eu ainda quero amamentar. (Tradução livre do original)

Também como forma de favorecer a manutenção da AM, o pai pode prover ajuda prática (PU001), dividindo responsabilidades da família (PU104), por exemplo, pode levar a(s) criança(s) mais velha(s) para a escola (WS004). Também pode dividir as tarefas domésticas (PU158), como fazer compras, realizar limpeza em geral (*doing the washing*) (WS014).

Assim como é importante manter ajuda além das primeiras semanas após o parto (PU001), manter-se próximo à mãe (CH032), falar somente quando e o que for necessário,

[...] eu tinha até receio de falar alguma coisa e de ao invés de estar beneficiando estar prejudicando [...] (SC029, p. 361).

[...] não opinava muito para não sugerir uma coisa errada [...] (SC029, p. 362).

O pai também pode cuidar da criança para a mãe fazer algo, evidenciado no discurso a baixo,

[...] Tem que chegar de tal hora pra mim segurar ela [bebê] enquanto ela (mãe) faz alguma coisa, toma banho (CH032, p. 199).

Uma alternativa evidenciada foi exercitar a flexibilidade das rotinas possibilitando voltar mais cedo para casa para ajudar a mãe (CH032), outra requerida por um pai foi fazer

ajustes no horário de trabalho, e em outro exemplo o pai interrompeu suas atividades laborais, como é possível constatar pelo discurso seguinte,

[...] my husband took leave from his job, and stayed with me while I was breastfeeding [...] (PU158, p. 200).

[...] meu marido saiu do trabalho, e ficou comigo enquanto eu amamentei [...]
(Tradução livre do original)

Outra possibilidade experimentada por um casal foi dormir em camas separadas (PU158).

Outra prática executada pelos pais na tentativa de manter a AM por mais tempo possível foi levar o bebê até o trabalho da mãe para que fosse amamentado

She [his wife] had to write a film script once, and she was gone until [...] four in the morning, and I ended up driving across town in the middle of the night, in the middle of winter, with this screaming kid at three in the morning because I couldn't take it any more, and Kaitlin [his daughter] obviously couldn't take it any more either. She just wouldn't accept food, accept a bottle, or accept anything but her mother (SO131, p. 360).

Ela [sua esposa] teve que escrever um roteiro de cinema uma vez, e ela foi até [...] quatro da manhã, e eu acabei dirigindo pelo meio da cidade no meio da noite, no meio do inverno, com esta criança escandalosa às três da manhã porque eu não aguentava mais, e Kaitkin [sua filha] obviamente, também não aguentava mais. Ela simplesmente não queria aceitar comida, uma mamadeira, ou qualquer outra coisa a não ser a mãe dela. (Tradução livre do original)

Ele levava o menino até onde eu trabalhava para ele poder mamar [...] (SC029, p. 362).

5.2.3 Apoio Informativo

Como apoiador, o pai pode dizer que gostaria de se incluir e ser incluído na prática da amamentação do bebê (WS014). Prover informações sobre problemas quando necessário, prover ajuda técnica, prover aconselhamento (PU001).

Pode também manter postura incentivadora

I was able to be more supportive, to help her when she was getting stressed, encouraged her and kept her going with the breast feeding as she didn't want to give bottles (WS014, p. 376).

Eu fui capaz de ser apoiador, de ajudá-la quando ela estava estressada, encorajando-a e mantendo-a com a amamentação até quando ela não quis dar mamadeira. (Tradução livre do original)

O pai também pode estimular a AM, incentivando que a mãe faça boas refeições e mantenha boa ingesta hídrica, como é possível constatar pela leitura dos próximos discursos,

Eu estimulo, como também procuro contribuir para que tudo saia bem [...] incentivar ela a comer frutas, verduras, legumes pra que tenha bastante leite, né? (CH032, p. 197).

Eu conversei [...] para ela se alimentar bem para ter bastante leite para a menina mamar até quando fosse necessário [...] Tomar muito líquido, muito suco para gerar mais leite [...] (SC029, p.361).

5.2.4 Apoio Presencial

Com o intuito de favorecer a manutenção da amamentação o pai pode estar presente. Pode fazer companhia durante as mamadas (EM030; SC029; PU158), conversar com a mãe durante as mamadas,

It was great when my mate came round and we just talked whilst I was feeding. It felt really natural (EM030, p. 152).

Foi ótimo quando meu companheiro ficava por perto e a gente apenas conversava enquanto eu estava amamentando. Isto foi realmente natural. (Tradução livre do original)

É permitido olhar (PU158) e contemplar o bebê mamando, e se alegrar disso

[...] depois que nasceu [...] fiquei [...] só olhando [...] Achava bonito ele mamando [...] tudo era novidade [...] (SC029, p. 361).

5.2.5 Auto-Apoio

Auto-apoio do pai no sentido de suas elaborações pessoais e relativizações sobre a nova situação vivenciada,

[...] I realized I would breastfeed [...] in the sense of providing support, staying close, helping in whatever possible. That is why I insist in saying I am going to breastfeed (PU158, p. 198).

[...] eu percebi que iria amamentar [...] no sentido de prestar apoio, ficando próximo, ajudando com o que fosse possível. É por isso que eu insisto em dizer eu vou amamentar. (tradução livre do original)

Como forma de se tornar um apoiador da AM o pai necessita reconhecer que a AM afetará sua vida, pensar sobre suas expectativas de se tornar pai, ainda durante a gravidez (SO131), manter expectativa de ser um bom pai (PU158; SO131), manter expectativas positivas sobre a AM (SO131), comportamento possível de ser observado no seguinte discurso,

[...] I hope to be [...] good at being pregnant, good at the puerperal period and I hope to do a good job at breastfeeding (PU158, p. 198).

[...] eu espero ser [...] bom durante a gravidez, bom no período puerperal, e eu espero fazer um bom trabalho na amamentação. (Tradução livre do original)

O pai pode buscar informações sobre a AM (SO131; SC029). Também reconhecer que a AM é evento passageiro e transitório, que terá muitos momentos com o bebê (PU158), e que participará de alguns aspectos da alimentação do bebê somente depois da AME (SO131).

O pai pode abrir-se para apoiar a mãe (LL004; WS014), comprometer-se com a AM (SO131), mantendo-se de prontidão para ajudar (WS014; SC062), e muito importante, manter-se aberto para aprender sobre a AM

[...] participating [...] in caring for the baby [...] But I feel that sometimes I won't know what to do. So, I expect my wife to tell me and teach me [...] She should not be subtle because I may or may not understand (PU158, p. 201).

[...] participando [...] no cuidado com o bebê [...] Mas eu senti que às vezes eu não saberei o que fazer. Então, eu espero minha esposa me dizer e me ensinar [...] Ela não deve ser sutil porque eu posso ou não entender. (Tradução livre do original)

Acima de tudo o pai pode manter-se disposto a apoiar a AM se esta for a decisão da mãe (SO131).

Manter-se disponível, acessível e favorável. (LL004) Dedicar tempo (PU158).

Reconhecer sua capacidade como apoiador

I was able to be more supportive, to help her when she was getting stressed, encouraged her and kept her going with the breast feeding as she didn't want to give bottle. (WS014, p. 376).

Eu fui capaz de ser mais apoiador, de ajudá-la quando ela ficou estressada, encorajando-a e fazendo-a manter a amamentação até quando ela não quiser oferecer mamadeiras. (Tradução livre do original)

É permitido encantar-se com o filho sendo amamentado (SO131). Emocionar-se com a AM. Gostar da AM, sentir-se bem com a AM, ter orgulho e sentir alegria com o filho sendo aleitado,

Ele gosta [...] ama [...] Ele sente bem, feliz [...] A gente sente uma emoção [...] Eu via nele alegria [...] Sentia [...] orgulho do meu primeiro filho sendo amamentado pela própria mãe dele [...] meu marido ficava olhando [...] abestalhado (SC029, p. 362).

Manter postura diferenciada, agregadora. “Nosso” pré-natal, “nós estamos” grávidos, “eu vou amamentar”, oferecendo apoio, permanecendo perto, ajudando no que for possível, como pode-se comprovar nos discursos seguintes

[...] *our prenatal care* [...] *we are pregnant* [...] (PU158, p.197).

[...] nosso pré-natal [...] nossa gravidez [...]. (Tradução livre do original)

[...] *I realized I would breastfeed* [...] *in the sense of providing support, staying close, helping in whatever possible. That is why I insist in saying I am going to breastfeed* (PU158, p.198).

[...] eu percebi que eu devia amamentar [...] no sentido de prover apoio, permanecer perto, ajudar com qualquer coisa possível. Por isso eu insisto em dizer: Eu vou amamentar. (Tradução livre do original)

Exercitar a compreensão frente às necessidades da criança e de sua esposa, e as mudanças na relação conjugal

Eu procurei entender [...] também, compreender, né? Nessa pergunta aí a palavra-chave, eu acredito que é compreensão. Vê não somente o meu lado, vê o lado dela (companheira), o lado da criança [...] (CH032, p. 200).

5.3 Práticas da Avó Apoiadora

Nesses itens estão os resultados dos diversos estudos que destacaram comportamentos da avó relacionados ao aleitamento materno e que de alguma forma favoreceram a sua manutenção. Os resultados condensados deste item estão apresentados na **Tabela 09**.

Tabela 09 – Práticas da avó em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.

Categorias	Descrição das Práticas
APOIO EMOCIONAL	Prover apoio emocional. Valorizar e incentivar a amamentação reafirmando que a mãe está fazendo algo bom. Encorajar outras mães a amamentar, além da filha.
APOIO INSTRUMENTAL	Pode acompanhar o parto e também permanecer junto no estabelecimento da amamentação. Participar da visita domiciliária do profissional de saúde. Fornecer ajuda prática, ajudando a posicionar o bebê, ajudando nos cuidados com o bebê e, se possível cuidando do bebê quando do retorno da mãe ao trabalho. Pode compartilhar tarefas de cuidado do bebê.
APOIO INFORMATIVO	Compartilhar seus conhecimentos com a filha. As avós que já amamentaram devem prover aconselhamentos.
APOIO PRESENCIAL	Pode acompanhar o parto, permanecer no período pós-parto e puerpério. Momento em que, pari passo, comumente realiza o apoio instrumental.
AUTO-APOIO	Manter-se aberta para aprender mais sobre a amamentação e mudar atitudes.

5.3.1 Apoio Emocional

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a avó pode prover apoio emocional (SC111). Encorajar outras mulheres a amamentar, além da filha (SC060), incentivando AM, reafirmando que a mãe está fazendo algo bom

If a woman had a good support person who wanted her to continue to breast feed (her mother [...]) she was usually reassured and encouraged to continue breast feeding on demand (SC111, p. 97).

Se a mulher tinha uma boa apoiadora que desejasse que ela permanecesse amamentando (sua mãe [...]) ela, normalmente, era tranquilizada e encorajada a continuar a amamentando por livre demanda. (Tradução livre do original)

5.3.2 Apoio Instrumental

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a avó pode acompanhar o parto e também permanecer junto no estabelecimento da AM (EM020). Participar da visita domiciliária do profissional de saúde quando possível (WS014).

Pode cuidar da mãe (PU104), fornecendo ajuda prática (PU001; SC111), ajudando a posicionar o bebê (LL004; SC060), ajudando nos cuidados com o bebê e, se possível, cuidando do bebê quando a mãe precisar trabalhar (EM020). Compartilhando tarefas neste exemplo, revezando o oferecimento de mamadeira na AM mista (PU104).

Outra forma de favorecer a amamentação pela prática da avó é desta compartilhar seus conhecimentos com a filha, atitude que sofre direta influência da microcultura familiar

[...] ensinei ela a cuidar, né?! Que ela não sabia [...] ensinei ela a botar no peito, porque tudo isso a primeira vez as mãe tem obrigação de ensinar (LL004, p. 19).

Do mesmo jeito que eu criei ela, ela tá criando a menina (LL004, p. 19).

5.3.3 Apoio Informativo

Através de aconselhamento das avós que já amamentam

My Mum gave me verbal comments and guided me (PU104, p. 397).

Minha mãe fez comentários e guiou-me. (Tradução livre do original)

5.3.4 Apoio Presencial

Permanecendo junto no parto, no período pós-parto, e puerpério. Momento em que pari passo comumente realiza o Apoio Instrumental (EM020; WS014).

5.3.5 Auto-Apoio

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a avó pode manter-se aberta para aprender mais sobre a AM e mudar atitudes, neste exemplo, a avó ajudou na AM do segundo neto porque tinha mais conhecimento,

Plenty of people of my generation gave up breast feeding because they felt they didn't have enough milk so they gave bottles, but now I understand more about breast feeding. I was more supportive this time, with more emphasis on supply and demand – feed more often and there will be more milk (WS014, p. 376).

Muitas pessoas da minha geração desistiram da amamentação porque elas achavam que não tinham leite suficiente, então elas deram mamadeira, mas agora eu entendo mais sobre a amamentação. Eu fui mais apoiadora desta vez, com mais ênfase na oferta e na demanda – amamente mais vezes e haverá mais leite. (Tradução livre do original)

5.4 Práticas da Rede Social Apoiadora

É importante ter mãe, avós e amigas apoiadoras (SC111). Nesse item estão sintetizados os resultados dos diversos estudos que destacaram comportamentos da rede social que relacionaram-se com a amamentação e que de alguma forma favoreceram a sua manutenção. Os resultados condensados deste item estão apresentados na **Tabela 10**.

5.4.1 Apoio Emocional

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social da mãe pode prover apoio emocional (WS014; EM030), como podemos observar neste discurso,

Minha sogra [...] é como se fosse minha mãe. [...] Ela é ótima, me dá apoio emocional e ajuda no dia-a-dia [...] (WS004, p.05).

Deve acolher a mãe e o bebê

Quando cheguei em casa, foi maravilhoso! Eu e minha filha tivemos muito amor, nos receberam com muito carinho [...] me senti acolhida [...] (WS004, p. 05).

Tabela 10 – Práticas da rede social em 5 categorias de apoio à amamentação: emocional/instrumental/informativo/presencial/auto-apoio.

Categorias	Descrição das Práticas
APOIO EMOCIONAL	Prover apoio emocional. Acolher a mãe e o bebê. Proferir comentários favoráveis, parabenizar a mãe pelo resultado obtido, assim como (re)afirmar que dificuldades podem fazer parte do processo e que isso é, relativamente comum. Verbalizar encorajamento. Incentivar a adoção de posição confortável para amamentar. Não proferir comentários que façam a mãe sentir culpa ou inadequação, não ter atitude de julgamento. Valorizar as tentativas. Incentivar o cuidado pessoal da mãe, o seu descanso e seu relaxamento.
APOIO INSTRUMENTAL	Fornecer apoio social. Manter-se disponível para ajudar. Prover espaço e tempo. Favorecer a adaptação do ambiente doméstico. Pode ajudar a cuidar (<i>babysiting</i>) do bebê. Não sugerir o uso de mamadeira, não oferecer fórmula láctea. Prover apoio prático, realizar atividades de cuidado, como trocar fraldas, ajudar a posicionar o bebê. Pode oferecer água durante a mamada, pode ajudar na retirada do leite (<i>pumping</i>). Levar a criança mais velha para a escola, ajudar nos cuidados com o bebê. Prover ajuda do dia-a-dia. Manter ajuda além das primeiras semanas pós-parto. Ajudar a mãe a amamentar quando for necessário e estiver fora de casa, principalmente em locais públicos. Proporcionar confiança e conforto se a opção da mãe for amamentar de forma mista.
APOIO INFORMATIVO	Fornecer apoio verbal na forma de aconselhamento. Identificar-se como possível apoiadora. Dar dicas práticas, explicações de como lidar com dor nos mamilos, fissuras, engurgitamento e a retirada do leite. Incentivar a amamentação e não obrigá-la. Evitar cobrança.
APOIO PRESENCIAL	Realizar visita social, desempenhar atitudes favoráveis, manifestar amor e carinho. Disponibilizar tempo para ouvir a mãe. Manter-se perto para conversar. Permanecer junto.
AUTO-APOIO	Manter expectativas positivas sobre a ocorrência da amamentação.

Os integrantes da rede social podem proferir comentários favoráveis (SC111) e parabenizar a mãe pelo resultado obtido, assim como (re)afirmar que é, relativamente comum, que a mãe enfrente dificuldades no processo da AM (SC060).

Verbalizar o encorajamento (EM030; PU001). No caso de adolescentes, evidenciou-se como importante o encorajamento de outra mãe adolescente

We worked together this summer and even when I didn't want to pump, she said pump, so you supply more for him and all this stuff, so she really helps me out a lot (PU001, 249).

Nós trabalhamos juntas nesse verão e quando eu não queria tirar o leite, tire, ela dizia, assim você fornece mais pra ele e todas essas coisas, então ela realmente me ajuda muito. (Tradução livre do original)

Mães podem encorajar outras mães e incentivar a adoção de posição confortável para amamentar (SC060).

A mãe também pode ter alguém, de preferência, com experiência para ouvir e conversar (WS004), alguém que transmita confiança

It's important to have somebody there, I think, encouraging you all the time. Even, if it is not your partner maybe a Mum or somebody can be helpful (SC111, p. 97).

É importante ter alguém aqui, eu penso, encorajando você todo o tempo. Mesmo, se não for seu companheiro talvez uma mãe ou alguém que possa ser útil. (Tradução livre do original)

Os integrantes da rede social não devem proferir comentários que façam a mãe sentir culpa ou inadequação (SC060), ou ter atitude de julgamento

I think that you always feel that you're being watched to see whether you're able to look after your baby. It puts you in a position of being so nervous about whether you're doing it right 'cause the older people are looking at what you're doing. They don't expect you to be able to do it because you're so young (PU104, p. 394).

Eu acho que você sempre se sente sendo observada para ver se você é capaz de cuidar do seu bebê. Isso coloca você numa posição de nervoso sobre se você está fazendo certo porque as pessoas mais velhas ficam olhando o que você está fazendo. Elas não esperam que você seja capaz de fazer isso porque você é tão jovem. (Tradução livre do original)

Em outra frente, os integrantes da rede social podem valorizar as tentativas

People saying 'it's really good feeding your baby' ... friends and family ... it make's me feel proud (EM030, p. 152).

As pessoas dizendo: é muito bom amamentar seu bebê ... amigos e família ... isso me fez sentir orgulhosa. (Tradução livre do original)

Incentivar o cuidado pessoal da mãe, seu descanso, seu relaxamento (SC060).

5.4.2 Apoio Instrumental

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social da mãe pode proporcionar estabilidade social e fornecer apoio social (SC111). Manter-se disponível para ajudar (WS004). Prover espaço e tempo (PU001).

I wanted someone to sit down with me and show me what to do and help me when it wasn't working. It was all sort of, "do it like this" and then off (SC060, p. 182).

Eu queria que alguém sentasse comigo e me mostrasse o que fazer e me ajudasse quando não tivesse dando certo. Todas as ajudas foram do tipo "faça assim" e depois a pessoa ia. (Tradução livre do original)

Os integrantes da rede social podem favorecer a adaptação do ambiente doméstico, no caso da família receber mais alguém para ajudar nos cuidados com a mulher e com o bebê e/ou com a casa (LL004).

Integrantes da rede social também podem cuidar (*babysiting*) do bebê (WS014; WS004).

Não sugerir o uso de mamadeira (SC060), não oferecer fórmula láctea como recursos para alimentar a criança (PU001).

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social pode prover apoio prático (WS014; EM030; PU001), realizando atividades de cuidado, como trocar fraldas (WS014), mostrar como posicionar o bebê (SC060), ajudar a posicionar o bebê (SC060; PU001). Podem oferecer água durante a mamada (EM030), podem ajudar na retirada do leite [*pumping*] (PU001).

Outra forma de apoiar de maneira prática é levar a(s) criança(s) mais velha(s) para a escola, assim como ajudar nos cuidados do bebê (WS004). Assim como também prover ajuda no dia-a-dia, como é possível constatar nos dois próximos discursos,

(...) e saber que tem alguém para contar dá tranquilidade, alguém que ajude a cuidar do bebê, dar banho, arrumar a casa, a comida, a levar as crianças na escola (WS004, p. 07).

Eu tenho apoio, um vai lá adianta uma comida, outro ajeita uma coisa na casa e eu não preciso parar de amamentar, posso ficar com ela até que fique satisfeita (WS004, p. 05).

A rede social pode manter ajuda tardia, ou seja, além das primeiras semanas (SC060; PU001).

A amamentação em público emergiu como um dos determinantes da manutenção da AM. Ora com embaraço da mulher e familiares (SC111; PU104; WS014; PU158), ora de forma tranquila (WS014; PU158), como fica evidente nos discursos,

[...] I never felt bad when my wife breastfed in public. At those moments she is not a woman. She is a mother. What is seen is not the breast of a woman (PU158, p. 200).

[...] eu nunca me senti mal quando minha esposa amamentava em público. Naqueles momentos ela não era uma mulher. Ela era uma mãe. O que se vê não é o seio de uma mulher. (Tradução livre do original)

[...] the situation is quite different between a breast-feeding woman and another who merely shows her breasts in public (PU158, p. 200).

[...] a situação é bem diferente entre uma mulher que amamenta e outra que meramente mostra seus seios em público. (Tradução livre do original)

A maioria das mulheres de um estudo manifestaram desejo de levar uma cabine para amamentar em público (PU158), uma forma encontrada por uma família para ajudar a dar de mamar em público foi formar uma “barricada” (PU104).

A rede social também pode proporcionar confiança e conforto no caso da opção da mãe ser amamentar o bebê de forma mista

She made me feel very comfortable and confident that I could continue breastfeeding with bottle-feeding, to assure me that Joe was getting enough (SC060, p. 183).

Ela me fez sentir muito confortável e confiante de poder continuar amamentando no peito com mamadeira, para assegurar que Joe estava recebendo o suficiente. (Tradução livre do original)

5.4.3 Apoio Informativo

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social pode fornecer apoio verbal (LL004), na forma de aconselhamento (PU001).

Os integrantes da rede social podem se identificar como possíveis apoiadores (WS004).

Podem dar dicas práticas, explicações de como lidar com dor nos mamilos, fissuras, engurgitamento e a retirada do leite (SC060; PU001).

Incentivar a AM e não obrigá-la. Evitar cobranças (LL004).

E não pressionar a escolha do método de alimentação do bebê (SC060).

5.4.4 Apoio Presencial

Os integrantes da rede social também podem realizar uma visita social à mais nova mãe e seu bebê, bem como, manifestar amor e carinho (WS014).

Disponibilizar tempo para ouvir a mãe (SC060; WS004). Manter-se perto para conversar

É alguém para estar com você quando mais precisa, com experiência de vida, que escute e converse dando apoio emocional e psicológico (WS014, p. 07).

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social pode desempenhar atitudes favoráveis (SC111), por exemplo, e que gerem conforto emocional para a mãe

Minhas irmãs sempre estão admirando ela, isso me ajuda bastante, eu me sinto mais confiante de ter alguém comigo (WS004, p. 05).

5.4.5 Auto-Apoio

Como forma de favorecer a manutenção da AM, a rede social pode manter expectativas positivas sobre a ocorrência da AM (SC111).

5.5 Comportamentos do Bebê

Além das práticas dos membros familiares já descritas, também foram encontrados alguns comportamentos do bebê que influenciaram a manutenção da amamentação. Tais comportamentos não foram incluídos na classificação de apoio apresentada anteriormente, por não se tratarem de práticas elaboradas, entretanto é importante que sejam apresentados.

O temperamento do bebê, exemplificado pelo choro e pela fome, é sempre avaliado por comparação com uma criança do mesmo ciclo social. Quando o bebê chora mais do que o normal (SC111), ou se ele está sempre com fome, o do bebê que “mama toda hora”, e requer uma frequência maior de mamadas, pode impactar na desgaste físico da mãe e influenciar desfavoravelmente na manutenção da amamentação (SC111; PU104).

Nesse sentido, a segurança do bebê ficar saciado reforça a auto-estima da mãe de estar fazendo a coisa certa e de uma forma certa.

Em uma afirmação, uma mãe adolescente relatou que seu bebê ajudava porque não tinha problema, o que permitiu com que ela amamentasse de forma tranquila.

He didn't have no trouble (PU001, p. 249).

Ele não tinha problema. (Tradução livre do original)

6. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa buscou-se identificar e sintetizar evidências de que determinadas práticas de membros da família e da rede social estão relacionadas à manutenção da amamentação. E em posse dos resultados, buscou-se discuti-los à luz das propostas teóricas da Promoção da Saúde, sob a perspectiva da Promoção do Desenvolvimento Infantil.

O maior número de estudos sobre a participação da família e da rede social registrado nos últimos 5 anos denota que o debate sobre esta temática vem se consolidando substancialmente na área da saúde como uma abordagem que mostra-se efetiva em fortalecer a manutenção da amamentação.

Há uma vasta literatura nacional e internacional evidenciando que o leite humano é a mais benéfica escolha para a alimentação de bebês nos primeiros meses após o nascimento. A amamentação é considerada de forma inconteste como o elemento-chave para a proteção e promoção da saúde e como estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, nos quais as condições de saúde e a qualidade de vida [de uma parcela da população] são precárias.

Os resultados desta pesquisa corroboram com os de outros estudos ao encontrar a amamentação envolvida em um complexo contexto onde determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos interagem influenciando sua ocorrência (Groleau, Soulière, Kirmayer, 2006; Stefanello, 2008; Grassley, Eschiti, 2008; Thurlier, Mercer, 2009).

Tais resultados evidenciam que as práticas da família e da rede social são importantes na manutenção da AM, sendo o pai, seguido da avó, os membros familiares com práticas de apoio mais bem estudadas.

A mãe também surge como protagonista importante do processo. Seja dando apoio a si mesma, através dos seus pensamentos positivos e seu auto-controle; seja assumindo responsabilidades, mantendo postura aberta, dialogando com as pessoas, solicitando ajuda quando necessário, verbalizando o que espera receber como ajuda e de quem. Postura

importante que deve ser trabalhada com a mãe desde o pré-natal. *De quem ela quer ajuda? E com quem ela acredita que poderá contar?*

Apesar da ampla divulgação dos benefícios – para a saúde do bebê e da mãe, para a família, para a sociedade – de alimentar o bebê nos primeiros meses somente com leite materno, e mesmo acreditando que o leite materno é o melhor alimento para o bebê, nem todas as mães amamentam pelo período de tempo recomendado.

É possível que essa recomendação não seja seguida porque, embora, muitas vezes o processo de alimentação ocorra de forma rotineira na vida das pessoas, ele não é instintivo e sim, construído! Além de construído, é aprendido e negociado nas relações interpessoais, imbricado em um complexo sistema crenças, valores, opiniões, mitos, aprendizados, que interagem simultaneamente (Stefanello, 2008). Sendo o desenvolvimento da AM fortemente influenciado pela culturalidade (Ichisato, Shimo, 2001; Groleau, Soulière, Kirmayer, 2006; Grassley, Eschiti, 2008; Thulier, Mercer, 2009).

Concordamos com a opinião de Teixeira et al. (2006) de que uma parcela da sociedade tem visto a amamentação sob uma lógica diferenciada, transcendendo a dimensão biológica da amamentação.

Ainda que esse olhar ampliado não seja compartilhado por toda a sociedade, as mães continuam sendo protagonista de sua história, onde a amamentação é mais que um processo de somente dar o próprio leite ao bebê (Souza, Souza, Tocantins, 2009).

Alimentar o bebê não é uma mera atividade biológica, está imbricado de um conjunto de significados e emoções que transcendem a pura necessidade de nutrir (Ramos & Stein, 2000; Ichisato, Shimo, 2001; Rotenberg, De Vargas, 2004; Castro et al., 2008).

O leite materno carrega consigo aspectos biológicos e naturais, além de elementos das representações simbólicas que ditam as relações maternas em cada sociedade (Stefanello, 2008).

Logo, observar a amamentação como um fenômeno mais amplo, implica em abrir-se para uma realidade que transcende a dimensão biológica, não se restringindo às orientações clássicas sobre vantagens e técnicas para amamentar. E sim incorporando na avaliação do cenário onde ocorrerá a amamentação a busca pelo entendimento de que esta é uma

prática social que recebe influência tanto da natureza quanto da cultura, em um determinado contexto. Fenômeno que tem uma intencionalidade e que pode receber ajuda de pessoas do ciclo social, auxiliando durante sua ocorrência (Souza, Souza, Tocantins, 2009).

A síntese dos 14 artigos que compuseram esta pesquisa evidenciaram que o debate acadêmico que inclui a família e a rede social como fortalecedores no processo de amamentação concentra-se nas publicações de enfermagem e médicas, como já observado por outros pesquisadores (Bar-Yan, Darby, 1997).

Desperta atenção o fato de que nenhum artigo desta amostra foi publicado em periódico especializado em estudo de família. E também desperta atenção o fato de que nesta pesquisa onde se aborda compartilhamentos, parcerias, ajudas para a manutenção da AM, curiosamente, todos os estudos que integram a amostra foram produzidos em parcerias.

Sobre os anos em que os artigos foram publicados, percebe-se que houve uma pequena inclusão da família no debate acadêmico em torno da amamentação na década de 1990, que se intensificou na primeira década do século XXI, principalmente na enfermagem da família, embora um grupo de autoras pontue o enfoque [desses estudos] dirigido ao processo saúde-doença (Marcon et al., 2006).

O fato da grande maioria dos artigos virem de publicações de países desenvolvidos e no idioma inglês já era um fato esperado, considerando este o idioma mais utilizado pela comunidade científica internacional. Além do fato dos periódicos importantes serem originários de países onde esse idioma é oficial. A ocorrência de quatro artigos publicados em português e por pesquisadores brasileiros denota o esforço de compreensão da amamentação na comunidade acadêmica nacional.

Ressalta-se a publicação de um artigo de pesquisadoras e participantes brasileiras, publicado em inglês em um periódico internacional. Embora reconheça-se a necessidade de divulgar os resultados de estudos brasileiros para a comunidade científica internacional. Esta prática dificulta ao leitor brasileiro o acesso a esse conteúdo, considerando os limites de idioma para uma parcela dos leitores, e o acesso à bases de dados eletrônicas internacionais.

O que, por sua vez, retira do profissional brasileiro a oportunidade de ter contato com uma importante leitura.

A ocorrência de um periódico em especial foi marcante. Três artigos foram publicados no periódico escocês *Midwifery*. Esta é uma importante publicação no âmbito da enfermagem e da obstetrícia internacional.

Os artigos que compõem a amostra desta pesquisa foram selecionados rigorosamente através do QARI e tiveram pontuação mínima de 7, num total 10 possíveis pontos. Os estudos que obtiveram a maior pontuação foram desenvolvidos por pesquisadores brasileiros, e ressalta-se que foram os que melhor descreveram os cuidados metodológicos, inclusive no que tange os requisitos éticos para o desenvolvimento de estudos com participação de seres humanos.

Entretanto, fundamentado na conceituação de Sandelowski (2004) de que dados importantes podem não ser incluídos nas sínteses de estudos qualitativos, devido ao rigor dos critérios de seleção. Decidiu-se por incluir o artigo EM020 por avaliar o teor dos resultados e considerá-los importantes para esta pesquisa, mesmo não havendo fidedignidade no número de participantes do estudo.

Quanto as metodologias utilizadas para o desenvolvimento dos estudos sintetizados, constata-se que a maioria (09) dos estudos utilizaram multimétodos como estratégias para alcançar seus objetivos. Relaciona-se esta opção como recurso estratégico para alcançar a diversidade dos dados qualitativos (Pope, Mays, 2009).

Ao observar a ocorrência das nacionalidades dos participantes dos artigos aqui sintetizados, constatou-se que os estudos com participantes ingleses tiveram o maior número, seis artigos, sendo três deles publicados nos EUA. Na sequência vieram os estudos com participantes brasileiros, evidenciando a atenção de pesquisadores destes dois países na tentativa de produzir conhecimentos que impactem no fornecimento de apoio familiar para a amamentação.

Mostra-se interessante tantos estudos com participantes ingleses. Pois este é um dos países com as mais baixas taxas de AM (Database, 2010; Battersby, 2010). Em face de este problema, entende-se a preocupação de tantos pesquisadores ingleses na produção de

conhecimentos para o apoio à amamentação. Em contrapartida o Brasil vivencia situação mais favorável e ainda se mantém atuante na produção de conhecimentos neste campo (Database, 2010).

À análise dos participantes dos artigos mostra que na maioria (09) destes têm mães como participantes. Entende-se esta escolha, por compreender que a amamentação é um fenômeno que na dimensão física é exclusivamente feminino, o que torna “suas vozes” singulares e necessárias.

Outros participantes foram pais, avós, amigas, e outros integrantes da rede social da mãe. A diversidade de sujeitos pesquisados mostra que os resultados apresentados derivam do “conjunto” dos envolvidos no processo de AM.

Encontramos uma quantidade significativa de artigos com a participação do pai como respondente, lhes fornecendo a possibilidade de compartilhar seus pontos de vista, suas reflexões, dando “voz” ao que o pai pensa sobre a amamentação, exercitando o olhar sobre a amamentação para além da exclusividade feminina.

Em um número menor de estudos aparecem os familiares e a rede social como participantes. Nesta amostra, os primeiros estudos a convidarem familiares a compartilharem seus conhecimentos sobre a AM foram publicados em 2004, um no Brasil (na Acta Scientiarum Health Sciences) e outro na Escócia (no Midwifery).

A síntese dos artigos evidenciou que amamentar não é um ato simples, é um fenômeno complexo que compreende uma rede de determinantes biológicos, psicológicos e sociais, extrapolando o simples desejo de cada mulher. Achados que corroboram com resultados de pesquisas anteriores que evidenciaram a forte influência da família e do meio social neste complexo fenômeno social (Oliveira, 2004; Rotenberg, De Vargas, 2004).

As práticas alimentares e práticas de cuidado com o bebê são permeadas pelo aprendizado construído na infância, construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural (Rotenberg, De Vargas, 2004).

6.1 A Família e a Rede Social Apoiadora

A afirmação de que a rede social representa um importante recurso de apoio à mãe durante a amamentação e de que a família e a rede social influenciam diretamente a prática da amamentação é comum a vários autores (McNatt, Freston, 1992; Buckner, Matsubara, 1993; Novotny et al., 2000; Houghton, Graybeal, 2001; Oliveira, 2004; Ingram et al., 2008; Marques et al., 2010).

As informações sobre alimentação são transmitidas no ciclo familiar num movimento de gerações (Oliveira, 2004), mas é importante pontuar que há influência de diferentes apoiadores varia entre as culturas (Raj, Plichta, 1998).

O apoio emocional e os aconselhamentos providos pelos membros da família e da rede social demonstram-se como uma prática fundamental para o resultado da amamentação (Richardson, Champion, 1992; Oliveira, 2004; Deave, Johnson, Ingram, 2008). Destaca-se a importância de conversar livremente com os familiares sobre a amamentação, deixando emergir crenças, mitos e relativizá-los oportunamente (Teixeira et al., 2006). Assim como permanecer junto, fazer companhia social, não necessariamente para realizar alguma tarefa de casa, somente uma visita (Oliveira, 2004).

Houghton e Graybeal (2001) mostraram com os resultados de sua pesquisa que 82% de mães estadunidenses sentiram-se ajudadas e encorajadas a amamentar por alguém da família, amigos, além dos profissionais de saúde.

Para que o apoio familiar vá ao encontro das necessidades da mãe que amamenta é importante a participação da família/rede social nas ações educativas tanto no pré quanto no período pós-natal (Deave, Johnson, Ingram, 2008; Arlotti et al., 1998).

Mães que amamentaram, parcial ou exclusivamente, relataram ter maior grau de envolvimento com sua rede social (família/amigos), quando comparado com as mulheres que usaram mamadeira (Rose et al., 2004).

O apoio à amamentação começa na participação nas ações educativas, e deve se estender durante o parto e o puerpério, além das primeiras semanas pós-parto, sendo importante que a rede mantenha-se aberta para mudanças (Oliveira, 2004).

A presença de uma pessoa significativa no momento do parto junto à mãe é um direito dela, do pai, do bebê, da família. Embora, no Brasil, a incidência de alguém presente nos partos ainda seja baixa (<20%). Esta pode ser uma medida importante no favorecimento da amamentação na primeira meia hora após o nascimento. No Brasil esta prática tem sido oportunizada a menos de 80% dos bebês (UNICEF, 2006).

O apoio à amamentação provido tanto por familiares, pelo pai, por profissionais de saúde foi importante para a amamentação, principalmente nas primeiras semanas pós-natal (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002).

O apoio instrumental pode ser fornecido através da resolução de problemas, ajudando a posicionar o bebê, ajudando a mãe sentar em posição confortável, ajudando nas tarefas domésticas e nos cuidados com o bebê (Buckner, Matsubara, 1993).

Durante as quatro primeiras semanas, a família e os amigos foram os recursos mais solicitados, através de ligações telefônicas e visitas, pelas mães para ajudar com problemas com a amamentação. Recurso utilizado duas vezes mais que consultores de lactação, pediatras, obstetrites e grupos de amamentação (Kuan et al., 1999).

Manter a ajuda à mãe e ao bebê após as primeiras semanas pós-natal, como bem indica Oliveira (2004), porque a emoção se destaca mais que a razão e com o passar das semanas, à medida que a chegada do bebê não se configura mais como uma novidade, os integrantes da rede social tendem a se afastar, inclusive os mais próximos, deixando a mãe sozinha para cuidar do bebê e exercer seus outros papéis. Prática que pode deixá-la isolada de seus contatos sociais.

Os familiares ajudam quando assumem algumas atividades de manutenção da vida doméstica, o que permite maior tranquilidade e dedicação de tempo da mulher para a amamentação e pros cuidados com o bebê (Gonçalves, 2001). Mas não só isso, os familiares também são importantes não apenas para suprir as atividades que as mães não podem realizar, mas para proporcionar acesso a novos contatos, valorizando o desempenho materno em uma nova função, apoio emocional e companhia social, ajuda material e econômica, entre outras (Oliveira, 2004).

Na rede que serve de apoio para a AM, aparecem o pai, a avó, a sogra, o médico, a cunhada, a irmã, a tia, a prima, a vizinha, a sobrinha, os filhos e etc. e aparecem na lista da rede social negativa, os mesmos atores já mencionadas, exceto os filhos (Turnbull-Plaza, Escalante-Izeta, Klunder-Klunder, 2004).

Posto isto, temos a reflexão de que os mesmos personagens transitam no espaço próximo à mãe, e podem influenciá-la tanto favorável, quanto desfavoravelmente. É preciso que os profissionais de saúde usem correta e oportunamente ações de aproximação desses atores para se tornarem aliados da AM, quiçá AME.

Amamentar pode ser experienciado pela mulher como uma ação solitária ou de exclusão do meio social (Pontes, Osório, Alexandrino, 2009). Isso pode ser desfavorável no estabelecimento das mamadas, na produção do leite e para o desenvolvimento das habilidades maternas para amamentar.

Além da prestação de cuidados, a família desempenha importante papel no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê. Ele precisa receber atenção, boas experiências em um ambiente que contribua para esses desenvolvimentos. Em recente pesquisa do UNICEF (2006), foi perguntado se alguém da família brincava, lia ou conversava apenas com o bebê/criança diariamente e constatou-se que o número de bebês que costumam receber atenção exclusiva dos familiares está em torno de 80% ou mais nos centros urbanos e em torno de 60% nas comunidades indígenas (UNICEF, 2006).

Raj, Plichta (1998) realizaram uma revisão de literatura sobre o apoio social para a amamentação e chegaram aos seguintes determinantes:

- Influências Sociodemográficas e Econômicas: urbanização, idade materna, quanto mais jovem mais provável de ter um período curto de AM, escolaridade, quanto menor, mais curta a AM, trabalho fora do domicílio;
- Apoio Social: crenças maternas sobre as vantagens e as desvantagens de amamentar surgem, em parte, das interações que a mãe desenvolve com os membros da rede social; essas interações podem ser favoráveis ou desfavoráveis à AM e podem influenciar tanto a confiança, quanto a persistência para amamentar;

- Pais (♂) como alternativa de apoio social: estes têm sido relacionados como um importante recurso tangível, emocional e de apoio informacional;
- Apoio paterno e a qualidade da relação com o bebê têm influência positiva na AM.
- Mães e amigos como alternativa de apoio social: importantes para o início e duração do AM, o apoio de leigos também apresenta influência favorável, influência e apoio diferenciam-se entre diferentes culturas e
- Consultores de lactação e Grupo de apoio como alternativa para o apoio social: resultados favoráveis para o início e a duração da AM, Equipe Médica como alternativa para o apoio social (políticas de AM promovidas por instituições e médicos têm influenciado o comportamento feminino frente à AM).

Todos os membros familiares devem saber dos benefícios de alimentar o bebê com leite humano nos primeiros meses e como encorajar e apoiar a mãe, principalmente nas primeiras semanas (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002).

6.2 A Mãe Apoioadora

Os achados sobre a mãe presentes nesta pesquisa corroboram com os achados de outros estudos.

Vivenciar o momento transitório do puerpério e dos primeiros meses pós-parto mantendo um equilíbrio emocional é importante, visto que o estado emocional da mãe gera efeitos sobre a produção e oferta do leite (Stefanello, 2008; Haku, 2007).

O apoio instrumental desempenhado pela própria mãe é importante para a manutenção da AM. Nesse sentido é importante realizar as consultas pré-natal, participar das ações educativas, pois constituem-se como alternativas importantes para entrar em contato com informações sobre a AM, solucionar dúvidas, aprender práticas, aprender posições, compartilhar conhecimentos com outras mães. E pensa-se que também seja benéfico para a preparação psicológica da mãe para o recebimento e futuro cuidado do

bebê (Giugliani et al., 1994; Ingram, Johnson, Greenwood, 2002; Grassley, Eschiti, 2008; Marques et al., 2010). Inclusive existem evidências de que mães que participaram de ações educativas no pré-natal amamentaram por mais tempo (Rosen et al., 2008).

Algumas autoras destacam que informações sobre amamentação são obtidas em diferentes momentos e em vários lugares, dentre eles: hospitais, jornais, centros de saúde, material informativo, televisão e etc. (Ingram, Johnson, Hamid, 2003) e os profissionais de saúde devem iniciar e conduzir conversar sobre a amamentação o mais breve possível (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002).

A necessidade de requisitar ajuda dos pais nas atividades da casa e nos cuidados com o bebê também foram identificados como importante para a manutenção da AM (Susin, Giugliani, 2008).

A ajuda com a amamentação deve ser feita de maneira integrativa, com aconselhamento da mãe durante o período de internação hospitalar e nas semanas seguintes também (Kohlhuber et al., 2008).

A prática de o casal dormir em camas separadas não foi encontrada em outro estudo.

Johnston, Esposito (2007) explicam que para a manutenção da amamentação de mães que [também] trabalham fora de casa são determinantes as crenças pessoais da mãe, as opiniões sobre si mesma, e a visão de si mesma no mundo. Os comportamento individuais também são importantes nesse processo, flexibilidade de rotinas e planejamento na extração do leite foram destacados, sendo que a organização é necessária para minimizar problemas.

As autoras relatam também que a ajuda social pode vir de diferentes frentes tais como: do pai, dos amigos e amigas, vizinhos, ou outras pessoas da família ou que seja importante para a mãe, desempenhando ajuda do cotidiano, na vida diária. Os serviços de saúde também desempenham importante papel no acompanhamento da mãe e do processo de amamentação. Para seu sucesso também há uma participação diferenciada do local de trabalho, facilitando a prática, com flexibilidade de horário, disponibilizando espaço reservado para as mamadas e não procedendo de maneira julgadoras (Johnston, Esposito, 2007).

Um grupo de pesquisadores encontrou que as mães que mantiveram atitudes positivas frente à AM exclusiva, amamentaram desta forma por mais tempo (Aidam et al., 2005).

Existem evidências de que adotar uma postura ativa para a resolução de problemas, assim como estabelecer objetivos realistas, aprender a lidar com os pensamentos e as emoções depreciativas, trabalhando para transformá-los em pensamentos e emoções otimistas foi favorável para manutenção da amamentação (O'Brien et al., 2009b).

A mesma pesquisa menciona como favorecedores da amamentação, a prática da mãe falar positivamente consigo mesma, pela possibilidade de influenciar a auto-estima e a auto-confiança, e a prática da meditação. Acredita-se que haja relação entre a capacidade da meditação possibilitar a redução do sofrimento e promover uma atitude de aceitação entre aqueles que a praticam (O'Brien et al., 2009b).

O trabalho materno fora de casa é um determinante para a interrupção da AM (Dearden et al., 2002). Uma das justificativas usadas para a introdução de outros alimentos na dieta infantil é para acostumar o paladar do bebê, para ele não sentir muito quando for necessário “interromper” a AM por causa do trabalho (Castro et al., 2008).

Por isso é importante estabelecer uma rotina de retirada de leite e manter uma certa quantidade de leite para as demandas do bebê durante o período em que tiver fora, mesmo quando o bebê está junto com a mãe no local de trabalho (Pavill, 2002).

A manutenção da AM é uma decisão da mãe, entretanto o acolhimento da mãe e também nutriz no local de trabalho é determinante para sua manutenção, inclusive exclusivo, como evidenciado por Scavenius et al., (2006) em Aracajú-AL.

Os empregadores têm uma oportunidade única de apoiar as mães trabalhadoras que amamentam, desempenhando uma abordagem pró-ativa para apoiar as necessidades das mães no retorno ao trabalho. Destaca-se a importância de educação voltada para este público também (Mills, 2009).

A introdução de fórmula láctea na alimentação infantil, dentre outros determinantes, está relacionado à percepção da mãe pela preferência paterna da forma de alimentar o bebê (Arora et al., 2000).

O pai também foi identificado pela mãe como a pessoa que mais a encorajou no enfrentamento das dificuldades (Buckner, Matsubara, 1993; Bar-Yam, Darby, 1997) e desempenha mais o papel de influenciador da confiança e auto-estima materna, que a família, os amigos e os consultores de amamentação (Buckner, Matsubara, 1993).

Um estudo com 123 mães de crianças, sem necessidades especiais, desenvolvido no ambulatório de atenção familiar de um hospital estadunidense de grande porte evidenciou que o apoio da avó ou de outra pessoa da família (90%) e do pai do bebê (80%), além do encorajamento dos amigos (89,4%), teria encorajado estas mães a amamentar os bebês por mais tempo (Arora et al., 2000).

Esse mesmo estudo chama atenção para os determinantes que contribuem para o uso da mamadeira, na opinião de mães que usaram este método para alimentar seus bebês, dentre eles estão: o sentimento do pai do bebê (36,5%), os sentimentos da avó ou outro membro da família (23,5%), embaraço/vergonha (25,3%), desconforto (29,4%), dentre outros (Arora et al., 2000).

6.3 O Pai Apoiador

Sobre o apoio paterno, existe informação na literatura, reforçando que o apoio é importante para a manutenção da AM.

O pai desempenha um crítico papel no apoio à amamentação, dando suporte emocional para a mãe durante o puerpério (Gonçalves, 2001; Pavill, 2002; Oliveira, 2004), principalmente nas primeiras semanas pós-natal (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002). Uma vez iniciada a amamentação, é importante que o pai verbalize elogios com a intenção de (re)afirmar a amamentação como algo positivo (Pavill, 2002).

A chave da participação bem sucedida do pai junto à mãe e à amamentação é ele achar maneiras de interagir que sigam ao encontro das necessidades da mãe, do bebê e da própria família, além das suas (Pavill, 2002).

Diferentes estudos também afirmaram que o pai tem um importante papel no apoio inclusive financeiro (Gonçalves, 2001) e instrumental para a manutenção da AM (Gonçalves, 2001; Oliveira, 2004; Olayemi et al., 2007), além de prover apoio emocional (Buckner, Matsubara, 1993).

Destaca-se a evidência da postura de não se colocar contra, mesmo que não concorde e manter-se persistente em seu papel de apoiador. A valorização da mãe, enquanto mulher e nutriz para reforçar nela o sentimento de amamentar.

Em um estudo desenvolvidos nos EUA, mães que foram encorajadas pelos pais, se mostraram mais favoráveis à amamentação (Houghton, Graybeal, 2001). Em outro, realizado no Arizona em 1992 com 26 casais no grupo intervenção e 29 no grupo controle, constatou que mais 85% das mães dos dois grupos disseram que se elas decidissem amamentar, o pai apoiaria sua decisão (Sciacca et al., 1995).

Foram observados diferentes comportamentos de pais em diferentes estudos. Há estudos que relatam que 81% dos pais entrevistados disseram que queriam que seus filhos fossem amamentados, 96% disseram que ajudariam a mãe se ela escolhesse amamentar (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002).

Há evidências de pais brasileiros de camadas populares nos grandes centros urbanos que participam de algumas atividades da casa e de ajuda para a mãe (Rotenberg, De Vargas, 2004).

A prática de acordar à noite para participar dos cuidados com o bebê também foi observada em outro estudo (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002).

Resultado de um estudo com pais de diferentes culturas, dentre elas, afro-americanos, brancos, hispânicos, desenvolvido nos EUA evidenciou que há uma parcela de pais que tem vontade, disposição, inclinação para ajudar a mãe, e deseja de que seu bebê seja amamentado (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002).

As mesmas autoras encontraram também que pais que participavam das consultas pré-natal mantinham um forte desejo de participar do cuidado com o bebê, embora isso, por vezes, fosse desconsiderado pelos profissionais de saúde (Pollock, Bustamante-Forest,

Giarratano, 2002). Entretanto a participação dos pais nas consultas pré-natal ainda é baixa nos municípios brasileiros de pequeno e médio porte (UNICEF, 2006).

Em estudo com 744 mulheres em Ibadan, na Nigéria, concluiu-se que o apoio desempenhado pelo pai [ou por outra pessoa] no período pós-parto, aumentou a duração da AM na amostra estudada, mesmo que o apoio paterno não tenha contribuído para a duração da amamentação exclusiva (Olayemi et al., 2007).

Dentre as atitudes que os pais desenvolveram que ajudaram na manutenção da AM, destacam-se as ajudas providas em momentos difíceis quando a mãe sente dor. Há evidências de que com o pai segurando a mão e conversando com a mãe, ela se concentra da dor causada pela sucção do mamilo com fissura e assim consegue amamentar (Gonçalves, 2001).

Há evidências claras de diferentes formas que o pai pode apoiar instrumentalmente a mãe no processo de amamentação. Por exemplo, o pai deve permanecer junto à mãe e ao bebê. Segurar o bebê, mantendo contato pele a pele com ele, o que pode favorecer o estabelecimento da sua relação com o bebê (Sears, 1992).

Nessa mesma publicação, o autor também indica que o pai deve manter-se sensível às necessidades da mãe, como sono e alimentação. Sugere que o pai se encarregue de atividades da casa e de algumas refeições da mãe, como café na cama e lanche da tarde, exemplifica. Sugere também sentar com a mãe e conversar sobre a AM. Acrescenta que nas ocasiões em que o pai dará uma mamadeira para o bebê, este deve o fazê-lo mantendo contato pele a pele, olhando-o nos olhos (Sears, 1992).

É particularmente útil a ajuda provida pelo pai durante o período de estabelecimento da AM, quando a mãe sente-se ainda inábil, no sentido de ajudar a posicionar o bebê, ajudar a própria mãe a adotar uma posição confortável, até a efetivação da amamentação que ocorre nos primeiros dias após o parto (Pavill, 2002).

Nesse processo de estabelecimento da amamentação, alguns pais podem atrasar o estabelecimento da sua relação com os bebês, assim é importante que os pais, as mães e as famílias recebam ajuda para que sejam conhecidas maneiras de fazer os pais se integrarem e

participarem da amamentação. As famílias podem ser encorajadas a ver a amamentação como uma tríade, além de uma díade mãe-bebê (Pavill, 2002).

Como sugestão para que isso aconteça, o pai deve se envolver nas conversas sobre as preferências alimentares do bebê, prover apoio emocional e elogios, ajudar a mãe e o bebê a encontrar uma posição confortável para amamentar (particularmente no estabelecimento da AM), pode fazer todos os “extras”, como segurar o bebê para o arrote após a mamada, fazer um arrulho (acalanto para adormecer o bebê), conversar e acariciar o bebê, acalmar o bebê quando agitado, trocar fraldas. Também é sugerido participar da retirada do leite. Segurar e embalar o bebê para ele dormir depois de terminada a mamada. Isso pode ajudar a mãe a ter um tempo para si mesma, para descansar, ou fazer outra atividade, enquanto o pai passa um tempo com o bebê (Pavill, 2002).

O apoio instrumental surgiu como o mais descrito, mais detalhado. Participar, se responsabilizar pelas atividades domésticas já era esperado. Mas a participação do pai na amamentação começa ainda na gravidez, no acompanhamento da mãe nas consultas, na ajuda com exercícios de preparação do mamilo, na participação nas ações educativas.

Importante exemplo dos direitos paternos, e do bebê é participar do parto, estar presente e solicitar seu cumprimento quando necessário.

Muito embora há evidências de pais que acreditam que enfermeiros e obstetrites influenciam mais que eles mesmos a prática da amamentação, tanto no seu início, quanto na sua manutenção (Swanson, Power, 2005). Mesmo que em menor parcela sejam mesmo utilizados como recursos para obter informações (McIntyre, Hiller, Turnbull, 2001).

O apoio presencial do pai também aparece como importante sugestão para o estabelecimento da relação entre o pai, o bebê e a mãe, estando presente durante as mamadas para conversar com a mãe enquanto o bebê é alimentado (Pavill, 2002).

Sobre a manutenção da amamentação e o retorno da mãe ao trabalho. A participação instrumental do pai em levar o bebê para ser amamentado no trabalho da mãe também foi indicado por outros autores (Arlotti et al., 1998; Pavill, 2002). Neste momento o pai deve avaliar os benefícios de continuar amamentando o bebê com leite humano, ao invés de focar os obstáculos relacionados ao retorno materno ao trabalho. Ele é um

elemento importante no apoio do retorno ao trabalho e na decisão de continuar amamentando (Pavill, 2002).

Depois do estabelecimento da amamentação, os pais não devem ser esquecidos. Neste momento é preciso conversar abertamente sobre os sentimentos e as reações paternas para que estes não se sintam deixados e isolados (Pavill, 2002).

A inclusão do pai (Richardson, Champion, 1992; Susin, Giugliani, 2001; Scott et al., 2001; Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002; Pavill, 2002; Wolfberg et al., 2004; Ingram, Rosser, Jackson, 2005; Deave, Johnson, Ingram, 2008), da avó (Arlotti et al., 1998), da família (Fomon, 2001; Bustamante-Forest, Giarratano, 2002; Rose et al., 2004; Ingram, Rosser, Jackson, 2005; Deave, Johnson, Ingram, 2008; Marques et al., 2010) e da rede social (Buckner, Matsubara, 1993; Wutich, McCarty, 2008) está relatada de forma extensa na literatura, com sugestão de que o pai e os membros da família sejam incluídos nas ações educativas pré e pós-natal como forma de favorecimento da manutenção da amamentação (Susin, Giugliani, 2001; Richardson, Champion, 1992). Em um cenário onde os grupos de apoio são avaliados como pouco importantes (17%) para o apoio no enfrentamento de problemas (Arlotti et al., 1998).

A participação do pai no pré-natal é o primeiro sinal de envolvimento com o bebê (UNICEF, 2006). Os pais que não participam nas ações educativas do pré-natal não se sentem envolvidos e importantes para a AM (Deave, Johnson, Ingram, 2008).

A participação dos pais nas ações educativas no pré-natal mostram que 71% dos bebês, cujos pais participaram dessas ações, foram amamentados, frente à 41% de amamentação de bebês cujos pais não participaram (Wolfberg et al., 2004).

Ensinar ao pai como prevenir e enfrentar as dificuldades mais comuns na amamentação está associado com padrões mais altos de amamentação até o sexto mês do bebê (Piscacane et al., 2005). E como esperar esse comportamento do pai se ele nunca teve a necessidade de atuar dessa forma? Como o pai pode ajudar a mãe se ele não entende ou não sabe como lidar com suas próprias emoções na transição da parentalidade? (Pavill, 2002).

As intervenções orientadas aos pais surgem entre as três formas de intervenção em prol da manutenção da amamentação que têm evidenciado sucesso, junto com a Iniciativa Hospital Amiga da Criança e o apoio de programas de aconselhamento (Scott, 2005).

Embora se saiba das dificuldades de incluir o pai e a família nas ações educativas, devido às dificuldades de ausência do trabalho (Pollock, Bustamante-Forest, Giarratano, 2002).

Scott (2005) apresenta reflexões advindas de 4 revisões sistemáticas publicadas entre 2000 e 2005 sobre a educação em saúde, e reflete que ações educativas em saúde que divulgam informações técnicas e pontuais, combinadas com metodologias não integrativas são de valor limitado.

A manifestação paterna de querer ajudar é importante para o reforço da autoconfiança materna (Susin, Giugliani, 2008). Um estudo com participantes espanholas evidenciou que o apoio emocional e instrumental fornecido pelo pai tem efeito fortalecedor para a decisão e manutenção da amamentação. As participantes também acreditaram que o apoio paterno para a amamentação foi essencial, sendo associado à divisão de atividades domésticas (Barona-Vilar, Escribá-Agüir, Ferrero-Gandía, 2009).

O pai apareceu em 6% da amostra da rede social negativa e 36% da positiva. Evidenciando que a maioria dos pais participa com práticas fortalecedoras da AM (Turnbull-Plaze, Escalante-Izeta, Klunder-Klunder, 2004).

Há evidências de empoderamento de pais participantes de um programa de educação de pai para pai nos EUA, onde se pratica o ensino de pais para orientar, educar, ensinar outros pais com enfoque no incentivo à amamentação. Os resultados foram bem avaliados, e observou-se um impacto favorável do apoio esperado (Stremmler, Lovera, 2004).

Pontes, Osório, Alexandrino (2009), baseadas em Castelain-Meunier²⁷ (2002) propõem que o pai deve lutar contra o estereótipo e o arquétipo e encontrar suas emoções, quebrar seus vínculos internos e se tornar um “novo pai”, participando da gestação e compartilhando abertamente o cuidado do bebê. Entendendo e acreditando que participará

²⁷ Castelain-Meunier C. The place of fatherhood and the parental role: tensions, ambivalence and contradictions. *Current Sociology*. 2002;50:185–201.

da gestação, do parto, da amamentação compartilhando os cuidados, mantendo uma postura aberta e confiante de que é possível participar.

Pavill (2002) lista conselhos das mães sobre como os pais podem ajudar na AM. Dentre estes destacam-se: pegue o bebê por um momento, me dê um tempo sozinha; me diga que eu sou uma boa mãe e que estou fazendo um ótimo trabalho; use alguns princípios aprendidos nas aulas sobre amamentação quando me ajudar nos cuidados; planeje uma “fugidinha” para nós dois; me leve pra jantar fora ou planeje um jantar romântico em casa; me faça uma massagem corporal; me mande flores e me diga o quanto você me admira; faça algo das tarefas de casa; me chame de “mãe, isso vai me fazer sorrir; apenas esteja presente para ouvir; seja nosso defensor do cuidado; se envolva com o cuidado do bebê; traga o bebê para mim nas mamadas noturnas.

6.4 A Avó Apoiadora

Além do pai, a avó também desempenha um importante papel no processo de amamentação e também deve ser incluída nas ações educativas no pré-natal (Grassley, Eschiti, 2008; Teixeira et al., 2006). O quesito experiência conta nessa hora, tanto que a AM está intimamente ligada à história da família e tende a ser reproduzida de acordo com os ensinamentos recebidos (Llorens Mira et al., 2007).

A avó emerge claramente como o segundo cuidador do bebê, principalmente, quando a mãe precisa voltar ao trabalho (Almroth et al., 2008). Ela pode apoiar permanecendo junto à mãe após a alta hospitalar, e provendo informações sobre a técnica da mamada e a resolução de problemas (Albenaz, Victoria, 2003).

À análise do material obtido sobre o que as mães precisam e querem das avós em relação à amamentação permitiu a Grassley e Eschiti (2008), resumirem as necessidades e vontades em: uma *Avó Defensora da Amamentação*. As 30 estadunidenses que participaram dos 4 grupos focais desejaram que as avós promovessem e protegessem a sua escolha do método de alimentar o bebê, principalmente com os membros da rede social, ao invés de questionar suas decisões. Entretanto, não deixaram de querer conhecer as opiniões das avós.

Para estas participantes, o que define a defesa da amamentação é: valorizar a amamentação e encorajá-la amorosamente. Além destas constatações, as participantes ainda identificaram que as avós precisam reconhecer e conversar também sobre o que elas percebem como barreiras para a amamentação, como a obstaculização do desenvolvimento da relação avó-bebê, a sexualização da mama (Grassley, Eschiti, 2008).

As mesmas participantes identificaram também que as avós precisam atualizar suas informações sobre a amamentação, o que influencia diretamente na habilidade de oferecer ajuda apropriada. E exemplificaram essa necessidade usando como exemplo, a importância da avó obter informações sobre as demandas das mamadas, as habilidades gástrica do bebê e o momento oportuno de introduzir outro alimento, dos benefícios da AM, entre outros (Grassley, Eschiti, 2008).

O que reforça a importância de se voltar ações educativas para avós, por entender que têm um importante papel junto à mãe que amamenta (Ingram et al., 2008).

As avós devem ser estimuladas a valorizar suas experiências pessoais, assim como sua influência sobre as práticas da amamentação, pois serão essas experiências que serão seus argumentos para aconselhar e ajudar outras mulheres (Ekström, Widström, Nissen, 2003) colaborando para que sintam-se mais seguras e confiantes, pensando que as mães que agora amamentam serão as avós do futuro e virão de suas experiências os aconselhamentos que oportunamente proferirão (Teixeira et al., 2006).

Não foi encontrado na literatura pesquisada, estudos que discorressem sobre o apoio presencial de forma exclusiva. A avó está presente e neste momento, surge desempenhando alguma prática, seja nos cuidados com o bebê, com a casa, ou com as outras crianças, seja conversando com a mãe. Seja ocupando-se da alimentação da mãe para a melhorar produção do leite, através do oferecimento de sucos e alimentos (Gonçalves, 2001).

A avó pode influenciar de maneira favorável ou desfavorável tanto a manutenção quanto a exclusividade da AM, independentemente da idade, da cor da pele, da escolaridade, da renda *per capita*, do número de filhos e do tipo de parto (Susin, Giugliani, Kummer, 2005).

As avós maternas têm mais proximidade com as mães que amamentam. Na concepção dessas mães é importante também conhecer a opinião das avós paternas para a manutenção da amamentação. As mulheres que relataram que as avós paternas não eram favoráveis à AM ou quando não conheciam a opinião destas, apresentaram duas vezes mais de interromper a AM nos primeiros meses (Susin, Giugliani, Kummer, 2005).

Em um estudo que entrevistou 70 mães estadunidenses, por telefone, identificou suas percepções e atitudes relacionadas à amamentação. As respostas mostraram variações e concordâncias entre as opiniões das mulheres que amamentaram exclusivamente, das que usaram exclusivamente mamadeira e das que fizeram amamentação mista. As variáveis: *A amamentação é mais conveniente* e *a amamentação é melhor para a criança* tiveram os maiores scores, variando entre a primeira e segunda variáveis mais votadas. *O constrangimento em amamentar* ficou como a última variável. Denotando a falta de desejo de amamentar na frente de outras pessoas (Rose et al., 2004).

6.5 Comportamentos do Bebê

Os resultados desta pesquisa também evidenciaram alguns comportamentos do bebê que se relacionam à manutenção da amamentação. Tais comportamentos não foram incluídos na síntese por não se constituírem em práticas mentalmente elaboradas e sim recursos usados para a sua sobrevivência.

O temperamento do bebê é desses comportamentos. Ele é avaliado pela mãe e pela família pelos padrões de choro e fome, e para isso usam como comparativo o comportamento de um outro bebê do mesmo núcleo social.

O comportamento alimentar do bebê está delimitado por condicionantes fisiológicos, como os intervalos entre as mamadas (fome vs. saciedade), que guiam as condutas maternas na oferta do peito ao bebê e na avaliação de sua capacidade como nutriz, evidenciando a necessidade de introduzir outro leite. Nesse cenário, a aceitação da comida pelo bebê, guiará decisões maternas futuras (Stefanello, 2008).

Nas oportunidades que tiverem, os profissionais devem tentar aproximar os membros familiares e a amamentação (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002). A mãe deve manter expectativas realistas sustentadas por informações sobre a fisiologia da amamentação, particularmente sobre a frequência de mamadas de bebês recém-nascidos (Ingram, Johnson, Greenwood, 2002).

As mães usam como indicadores da saciedade do bebê, o choro e os intervalos das mamadas, o ganho de peso (Stefanello, 2008). Além do sono da criança após o AM, o relaxamento/contentamento da criança, e a rejeição do peito após a mamada (Monteiro, 2008).

O descanso do bebê está diretamente ligado ao descanso da mãe. A rotina das primeiras semanas está baseada na frequência das mamadas, que na maioria das vezes são irregulares. É no momento em que o bebê descansa que a mãe pode também descansar. E o descanso insuficiente imprime uma situação de stress psicológico e que é desfavorável ao suprimento de leite (O'Brien et al., 2009b).

Deste jeito, quanto menor o intervalo das mamadas, maior a probabilidade de causar desgaste na relação com a manutenção da AM. O bebê que “mama toda hora”, o que relaciona-se ao cansaço materno. Assim como a duração das mamadas, quanto maior o tempo despendido em uma mamada, maior a probabilidade de gerar cansaço materno e produzir desgaste na manutenção da AM.

6.6 A Promoção da Saúde e o Apoio Familiar à Amamentação

A Promoção da Saúde é definida como uma prática emancipatória, com uma visão na dimensão socioambiental do processo saúde-doença, ligada a um processo vital humano com duas polaridades, vida – morte (Ávila, 2009).

Sob a perspectiva do trabalho fundamentado com o arcabouço da Promoção da Saúde, é possível visualizar a amamentação como uma forma de relacionamentos humanos, onde mães, pais, avós devem ser empoderados para participar, e apoiar este momento, além de compartilhar as experiências de vida do novo membro familiar.

Com base nas premissas da Promoção da Saúde, podemos dizer que a intenção final das ações de saúde desenvolvidas junto aos seres humanos é para que esses desfrutem de bem estar na vida.

Baseando-se em Labonte (1990²⁸ apud Chiesa, 2009) o bem estar é o resultado da conjuntura de 3 dimensões e suas 3 interseções, como já apresentado de maneira gráfica na **Figura 01**. Embora nesta apresentação a holosfera seja mostrada didaticamente em uma dimensão e com as dimensões separadas, ela é tridimensional, compreendendo toda a complexidade da vida e das relações humanas.

Na tentativa de relacionar as dimensões de saúde e o bem estar propostas por Labonte (1990²⁸ apud Chiesa, 2009) com os resultados alcançados nesta pesquisa, podemos dizer que na Dimensão Física a *Energia Vital*, relaciona-se à saúde da mãe, ao peito, ao bebê, à execução das técnicas, à família, ao ambiente. Na Dimensão Social a *Vida Comunitária* traduz-se pelo tipo de sociedade em que a mulher vive, como se dão as relações de apoio, pela permissão em amamentar, a depender da cultura a AM pode ou não ser encorajada. Na Dimensão Emocional o *Projeto de Vida* traduz-se pelo desejo materno em amamentar, influenciados pelos seus desejos enquanto mãe, mulher, esposa, além do projeto de vida da família para o tipo de alimentação do bebê.

Por sua vez, quando pensa-se nas interseções geradas pelas dimensões, pensa-se que as *Relações Sociais* são produto dos recursos internos que a própria mãe utiliza na relação com a vida comunitária, e a depender da cultura, sociedade e da comunidade em que vive. *Ter Controle sobre a Vida* consiste na autonomia materna sobre a escolha de amamentar sob a influência da comunidade; e as *Habilidades* acabam por resultar dos recursos maternos e seu projeto de vida, traduzido pelas habilidades pessoais que a mãe terá para amamentar o bebê.

²⁸ Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto, Center for Health Promotion/University of Toronto; 1990.

Desta maneira, esta pesquisa ilumina principalmente a interseção das *Relações Sociais*, por entender que a amamentação é [também] resultado da interseção entre a Energia Vital e a Vida Comunitária. Entende-se que o trabalho direcionado às competências familiares, ao fortalecimento de seus potenciais para alcance do desenvolvimento oportuno para cada fase da vida, tem, em partes, a influência da família no processo de amamentação.

Na prática, o enfoque das intervenções e pesquisas sobre a promoção da amamentação, em geral, se mantém nas aquisições de habilidades da mãe em iniciar e conduzir a amamentação, em alguns casos, usado a prerrogativa de que amamentar está presente no projeto de vida de toda mãe. E não desmerecendo nenhuma das ações já desenvolvidas, sugere-se a inclusão de mais um tema no debate técnico para o desenvolvimento de políticas públicas, de programas de apoio às mães e famílias grávidas, em puerpério, o das *Relações Sociais*.

Na perspectiva dos cinco eixos da Carta de Ottawa para a operacionalização das ações de Promoção da Saúde em relação à realidade brasileira e aos achados desta pesquisa, pensamos que em seu primeiro eixo – *elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis*, a ESF tem alcance para atuar junto à família em processo de amamentação, ainda que existam evidências da urgente necessidade de se fortalecer a implementação desta importante política pública, instrumentalizando os profissionais a ampliar e compartilhar a clínica²⁹, e a tomarem a família como foco de cuidado e no fortalecimento de suas competências (Rodrigues, 2009; Silva, 2010a).

Sob a perspectiva do segundo eixo – *criação de ambientes favoráveis à saúde*, entendemos que há uma necessidade de se trabalhar junto às famílias grávidas e amamentando, na perspectiva das competências familiares, sobre o diferencial para a saúde do bebê, ter a possibilidade e o privilégio de poder começar a andar na vida vivenciando suas experiências em um ambiente não maléfico no processo de conhecimento do seu território.

²⁹ http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

O terceiro eixo da Carta de Ottawa – *reforço à ação comunitária*, no sentido de buscar envolver a comunidade, buscar conhecer histórias de amamentação, é possível que na área adscrita das equipes de saúde haja alguma senhora com habilidades verbais e didáticas, mesmo em nível basal, que possa contribuir contando sua experiência. Ação comunitária que se mobilize para favorecer a AM em público, conversando, (re)elaborando crenças, valores, aprendizados no sentido de fortalecer o apoio à mãe que decide e queira amamentar.

Quanto ao quarto eixo – *desenvolvimento de habilidades pessoais*, talvez seja o eixo mais fácil para visualizar uma proposta de trabalho porque os profissionais estão intrumentalizados com tecnologias de trabalho individuais e não coletivas.

E o quinto eixo – *reorientação dos serviços de saúde*, na direção da superação do modelo biomédico centrado na doença. É oportuno desenvolver tecnologias para se trabalhar com a saúde de pessoas saudáveis, além de observar: há espaço reservado nos serviços para que mães amamentem em tranquilidade e privacidade? Questiona-se também: é possível atender uma demanda de amamentação no serviço se o tempo reservado ao atendimento clínico de médicos e enfermeiros não é compatível com o tempo médio necessário para uma mamada?

E para operacionalizar ações de Promoção da Saúde a cooperação entre os diferentes setores da sociedade torna-se essencial no fortalecimento da intersetorialidade, pilar da Promoção da Saúde, promovendo o reconhecimento dos problemas de saúde como resultante de um conjunto de ações no ambiente social, político, econômico, educacional, físico e cultural, exigindo articulação de saberes e práticas por meio de propostas assistenciais setorializadas para a superação das adversidades (Ávila, 2009).

A participação da comunidade também se configura como um dos alicerces da Promoção da Saúde e está inserida como princípio do Sistema Único de Saúde. Como forma de atuar na ampliação das habilidades individuais e das relações sociais intrafamiliares e com a comunidade, o profissional enfermeiro deve valorizar o contato com as famílias e outros cuidadores, estimulando o reconhecimento do patrimônio familiar e da rede social (Chiesa et al., 2007a).

É fundamental a constituição de uma relação consistente e efetiva do serviço de saúde, com os demais equipamentos sociais da região para que a assistência ao bebê seja integral (Ávila, 2009).

As ações e atividades relatadas evidenciam a necessidade de inclusão da família como integrante essencial no processo de desenvolvimento infantil e no atendimento das necessidades do bebê. Além disso, mostra a contribuição das relações estabelecidas no âmbito familiar no desenvolvimento de relações sociais construídas pelo indivíduo e na sustentação de ações que têm por finalidade o bem-estar do indivíduo durante a sua infância (Ávila, 2009).

O papel do profissional enfermeiro é construído no cotidiano de sua prática em saúde, uma vez que este transforma a realidade por meio das condições existentes e, conseqüentemente, planeja e desenvolve ações de maior impacto nos campos da Promoção da Saúde e prevenção de enfermidades (Ávila, 2009).

De maneira geral, as práticas da enfermagem, em especial as do enfermeiro em saúde da criança são aquelas vinculadas aos programas governamentais como: imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pré-consultas e pós-consultas, além de orientações básicas sobre nutrição e higiene, bem como a importância da amamentação (Monteiro, Ferriani, 2000³⁰ apud Ávila, 2009). E é nesse contexto que a enfermagem ainda atua, na lógica do modelo biomédico individual, realizando poucas ações no âmbito da atenção da coletividade.

Os próprios documentos norteadores, manuais, da assistência infantil em Atenção Básica no município de São Paulo ainda são constituídos basicamente por ações direcionadas à satisfação das necessidades biológicas do ser humano (Ávila, 2009).

E as práticas do enfermeiro estão embasadas no modelo biomédico, com restrita implementação de estratégias emancipatórias que envolvam a incorporação das dimensões sociais e afetivas no reconhecimento do processo saúde-doença da população. Cenário onde os serviços de saúde acabam por contribuir, basicamente, para o acompanhamento

³⁰ Monteiro AL, Ferriani MGC. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. Rev Latino-Am Enferm. 2000;8(1):99-106.

sistematizado do crescimento e desenvolvimento do bebê, principalmente no seu aspecto biológico (Ávila, 2009).

A Promoção de Saúde tem sido erroneamente colocada em prática através de intervenções “ortopédicas” nas comunidades, referenciando, principalmente, as mudanças de estilo de vida através de práticas, predominantemente, restritivas e prescritivas, onde as ações educativas e preventivas são comumente confundidas com ações promotoras de saúde, em um contexto aonde os únicos saberes existentes e válidos vêm dos profissionais (Chiesa et al., 2009).

Para o enfrentamento dos reais problemas vivenciados no mundo do trabalho faz-se necessária uma mudança paradigmática ainda durante o período de formação profissional envolvendo as concepções de saúde e educação, na perspectiva de ampliar as possibilidades de horizontalização e democratização do conhecimento. O que possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais na geração de sujeitos comprometidos com a busca da equidade do cuidado, do acesso e da cidadania (Chiesa et al., 2007b).

É necessário um eminente repensar, um reavaliar conceitos, práticas e processos no âmbito da enfermagem para melhorar o resultado final, a prática, a atenção e energia despendidas na ponta do sistema, durante o desenvolvimento do trabalho vivo em ato da enfermagem junto às famílias.

É necessário que o enfermeiro re-signifique a ação educativa em saúde. Reconhecendo-se e atuando como agente de transformação da realidade de saúde, reconhecendo e respeitando o saber do senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional, utilizando o diálogo como estratégia para transformação da realidade em saúde, operacionalizando técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo com os sujeitos, intrumentalizando os sujeitos de forma adequada pelo provimento de informações corretas que propiciem problematizações e reflexões, e exercitando a intersectorialidade no cuidado à saúde.

E corrobora-se com Leonello (2007) por acreditar que o atendimento das necessidades de saúde e o enfrentamento das adversidades exigem um esforço do profissional, mas não somente dele, exige um esforço conjunto que pode ser visualizado nas três esferas propostas por Egry (1996).

Pensamentos que em nível estrutural, há a necessidade da atuação de órgãos governamentais e não-governamentais na criação de políticas públicas de apoio à família que amamenta, levando em consideração que o pai também deve estar presente em casa neste momento. Em nível particular, há a necessidade da atuação profissional pautada no compartilhamento e ampliação da clínica, prestando atenção humanizada e de qualidade. E em nível singular, a necessidade de empoderar a família para que esta possa apoiar a mãe que amamenta.

A gestão dos sistemas locais de saúde necessita assumir a responsabilização pela reorientação do modelo assistencial a partir do cumprimento dos princípios da Atenção Básica, e não somente a organização e execução das ações em seus territórios, o que implica em efetivar a integralidade em seus vários aspectos, quais sejam: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços. O que corrobora com o empoderamento comunitário, e do governo, proposto pelas concepções da Promoção da Saúde (Morais, 2008).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa contribuem para o debate sobre a complexidade da manutenção da amamentação nos primeiros meses. Os problemas vivenciados por mães amamentando estão bem documentados na literatura científica. E os estudos qualitativos que tratam de experiências da amamentação e do apoio familiar e social relacionados à manutenção da amamentação vêm se mostrando como um tema relevante atualmente.

Realizar esta revisão sistemática possibilitou conhecer recursos tecnológicos disponíveis através da internet para divulgação de evidências científicas na área da saúde. Possibilitando a disseminação de conhecimentos de diferentes estudos que podem subsidiar reflexões sobre a ampliação da clínica no cuidado da mãe e do bebê.

Tais resultados contribuem com evidências sobre o apoio familiar para a manutenção da amamentação que podem impactar nas ações desenvolvidas por enfermeiros que trabalham com cenários familiares complexos na Atenção Básica.

Ao final da presente pesquisa alcança-se seu objetivo geral de *identificar as práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação*, e o primeiro objetivo específico, o de *identificar as práticas de diferentes membros da família relacionadas à manutenção da amamentação*.

Para o alcance dos segundo e do terceiro objetivos específicos, que são: *identificar as práticas nas diferentes composições familiares* e *identificar as práticas nos diferentes contextos familiares*, faz-se necessário a realização de outras metassínteses, além desta. A realização de tais metassínteses tornou-se inviável devido à complexidade do tema, ao período disponível para entrega deste relatório final e à ausência de outros pesquisadores.

Futuras pesquisas podem ser desenvolvidas para o alcance destes ou outros objetivos que contribuam com evidências que possam impactar nas ações de saúde, pois é importante que enfermeiros estejam habilitados e sejam capazes de ajudar a família a saber como poderá participar da amamentação.

A amamentação requer habilidades, aprendizados, apoios que podem ser providos por membros familiares competentes e reconhecedores do seu papel na realização deste fenômeno. Profissionais de saúde podem usar os resultados aqui apresentados para promover diálogos e trocas de experiências sobre a amamentação junto às famílias e sua

rede social. Questionando – aconteceu com *aquela* participante, mas você pensa que será assim com você, com sua família?

Desta forma, faz-se necessário que membros familiares identificados pela mãe como possíveis apoiadores sejam convidados e estimulados a participar junto com ela das ações de saúde promovidas por programas de promoção da amamentação que reconheçam o importante papel da família e da rede social para a manutenção da amamentação.

Acreditamos que a incorporação de conhecimentos sobre amamentação pode possibilitar o desenvolvimento de tecnologias leves de enfermagem para o trabalho com famílias. Trabalho que se direcione para as potencialidades da família, para o empoderamento e o fortalecimento de suas competências, vislumbrando impactar favoravelmente nos potenciais de saúde.

Tecnologias que utilizem recursos didático-pedagógicos facilitadores da aprendizagem, que promovam o diálogo entre os participantes, as trocas de experiências, que alcancem o entendimento do senso comum, que ampliem o debate para além dos temas focados na dimensão física da mãe, inserindo questionamentos que possibilitem reflexões que abranjam aspectos da vida comunitária e da mãe como ser social.

Neste sentido, concordamos com Chiesa et al. (2009) que para a concretização *dessas* ações é necessário um redirecionamento da prática profissional fundamentada no hospitalocentrismo e na alta especialização da saúde. As peculiaridades da Promoção da Saúde trazidas para o âmbito do SUS possibilitam a ampliação do olhar sobre o trabalho vivo em ato da enfermagem para além do doente em sua dimensão física, permitem se incluir o trabalho com enfoque no potencial de ser saudável, de produzir tecnologias para se trabalhar com pessoas saudáveis, porque as tecnologias que atualmente predominam nos serviços de *saúde* mantêm seu enfoque nas doenças das pessoas.

As ações dos profissionais devem ser fundamentadas no respeito do outro enquanto ser humano, enquanto um ser com livre arbítrio. E corroboramos com Neto (2006) ao afirmar que a existência de um bebê não amamentado nos dias de hoje é, em grande parte, uma falha do serviço de saúde. Reconhece-se que a mãe possui a decisão sobre amamentar ou não, mas é preciso que este não seja um não *esclarecido*. Provido de esclarecimentos sobre as possibilidades de apoio à amamentação.

REFERÊNCIAS³¹

A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado. 2005 [citado 14 nov. 2009]. Disponível em: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.

Aidam BA, Pérez-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. [Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana]. *Eur J Clin Nutr*. 2005;59:789-96. English.

Antunes MMC, Silva GAP. Desenvolvimento e maturação do sistema digestório. In: *Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2a ed. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 875-82.

Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(1):17-24 [citado 02 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n1/16630.pdf>.

Almeida EZ. As concepções do agente comunitário de saúde sobre a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Almeida LM, Franco F, Pires LM, Paiva MGG, Capelli MH. A importância da promoção do desenvolvimento infantil para uma vida saudável e feliz: da concepção aos dois anos de vida. IX Encontro Nacional de Aleitamento Materno – ENAM. 2006 [citado em 06 abr. 2009]. Disponível em: http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?acao=A_ver_conteudo&codConteudo=903&codOntologia=36&codConceito=903.

Almroth S., Arts M., Quang N.D., Hoa P.T.T., Williams C. [Exclusive breastfeeding in Vietnam: An attainable goal]. *Acta Paediatr*. 2008;97(8):1066-9 [citado 12 abr. 2001]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120122544/abstract>. English.

Andraca I, Pino P, Parra AL, Marcela FR. [Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas]. *Rev. Saúde Pública*. 1998;32(2):138-47. Español.

Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho A, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4):606-11.

Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam Saúde Desenv*. 1999;1(1/2):7-14.

³¹ De acordo com o Estilo Vancouver (USP, 2009).

Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Angelo M, Bousso RS. Fundamentos da assistência à família em saúde. Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde. Brasília; 2001. p.14-7.

Angelo M, Wernet M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(1):19-25.

Antunes MMC, Silva GAP. Desenvolvimento e maturação do sistema digestório. In: Lopez FA, Campos Jr D. Tratado de pediatria. 2a ed. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 876-82.

Ariès P. História social da criança e da família. Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p.09-49.

Arlotti JP, Cottrell BH, Lee SH, Curtin JJ. [Breastfeeding among low-income women with and without peer support]. J Community Health Nurs. 1998;15(3):163-78 [citado 18 jul. 2010]. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/200521_731530484_783754378.pdf. English.

Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., Kuhn, P. [Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply]. Pediatrics. 2000;106(5):1-5 [citado 03 mar. 2010]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/106/5/e67>. English.

Atallah NA, Castro AA. Medicina baseada em evidências. In: Atallah NA, Castro AA. Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: Lemos; 1998 [citado 13 set. 2009]. Disponível em: <http://www.centrocochranebrasil.org/destevidence.htm>.

Ávila LK. A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Bailey J. [Modern parents' perspectives on breastfeeding: a small study]. Brit J Midwifery. 2007;15(3):148-52 [citado 15 mai. 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=11&sid=9aeaf270-f296-4887-9944-6b6cd3ae15d5%40sessionmgr11>. English.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2008.

Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009;25(2):187-94 [citado 17 mai. 2010] Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WN9-4NP3P7M-1-1&_cdi=6957&_user=9295124&_pii=S0266613807000319&_orig=search&_coverDate=04/30/2009&_sk=999749997&_view=c&_wchp=dGLzVzb-zSkzk&_md5=8f064b2c7d1f01dda93d281b9e5dec31&_ie=/sdarticle.pdf.

Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scient Health Scienc*. 2004;26(1):11-20.

Barros RP et al. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil. Brasília: Ipea; 2010. [citado 23 out. 2010]. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1478.pdf.

Barroso J, Gollop CJ, Sandelowski M, Meynell J, Pearce PF, Collins LJ. [The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies]. *West J Nurs Res*. 2003; 25:153-78. English.

Bar-Yam NB, Darby L. [Fathers and breastfeeding: a review of the literature]. *J Hum Lact*. 1997;13(1):45-50. English.

Battersby S. [Encouraging and supporting women through breast-feeding]. RESUMO. *J Fam Helth Care*. 2010;20(3):96-9 [citado 04 set. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20695356>.

Bell L, Goulet C, Tribble DSC, Paul D, Boisclair A, Tronick EZ. [Mothers' and fathers' views of the interdependence of their relationships with their infant: a systems perspective on early family relationships]. *J Fam Nurs*. 2007;13:179-200 [citado 15 jul. 2010]. Disponível em: <http://jfn.sagepub.com/cgi/reprint/13/2/179>. English.

Bezner Kerr R, Dakishoni L, Shumba L, Msachi R, Chirwa M. [We grandmothers know plenty: breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi]. *Soc Sci Med*. 2008;66:1095-105 [citado 14 abr. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4RDC02H-4&_user=5674931&_coverDate=03/31/2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5674931&_md5=dda14fcd2025ceb6593534b74edf1f19&_searchtype=a. English.

Bick D. [The benefits of breastfeeding for the infant]. *British Journal of Midwifery*. 1999;7(5):312-9 [citado 10 set. 2009]. Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=dare_abstracts&mfn=7319&id=DARE12002005027&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes. English.

Black RF, Blair JP, Jones VN, DuRant RH. [Infant feeding decisions among pregnant women from a WIC population in Georgia]. *J Am Diet Assoc*. 1990;90:255-9.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988 [citado 03 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/busca;jsessionid=720CB52BB61FB983A101D798C4D4CC40?q=ART.+227+DA+CONSTITUI%C3%87%C3%83O+FEDERAL&s=legislacao>.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990 [citado 03 ago. 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.

Brasil. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Desenvolvimento da primeira infância: foco sobre o impacto das pré-escolas. Banco Mundial. 2001b. [mimeo]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. OPAS. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2002b [citado 06 out. 2009]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf.

Brasil. Objetivos de desenvolvimento do milênio – Relatório nacional de acompanhamento – Brasília: Ipea; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009a [citado em 18 out. 2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil – Carderno de Tutores. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b [citado 20 out. 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. A legislação e o *marketing* de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde. Brasília: Editora MS. 2009c. [citado 20 out. 2009] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_marketing.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009d.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos / Lenz MLM, Flores R (org). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009e.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.11-21.

Brito RS, Oliveira EMF. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. Rev Gaucha Enferm. 2006;27(2):193-202 [citado 16 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/issue/view/421>.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. [Support for breastfeeding mothers]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(7) [citado 10 set. 2010]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=573&id=CD001141&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes>. English.

Brown S. [Peer support for breastfeeding]. The Pract Midwife. 1998;15(7-8):163-78. English.

Boof L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

Buckner E, Matsubara M. [Support networks utilization by breast feeding mothers]. J Hum Lact. 1993;9:231-5.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003; p.15-38.

Carpenter B. [Early childhood intervention: possibilities and prospects for professionals, families and children]. Br J Spec Educ. 2005;32(4): 175-83. English.

Carrillo-González GM, Gómez-Ramírez OJ, Vargas-Rosero E. [La Metasíntesis: una Metodología de Investigación]. Rev. salud pública. 2007;9(4):609-17 [citado 10 out. 2009] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en . Español.

Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Castiel LD, Povia EC. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? Interface Comunic Saúde Edc. 2002;6(11):117-32 [citado 05 out. 2009]. Disponível em: <http://www.annals.org/content/126/5/376.full>.

Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. Curso de revisão sistemática e metanálise. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP. 2002 [citado 20 jun. 2009]. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/curso/metanalise>.

Castro LMC et al. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos completos. Cad Saúde Colet. 2008;16(1):83-98.

Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. [Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation]. Public Health Nutr. 2005;8(1):39-46 [citado 16 mai. 2010]. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=630836&jid=&volumeId=&issueId=01&aid=573524&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession>. English.

Ceriani Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. [Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life]. J Hum Lact. 2003;19(2):136-44 [citado 03 jun. 2010]. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/content/19/2/136>. English.

Chandrasekhar S. [A thousand families in Newcastle upon tyne: an approach to the study of health and illness in children]. Eugen Rev. 1954;46(3):177-9 [citado 17 out. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2973248/pdf/eugenrev00051-0039.pdf?tool=pmcentrez>. English.

Chiesa AM, Batista KBC (Org). Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. Toda hora é hora de cuidar. [manual de apoio]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família; 2003.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante da atenção à criança no Programa Saúde da Família. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fraccolli LA. (Org.) Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo: USP; 2009. p.29-42.

Chiesa AM, Fraccolli LA, Veríssimo MDLÓR, Solymos GMB. Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do programa saúde da família no município de São Paulo [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007a.

Chiesa AM, Fraccolli LA, Veríssimo MDLÓR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Esp 2):1352-7.

Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR, Fraccolli, LA. O Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades: possibilidades e limites para a Atenção à Criança. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fraccolli LA. (Org) Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades. São Paulo: USP; 2009. p.13-28.

Clark KM et al. [Breastfeeding and Mental and Motor Development at 5 ½ Years]. Ambul Pediatr. 2006;6(2):65-71 [citado 03 out. 2009]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16530141>. English.

Cook DJ, Mulrow CD, Haynes B. [Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions]. An Int Med, 1997;126(5):376-80. English.

Costa MCO, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. Ciênc. saúde coletiva 2007;12(5):1101-9 [citado 14 abr. 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500002&lng=enandothers&nrm=iso&tlng=enandothers.

[Database on global breastfeeding and nutrition]. WHO. 2010 [citado 15 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/?menu=21&cID=CAN-USA-ARE-BEL-DEN-FIN-FRA-DEU-IRLLUX-NLD-NOR-SWE-CHE-GBR-AUS-CHN-JPN-NZLSGP&iID=A01&yID=&ok=true>. English.

Dearden K, Altaye M, De Maza I, De Oliva M, Stone-Jimenez M, Morrow AL, Burkhalter BR. [Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala]. Rev Panam Salud Publica. 2002;12(3):185-92 [citado 28 mai. 2010]. Disponível em: http://link.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=infofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927712309&svc.fulltext=yes. English.

Deave T, Johnson D, Ingram J. [Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy an early parenthood]. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008;8(30):1-17 [citado 17 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-8-30.pdf>. English.

Dessen MA, Braz MP. Rede social e apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2000;16(3):221-31.

Duong DV, Lee AH, Binns CW. [Determinants of breast-feeding within the first 6 months post-partum in rural Vietnam]. *J Paediatr Child Health*. 2005;41(7):338-43 [citado 18 abr. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118739797/abstract>. English.

Dubois L, Girard M. [Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002)]. *Can J Public Health*. 2003;94(4):300-5. English.

Dykes F. ['Supply' and 'demand': breastfeeding as labour]. *Social Science & Medicine*. 2005;60:2283-93. English.

Dykes F, Moran VH, Burt S, Edwards J. [Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs- an exploratory study]. *J Hum Lact*. 2003;19(4):391-401 [citado em 10 abr. 2010]. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/cgi/reprint/19/4/391>. English.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Ekström A, Widström AM, Nissen E. [Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women]. *Birth*. 2003;30(4):261-6 [citado 22 fev. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118841910/PDFSTART>. English.

Enkin M, Kierse M, Renfrew M, Nielsin J. Amamentação. In: Enkin M, Kierse M, Renfrew M, Nielsin J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1995. p.234-42.

Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metanálise. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(3):265-75.

Feldman-Winter L, Shaikh U. [Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers]. *J Hum Lact*. 2007;23(4):362-7. English.

Flower KB, Willoughby M, Cadigan JR, Perrin EM, Randolph G. [Understanding breastfeeding initiation and continuation in rural communities: A combined qualitative/quantitative approach]. *Matern Child Health J*. 2008;12(3):402-14 [citado 17 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/c264067r4404g348/fulltext.pdf>. English.

Fomon SJ. [Feeding normal infants: rationale for recommendations]. *J Am Diet Assoc*. 2001;101(9):1002-5 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B758G-485PJDX-9-1&_cdi=12926&_user=9295124&_pii=S0002822301002486&_orig=search&_coverDate=09/30/2001&_sk=998989990&_view=c&_wchp=dGLbVtz-zSkWb&_md5=ba33f56da7720004a7ad4de7b77b013d&_ie=/sdarticle.pdf. English.

Fracolli LA. O monitoramento das condições de vida e de saúde: uma abordagem a partir da percepção dos moradores do território [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Fracolli LA, Bertolozzi MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. Manual de enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde. Brasília; 2001.

Frazilli RTV. Necessidades de aperfeiçoamento do enfermeiro nas práticas com as famílias no programa saúde da família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. [Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding]. *Pediatrics*. 1992;89:224-7.

Freitas CM. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D; Freitas CM (Org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003. p.141-59.

Gamble D, Morse JM. [Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement]. *JOGNN*. 1992;22(4):358-65. English.

Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Giugliani ERJ. Tópicos básicos em aleitamento materno. In: Lopez FA, Campos Jr D. *Tratado de pediatria*. 2a ed. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 327-39.

Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. [Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about fathers' knowledge of breast feeding]. *Acta Paediatr*. 1994;83:1127-31. English.

Giugliani ERJ; Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos: embasamento científico. OMS / OPAS; 1997.

Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA. [Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed]. *J Hum Lact*. 1994;10(3):157-61. English.

Gonçalves AC. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001.

Gorman T, Byrd TL, VanDerslice J. [Breast-feeding practices, attitudes, and beliefs among Hispanic women and men in a border community]. *Fam Community Health*. 1995;18(2):17-7. English.

Graffy J, Taylor J. [What information, advice and support do women want with breastfeeding]? *Birth*. 2005;32(3):179-85 [citado 20 jun. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118656105/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>. English.

Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. [Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding]. *BMJ*. 2004;328(3):1-6 [citado 02 ago. 2010] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC313903/pdf/bmj32800026.pdf>. English.

Grassley J, Eschiti V. [Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want] *Birth*. 2008;35(4):329-35. [citado 07 abr. 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=67&hid=104&sid=9aeaf270-f296-4887-9944-6b6cd3ae15d5%40sessionmgr11>. English.

Greenhalgh T. [Papers that summarise other papers: systematic reviews and meta-analyses]. *BMJ*. 2003;315:672-5. English.

Grippio MLVS. Avaliação de um instrumento de promoção do cuidado da criança a partir da percepção do cuidador familiar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2007.

Groleau D, Soulière M, Kirmayer LJ. [Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant woman]. *Health & Palce*. 2006;12(4):516-26 [citado 12 abr. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VH5-4H39765-2-1&_cdi=6057&_user=9295124&_pii=S1353829205000432&_orig=search&_coverDate=12/31/2006&_sk=999879995&view=c&wchp=dGLbVzW-zSkzS&md5=0b730e4ab2f9473dea0c3a14f72ccf7a&ie=/sdarticle.pdf. English.

Haku M. [Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research]. *J Med Invest*. 2007;54(3-4):224-34 [citado 17 abr. 2010]. Disponível em: http://www.istage.ist.go.jp/article/jmi/54/3,4/224/_pdf. English.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AMW, Monticelli M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enferm*. 2006;15(2):352-8.

Hernandez PT, Callahan S. [Attributions of breastfeeding determinants in a French population]. *Birth*. 2008;35(4):303-12 [citado 12 abr. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121523283/PDFSTART>. English.

Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. [Family and community practices that promote child survival, growth and development. A review of the evidence]. Public Health Intervention Research Unit Department of Epidemiology and Population Health / London School of Hygiene and Tropical Medicine. WHO; 2004. English.

Holmes AV, Howard CR. [How do we support women and families in breastfeeding]? Acad Pediatr. 2010;10:10-1. English.

Houghton MD, Graybeal TE. [Breast-feeding practices of Native American mothers participating in WIC]. J Am Diet Assoc. 2001;101(2):245-7 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B758G-483YF14-Y&_user=9295124&_coverDate=02/28/2001&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=9295124&md5=5b5ad5c03f652437ddfb6a0b03aa5891. English.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças familiares. Rev Latino-am Enferm 2001; 9(5):70-6.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. Rev Latino-am Enferm 2002; 10(4):578-85.

Neichen B, Pierce M, Lawrenson R. [Teenage mothers as breastfeeders: attitudes and behavior]. J Adolesc. 1997;20:505-9. English.

Ingram J, Cann K, Peacock J, Potter B. [Exploring the barriers to exclusive breastfeeding in black and minority ethnic groups and young mothers in the UK]. Matern Child Nutr. 2008;4:171-80.

Ingram J, Johnson D. [A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK]. Midwifery. 2004;20:367-79 [citado 14 mai. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4DWVHVC-3&_user=5674931&_coverDate=12/01/2004&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000049650&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5674931&md5=7e6be7b145b048bb2f66989874d9e046&searchtype=a. English.

Ingram J, Johnson D, Greenwood R. [Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families]. Midwifery. 2002;18(2):87-101 [citado 14 jun. 2009]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=Image&_imagekey=B6WN9-46C0DFH-3-1&_cdi=6957&_user=9295124&_pii=S0266613802903086&_orig=search&_coverDate=06/30/2002&_sk=999819997&_view=c&_wchp=dGLzVtb-zSkWA&md5=f41e1cdd568fdc148f749c0e6af091e8&ie=/sdarticle.pdf. English.

Ingram J, Johnson D, Hamid N. [South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol]. *Midwifery*. 2003;19(4):318-27 [citado 23 mai. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WN9-4991PRM-1&_user=10&_coverDate=12/31/2003&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=451973a9e3b1718e79feae5ad7ff8cb&searchtype=a. English.

Ingram J, Rosser J, Jackson D. [Breastfeeding peer supporters and a community support group: evaluating their effectiveness]. *Mater Child Nutr*. 2004;1:111-8. English.

[JBI Reviewers' Manual. Adelaide / Austrália: The Joanna Briggs Institute]. 2008 [citado 15 jul. 2009]. Disponível em: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIReviewManual_CiP11449.pdf. English.

Johnston ML, Esposito N. [Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States]. *JOGNN*. 2007;36(1):9-20. English.

Kanotra S, D'Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield WD, Lansky A. [Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS) survey]. *Matern Child Health J*. 2007;11:549-58. English.

Khan N, Bower P, Rogers A. [Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience]. *Brit J Psychiatr*. 2007;191:206-11 [citado 15 out. 2009]. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/191/3/206>. English.

King FS. Como ajudar as mães a amamentar. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Kobarg APR, Vieira ML. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008;21(3):401-8.

Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. [Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study]. *Br J Nutr*. 2008;99(5):1127-32 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=1831336&jid=BJN&volumeId=99&issueId=05&aid=1831328>. English.

Kuan LW et al. [Health system factors contributing to breastfeeding success]. *Pediatrics*. 1999;104(3):1-7. English.

Lalonde M. [A new perspective on the health of Canadians: a working document]. Ottawa / Canadá: Minister of Supply and Services Canada, 1974 [citado 23 set. 2009]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. English.

Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. [Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial]. *BJOG*. 2005;112(8):1047-53 [citado 15 mai. 2010]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00644.x/pdf>. English.

Lavander T, McFadden C, Baker L. [Breastfeeding and family life]. *Mater Child Nutr*. 2006;2:145-55 [citado 08 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&rid=12&page=1&L43834493>. English.

Leite MLM. A infância no século XIX segundo memórias e livros de viagem. In: Freitas MC (org.). *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez; 1997. p.19-52.

Leonello VM. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Leung EYL, Au KYA, Cheng SSW, Kok SY, Lui, HK, Wong WCW. [Practice of breastfeeding and factors that affect breastfeeding in Hong Kong]. *Hong Kong Med J*. 2006;12(6):432-6. English.

Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong SA, Ushijima H. [Breast-feeding in Bangkok, Thailand: current status, maternal knowledge, attitude and social support.] *Pediatr Int*. 1999;41(6):648-54 [citado 12 mai. 2010]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1442-200x.1999.01149.x/pdf>. English.

Llorens Mira B, Ferrer Hernández E, Morales Camacho V, Alenda Botella A. [Creímos en la lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en tres generaciones]. *Index Enferm*. 2007;16(58):1-9. Español.

Lopes ALM. Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):771-8 [citado 10 out. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400020&script=sci_arttext&tlng=pt.

Maciel AMS. Desenvolvimento mental e motor de crianças em creches da rede municipal do Recife [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2006.

Mannan I et al. [Can Early Postpartum Home Visits by Trained Community Health Workers Improve Breastfeeding of Newborns?]. *J Perinatol* 2008;28(9):632-40 [citado 29 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929160/pdf/nihms222403.pdf>. English.

Marcon SS, Waidman MAP, Decesaro MN, Arêas MMM. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do sul do Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):21-7.

Marques ES et al. Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado num Unidade Saúde da Família. *Rev Saúde Colet.* 2009;19(2):439-55.

Marques ES et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(1):1391-400.

Martins Filho J. Como e porque amamentar. São Paulo: Sarvier; 1984. p.15-21.

McIntyre E, Hiller JE, Turnbull D. [Attitudes towards infant feeding among adults in a low socioeconomic community: what social support is there for breastfeeding?]. *Breastfeeding review.* 2001;9(1):13-24. English.

McNatt MH, Freston MS. [Social support and lactation outcomes in postpartum women]. *J Hum Lact.* 1992;8(2):73-7. English.

Merhy EE et al. Em busca de ferramentas analisadores das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Editora Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 113-60.

Meyers D. [Promoting and supporting breastfeeding]. *Am Fam Physician.* 2001;64(6):931-2 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2001/0915/p931.html>. English.

Mills SP. [Workplace lactation programs: a critical element for breastfeeding mothers' success]. *AAOHN J.* 2009;57(6): 227-31. English.

Monteiro JCS. Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante o aleitamento materno exclusivo [dissertação]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Morais TCP. Necessidade em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento [mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Moran VH, Dykes F, Burt S, Shuck C. [Breastfeeding support for adolescent mothers: similarities and differences in the approach of midwives and qualified breastfeeding supporters]. *Int Breastfeed J.* 2006;1:23 [citado 16 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-1-23.pdf>. English.

Moran VH, Edwards J, Dykes FA. [Systematic review of the nature of support for breastfeeding adolescent mothers]. *Midwifery*. 2007;23:157-71 [citado 28 mar. 2010]. Disponível em:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WN9-4M4TNXX-2-3&_cdi=6957&_user=9295124&_pii=S0266613806000726&_orig=search&_coverDate=06/30/2007&_sk=999769997&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzV&md5=8168425a8e9ab6a60e22430332285207&ie=/sdarticle.pdf. English.

Mortensen EL. [Neuro-developmental effects of breastfeeding]. *Acta Paediatr*. 2007;96:796-7. English.

Muller PS, Silva IA. Representações sociais de um grupo de mulheres nutrizes sobre o apoio à amamentação. *Rev Lat Am Enferm*. 2009;17(5):651-7 [citado 23 mai. 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920090005&lng=pt&nrm=iso.

Mustard JF. O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro – a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento durante a vida toda. In: Young ME. *Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010. p. 25-66.

Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes FA. [Women's social space and the reference for breastfeeding in practice]. *Rev Latino-Am Enferm* 2007;15(2):230-8. [citado 05 mai. 2010] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a07.pdf>. English.

Neto MT. Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediátr Portuguesa*. 2006;1(37):23-6 [citado 17 nov 2010]. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424160806_APP_Vol_37_N1_AA_Aleitamento_Materno_Infeccao.pdf.

Noel-Weiss, J., Hébert, D. [Breastfeeding peer support programs]. *The Canadian nurse*. 2004;100(8):29-33 [citado 10 mar. 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=107&sid=80b9e784-1e19-4c41-b876-fd766160cb6a%40sessionmgr110>. English.

Nossas crianças: janelas de oportunidades. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Saúde da Família. 2002 [citado 03 abr. 2009]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/manualtodahora.pdf>.

Novotny R, Hla MM, Kieffer EC, Park CB, Mor J, Thiele M. [Breastfeeding duration in a multiethnic population in Hawaii]. *Birth*. 2000;27(2):91-7. English.

O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. [Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1 : perceptions of mothers and clinicians]. *J Hum Lact*. 2009a;25(1):55-63. English.

O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. [Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women]. *J Clinical Nurs*. 2009b;18:1574-82. English.

Olayemi O et al. [The influence of social support on the duration of breast-feeding among antenatal patients in Ibadan]. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2007;27(8):802-5 [citado 12 abr. 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=107&sid=40d09a87-592b-4043-8649-cd0cc3c4fd4b%40sessionmgr104>. English.

Oliveira RCC. A reorganização familiar no primeiro mês pós-parto: como fica a amamentação? [dissertação]. Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. [Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions]. *J Hum Lact*. 2001;17(4):326-43 [citado 16 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2002/0415/p1521.html>. English.

O'Neill T, Jinks C, Ong BN. [Decision-making regarding total knee replacement surgery: A qualitative meta-synthesis]. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:52 [citado 15 out. 2009] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854891/?tool=pubmed>. English.

OPAS. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS; 2005.

Pavill BC. [Fathers & breast feeding: consider these ways to get dad involved]. *AWHONN Lifelines*. 2002;6(4):326-31. [citado 13 mai. 2010]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6356.2002.tb00497.x/abstract>. English.

Penn H. Primeira infância: a visão do Banco Mundial. *Cadernos de Pesquisa*. 2002;115:7-24.

Pereira EG. A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva: um estudo dos relatos de experiências produzidos por enfermeiros brasileiros no período de 1988-2003 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. [Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries]. *J Nutr*. 1995;125:2972-84. English.

Persad MD, Mensinger JL. [Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas]. *J Community Health*. 2008;33(2):53-60 [citado 28 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/c17315230704l008/fulltext.pdf>. English.

Pessini L, Pelicioni MCF, Campinas LLSL, Pelicioni AF. Educação e Promoção da Saúde. O Mundo da Saúde. 2007;31(3). Editorial.

Piaget J, Inhelder B. A psicologia da criança. Rio de Janeiro: Difel / Bertrand Brasil; 2003.

Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. [A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion]. *Pediatrics*. 2005;166:e494-8. English.

Pollock CA, Bustamante-Forest R, Giarratano G. [Men of diverse cultures: knowledge and attitudes about breastfeeding]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(6):673-9 [citado 05 abr 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118920756/PDFSTART>. English.

Pontes CM, Alexandrino AC, Osório MM. Participação do pai no processo de amamentação: vivências, conhecimentos, comportamento e sentimentos. *Jornal de Pediatria*. 2008;84(4):357-64 [citado 28 jul. 2010]. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=1848&cod=14.

Pontes CM, Osório MM, Alexandrino AC. [Building a place for the father as an ally for breast feeding]. *Midwifery*. 2009;25(2):195-202 [citado 17 jun. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WN9-4NJP3W1-1-1&_cdi=6957&_user=9295124&_pii=S0266613807000290&_orig=search&_coverDate=04/30/2009&_sk=999749997&_view=c&_wchp=dGLbVzz-zSkWA&_md5=ee7ce1fd4bf4faf255dfd34852b5f548&_ie=/sdarticle.pdf. English.

Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Protheroe J, Rogers A, Kennedy AP, Macdonald W, Lee V. [Promoting patient engagement with self-management support information: a qualitative meta-synthesis of processes influencing uptake]. *Implement Sci*. 2008;13(3):44 [citado 10 out. 2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2575203/?tool=pubmed>. English.

Raj VK, Plichta SB. [The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review]. *J Hum Lact*. 1998;14(1):41-5. English.

Ramos RR. A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa unidade básica de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Resende MA, Sigaud CHS, Veríssimo MDLÓR, Chiesa AM, Bertolozzi MR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev Latino-am Enferm*. 2002;10(2):234-8.

Rhodes KL, Hellerstedt WL, Davey CS, Pirie PL, Daly KA. [American Indian breastfeeding attitudes and practices in Minnesota]. *Mater Child Health J.* 2008;12:S46-54. English.

Richardson V, Champion V. [The relationship of attitudes, knowledge, and social support to breast-feeding]. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 1992;15(3):183-97 [citado 03 mai. 2010]. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdfplus/10.3109/01460869209078251>. English.

Rodrigues CRF. Representações sociais de trabalhadores da saúde da família sobre família como unidade do cuidado e controle social, por meio dos Conselhos Gestores, zona leste da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

Rose VA, Warrington VOF, Linder R, Williams CS. [Factors influencing infant feeding method in an urban community]. *J Natl Med Assoc.* 2004;96(3):325-31 [citado 21 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2594896/pdf/jnma00303-0055.pdf>. English.

Rosen G. O Industrialismo e o Movimento Sanitário (1830-1875). In: Rosen G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994. p.157-230.

Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. [Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes]. *MCN.* 2008;33(5):315-9. English.

Rossetti-Ferreira MC, Ramon F, Silva APS. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. *Cad Pesq.* 2002;115:65-100.

Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004;4(1):85-94.

Rousseau EH, Lescop JN, Fontaine S, Lambert J, Roy CC. [Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding]. *Can Med Assoc J.* 1982;15(127):701-4 [citado 12 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1862377/pdf/canmedaj01377-0037.pdf>. English.

Sâmara H. As janelas de oportunidades e o papel da Educação Infantil no século XXI. 2006 [citado 06 abr. 2009]. Disponível em: <http://www.escolamobile.com.br/artigos/janelas.htm>.

Sandelowski M. [Using Qualitative Research]. *Qual Health Res.* 2004;14:1366. English.

Sandelowski M. [Reading, writing and systematic review]. *J Adv Nurs.* 2008;64(1):104-10 [citado 14 mai. 2009]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569151/?tool=pubmed>. English.

Sandelowski M, Barroso J. [Qualitative metasummary method] Sandbar Digital Library Project. Chapel Hill (USA): University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004 [citado 15 out. 2009]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>. English.

Sandes AR et al. Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Med Port.* 2007;20:193-200.

Sandre-Pereira G. Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas.* 2003;11(2):467-91.

Sarafino EP. [Health psychology: biopsychosocial interactions]. 6th ed. Danvers/USA: Wiley; 2008. Stress, biopsychosocial factors, and illness; p.87-116. English.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta, AR, Vitale, Faller AM (Org). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP; 2003. p. 21-36.

Scavenius M, Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. [In practice, the theory is different: a processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil]. *Soc Sci Med.* 2006;66:676-88. English.

Schneider A, Ramires VR. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília : UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2007. p. 128.

Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. [A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding]. *J Community Health.* 1995;20(6):473-90. English.

Scott JA. [What works in breastfeeding promotion?] *J R Soc Promot Health.* 2005;125(5)203-4. English.

Scott JA, Binns CW. [Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature]. *Breastfeed Rev.* 1999;7:5-16. English.

Scott, J.A., Landers, M.C.G., Hughes, R.M., Binns, C.W. [Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding]. *J Paediatr Child Health.* 2001;37(3):254-61 [citado 25 abr. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118995102/PDFSTART>. English.

Sears W. [The father's role in breastfeeding]. *NAACOG's Clin Issu Perinat Womens Healht Nurs.* 1992;3(4):713-6. English.

Seidl de Moura ML et al. Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica,* 2004;17(3):295-302.

Sena MCF. Aleitamento materno no Brasil [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007 [citado 20 out. 2009]. Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2461

Shaikh U, Ahmed O. [Islam and infant feeding]. *Breastfeeding Med.* 2006;1(3):164-7 [citado 25 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2006.1.164>. English.

Sharma M, Kanani S. [Grandmothers' influence on child care]. *Indian J Pediatr.* 2006;73(4):295-8 [citado 25 mai. 2010]. Disponível em: <http://medind.nic.in/icb/t06/i4/icbt06i4p295.pdf>. English.

Sheehan A, Schmied V, Barclay L. [Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth]. *Matern Child Nutr.* 2009;5(2):138-50 [citado 15 abr. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121613093/PDFSTART>. English.

Shi L, Zhang J, Wang Y, Guyer B. [Breastfeeding in rural China: association between knowledge, attitudes, and practices]. *J Hum Lact.* 2008;24(4):377-85 [citado 14 mai. 2010]. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/content/early/2008/09/05/0890334408319157.full.pdf>. English.

Shimoda GT. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. [Support for breastfeeding mothers: a systematic review]. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003;17(4):407-17 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118880662/PDFSTART>. English.

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

Silva NC. Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo centralidade na família no PSF de Manaus [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010a.

Silva RRF. Desenvolvimento da criança sob o enfoque do médico. Mesa redonda; Desenvolvimento da criança sob o enfoque multiprofissional: a utilização do Teste Denver II. II Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente. 26-28 de agosto de 2010. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010b.

Solymos GMB, Maricondi MA, Soares MLPV. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da Promoção da Saúde. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. *Promoção da Saúde da Criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades.* São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. p.43-61.

Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17(3):354-60 [citado 21 mai. 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf.

Stefanello J. Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M. [What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions]. *J Hum Nutr Diet*. 2003;16(4):265-73 [citado 15 mai. 2010]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&hid=104&sid=9aeaf270-f296-4887-9944-6b6cd3ae15d5%40sessionmgr11>. English.

Stremmler J, Lovera D. [Insight from a breastfeeding peer support pilot program for husbands and fathers of Texas WIC participants]. *J Hum Lact*. 2004;20(4):417-22 [citado 10 jun 2010]. Disponível em: <http://jhl.sagepub.com/content/20/4/417.full.pdf+html>. English.

Susin LRO, Giugliani ERJ. [Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates]. *J Hum Lact*. 2008;24(4):386-92. English.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):141-7 [citado 19 abr. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24034.pdf>.

Swanson V, Power KG. [Initiation and continuation of breastfeeding: Theory of planned behavior]. *J Adv Nurs*. 2005;50(3):272-82. English.

Szajewska H, Horvath A, Koletzko B, Kalisz M. [Effects of brief exposure to water, breast-milk substitutes, or other liquids on the success and duration of breastfeeding: a systematic review]. [Resumo] *Acta Paediatr*. 2006;95(2):145-52 [citado 10 set. 2010] Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=dare_abstracts&mfn=890&id=DARE12006000774&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes. English.

Tarrant M, Dodgson JE, Choi VWK. [Becoming a role model: the breastfeeding trajectory of Hong Kong women breastfeeding longer than 6 months]. *Int J Nurs Stud*. 2004;20(4):367-79 [citado 25 mar. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T7T-4BRSCJC-1-9&_cdi=5067&_user=9295124&_pii=S0020748903001998&_orig=search&_coverDate=07/31/2004&_sk=999589994&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkzS&md5=0749ee839476bedaf882de21fb9ffb26&ie=/sdarticle.pdf. English.

Teixeira MA; Nitschke RG. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(1):183-91 [citado 23 fev. 2010]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71417121>.

Teixeira MA, Nitschke RG, De Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(1):98-106 [citado 19 fev. 2010]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71415112>.

Terris M. [Concepts of health promotion: dualities in public health theory]. *J Public Health Policy.* 1992;13:267-76 [citado 10 nov. 2009]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/paho557/s6.pdf>. English.

Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. [Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda]. *Qual Health Res.* 2004;14(10):1342-65. English.

Thulier D, Mercer J. [Variables associated with breastfeeding duration]. *JOGNN.* 2009;38(3):259-68 [citado 01 jun. 2010]. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122382722/PDFSTART>. English.

Turnbull-Plaza B, Escalante-Izeta E, Klunder-Klunder M. [The role of social networks in exclusive breastfeeding. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2004;44(2):97-104 [citado 17 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im062b.pdf>. English.

Uauy R, Andraca I. [Human milk and breast feeding for optimal mental development]. *J Nutr.* 1995;125(8):2278-80 [citado 03 out 2009]. Disponível em: http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/125/8_Suppl/2278. English.

UNICEF. Situação da infância brasileira 2001. Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2001 [citado 03 abr. 2009]. Disponível em: www.unicef.org.br.

UNICEF. Situação da infância brasileira 2006. Crianças até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. 2006 [citado 27 ago. 2010]. Disponível em: www.unicef.org.br.

USP. SIBI USP. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte IV (Vancouver). 2a ed. rev. ampl. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009.

Vehid HE, Hacıu D, Vehid S, Gökçay G, Bulut A. [A study of the factors affecting the duration of exclusive breastfeeding]. *Nobel Medicus.* 2009;5(3):53-7. English.

Veríssimo MDLÓR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS (org). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* São Paulo: Manole; 2009. p.91-120.

Vigotski LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. p.25-77.

Vinagre RD. O leite humano e sua importância na nutrição do recém nascido prematuro. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p.01-14.

Wade D, Haining S, Day A. [Breastfeeding peer support: are there additional benefits?]. Community practitioner. 2009;82(12):30-3 [citado 03 mai. 2010]. Disponível em: http://find.galegroup.com/gtx/retrieve.do?contentSet=IAC-Documents&qrySerId=Locale%28en%2C%29%3AFQE%3D%28JN%2CNone%2C24%29%22Community+Practitioner%22%3AAnd%3ALQE%3D%28DA%2CNone%2C8%2920091201%24&inPS=true&tabID=T002&prodId=AONE&searchId=R1&retrieveFormat=PDF¤tPosition=33&userGroupName=capes58&resultListType=RESULT_LIST&sort=DateDescend&docId=A213312701&noOfPages=4. English.

Wambach KA, Cohen SM. [Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers]. J Pediatr Nurs. 2009;24(4):244-54 [citado 18 jun. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WKM-4TDYNWV-2-3&_cdi=6910&_user=9295124&_pii=S0882596308001747&_orig=search&_coverDate=08/31/2009&_sk=999759995&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkz&md5=4e15485ca34f9e9c8f40c84892716ee7&ie=/sdarticle.pdf. English.

Westphal MF. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. In: Fernandez JCA, Mendes R (Org). Promoção da Saúde e a Gestão Local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild : Cepedoc; 2007. p.13-40.

Whelan A, Lupton P. [Promoting successful breast feeding among women with a low income]. Midwifery. 1998;14:94-100 [citado 13 jun. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WN9-4D6XP74-6C-2&_cdi=6957&_user=9295124&_pii=S0266613898900043&_orig=search&_coverDate=06/30/1998&_sk=999859997&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=e198963725f1e663586d2020f1f2ab60&ie=/sdarticle.pdf. English.

Williams RP. A família e a cultura. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem maternal. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 26-38.

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006. A amamentação como forma de comunicação; p.19-28.

Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. [Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention]. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(3):708-12 [citado 23 mai. 2010]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6W9P-4DFB9V6-9-1&_cdi=6688&_user=9295124&_pii=S0002937804004880&_orig=search&_coverDate=09/30/2004&_sk=998089996&view=c&wchp=dGLzVzb-zSkzV&md5=81eea3546edb94b3512bbf1590f8f02c&ie=/sdarticle.pdf. English.

Wutich A, McCarty C. [Social networks and infant feeding in Oaxaca, Mexico]. Matern Child Nutri. 2008;4:121-35. English.

ANEXO

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____
 Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info. ☐

Comments (Including reasons for exclusion)