

# INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA E SAÚDE

Promoção, Empoderamento, Capacitação, Parceria



**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**  
(Coord.)

Colección Cooperación al Desarrollo

6



## AUTORES

Ana Filipa Teixeira Sarmiento

Cátia Daniela Teixeira da Cunha

Tiago André Henriques dos Santos

João André Teixeira Santos

Maria Inês de Lemos Lopes

Ana Beatriz Garcia Arzileiro

Jéssica Eliana Gaspar Ferreira

Ana Beatriz Pereira de Sousa e Rosa

Viviana Sofia Oliveira de Campos

Maria Santos Marques Rodrigues

Ana Luísa Gomes Sarabando

Bárbara dos Santos Melo

Beatriz Pereira Neto Martins Carneiro

Joana Inês dos Santos Lourenço

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

**FC**T Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

ISBN: 978-84-09-23239-0



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA



Facultad  
de Formación  
del Profesorado



GRUPO EXTREMEÑO DE  
INVESTIGACIÓN EN TEORÍA  
E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN



• A I C E •  
ASOCIACIÓN INFANCIA, CULTURA Y EDUCACIÓN



Consejo  
Independiente de  
Protección de la  
Infancia



**INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA E  
SAÚDE**  
**Promoção, Empoderamento,  
Capacitação, Parceria**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

**(Coordenadora)**

**Colección**  
**Cooperación al desarrollo**

**Huelva, 2020**

© Los autores

ISBN: 978-84-09-23239-0

Edita: CIPI EDICIONES

Colección: Cooperación al desarrollo

Dirección: Antonio Salvador Jiménez Hernández y María  
Inmaculada Iglesias Villarán

Imprime: Copiarte

Distribuye: Consejo Independiente de Protección de la  
Infancia

<http://www.cipinfancia.org>

E-mail: [info@cipinfancia.org](mailto:info@cipinfancia.org)

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

## **COORDENADORA**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

## **AUTORES**

**Ana Filipa Teixeira Sarmento  
Cátia Daniela Teixeira da Cunha  
Tiago André Henriques dos Santos  
João André Teixeira Santos  
Maria Inês de Lemos Lopes  
Ana Beatriz Garcia Arzileiro  
Jéssica Eliana Gaspar Ferreira  
Ana Beatriz Pereira de Sousa e Rosa  
Viviana Sofia Oliveira de Campos  
Maria Santos Marques Rodrigues  
Ana Luísa Gomes Sarabando  
Bárbara dos Santos Melo  
Beatriz Pereira Neto Martins Carneiro  
Joana Inês dos Santos Lourenço  
Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**



## ÍNDICE

<b>RESUMO.....</b>	<b>11</b>
--------------------	-----------

### **CAPÍTULO 1. AMAMENTAÇÃO NOS PRIMEIROS 6 MESES DE VIDA DE CRIANÇAS OBESAS ATÉ AOS CINCO ANOS DE IDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA..... 19**

INTRODUÇÃO .....	19
METODOLOGIA .....	28
RESULTADOS .....	29
DISCUSSÃO .....	33
CONCLUSÃO .....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42

### **CAPÍTULO 2. INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS/ADOLESCENTES ..... 49**

INTRODUÇÃO .....	49
METODOLOGIA .....	58
RESULTADOS .....	60
DISCUSSÃO .....	67
CONCLUSÃO .....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73

### **CAPÍTULO 3. PREMATURIDADE E HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA..... 77**

INTRODUÇÃO .....	77
METODOLOGIA .....	84
RESULTADOS .....	87
DISCUSSÃO .....	95
CONCLUSÃO .....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	104

**CAPÍTULO 4. PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIAIS A RN PREMATUROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ..... 111**

INTRODUÇÃO .....	111
METODOLOGIA .....	125
RESULTADOS.....	126
DISCUSSÃO .....	137
CONCLUSÃO .....	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	150

**CAPÍTULO 5. ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E INSTITUIÇÕES RESIDENCIAIS DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS..... 155**

INTRODUÇÃO .....	155
METODOLOGIA .....	161
RESULTADOS.....	162
CONCLUSÃO .....	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	171

**CAPÍTULO 6. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS CRECHES COM CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO: ESTRATÉGIAS TECNOLÓGICAS A UTILIZAR... 173**

INTRODUÇÃO .....	173
METODOLOGIA .....	176
RESULTADOS.....	177
CONCLUSÃO .....	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	180

**CAPÍTULO 7. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O REGRESSO AO TRABALHO: MATERIAIS A UTILIZAR NOS MOMENTOS DE FORMAÇÃO..... 183**

INTRODUÇÃO .....	183
------------------	-----

METODOLOGIA .....	186
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	187
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO.....	190
CONCLUSÃO .....	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	202

**CAPÍTULO 8. CRECHES E JARDINS DE INFÂNCIA: A SUA  
CONTRIBUIÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO  
JUNTO DAS CRIANÇAS..... 205**

INTRODUÇÃO.....	205
METODOLOGIA.....	206
CRECHES E JARDINS DE INFÂNCIA.....	207
O BRINCAR NA CRIANÇA.....	210
BRINCAR A AMAMENTAR.....	216
CONCLUSÃO.....	220
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	222

## Resumo

Esta obra, de oito capítulos, compreende quatro revisões integrativas e quatro revisões narrativas da literatura.

O primeiro capítulo, uma Revisão Integrativa da Literatura, aborda a Amamentação nos primeiros 6 meses de vida de crianças obesas até aos cinco anos de idade. Decidiu-se por se tratar esta temática por a obesidade infantil ser considerada uma das maiores problemáticas da atualidade e um dos desafios de saúde pública, sendo um problema mundial, que afeta principalmente os países desenvolvidos. Em Portugal, apesar de se verificar uma tendência de melhoria, a prevalência da obesidade infantil permanece elevada. O leite materno um alimento completo e essencial para a saúde e bem-estar do bebé, para além de ser facilmente digerível e conter alguns anticorpos da mãe, diminui o risco de hipertensão, colesterol elevado, diabetes e também o risco de desenvolvimento de obesidade. Com esta pesquisa pretendeu-se conhecer como se processou a amamentação nos primeiros 6 meses de vida em crianças obesas até aos cinco anos de idade, identificar o momento de introdução de outros alimentos ou líquidos e da alimentação complementar na dieta alimentar, verificar se ocorreu amamentação exclusiva até aos seis meses de idade, identificar a duração da amamentação exclusiva e completa nestas crianças. Analisaram-se 5 artigos. Verificou-se a existência de vantagens na amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida. A introdução de outros alimentos e líquidos precocemente, bem como a introdução de alimentos complementares e a duração média do

aleitamento exclusivo foi inferior ao recomendado pela OMS. O período de aleitamento materno nas crianças obesas foi ineficaz, segundo os critérios da OMS que estabelece um período de amamentação de seis meses.

**A** amamentação está associada à saúde mental da criança. O número de crianças/adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. A influência da amamentação no desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais na criança/adolescente é uma temática pouco investigada. Assim, Influência da amamentação no desenvolvimento de Perturbações Emocionais e do Comportamento em crianças/adolescentes, é a temática estudada no segundo capítulo. Nesta revisão integrativa da literatura, onde foram incluídos 7 artigos, teve-se como objetivos: Analisar a relação entre amamentação e desenvolvimento de perturbações emocionais e do comportamento na criança/adolescente, identificar o tipo e duração de amamentação praticada e verificar se estas crianças/adolescentes foram amamentadas exclusivamente até aos seis meses de vida. Verificou-se que a duração da amamentação, pelo menos durante seis meses, o tempo prolongado de exposição à amamentação exclusiva e a amamentação praticada na presença de interação/relação possuem efeito protetor do desenvolvimento das perturbações emocionais e comportamentais nas crianças/adolescentes.

**N**o terceiro capítulo apresenta-se a Revisão Integrativa da Literatura sobre Prematuridade e Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Os problemas

de saúde mental em crianças e adolescentes são cada vez mais frequentes. O TDAH encontra-se entre os transtornos psiquiátricos mais diagnosticados durante a infância e adolescência e a prematuridade tem sido estudada como um dos seus fatores de risco. Na investigação desenvolvida teve-se como objetivos: Conhecer a relação entre prematuridade e TDAH, identificar em crianças/adolescentes que nasceram prematuras os fatores associados ao desenvolvimento de TDAH, identificar nestas crianças o tipo mais frequente de TDAH e perceber se existe relação com a idade gestacional. Foram selecionados 5 artigos para análise. Os estudos evidenciaram que a prematuridade é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de TDAH devido a fatores ambientais, clínicos perinatais, cognitivos e à idade gestacional, que quanto menor for, maior o risco de desenvolver TDAH. Verificou-se que em crianças/adolescentes nascidas prematuras, é mais frequente o desenvolvimento de sintomas do tipo desatento, sendo que, nestas crianças/adolescentes, o tipo desatenção é o tipo mais frequente de TDAH.

**P**romoção da amamentação em unidades de cuidados especiais a RN prematuros é a Revisão Integrativa da Literatura que se apresenta no quarto capítulo. Tratou-se este tema por o leite materno ser o alimento ideal para o Recém-Nascido (RN) prematuro pela adequação às suas necessidades e limitações nutricionais. Iniciar precocemente o aleitamento materno tem múltiplos benefícios para o RN. A promoção e suporte desta prática devem constituir foco principal dos profissionais de saúde que prestam cuidados especiais a estes RN. A temática da promoção da amamentação em contexto de cuidados intensivos neonatais

é pouco explorada, assim constituíram objetivos: Verificar se as unidades/profissionais de saúde que prestam cuidados especiais ao RN pré-termo são promotoras da amamentação e identificar as estratégias de promoção da amamentação utilizadas por unidades/profissionais de saúde que prestam cuidados especiais ao RN pré-termo. Incluíram-se sete estudos. Verificou-se que a maioria das UCIN era promotora da amamentação e apresentavam estratégias para a sua promoção. Das 10 medidas da Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés os passos mais implementados foram o 2, 4, 5 e 6.

O quinto capítulo destina-se à apresentação da Revisão Narrativa da Literatura Articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Instituições Residenciais de Acolhimento de Crianças e Jovens. A nível mundial, os maus tratos às crianças são entendidos como um verdadeiro problema de saúde pública, que carece de intervenções integradas, articuladas, concertadas e efetivas (Direcção-Geral da Saúde, 2008). Nestes casos, pode haver necessidade da criança ou jovem ser recebido numa instituição de acolhimento residencial. Aqui prevê-se o seu completo bem-estar e um desenvolvimento integral das suas competências. Nestes ambientes, as crianças/jovens manifestam, com frequência, perturbações emocionais e do comportamento, que requerem cuidados de saúde especializados. Assim, pretendeu-se analisar a situação de saúde das crianças e jovens em acolhimento e refletir sobre a necessidade de desenvolvimento de um projeto de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e as instituições de acolhimento residencial de crianças e jovens vítimas de maus tratos. Apurou-se que mais de metade das crianças, em situação de acolhimento, apresenta características

particulares, entre as quais se destacam os problemas de comportamento que têm uma maior prevalência na faixa etária da adolescência e podem ser caracterizados como ligeiros, médios e graves. Os serviços de saúde, designadamente os CSP, poderão desempenhar um papel fundamental nestas situações, tendo em conta as funções que desempenham. Um projeto de intervenção entre CSP e Instituições de Acolhimento Residencial poderia ser benéfico para a melhoria da saúde destas crianças e jovens.

Uma significativa parte das mães, ao regressar ao trabalho, deixa de amamentar parcial ou completamente. Os fatores descritos para o desmame precoce são a falta de tempo, de espaço para amamentar, para extrair e armazenar o leite (Galvão et al., 2018). Foi neste contexto que Galvão et al. (2018) organizaram o Projeto Promoção da Amamentação em Creches/Jardins de Infância nos concelhos de Coimbra e Viseu desenvolvido em três fases. Na Fase de planeamento e implementação do projeto, serão realizados momentos de formação junto das mães que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir. Promoção do aleitamento materno após o regresso ao trabalho: materiais a utilizar nos momentos de formação é a temática estudada na revisão Narrativa da Literatura do sexto capítulo, desenvolvida com os objetivos de Identificar as tecnologias utilizadas no âmbito da promoção da saúde e os materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação das mães que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção. Os estudos incluídos mostraram que os profissionais de saúde podem valer-se de tecnologias duras, leve-duras, leves, gerenciais, educacionais e assistenciais. A

OMS incentiva o uso de tecnologias como uma ferramenta para o alcance dos objetivos na assistência à saúde. Nos momentos de formação para mães que amamentam e cujos filhos se encontram nas creches onde decorre a intervenção, salienta-se o uso de vídeos, folhetos, álbuns seriados e videoconferência, assim como, o acolhimento e vínculo.

No sétimo capítulo apresenta-se a Revisão Narrativa da Literatura Capacitação dos profissionais das creches com conhecimentos sobre aleitamento materno: estratégias tecnológicas a utilizar. A existência de Creches com ambiente e rotinas que favoreçam a amamentação são imprescindíveis para a sua manutenção. Galvão et al. (2018) na Fase de planeamento e implementação do Projeto “Promoção da Amamentação em Creches” vão desenvolver momentos de formação, junto dos profissionais das creches onde irão intervir, que visem a sua capacitação. Tornou-se assim necessário fazer pesquisa bibliográfica sobre materiais utilizados na promoção e incentivo ao aleitamento materno e identificar os materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação dos profissionais das Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção. Os quatro artigos analisados permitiram verificar a utilização de vários tipos de tecnologias para a promoção do aleitamento materno. Os tipos de tecnologias mais utilizadas para a promoção e incentivo ao aleitamento materno são as tecnologias duras, as tecnologias leves-duras e as tecnologias educacionais. As tecnologias duras, com a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos, como por exemplo, os folhetos, panfletos e pósteres informativos, ou ainda, vídeos informativos, conjugadas com as tecnologias leves-duras, por exemplo, utilização de um manual educativo

com instruções sobre a administração e o armazenamento do leite materno, bem como, o esclarecimento de mitos que possam existir, poderão ser uma mais-valia para capacitar os profissionais de Creches/Jardins de Infância.

**B**rincar é um direito de todas as crianças e a forma como as crianças brincam poderá influenciar as suas decisões na vida adulta (Galvão & Silva, 2011). A tomada de decisão de amamentar depende de múltiplos fatores. Torna-se, por isso, fundamental que desde a infância a mensagem de promoção da amamentação seja reforçada e veiculada tanto pela educação formal como pela educação familiar (Galvão & Silva, 2011). Assim, com o objetivo de Refletir sobre o Brincar em Creches e Jardins de Infância e a Promoção da Amamentação, realizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo sobre o tema. Creches e Jardins de Infância: a sua contribuição para a promoção da amamentação junto das Crianças é a Revisão Narrativa da Literatura que se apresenta no oitavo e último capítulo, desta obra. Os estudos incluídos apontam que as crianças nas escolas não brincam a amamentar, o que pode influenciar nas suas decisões de amamentar no futuro, uma vez que a preferência alimentar é resultante da interação entre o ambiente familiar, social e de convívio da criança. Destaca-se que as creches não têm brinquedos que proporcionem às crianças espaços e brincadeiras alusivas às ações educativas capazes de promover a amamentação. Sendo a amamentação, o alimento ideal até aos 6 meses de idade, que deve ser vista como algo natural, torna-se necessário que haja uma aprendizagem direcionada às práticas naturais, onde a criança de forma intuitiva possa escolher os seus

brinquedos e que os mesmos proporcionem momentos de aprendizagem sobre amamentação.

# **CAPÍTULO 1**

## **AMAMENTAÇÃO NOS PRIMEIROS 6 MESES DE VIDA DE CRIANÇAS OBESAS ATÉ AOS CINCO ANOS DE IDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Ana Filipa Teixeira Sarmento**

**Cátia Daniela Teixeira da Cunha**

**Tiago André Henriques dos Santos**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

 Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1997) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais. No entanto, a maioria das mães, na maioria dos países, iniciam a alimentação com leite de fórmula por biberão e outros alimentos antes dos 4 meses, e muitas param a amamentação muito antes dos 2 anos. As razões comuns são:

**A**s mães acreditarem que não têm leite suficiente ou terem tido algumas dificuldades para iniciar e manter a amamentação.

**A** mãe trabalhar fora de casa e não saber como manter a amamentação e o trabalho.

**A** mãe não ter quem a ajude ou a rotina do serviço de saúde e os conselhos que ela recebe não serem de apoio a amamentação.

**O** leite materno é o alimento mais completo do ponto de vista nutritivo e imunológico nos primeiros 6 meses de vida, além de favorecer o vínculo mãe-filho a nível psicológico (Melo & Gonçalves, 2014).

**A** promoção da amamentação na gestação tem impacto positivo na prevalência do aleitamento materno especialmente nas primíparas. Deste modo é necessário perceber qual o plano da gestante no que diz respeito à amamentação, desmistificar mitos, medos e preocupações que possam estar relacionadas com a amamentação, explicar a importância do leite materno e as vantagens e desvantagens do mesmo e possíveis dificuldades da amamentação (Ministério da Saúde Brasil, 2009).

**S**egundo Levy e Bértolo (2012) acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, pós-parto e internamento podem influenciar de forma positiva ou negativa a amamentação e a sua duração. Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (Iniciativa Hospitais Amigos dos

Bebés) contempla "Dez medidas para o sucesso do aleitamento materno", revistas em 2018, importantes para o sucesso da amamentação, divididas recentemente em dois grupos: Procedimentos de gestão clínica e Práticas clínicas chave.

**A** evidência científica tem demonstrado benefícios para a saúde com o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida. A partir desta idade o volume de leite ingerido é insuficiente, não sendo possível suprir adequadamente as necessidades do lactente. É assim necessário diversificar a alimentação do lactente a partir dos 5 - 6 meses de modo a preencher adequadamente as suas necessidades nutricionais permitindo assim, a transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar, promovendo o seu desenvolvimento. Porém, é desejável que o aleitamento materno prossiga ao longo de todo o programa de diversificação alimentar e enquanto for mutuamente desejado pela mãe e lactente (Simon, Souza & Souza 2009).

**N**o entanto tem vindo a assistir-se à introdução precoce de alimentos (cerca dos 4 meses), acarretando ainda o facto de serem produtos açucarados e outros (achocolatados, guloseimas, iogurtes) podendo contribuir assim para o aumento do sobrepeso e obesidade em lactentes e crianças em idade escolar.

**S**egundo Levy e Bértolo (2012) o aleitamento materno tem vantagens para o bebé pois previne infeções, tem efeito protetor sobre as alergias, leva a uma melhor adaptação a outros alimentos e a longo prazo é importante na prevenção de diabetes e linfomas. No que diz respeito às

vantagens para a mãe a amamentação facilita a involução uterina precoce, associa-se a menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, entre outros. Além disso, constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés.

**T**endo em conta resultados de estudos prévios é possível que o aleitamento materno reduza tanto o sobrepeso como o baixo peso (Balaban e Silva, como referido por Amaral & Basso, 2009).

**É** neste sentido que Nejar et al., como referido por Amaral e Basso (2009) também afirmam que além dos benefícios comprovados que o leite materno oferece à mãe e ao bebé, este também seria uma possível estratégia na prevenção da obesidade infantil e de certas patologias. Também o Conselho Nacional de Saúde (2018, p. 30) afirma que “O leite materno é um alimento completo e essencial para a saúde e bem-estar do bebé. Para além de ser de digestão fácil e conter alguns anticorpos da mãe, o leite materno diminui o risco de hipertensão, colesterol elevado e diabetes, diminuindo também o risco de desenvolvimento de obesidade.”

**S**egundo Amaral e Basso (2009), a hipótese de que o leite materno possui efeito protetor sobre a obesidade infantil possui evidências a seu favor. Porém os mecanismos potencialmente envolvidos ainda precisam de ser esclarecidos, sendo necessário estudos mais aprofundados sobre este tema. Já Wagner como referido em Amaral e Basso (2009) afirma que no leite se encontram vários fatores bioativos como hormonas de crescimento que atuam sobre a

diferenciação e a manutenção funcional de órgãos específicos, afetando vários aspectos do crescimento.

**N**um estudo publicado no *Jornal Internacional da Obesidade*, liderado pela Dra. Meghan Azad (2018), é investigado o efeito potencial de três hormonas do leite materno na composição corporal das crianças e explorada a associação entre as características maternas e a variação dessas hormonas no leite materno. As hormonas em estudo foram a adiponectina que influencia como o corpo utiliza o açúcar e a gordura para produzir energia. A leptina que age como termostato corporal, para controlar o apetite, o peso e quantidade de energia que é utilizada pelo corpo. E a insulina que ajuda a regular o processo biológico que converte a glucose (açúcar) em energia. Depois de analisado o leite materno de 430 mulheres os investigadores concluíram que altas concentrações de leptina no leite materno e médias concentrações de insulina estavam associadas a baixo índice de massa corporal (IMC) entre os 4 e 12 meses. Concluíram também que o IMC materno, a etnia, a idade e a duração de aleitamento materno exclusivo, estão associados à variação dos níveis hormonais e que pode ser uma das explicações para as crianças que são amamentadas apresentarem na mesma sobrepeso ou obesidade (Winnipeg, 2017).

**T**ambém no dizer de Pérez-Escamilla (2016) é aceitável uma relação causal entre amamentação e risco de obesidade infantil. Primeiro, os perfis endocrinológicos de bebés amamentados versus bebés alimentados com fórmula, incluindo níveis de insulina e leptina, sugerem que a amamentação pode proteger os bebés contra a deposição excessiva de gordura corporal (Dewey, 2003; Geddes e

Prescott, 2013; Koletzko et al., 2009; Luque et al., 2016). Evidências fortes e consistentes indicam que a superprodução de insulina em resposta aos níveis relativamente altos de proteína na fórmula infantil pode explicar, pelo menos em parte, as diferenças nos perfis endocrinológicos entre bebês amamentados e alimentados com fórmula (Dewey, 2003; Koletzko et al., 2009; Luque et al., 2016; Weber et al., 2014). Em segundo lugar, a amamentação pode proteger os bebês contra o ganho de peso excessivo durante o primeiro ano de vida, que por sua vez tem sido consistentemente identificado como um fator de risco para obesidade infantil (Dewey, 1998; Péczetco et al., 2009; Pérez-Escamilla e Kac, 2013. Woo Baidal et al., 2016). Terceiro, a regulação da ingestão de calorias pode diferir entre bebês amamentados e alimentados com fórmula. Considerando que os bebês amamentados podem autorregular a quantidade de calorias que consomem com base na densidade de energia do leite materno (Pérez-Escamilla et al., 1995), é possível que bebês alimentados com fórmula consumam mais calorias, porque o cuidador tem mais controle do consumo. Isso pode representar um risco para a obesidade infantil, especialmente se os bebês são pressionados a terminar o biberão (Li et al., 2014) e/ou são alimentados com fórmulas em biberões de grande porte (Wood et al., 2016). Em quarto lugar, os bebês amamentados são expostos a uma maior diversidade de sabores, o que pode facilitar o desenvolvimento de preferências por frutas, vegetais e outros alimentos saudáveis com menor densidade de energia (Mennella, 2014), que podem proteger contra o risco da obesidade infantil (Pérez-Escamilla et al., 2012). Em quinto lugar, foi recentemente proposto que a diferença pronunciada no microbioma intestinal em bebês amamentados versus bebês alimentados com leite em pó,

também pode estar relacionada a um menor risco de obesidade infantil entre bebés amamentados (Woo e Martin, 2015). Horta et al. (2015), numa revisão de 105 estudos, encontraram uma redução significativa - 26% - na possibilidade das crianças se tornarem obesas se fossem amamentadas quando bebés. Os tamanhos dos efeitos eram quase idênticos nos países de alta, média e baixa renda, e o aleitamento materno exclusivo tendia a produzir a proteção mais forte. Giugliani et al. (2015) encontraram uma redução no risco de obesidade infantil em função da exposição materna aos programas de promoção e apoio à amamentação.

**A** OMS como referido em Goes, Câmara, Loureiro, Bragança, Nunes e Bourbon (2015) afirma que o excesso de peso e a obesidade estão a tornar-se problemas cada vez mais prevalentes tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. A obesidade infantil é considerada uma das maiores problemáticas da atualidade e um dos desafios de saúde pública, sendo um problema mundial, que afeta principalmente os países desenvolvidos. A sua prevalência em crianças e adultos tem aumentado ao longo do tempo, sendo as populações em risco aquelas com baixos níveis socioeconómicos e de baixos níveis de escolaridade. Esta está associada ao desenvolvimento de diferentes doenças, entre elas a hipertensão arterial, diabetes e alguns tipos de cancro (Goes et al, 2015).

**S**egundo o Relatório Saúde Infantil e Juvenil - Portugal, (Direção-Geral da Saúde, 2018) nos últimos oito anos, o estudo Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal (2008-2016) mostrou uma diminuição da

prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil dos seis aos oito anos. O COSI, conduzido em 2016, encontrou uma prevalência de 11,7% de obesidade e de 19,0% de pré-obesidade nas crianças que frequentavam o 1.º ciclo do Ensino Básico no território nacional. Já os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física realizado entre 2015 e 2016 exibiu o grupo etário dos 5 aos 9 anos como o de maior prevalência de excesso de peso e obesidade realçando os autores um aumento acentuado das categorias Obesidade e Pré-obesidade, do grupo etário abaixo dos 5 anos (Direção-Geral da Saúde, 2018). A prevalência de obesidade obtida neste inquérito foi de 7,7% nas crianças com menos de 10 anos e de 8,7% nos adolescentes (10-17 anos) (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

**E**ste Conselho ainda refere que nos vários inquéritos foi possível concluir-se que tanto a pré-obesidade como a obesidade tendem a diminuir com a idade. Advertem que este facto “coloca as crianças mais novas com as prevalências mais elevadas de pré-obesidade e de obesidade.” (Conselho Nacional de Saúde, 2018, p. 70).

**E**m Portugal, apesar de se verificar uma tendência de melhoria, a prevalência da obesidade infantil permanece elevada (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Por outro lado, os Inquéritos Nacionais de Saúde de 2005/06 e de 2014, mostraram um aumento da percentagem de mulheres que amamentaram em exclusivo pelo menos até aos 3, 4 e 6 meses (Conselho Nacional de Saúde, 2018). Sendo o leite materno um alimento completo e essencial para a saúde e bem-estar do bebé que para além de ser facilmente digerível

e conter alguns anticorpos da mãe, diminui o risco de hipertensão, colesterol elevado e diabetes, diminui também o risco de desenvolvimento de obesidade (Conselho Nacional de Saúde, 2018), uma dúvida surgiu “Como se processou a amamentação nos primeiros 6 meses de vida nas crianças obesas até aos cinco anos de idade?” e definiram-se os objetivos:

**C**onhecer como se processou a amamentação nos primeiros 6 meses de vida em crianças obesas até aos cinco anos de idade;

**I**dentificar o momento de introdução de outros alimentos ou líquidos para além de leite materno na dieta alimentar das crianças obesas até aos cinco anos de idade;

**I**dentificar quando ocorreu a introdução da alimentação complementar na dieta alimentar das crianças obesas até aos cinco anos de idade;

**V**erificar se ocorreu amamentação exclusiva até aos seis meses em crianças obesas até aos cinco anos de idade;

**I**dentificar a duração da amamentação exclusiva e completa em crianças obesas até aos cinco anos de idade.

## **Metodologia**

**R**evisão integrativa da literatura, realizada de Fevereiro a Julho de 2019, recorrendo aos critérios de inclusão: estudos primários de natureza quantitativa, experimental e observacional que incluíssem crianças obesas

até aos 5 anos de idade e amamentadas, publicados no espaço temporal de 2006 a 2019, disponíveis de forma gratuita, em texto integral e com idioma em português, espanhol e inglês. Excluíram-se estudos que incluíssem crianças com outras patologias, artigos repetidos e revisões sistemáticas da literatura.

**E**fetuou-se pesquisa bibliográfica, no dia 27 de maio de 2019, através das plataformas eletrônicas EBSCOHost e B-on, recorrendo às bases de dados MEDLINE, CINAHL, Academic Search Complete, Medic Latina, SciELO, Science Direct. Utilizaram-se como descritores: “breastfeeding”, “obesity”, “child” recorrendo ao operador booleano “AND”. Obtiveram-se 87 artigos, 6 da MEDLINE, 29 da CINAHL, 34 da Academic Search Complete, 2 da Medic Latina, 7 da SciELO, e 9 da Science Direct. Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão reduziu-se a pesquisa a 84 estudos, 5 da MEDLINE, 28 da CINAHL, 34 da Academic Search Complete, 2 da Medic Latina, 7 da SciELO, e 8 da Science Direct. Após leitura do título e resumo selecionaram-se 10 artigos para a leitura integral e análise dos respectivos resultados, sendo 2 da CINAHL, 1 da Medic Latina, 3 da SciELO, 2 da Science Direct, 1 da Academic Search Complete e 1 da MedLine. Incluíram-se 5 artigos, sendo 2 da Science Direct, um da SciELO, um da Medic Latina e outro da CINAHL.

## **Resultados**

**A**pós análise dos artigos resultantes da pesquisa verificou-se serem de anos de publicações diferentes, sendo o mais antigo de 2006 e o mais recente de 2019. Quanto ao local de publicação dois são do Brasil, dois dos Estados Unidos e um do Chile. As amostras de crianças incluídas variaram

entre 90 e 39801. Todos eles aludem a como se processou a amamentação nos primeiros 6 meses de vida nas crianças em idade pré-escolar e que apresentam obesidade, um estudo alude a quando se introduziu outros alimentos/líquidos na dieta da criança, um a quando foi introduzida a alimentação complementar, dois ao aleitamento materno exclusivo e quatro à duração do aleitamento materno.

### **Introdução de outros alimentos ou líquidos**

Com o objetivo de analisar a associação do sobrepeso e da obesidade com o aleitamento materno e a alimentação complementar em pré-escolares, Nascimento, Souza e Souza (2009) desenvolveram um estudo junto de 566 crianças onde observaram introdução precoce de vários alimentos no período dos zero aos seis meses de idade, como água e chá em 72,1% das crianças, seguido de leite não materno em 53,2% das crianças. Dos zero aos seis meses, foi introduzido a 408 crianças, água ou outros líquidos, sendo que 35,3% destas apresentaram sobrepeso e obesidade. A 301 crianças, foi introduzido leite não materno, sendo que 32,9% destas apresentaram sobrepeso e obesidade. A prevalência encontrada de excesso de peso foi de 34,4%.

### **Introdução da alimentação complementar**

No período dos zero aos seis meses de idade houve introdução de frutas em 66,4% das crianças, carne bovina, frango ou peixe em 54,4% das crianças, hortaliças em 40,3% das crianças, cereais e tubérculos em 25,6% das crianças, açúcar e/ou mel em 15,2% das crianças, ovos em 14,1% das crianças, feijão em 12,0% das crianças, espessantes em 10,2%

das crianças, iogurtes em 4,6% das crianças e achocolatados em 3,0% das crianças (Nascimento, Souza e Souza, 2009).

**D**os zero aos seis meses, a 376 crianças, foi introduzida fruta, sendo que 35,1% destas crianças apresentaram sobrepeso e obesidade; a 144 crianças foi introduzido açúcar e outros e 31,9% destas crianças apresentavam sobrepeso e obesidade. A 21 crianças dos zero aos seis meses foram introduzidos alimentos embutidos, sendo que 23,8% destas crianças apresentaram sobrepeso e obesidade (Nascimento, Souza e Souza, 2009).

### **Aleitamento materno exclusivo**

**A** duração média do aleitamento materno exclusivo das crianças do estudo de Nascimento, Souza e Souza (2009) foi de quatro meses. Das 566 crianças da amostra, 445 foram amamentadas exclusivamente até aos seis meses de idade, sendo que destas, 36,4% apresentavam sobrepeso e obesidade.

**J**arpa, Cerda, Terrazas e Cano (2014), com o objetivo de verificar os benefícios da amamentação na prevenção do excesso de peso em crianças pré-escolares chilenas, desenvolveram um estudo envolvendo 209 crianças. Segundo os autores das 209 crianças com idade pré-escolar, apenas 126 (60,3%) receberam aleitamento materno exclusivo por 6 meses, destas 74 (68,5%) apresentavam parâmetros de peso normais e 52 (51,5%) crianças apresentavam sobrepeso e obesidade. Das 83 (39,7%) crianças que foram alimentados com leite de fórmula, apenas 34 (31,5%) apresentavam parâmetros normais do peso e 49

(48,5%) sobrepeso e obesidade. Perante estes resultados concluíram que as crianças que foram amamentadas exclusivamente por 6 meses tiveram maior probabilidade de apresentarem parâmetros de peso normais.

### **Duração do aleitamento materno**

No estudo desenvolvido por Araújo, Beserra e Chaves (2006), com o objetivo de verificar a amamentação ineficaz como um fator que possibilitaria a gênese de obesidade infantil, em 90 crianças entre os 2 e os 5 anos de idade, verificaram que 48% (12/25) mamaram menos de seis meses; 36% (9/25) mamaram seis meses ou mais; 12% (3/25) não mamaram e 4% (1/25) ainda mamavam.

No estudo desenvolvido por Nascimento, Souza e Souza (2009), a duração média do aleitamento materno foi de sete meses. Das 566 crianças, 191 foram amamentadas até aos seis meses e destas 35,6% apresentavam sobrepeso e obesidade, 21 foram amamentadas até aos 2 anos de idade e destas, 28,6% apresentavam sobrepeso e obesidade. Das 31 crianças que continuaram a ser amamentadas após os dois anos, apenas 9,7% apresentavam sobrepeso e obesidade. Os autores mencionam que a análise múltipla hierarquizada do modelo de aleitamento materno mostrou que quanto maior o tempo de duração do aleitamento materno, maior a proteção contra o sobrepeso e obesidade.

O estudo de Whaley, Koleilat, Leonard e Whaley (2017), desenvolvido com o objetivo de analisar a relação entre amamentação e a probabilidade de desenvolvimento de obesidade infantil estudou uma amostra de 39801. Observaram que no total do estudo, 23,9 % das crianças eram obesas. Um total de 10225 crianças (26%) foram alimentadas

apenas por leite de fórmula, 22053 crianças (24,5%) tinham sido alimentadas por uma combinação de leite materno e leite de fórmula e 7523 crianças (19,1%) tinham sido alimentadas exclusivamente por leite materno.

Entre os dois e os cinco anos, crianças amamentadas exclusivamente com leite materno quando comparadas com crianças amamentadas com leite de fórmula, apresentavam uma redução em 3% no risco de obesidade, sendo que por cada mês adicional de aleitamento materno exclusivo, essa redução aumenta em 1% (Whaley, Koleilat, Leonard e Whaley, 2017).

Pattison, Kraschnewski, Lehman, Savage, Downs, Leonard, Adams, Paul e Kjerulff. (2019) no estudo que desenvolveram com o objetivo de avaliar a influência do início da amamentação e a duração da mesma com a obesidade junto de 1626 crianças verificaram que 398 apresentavam excesso de peso ou obesidade, sendo que 42 crianças (37,8%) nunca tinham sido amamentadas quando comparadas com crianças amamentadas que apresentavam obesidade (356 para uma percentagem de 23,5%). Das 356 crianças amamentadas e que apresentavam excesso de peso ou obesidade, 203 (26,9%) foram amamentadas durante 6 meses, 153 (20,2%) foram amamentadas por um período superior a 6 meses, corroborando a afirmação que a amamentação surge associada a uma diminuição do excesso de peso/obesidade e que quanto maior a duração da amamentação menor se reduz a probabilidade de vir a desenvolver excesso de peso ou obesidade.

## Discussão

Segundo Amaral e Basso (2009), a hipótese de que o leite materno possui efeito protetor sobre a obesidade infantil possui evidências a seu favor. Porém os mecanismos potencialmente envolvidos ainda precisam de ser esclarecidos, sendo necessário estudos mais aprofundados sobre este tema. Já Wagner como referido em Amaral e Basso (2009) afirma que no leite se encontram vários fatores bioativos como hormonas de crescimento que atuam sobre a diferenciação e a manutenção funcional de órgãos específicos, afetando vários aspetos do crescimento. Segundo Nascimento, Silva, Ferreira, Bertoli e Leone (2016) o aleitamento materno representa a forma natural e adequada de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida.

A OMS e UNICEF (1997) preconizam que o aleitamento materno exclusivo seja mantido até aos seis meses e que a sua complementação com outros alimentos é necessária somente a partir dessa idade.

No entanto tal não se verifica no estudo realizado por Nascimento et al (2009), a maioria das mães iniciam a alimentação com leite de fórmula e outros alimentos ou líquidos antes dos 4 meses de idade. Segundo Jarpa et al (2014) e Whaley et al (2017) a duração média do aleitamento materno exclusivo foi inferior ao recomendado pela OMS.

De acordo com Araújo et al (2006) e Pattison et al (2019) o período de aleitamento materno nas crianças obesas foi ineficaz, segundo os critérios da OMS, que recomenda um período de amamentação exclusiva por 6 meses.

**D**e acordo com os estudos analisados verifica-se que o recomendado pela OMS não acontece, pois, às crianças foram introduzidos precocemente outros alimentos ou líquidos na sua dieta alimentar. O momento de introdução e a quantidade de alimentos sólidos introduzidos na dieta das crianças, no início da vida, podem levar a um aumento do risco de desenvolver obesidade precocemente e as comorbilidades a ela associadas (Nascimento et al, 2016).

**S**egundo Schincaglia, Oliveira, Sousa e Martins (2015), o início da alimentação complementar precocemente, relaciona-se ao aumento de risco e da frequência de infeções gastrointestinais, devido à diminuição dos fatores protetores do leite materno e à introdução de água e alimentos contaminados. Os resultados do presente estudo evidenciaram que a introdução precoce da alimentação complementar influenciou negativamente na duração do aleitamento materno exclusivo.

**A** introdução precoce da alimentação complementar pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo idade materna (mães jovens), baixa escolaridade, ocupação no lar, baixa renda, ausência de companheiro, mãe que durante a gestação era fumadora ou consumidora de álcool, baixo peso ao nascer e uso de artefactos (chupeta e/ou biberão) (Schincaglia et. al, 2015).

Já um estudo realizado por Neves e Madruga (2017), refere que das 79 crianças avaliadas, 40 iniciaram a introdução precoce de alimentação complementar, 29 iniciaram aos 6 meses e apenas 4 iniciaram tardiamente.

**C**layton et al., num estudo com crianças norte-americanas, verificaram que 40,4% delas já recebiam algum tipo de alimento antes dos 4 meses, como também Armstrong et al. observaram, numa amostra populacional do Reino Unido, 51% das crianças da mesma faixa etária sob oferta de alimentação complementar, como referido em Neves e Madruga (2017). Estes resultados vão de encontro aos estudos por nós incluídos.

**D**e acordo com o estudo analisado de Pattinson et. al (2019) das 356 crianças amamentadas que apresentavam excesso de peso ou obesidade, 203 (26,9%) foram amamentadas durante 6 meses, enquanto que 153 (20,2%) foram amamentadas por um período superior a 6 meses, corroborando a afirmação que a amamentação surge associada a uma diminuição do excesso de peso/obesidade e que quanto maior a duração da amamentação menor se reduz a probabilidade de vir a desenvolver excesso de peso ou obesidade. Concluiu-se que a duração da amamentação está relacionada com o excesso de peso/obesidade, e diz-nos que crianças amamentadas por 6 ou mais meses têm menor probabilidade de desenvolver excesso de peso/obesidade, isto quando comparadas às crianças amamentadas e às crianças que nunca foram amamentadas.

**A**maral e Basso (2009) também concluíram no estudo que desenvolveram que quanto maior a duração do aleitamento materno, mais adequado era o estado nutricional. Segundo os autores a duração da amamentação está relacionada com o excesso de peso/obesidade, crianças

amamentadas por 6 ou mais meses têm menor probabilidade de desenvolver excesso de peso/obesidade.

**B**ogen, Hanusa e Whitaker (2004) realizaram um estudo onde acompanharam 73.458 crianças do nascimento até os 4 anos de idade, com o objetivo de estipular a duração mínima do aleitamento materno necessária para a obtenção da proteção contra a obesidade e verificar se a alimentação concomitante com fórmulas infantis diminuía o efeito protetor da amamentação. Analisaram ainda, quais características maternas ou infantis poderiam modificar a associação entre amamentação e obesidade infantil. Aos 4 anos de idade, 11,5% da população estudada apresentava obesidade e destas, 16% tinham sido amamentadas por 8 semanas ou mais.

**O**s autores encontraram associação entre amamentação e diminuição no risco de desenvolver obesidade apenas em crianças de raça caucasiana, cujas mães não fumaram na gestação. O período de aleitamento que demonstrou associação entre o tipo de alimentação e a proteção contra a obesidade foi de 16 semanas para as crianças que receberam somente leite materno e de 26 semanas, para o grupo com uso de fórmulas concomitantes. De acordo com Caldeira, Souza e Souza (2015), algumas hipóteses tentam explicar qual o mecanismo de ação para o efeito de proteção do aleitamento materno contra a obesidade. Pesquisadores sugerem dois mecanismos que poderiam estar envolvidos na relação de proteção entre aleitamento materno e obesidade:

**D**esenvolvimento do controle de ingestão pela criança: enquanto no aleitamento materno, a criança determina quando está satisfeita e recusa o alimento, na oferta de fórmulas infantis, quem a oferece pode estimular maior consumo;

**A**lterações metabólicas em consequência do aleitamento materno: estudos referem uma menor concentração sérica de insulina, responsável pelo armazenamento de gordura nos adipócitos, em crianças com aleitamento materno do que em crianças que recebem fórmulas infantis. Este aumento da concentração sérica da insulina poderia estar relacionado com a concentração proteica na fórmula láctea oferecida a crianças.

**S**egundo Icol, Hizili, Ozakan (2006) a concentração de leptina no leite humano varia consideravelmente durante a lactação, estando mais presente no colostro.

**D**ados recentes identificaram a leptina como um composto específico por alguns efeitos benéficos da amamentação, estando entre eles a proteção moderada contra o ganho de peso excessivo em lactentes (Picó, 2009). Estando relacionado diretamente com a gordura corporal, poderia desempenhar um papel regulador no metabolismo do lactente, visto que a leptina é uma hormona que possui ação inibidora do apetite e das vias anabólicas e estimula as vias catabólicas (Dewey, 2003).

**C**astro, Silva e Silva (2015) referem que mesmo conhecidas desde os anos 80 as vantagens do AM, ainda hoje

a UNICEF refere não se ter alcançado 50% de lactentes que tenham sido amamentados exclusivamente até aos seis meses de idade e que tenham complementado o AM com outros alimentos até aos dois anos ou mais (WHO, 2009). Estudos em Portugal apontam para uma alta incidência do AM à data de alta da maternidade (67-100%) com um rápido declínio durante o primeiro mês de vida (35-83%), com AM exclusivo aos seis meses em 17 a 35% dos lactentes (Brito, Alexandrino, Godinho, & Santos, 2011).

**O**liveira, Joventino, Dodt, Veras, Ximenes (2010) observaram a importância dos conhecimentos acerca do aleitamento materno sobre o desmame precoce e ressaltam a responsabilidade dos profissionais de saúde em apoiar a mulher durante o processo de amamentação. Almeida, Juliani, Paiva (2008) salientam que muitos são os fatores que interferem na prática do aleitamento materno, e dentre eles, a falta de conhecimento sobre os seus benefícios. Coutinho, de Lira e Lima (2005) compararam um grupo de mães que recebiam orientações na maternidade com outro que recebeu adicionalmente 10 visitas domiciliárias após o parto e identificaram que o grupo que recebeu as visitas domiciliárias apresentou uma percentagem superior de aleitamento materno exclusivo.

**E**m 1991, a World Health Organization (WHO) e UNICEF lançaram o programa mundial de promoção do AM, intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés na sequência da Cimeira Mundial para a Infância. Esse programa tem como objetivo principal promover, proteger e apoiar o AM nas unidades de saúde, através da implementação, de forma

consistente e sustentada, das medidas consideradas indispensáveis para apoiar o AM (WHO, 2009)

**A**tualmente, Portugal conta com onze hospitais certificados pela WHO/ UNICEF como Hospitais Amigos dos Bebés (UNICEF, 2014). São várias as iniciativas desenvolvidas pela WHO/UNICEF para a promoção do AM e contam com cursos de formação de formadores de aconselhamento em AM, conferências internacionais, capacitando para uma progressiva mudança nas práticas dos serviços e dos profissionais. Já é bem fundamentado na literatura que o cumprimento integral dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno é fundamental para o início e manutenção do aleitamento materno prolongado (Castro, Silva & Silva 2015).

## **Conclusão**

**E**sta Revisão integrativa da literatura revela-se importante para a compreensão do processo de amamentação nos primeiros 6 meses de vida nas crianças obesas até aos 5 anos de idade.

**R**econhece-se que devem ser seguidas as orientações da OMS e UNICEF, que recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais (OMS & UNICEF, 1997).

**A** evidência científica demonstra os benefícios imunológicos e nutricionais do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida. Porém, é desejável que o aleitamento materno prossiga ao longo de todo o programa de diversificação alimentar e enquanto for mutuamente desejado pela mãe e lactente (Simon, Souza & Souza 2009).

**O** leite materno é o alimento mais completo do ponto de vista nutritivo e imunológico nos primeiros 6 meses de vida, além de favorecer o vínculo mãe-filho a nível psicológico (Melo & Gonçalves, 2014).

Segundo Levy e Bértolo (2012) o aleitamento materno tem vantagens para o bebé pois previne infeções, tem efeito protetor sobre as alergias, leva a uma melhor adaptação a outros alimentos e a longo prazo é importante na prevenção de diabetes e linfomas. No que diz respeito às vantagens para a mãe a amamentação facilita a involução uterina precoce, associa-se a menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, entre outros. Além disso, constitui o método mais económico e seguro de alimentar os bebés.

**A** forma como se processou, durante os primeiros 6 meses, a alimentação das crianças obesas até aos 5 anos de idade, representa a maior relevância nesta pesquisa. Após a análise dos artigos, os seus resultados demonstram que a maioria das crianças não segue a recomendação da OMS. Verificou-se que a duração média do aleitamento exclusivo foi inferior ao recomendado pela OMS e a introdução precoce de outros alimentos/líquidos e da alimentação complementar. O período de aleitamento materno nas

crianças obesas foi ineficaz, segundo os critérios da OMS que estabelece um período de amamentação de seis meses. Considera-se que esta temática é importante para a prática de enfermagem uma vez que o enfermeiro deve saber criar um ambiente favorável ao AM, estabelecendo uma relação de confiança e de ajuda para que esta prática se estabeleça com eficiência. É importante, também, reconhecer a mulher como elemento fulcral na amamentação valorizando a realidade da experiência vivida por cada mãe, o que constitui um momento significativo para ela, de modo que a mesma, em consonância com o seu desejo, expresse a sua opção, independente das pressões sociais a que está sujeita (Cunha, Santos, & Gonçalves, 2012). Deste modo é importante que o enfermeiro a fim de promover o aleitamento materno, mantenha o seu conhecimento atualizado.

**O**s enfermeiros devem criar um ambiente favorável ao AM, estabelecendo uma relação de confiança e de ajuda para que esta prática se estabeleça com eficiência e de acordo com as orientações da OMS e UNICEF.

## **Referências bibliográficas**

- Almeida G. G, Spiri W. C., Juliani C. M. C. M. & Paiva B. S. R. (2008). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 13(2):487-94.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000200024>
- Amaral, S. & Basso, C. (2009). Aleitamento Materno e Estado Nutricional Infantil. *Ciências da Saúde*, 10(1), 19-30

- Andrade, M. P., Oliveira, M. I., Bezerra Filho, J. G., Bezerra, M. G., Almeida, L. S. & Veras, M. A. (2009). Desmame precoce: Vivência entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 104-113.
- Araújo, M. F. M., Beserra, E. P. & Chaves, E. S. (2006). O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: Um aspecto para a investigação de enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*. 19(4):450-455; Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo.
- Bassichetto, K. & Réa, M. (2008). Aconselhamento em alimentação infantil: Um estudo de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 75-82.
- Bogen, D. L., Hanusa, B. H. & Whitaker, R. C. (2004). The effect of breast-feeding with and without formula use on the risk of obesity at 4 years of age. *Obes Res*. Vol.12. Núm.9. p.1527-35.
- Brito, H., Alexandrino, A. M., Godinho, C. & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 209-214.
- Caldeira, K. M. S., Souza, J. M. P. & Souza, S. B. (2015). Excesso de peso e a sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1): 89-96.

- Castro, R. J. S., Silva, E. M. B. & Silva, D. M. (2015). Percepção das mães sobre as práticas dos enfermeiros do aleitamento materno. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6): 65-73.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). Gerações mais saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. Lisboa.
- Coutinho S. B., de Lira P. I. & Lima M. C. (2005). Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. 366(9491): 1094-100.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67421-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67421-1)
- Cunha, A. C., Santos, C. & Gonçalves, R. M. (2012). Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 139-155.
- Dewey, K. G. (2003). Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Hum. Lact.* Vol.19. Núm.1. p. 9-18.
- Direção Geral da Saúde. (2018). Relatório de Saúde Infantil e Juvenil. Portugal: Autor.
- Garlini, L. M. (2014). Aleitamento materno: Relação com o excesso de peso na infância. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v.8. n.48. p.181-198.

- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes., L. S. & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(1): 12-23.
- Iicol, O. Y., Hizli, B. & Tanju, O. (2006.) Leptin concentration in breast milk and its relationship to duration of lactation and hormonal status. *International Breastfeeding Journal*. Vol. 1. Núm. 21.
- Jarpa, M. C., Cerda, L. J., Terrazas, M. C. & Cano, C. C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. In *Revista Chilena de Pediatría*. January-February. 86(1):32-37
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno, 45.
- Melo, C. & Gonçalves, R. (2014). Aleitamento materno versus Aleitamento artificial. *Estudos, Goiânia*, 41, 7-14.
- Ministério da Saúde (2009). Saúde da criança: Nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. *Caderno de atenção básica*, n.23, Brasília.
- Nascimento, V., Ferreira, P., Bertoli, C., Silva, J. & Leone, C. (2016). Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. *Revista Paulista de Pediatria* 34(4), 454-459

- Neves, A. M. & Madruga, S. W. (2019). Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 28(1): e2017507.
- Oliveira J. S., Joventino E. S., Dodt R. C. M., Veras J. E. G. L. F. & Ximenes L. B. (2010). Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. *Rev Rene*. 11(4): 95-102.
- OMS e UNICEF (1997). *Breastfeeding counselling: A training course*. (Rosana Monteiro Batista Trad.) Instituto de Saúde, São Paulo (Obra original publicada em 1993).
- Pattison, K. L., Kraschnewski, J. L., Lehman, E., Savage, J. S., Downs, D. S., Leonard, ... Kjerulff, K. H. (2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. *In Preventive Medicine*. 118:1-6 Language: English. DOI: 10.1016/j.ypmed.2018.09.020
- Pérez – Escamilla, R. (2016). Can breastfeeding protect against childhood obesity? *National Academy of Medicine*, Washington, DC.
- Picó, A. P. C. (2009). Leptin intake during lactation prevents obesity and affects food intake and food preferences in later life, *Appetite*. Vol. 52. Núm. 1. p.249-252.

- Schincaglia, R. M., Oliveira, A. C., Sousa, L. M. & Martins, K. A. (2015). Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 24(3): 465-474.
- Simon, V. G. N, Souza, J. M. P. & Souza, S. B. (2009). Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Revista Saúde Pública* 43(1),60-9.
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, 17-26.
- UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2014). *Comissão Nacional: Iniciativa hospitais amigos dos bebês*. Recuperado de <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=1810114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>.
- Whaley, S. E., Koleilat, M., Leonard, S. & Whaley, M. (2017). "Breastfeeding is associated with reduced obesity in Hispanic 2 to 5-year-olds served by WIC". In Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *Journal of Nutrition Education and Behavior*.

Winnipeg, M. B. (2017). Breastmilk hormones may help prevent obesity in infants. *International Journal of Obesity*.

World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, Switzerland: Author.



# **CAPÍTULO 2**

## **INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E DO COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS/ADOLESCENTES**

**João André Teixeira Santos**

**Maria Inês de Lemos Lopes**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**O** período neonatal, é visto como um dos mais difíceis de ultrapassar durante toda a vida humana, uma vez que o recém-nascido apresenta uma grande imaturidade a todos os níveis, “...no entanto, a natureza faculto-lhe o alimento mais adequado: o leite materno, que para além das suas propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas é insubstituível na promoção de uma boa relação mãe-filho.” (Alice Carvalho et al., como referido por Galvão, 2006, p.38).

**U**ma alimentação saudável na infância, equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, contribui decisivamente para um bom estado de saúde da criança, bem como para a prevenção de diversas situações patológicas do

adulto (Galvão, 2006). Uma nutrição adequada na infância promove um ótimo crescimento e desenvolvimento. O processo de alimentação é mais do que proporcionar nutrição; representa uma oportunidade para a interação social, psicológica e até educacional entre os pais e a criança (Perry, 2006). Neste sentido a Academia Americana de Pediatria como referido por Perry (2006), recomenda no primeiro ano de vida, a exclusividade da amamentação durante os primeiros 6 meses de vida e a manutenção do leite materno como única fonte de leite durante os 6 meses seguintes. O leite materno, segundo Colangelo, He, Whooley, Daviglius e Liu; Kenedy et al.; Makrides et al.; McNamara et al.; Murakami et al., como referido por Liu, Leung e Yang (2014), contém ácido docosahexaenóico (DHA) e gorduras Ômega 3 que juntamente com as gorduras do ácido eicosapentaenóico podem reduzir o risco de desenvolvimento de distúrbios afetivos. O DHA, na perspectiva dos mesmos autores desempenha um papel fundamental no desenvolvimento neural, na neuro transmissão e expressão genética, contribuindo para o neurodesenvolvimento e para a prevenção de perturbações do desenvolvimento infantil, como o déficit de atenção e a hiperatividade. Kohlboeck et al.; Steenweg et al., como referido por Poton, Soares, Menezes, Wehrmeister e Gonçalves (2017), dizem ainda que, quanto maior for a concentração desses ácidos menor será o risco do aparecimento de problemas emocionais, problemas comportamentais e hiperatividade.

**T**odavia, por vezes, no dizer de Perry (2006), os pais optam por outro método de alimentação por não estarem completamente informados e por não compreenderem completamente os benefícios da amamentação e do leite

materno. Perry (2006, p.650) refere que fatores como “...as crenças culturais (...) mitos e informações erradas sobre o aleitamento materno, influenciam a decisão das mulheres.” De acordo com Galvão (2006, p.31) a duração da amamentação prevê uma “...decisão pessoal sobre a qual influem distintos factores que actuam sobre a mulher sem que ela tenha consciência disso...”. Kuzela, como referido por Galvão (2006, p.37), defende que o “...tipo de alimentação escolhido pela mãe é um factor que determina a qualidade da interacção que se observa na díade...” e que “...nas díades em que a mãe opta por amamentar a interação é geralmente mais adequada.”

**A** amamentação possui inúmeras vantagens para a mãe e para o filho recém-nascido. A Organização Mundial de Saúde (OMS), como referido por Galvão (2006, p. 48) considera que o aleitamento materno é fundamental para o “...estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, isto é, favorece uma maior união entre ambos e uma ligação emocional muito forte e precoce, que parece facilitar o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com outras pessoas.” Ao dar de mamar, a mãe para além de estar a oferecer ao seu filho o melhor alimento, está ainda a “...estabelecer com ele uma relação que o ajuda a ser uma criança feliz.” (Cordeiro, Ferreira e Seabra, como referido por Galvão, 2006, p.39). A amamentação traduz-se, segundo Colarinha, Garcia, Gomes-Pedro e Levy, como referido por Galvão (2006, pp. 48 e 49) numa relação “...profunda, intensa e envolvente, condicionante do desenvolvimento somático e psicológico da criança, proporcionando sentimentos de mútuo prazer, tanto corporais como espirituais.” Badinter, como referido por Galvão (2006, p.49), menciona que “a

amamentação ajuda a mãe e o bebê a formar um relacionamento próximo e amoroso...”. Durante a mamada estabelecem-se entre a mãe e o bebê verdadeiros diálogos comportamentais (Galvão, 2006). Tanto a mãe como o bebê emitem sinais que são decodificados pelo outro elemento da díade, adaptando-se mutuamente e evoluindo para comportamentos cada vez mais ricos (Levy, como referido por Galvão, 2006). Balaban e Silva (2004) referem ser bem conhecido que o aleitamento materno contribui para fortalecer o vínculo mãe/bebê e acrescentam acreditar-se que possa estar implicado no fortalecimento dessa relação o aumento dos níveis de ocitocina.

**T**ambém para Cordeiro, como referido por Galvão (2006, p. 50),

“... o aleitamento materno é um momento privilegiado e determinante no estabelecimento da relação mãe-filho e para o desenvolvimento da criança e que pela profundidade das relações afetivas que veicula é um fator decisivo na organização da personalidade, isto é, na estruturação das defesas do Eu em termos de mecanismos homeostáticos de equilíbrio.”

**K**lein, como referido por Galvão (2006, p. 51), refere que há crianças que não foram amamentadas que se desenvolvem adequadamente, mas que “... numa psicanálise descobre-se sempre nas pessoas que assim foram criadas um desejo profundo que nunca chegou a ser satisfeito...”, afirmando que “...o seu desenvolvimento teria sido diferente e melhor se tivessem beneficiado de uma amamentação favorável.”

**A** amamentação favorece a interação da mãe com a criança, quer seja através da fala, do contacto visual ou do toque, melhorando assim o processo de vinculação, que posteriormente conduz a benefícios na saúde mental das crianças. No dizer dos mesmos autores, a amamentação influencia o temperamento das crianças, pois diminui o temperamento negativo (Britton, Britton & Gronwaldt; Rahman, Harrington & Bunn; Hay, Pawlby, Waters & Sharp, como referido por Liu, Leung & Yang, 2014).

**O** vínculo que se estabelece entre mãe-filho é “...poderoso e a sua força e qualidade influenciarão a qualidade de todos os futuros vínculos que se irão estabelecendo pela criança com outras pessoas” (Galvão, 2006, p. 52). Os primeiros anos de vida são importantes para a formação da vinculação e das relações afetivas, que marcam, segundo Farias, Junior e Santos (2017), a formação inicial da saúde mental. Winnicott, Bowlby, Ainsworth, Freud e Klein, como referido por Oliveira (2015, p.1), destacam a existência de efeitos negativos na saúde mental infantil quando existe carência de relações parentais, nomeadamente ao nível da “...privação da relação com a mãe, ou ainda quando o cuidado com a criança se dá de forma negligente, ambígua ou em situação (...) de violência ou abuso físico, psicológico ou sexual.” Costa (2017) afirma que a relação que a criança estabelece com a mãe, ou com outro cuidador que a substitua (na sua ausência), torna-se a base do desenvolvimento dos posteriores vínculos e relações que a criança estabelecerá ao longo da vida. A qualidade e segurança da vinculação e relação afetiva inicial associa-se à saúde mental da criança (Costa, 2017). Liu, como referido por

Liu, Leung e Yang (2014), refere que a amamentação apresenta um aspeto biopsicológico, onde os benefícios fisiológicos associados à interação da díade mãe-filho melhoram o funcionamento emocional e comportamental das crianças e produzem efeitos protetores contra o desenvolvimento de comportamentos internalizantes na infância.

**E**studos realizados por Lucas, Morley, Cole, Lister e Leeson-Payne e também por Horwood e Fergusson, como referido por Galvão (2006, p.54) evidenciam que “...meninos amamentados quando comparados com os não amamentados apresentavam (...) aumento de habilidades cognitivas e desempenho educacional.”

**B**alaban e Silva (2004, p. 13) afirmam que

“ Tem sido relatada associação entre aleitamento materno e uma maior frequência de comportamentos interativos entre mãe e filho, assim como a percepção materna de um sentimento de competência e de uma maior flexibilidade nos cuidados com a criança, além da percepção de filhos com temperamentos mais “fáceis”.”

**A**inda de acordo com outros estudos realizados por Bell, Douglas e Marlow, segundo Pratte-Marchessault, como referido por Galvão (2006 pp.53 e 54), as crianças amamentadas apresentam maior dinâmica “...três dias após o nascimento...” quando comparadas com as que não são amamentadas e que as primeiras “...mais tarde adaptam-se melhor à comunidade e apresentam um equilíbrio físico e mental perfeito.”

**P**orém, para a Direção Geral de Saúde (DGS) (como referido por Conselho Nacional de Saúde, 2018, p.14) um dos “...quatro problemas de saúde mais relevantes no contexto do bem-estar e desenvolvimento saudável das crianças...” é a saúde mental que faz parte “...das principais causas de morbilidade da população portuguesa e das causas evitáveis de morbilidade nas crianças.”.

**A** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), como referido por Cepêda e Marques (2009, p.7), identifica, ao nível da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, especificamente duas categorias de problemas de saúde mental, as “...perturbações do desenvolvimento psicológico...” e as “...perturbações do comportamento e emocionais...”. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2018, p.21) as perturbações do comportamento e emocionais constituem aproximadamente “...90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar.” Para este Conselho Nacional de Saúde (2018, p.39) “A prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante, estimando-se que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental...” e em Portugal, “...entre os 5 e os 14 anos, a maior carga de doença na qualidade de vida...” diz respeito às “...perturbações mentais e comportamentais.” (p.82). Cepêda e Marques (2009) acrescentam que para a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência uma em cada cinco crianças apresentam evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar.

**N**o dizer de Cepêda e Marques (2009) e de Rosa (2018) as perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade, tanto humanos como financeiros, tendem a evoluir para a cronicidade, podem ser precursoras de perturbações na idade adulta e têm grandes repercussões negativas e graves a nível familiar, educativo e social. Araújo, Moura, Oliveira, Ribeiro e Rosa (2018, p.11) acrescentam que na infância os problemas de saúde mental têm um grande impacto negativo no rendimento escolar e nos relacionamentos sociais e “...sem intervenção...” tendem a persistir na idade adulta. Também Farias, Junior e Santos, (2017) nos dizem que a maior parte das perturbações mentais podem ser crónicas e apresentar consequências negativas na idade adulta e referem que “...na grande maioria...”, as perturbações mentais surgem acompanhadas de outra doença, ou seja, “...simultaneamente, a mesma criança pode apresentar mais de um transtorno...” o que pode complicar o desenvolvimento infantil (pp. 208 e 209).

**S**egundo a DGS, como referido por Rosa (2018, p.45), “...muitas das dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida, corresponderão a manifestações de um sofrimento emocional...”.

**C**eleri e Santos (2018, p.83) afirmam que “os problemas de saúde mental (...) interferem na qualidade das experiências precoces...” alterando o “...desenvolvimento das potencialidades das crianças”. Trazem ainda complicações no

que diz respeito à adaptação da criança ao ambiente, a novas aprendizagens de habilidades e capacidades e dificultam as relações interpessoais (Thomas et al., como referido por Celeri & Santos, 2018). Também para Farias, Junior e Santos (2017, pp. 208 e 209) “os problemas de saúde mental na infância podem perturbar o funcionamento adaptativo das crianças...” afetando de forma significativa o seu “...desenvolvimento social, cognitivo, afetivo, comportamental...”. Na perspectiva de Carneiro et al. (2018, p.8) “o comprometimento da saúde mental da criança e do adolescente depende do contexto, da intensidade do agravo e de fatores biológicos, genéticos, familiares, psicossociais ou ambientais...”.

**A**firmou-se que a amamentação contribui para o fortalecimento do vínculo mãe/bebê cuja qualidade se associa à saúde mental da criança e que a prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. Assim, merece investigar-se a amamentação e o desenvolvimento de perturbações emocionais e do comportamento da criança/adolescente. Neste sentido, colocou-se a questão “A amamentação protege o desenvolvimento de perturbações emocionais e do comportamento na criança/adolescente?” e definiram-se os objetivos: Analisar a relação entre amamentação e desenvolvimento de perturbações emocionais e do comportamento na criança/adolescente; Identificar o tipo e duração de amamentação praticada nas crianças/adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento; Verificar se as crianças/adolescentes com

perturbações emocionais e do comportamento foram amamentadas exclusivamente até aos seis meses de vida.

## Metodologia

**R**evisão integrativa da literatura, realizada de Fevereiro a Julho de 2019. Realizou-se pesquisa bibliográfica de artigos científicos, entre os dias 14 e 18 de maio de 2019, nos motores de busca EBSCOhost, B-on e Google Académico, recorrendo às bases de dados *Academic Search Complete*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MedLine, *Complementary Index*, *Science Direct*, e *Scielo* definindo como critérios de inclusão: artigos científicos publicados entre 2014 e 2019, cujos estudos fossem primários, tivessem seguido a metodologia quantitativa, incluíssem crianças e adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento, disponibilizados de forma gratuita em *full text* e publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Estabeleceu-se como critério de exclusão artigos científicos que fossem revisões sistemáticas da literatura. Utilizaram-se como descritores “*feeding*”, “*emotional and behavioral disorders*”, “*breastfeeding*”, “*behavior*”, “*mental health*”, “*problems*”, “*behavior disorder*”, “*teenager*”, “*child*” e “*feeding first six months of life*” recorrendo aos operadores booleanos AND e OR e à truncatura \*. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão de pesquisa estabelecidos, obtiveram-se 7 artigos na EBSCOhost (6 da *Academic Search Complete* e 1 da MedLine) e 4912 artigos na B-on (59 da *Academic Search Complete*, 204 da *Complementary Index*, 23 da *Science Direct*, e os restantes em outras bases de dados). Após a leitura do título e resumo de cada artigo foram selecionados 2 artigos através da

EBSCOhost, ambos da *Academic Search Complete*. Numa segunda tentativa, através da B-on, usando como descritores “*breastfeeding*”, “*behavior*”, “*mental health*”, “*child*”, “*adolescent*”, recorrendo à base de dados *SciELO* e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, encontraram-se 2 artigos, dos quais, após leitura do título e resumo, foi selecionado<sup>1</sup>. Ficando-se assim com, apenas, 3 artigos.

Dado o número reduzido de artigos selecionados, alargou-se a pesquisa ao motor de busca *Google Académico*, utilizando como descritores “*feeding*”, “*emotional and behavioral disorders*”, “*breastfeeding*”, “*behavior*”, “*mental health*”, “*problems*”, “*behavior disorder*”, “*teenager*” “*child*”, “*feeding first six months of life*”, “*interaction*”, “*exclusive breastfeeding*” “aleitamento materno”, “amamentação”, “comportamento”, “saúde mental”, “adolescente”, “criança” e “alimentação primeiros seis meses de vida” recorrendo também aos operadores booleanos AND e OR. Após aplicar o critério de inclusão “artigos científicos publicados nos últimos cinco anos” encontrou-se um total de 13400 artigos. Após aplicação dos restantes critérios de inclusão e exclusão e leitura do título e resumo, selecionou-se 4 artigos.

No total selecionaram-se 7 artigos que foram analisados integralmente.

## Resultados

Na análise integral dos 7 artigos resultantes da pesquisa verificou-se que quanto ao ano de publicação, um foi publicado em 2014, dois em 2016, um em 2017 e três em 2019. Existiu diversidade relativamente ao local de

publicação. Dois artigos foram publicados na Europa, um na Suíça e um na Itália, quatro artigos publicados na América, dois nos Estados Unidos e dois no Brasil, e ainda um artigo publicado em África. Relativamente ao número de crianças/adolescentes incluídos nas amostras oscilou entre 207 e 41723. Três estudos aludiam ao tipo e duração da amamentação, cinco abordavam a amamentação exclusiva e seis dos sete artigos, faziam referência à relação entre a amamentação e o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais das crianças e adolescentes.

### **Tipo e Duração da Amamentação**

**N**o estudo desenvolvido por Jackson (2016) sobre a duração da amamentação e os problemas comportamentais das crianças, com 10600 crianças, dos quais 976 eram irmãos gémeos (238 monozigóticos, 738 dizigóticos) e 740 eram do mesmo sexo observou que a duração da amamentação foi em média 3 meses. O autor não verificou a existência de um efeito direto da prática da amamentação sobre a existência de problemas comportamentais na infância, no entanto, verificou que o risco genético é significativo para o desenvolvimento de problemas comportamentais independentemente do tipo de amamentação. Apesar de não existir efeito direto, o autor verificou também que, existe uma interação positiva e significativa entre a amamentação e o risco genético. Crianças com uma pontuação maior no risco genético, por exemplo 3 pontos, apresentaram diferenças no desenvolvimento de problemas comportamentais, uma vez que as que foram amamentadas por um período inferior a 6 meses apresentaram uma pontuação entre 3 e 3,2 pontos na Escala do Comportamento do Jardim de Infância – 2ª Edição

(ECJI) e as que foram amamentadas por um período igual ou superior a 12 meses, com a mesma pontuação do risco genético, apresentaram menos problemas comportamentais. O autor verificou ainda que as crianças amamentadas por um período inferior a 6 meses apresentaram maior pontuação na avaliação do risco genético e mais problemas comportamentais, cerca de 3 a 3,2 pontos na ECJI. Desta forma, verificaram que, em crianças com elevado risco genético a amamentação possui efeito protetor contra o desenvolvimento de problemas comportamentais, o que não se verificou quando as crianças apresentavam baixo risco genético.

**P**oton, Soares, Menezes, Wehrmeister e Gonçalves (2017) desenvolveram um estudo sobre aleitamento materno e comportamentos externalizantes na infância e na adolescência com 3056 crianças/adolescentes. Os autores concluíram que 60% dos participantes foram amamentados durante 3 meses ou mais e que 35,2% foram amamentados pelo menos durante 6 meses. Os adolescentes, do sexo masculino, aos 11 e 15 anos, apresentaram mais comportamentos externalizantes. Verificaram a existência de uma relação inversa entre o tempo de aleitamento materno e os comportamentos externalizantes apenas aos 11 anos. Em 9,6% das crianças com 4 anos de idade e em 10,4% dos adolescentes aos 11 e 15 anos foi detetado comportamento anormal. Aos 4 anos não encontraram associação entre o tempo de amamentação e os comportamentos externalizantes. Em relação aos adolescentes com 11 anos, verificaram que adolescentes amamentados pelo menos durante 6 meses apresentaram menor risco para o desenvolvimento de hiperatividade em comparação com os

que foram amamentados durante menos de 1 mês, apesar do efeito dose-resposta não ter sido encontrado. Aos 15 anos os resultados apontaram no mesmo sentido, no entanto, os autores concluíram que o aleitamento materno não demonstrou associação com hiperatividade, problemas emocionais e comportamentais, problemas relacionais com os colegas e comportamentos pró-sociais. Os autores concluem que existiu menor risco de hiperatividade aos 11 anos em adolescentes amamentados por pelo menos 6 meses quando comparados aos amamentados por menos de 1 mês. Por outro lado, aos 4 e aos 15 anos, apesar de os resultados irem na mesma direção do observado aos 11 anos, nenhuma associação foi observada entre aleitamento materno e comportamentos externalizantes. Os resultados sugerem que a amamentação por pelo menos 6 meses reduz o risco de hiperatividade aos 11 anos, mas não aos 15 anos.

**A** Almeida et. al (2019) para avaliar o efeito e o tempo de exposição ao aleitamento materno na ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC), que consideram ser depressão, ansiedade, déficit de atenção, hiperatividade, uso de substâncias e alterações do comportamento, desenvolveram um estudo com 41723 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Os autores verificaram que 51,8% dos adolescentes foram amamentados durante um período superior a 6 meses, 14,9% durante um mês ou menos e 33,3% entre 1 e 6 meses. O estudo indicou que não houve diferença relevante entre o padrão de aleitamento materno e o sexo ou idade dos adolescentes. Os autores afirmam que adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de TMC em comparação com os do sexo masculino, independentemente da

associação ao aleitamento materno. Existiu uma diminuição, de 23%, ao nível dos TMC entre adolescentes que foram amamentados por um período superior a 6 meses. Verificou-se haver uma tendência para que a prevalência de TMC entre os adolescentes diminuísse tendo em conta o tempo de aleitamento materno, sendo que essa prevalência foi maior nos adolescentes que não foram amamentados do que nos que foram amamentados por um período superior a 6 meses. Os autores fazem referência ao facto de esta realidade indicar a existência de um possível efeito dose-resposta. Os autores verificaram a existência de um efeito protetor quando a duração do aleitamento materno é superior a 6 meses.

### **Amamentação Exclusiva**

**L**iu, Leung e Yang (2014) no estudo experimental que desenvolveram, sobre a amamentação e o vínculo estabelecido na díade mãe-filho, com 1267 crianças chinesas de 6 anos de idade verificaram que 78,3% das crianças foram amamentadas, 5,6% alimentadas através de fórmulas infantis e 16% receberam aleitamento misto. Os autores verificaram que nas crianças do sexo masculino prevaleceu a amamentação não exclusiva. Relativamente à duração da amamentação, 25% das crianças foram amamentadas durante 7 meses ou menos, 51% durante 7 a 10 meses e 24% durante 10 ou mais meses. Verificaram que as crianças amamentadas exclusivamente (77%) apresentaram pontuações reduzidas no Child Behavior Checklist (CBCL) em relação aos problemas internalizantes, nomeadamente ao nível das reações reativas somáticas e que as crianças sujeitas a interação com a mãe durante a alimentação (43,4%), também apresentavam pontuações reduzidas no CBCL em

relação aos problemas internalizantes, mas no que diz respeito às reações reativas emocionais, à ansiedade e à depressão. Assim, os autores verificaram que a amamentação quando exclusiva, prolongada e praticada na presença de interação/vínculo entre a díade mãe-filho possui um efeito protetor em relação aos problemas internalizantes, nomeadamente ao nível das reações reativas somáticas, ansiedade e depressão.

**J**ackson (2016) no estudo que desenvolveu, verificou que crianças amamentadas exclusivamente por 6 meses ou mais, com elevado risco genético apresentaram uma pontuação entre 0,75 e 1 pontos na ECJI e crianças com elevado risco genético que foram amamentadas não exclusivamente pelo mesmo período apresentaram mais problemas comportamentais, apresentando uma pontuação entre 3 e 3,25 pontos na ECJI. O autor verificou que quanto mais prolongada foi a prática de amamentação exclusiva (igual ou superior a 6 meses) em crianças com elevado risco genético de desenvolver problemas do comportamento, maior foi o seu efeito protetor.

**O** estudo desenvolvido por Rochat et al. (2016) com 630 crianças africanas sobre cognição, função executiva e funcionamento emocional e comportamental das crianças a amamentação exclusiva não apresentou associação significativa com os problemas comportamentais das crianças, no entanto crianças amamentadas exclusivamente pelo menos durante 6 meses apresentaram menos comportamentos internalizantes e externalizantes quando comparadas com as que foram amamentadas exclusivamente apenas durante um mês. Os autores verificaram que o

aleitamento materno exclusivo durante 6 meses está associado à existência de menos problemas comportamentais nas crianças e que crianças amamentadas durante 6 meses, quando comparadas com crianças amamentadas durante 1 mês ou menos apresentam aproximadamente metade da probabilidade de sofrer problemas comportamentais. Concluíram ainda que, existe uma interação significativa entre o sexo da criança e o tempo de aleitamento materno exclusivo oferecido pela mãe no que diz respeito aos problemas comportamentais.

Lind, Li, Perrine e Schieve (2019) que desenvolveram um estudo com 1442 crianças e mães no primeiro ano de vida verificaram, relativamente aos problemas emocionais, problemas comportamentais, hiperatividade, relacionamento com os pares e comportamentos sociais, que as crianças nunca amamentadas ou amamentadas por um período inferior a 6 meses, exclusivamente menos de 3 meses, apresentaram pontuações mais elevadas quando comparadas com as crianças amamentadas por um período igual ou superior a 6 meses e exclusivamente por mais de 3 meses. De uma maneira geral, no que diz respeito às dificuldades/problemas as crianças nunca amamentadas e amamentadas por menos de 6 meses apresentaram pontuações maiores e quanto maior foi a duração e exclusividade da amamentação menor foi o aparecimento de dificuldades/problemas. Apesar disto, os autores não verificaram existir evidência de a duração da amamentação diminuir a hiperatividade, os problemas de relacionamento com os pares ou alterar o comportamento social da criança. Concluíram que as crianças amamentadas durante 6 meses ou mais e exclusivamente por mais de 3

meses apresentaram diminuição nos sintomas emocionais quando comparadas com as crianças que nunca foram amamentadas e que apesar da não existência de uma associação significativa, quanto maior foi a duração e exclusividade da amamentação maior parece ser o seu efeito protetor contra os problemas emocionais e do comportamento.

**A**bdulqader e Saeed (2019), que desenvolveram um estudo com 207 crianças/adolescentes, dos 2 aos 18 anos, com problemas de saúde mental, em que 43% tinham distúrbios do neurodesenvolvimento, 26,6% deficiência intelectual e doenças emocionais, e 30,4% apresentavam outros transtornos mentais/comportamentais, apesar de não terem estudado a relação entre a amamentação e os problemas emocionais e comportamentais, os autores verificaram que 62,8% das crianças/adolescentes que participaram no estudo foram amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida.

## **Discussão**

**T**odos os estudos verificaram que, de forma direta ou indireta, a maior duração da amamentação, o tempo prolongado de amamentação exclusiva, ou ambos, protegem o desenvolvimento de perturbações emocionais e do comportamento na criança/adolescente, corroborando a evidência científica.

**A** Academia Americana de Pediatria, como referido por Perry (2006), recomenda a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida das crianças e o leite materno

como única fonte de leite no primeiro ano de vida, pelos seus inúmeros benefícios para as crianças.

O leite materno por conter DHA e gorduras Ómega 3 que se juntam às gorduras do ácido eicosapentaenóico reduz o risco de desenvolvimento de distúrbios afetivos, estimula o desenvolvimento neural, influencia a neuro transmissão e expressão genética, prevenindo perturbações do desenvolvimento infantil, e quanto maior for a concentração destes ácidos na criança menor é o aparecimento de problemas emocionais, comportamentais e hiperatividade (Colangelo, He, Whooley, Daviglus e Liu; Kenedy et al.; Makrides et al.; McNamara et al.; Murakami et al., como referido por Liu, Leung e Yang (2014)). Ainda de acordo com outros estudos realizados por Bell, Douglas e Marlow, segundo Pratte-Marchessault, como referido por Galvão (2006 pp.53 e 54), as crianças amamentadas “...mais tarde adaptam-se melhor à comunidade e apresentam um equilíbrio físico e mental perfeito.”

Os resultados dos estudos analisados corroboram a informação mencionada. Rochat et al. (2016) verificaram que quanto maior foi o tempo de amamentação exclusiva maior foi o efeito protetor para o desenvolvimento dos problemas emocionais e comportamentais. Também Almeida et. al (2019) verificaram que quanto maior a duração da amamentação (superior a 6 meses) maior o efeito protetor na adolescência para o desenvolvimento dos TMC. Poton, Soares, Menezes, Wehrmeister e Gonçalves (2017) encontraram associação entre a amamentação e a diminuição dos comportamentos externalizantes aos 11 anos, verificando que quando os adolescentes foram

amamentados pelo menos durante 6 meses ou mais, maior foi o efeito protetor da amamentação para o desenvolvimento de hiperatividade, como indica a evidência científica.

**J**ackson (2016), Poton, Soares, Menezes, Wehrmeister e Gonçalves (2017) e Lind, Li, Perrine e Schieve (2019) nos seus estudos não verificaram a existência de um efeito direto entre a amamentação e o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais. No entanto, Jackson (2016), concluiu que, quanto maior é o risco genético da criança para desenvolver problemas comportamentais na infância, maior é o efeito protetor da amamentação prolongada e exclusiva (igual ou superior a 6 meses); Lind, Li, Perrine e Schieve (2019), verificaram a existência de um maior efeito protetor da amamentação para o desenvolvimento de problemas emocionais e do comportamento quanto maior a duração e o tempo de amamentação exclusiva (pelo menos 6 meses ou mais, e exclusivamente mais de 3 meses), o que vai de encontro à evidência científica atual.

**L**iu, como referido por Liu, Leung e Yang (2014), destaca o aspeto biopsicológico, onde os benefícios fisiológicos associados à interação da díade mãe-filho melhoram o funcionamento emocional e comportamental das crianças, produzindo efeitos benéficos protetores contra o desenvolvimento de comportamentos internalizantes na infância.

**A** amamentação melhora o processo de vinculação, que posteriormente conduz a benefícios na saúde

mental das crianças. No dizer dos mesmos autores, a amamentação influencia o temperamento das crianças, diminuindo o temperamento negativo (Britton, Britton & Gronwaldt; Rahman, Harrington & Bunn; Hay, Pawlby, Waters & Sharp, como referido por Liu, Leung & Yang, 2014).

**G**alvão (2006) e Perry (2006) destacam o processo de alimentação e o leite materno como elementos fundamentais para o estabelecimento da relação mãe-filho.

**A**OMS, segundo Galvão (2006), refere que o leite materno é fundamental na constituição do vínculo, favorecendo uma forte ligação emocional que a longo prazo, facilita o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com outras pessoas. Este conhecimento atual, vai de encontro com os resultados obtidos no estudo de Liu, Leung e Yang (2014), que para além de estudarem a amamentação, estudaram também a sua relação com o vínculo, e concluíram que quanto maior é a duração da amamentação, quanto mais prolongada é a exclusividade da amamentação, e principalmente, quando esta é praticada na presença de interação/vínculo entre a díade mãe-filho, maior é o efeito protetor para o desenvolvimento de comportamentos internalizantes (reações reativas somáticas, ansiedade e depressão).

**P**ara Galvão (2006) a duração da amamentação é influenciada pela decisão da mãe e o tipo de alimentação escolhido por ela e pela família influencia a qualidade da relação que se estabelece entre a díade. Perry (2006) realça que muitas vezes os pais optam por outro método que não a amamentação, ou por falta de conhecimento ou por

necessidade, influenciados muitas vezes também pelas crenças culturais. No dizer do mesmo autor, as crenças culturais, os mitos ou informações erradas sobre aleitamento materno influenciam a decisão das mulheres.

**A**bdulqader e Saeed (2019), no seu estudo, apesar de não estudarem a relação entre a amamentação e as perturbações emocionais e do comportamento, verificaram que mais de metade das crianças que participaram no estudo foram amamentadas exclusivamente nos primeiros 6 meses de vida, e que, no entanto, apresentavam um número elevado de problemas emocionais e comportamentais. Estes resultados mostram que tendo o aleitamento materno exclusivo prolongado efeito protetor na saúde mental das crianças/adolescentes o facto destas mães terem amamentado exclusivamente os seus filhos nos primeiros seis meses de vida apesar do número de problemas mentais ser elevado, se estas crianças/adolescentes não tivessem sido amamentadas exclusivamente durante este tempo, ainda mais problemas emocionais e do comportamento apresentariam. Klein, como referido por Galvão (2006, p. 51), refere que há crianças que não foram amamentadas que se desenvolvem adequadamente, mas que “...numa psicanálise descobre-se sempre nas pessoas que assim foram criadas um desejo profundo que nunca chegou a ser satisfeito...”, afirmando que “...o seu desenvolvimento teria sido diferente e melhor se tivessem beneficiado de uma amamentação favorável.”

**A**lmeida et al. (2019) refere que atualmente, no que diz respeito à evidência científica, o aleitamento materno quando realizado por longos períodos, independente do

padrão de amamentação (exclusiva ou não) é benéfico para a prevenção dos problemas emocionais e comportamentais em adolescentes, porém existem poucos estudos desenvolvidos em torno desta temática.

## **Conclusão**

**O**s estudos revelam que a amamentação protege o desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais nas crianças/adolescentes.

**P**ercebeu-se que a duração da amamentação, pelo menos durante seis meses, o tempo prolongado de exposição à amamentação exclusiva e a amamentação praticada na presença de interação/relação possuem um efeito protetor do desenvolvimento das perturbações emocionais e comportamentais nas crianças/adolescentes. Mesmo quando a amamentação é praticada nestes três termos ideais, apenas num estudo, revelou um número elevado de perturbações emocionais e comportamentais, que mesmo assim, revelam o potencial efeito protetor da amamentação, visto que, se estas crianças não tivessem sido amamentadas exclusivamente, os seus problemas emocionais e comportamentais seriam muito maiores. Todos os estudos apresentaram resultados semelhantes.

**A** análise crítica dos estudos e o confronto com a evidência científica levou a que se retirassem importantes conclusões em relação à sua implicação para a prática clínica de Enfermagem.

**A**ssim, é urgente: Conscientização dos Enfermeiros para a realidade crescente de maior número de crianças e adolescentes com perturbações emocionais e do comportamento; A amamentação desempenha fator de proteção do desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais nas crianças/adolescentes, pelo que os Enfermeiros devem desenvolver estratégias de promoção do aleitamento materno exclusivo, fornecendo informações corretas às mães sobre os benefícios do leite materno e do ato de amamentar, motivando-as a amamentar exclusivamente os seus filhos por períodos prolongados e de acordo com as orientações da OMS; A atualização constante dos conhecimentos e o desenvolvimento de estudos e publicitação dos resultados.

## **Referências bibliográficas**

- Abdulqader, S. & Saeed, B. (2019). *Characteristics of patients attending the child and adolescent psychiatric outpatient clinic in Erbil city*. PLOS ONE. Recuperado de:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209418>
- Almeida, C.; Coutinho, E.; Silva, D.; Oliveira, E.; Bloch, K. & Viana, M. (2019). *Exposição ao aleitamento materno e transtornos mentais comuns na adolescência*. Cadernos de Saúde Pública. Brasil. Recuperado de:  
<https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n5/e00093718/>
- Almeida, M. & Sirotheau, M. (2017). *Prevenção emocional diante de riscos à saúde mental de crianças e*

- adolescentes*. Revista Em Foco. N.27. ISSN 2319-037X. 70-87. Recuperado de: <http://www.iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco>
- Araújo, A.; Moura, M.; Oliveira, A.; Ribeiro, J.; & Rosa, C. (2018). *Psicopatologia na infância: levantamento epidemiológico*. Revista Gazeta Médica. V.5. N.1. Recuperado de: <http://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/135~>
- Balaban, G. & Silva, G. (2004). *Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil*. Jornal de Pediatria. V.80, Nº1. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100004)
- Carneiro, E.; Cicéron, M.; Gevaerd, T.; Pina, J.; Rumor, P.; & Souza, A. (2018). *Abordagem da equipe de saúde nos agravos de saúde mental de crianças e adolescentes hospitalizados*. Revista de Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. V.18. N.1. 7-14. Recuperado de: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/243-abordagem-da-equipe-de-sade-nos-agravos-de-sade-mental-de-crianas-e-adolescentes-hospitalizados.html>
- Celeri, E. & Santos, R. (2018). *Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto de atenção básica em saúde*. Revista Paulista de Pediatria. V. 36. 82-90. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822018000100082&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100082&lng=pt&tlng=pt)
- Cepêda, T. & Marques, C. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Portugal.

- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de: <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações mais saudáveis – políticas públicas de promoção de saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa. Recuperado de: <http://www.insa.min-saude.pt/estudo-geracoes-mais-saudaveis-politicas-publicas-de-promocao-da-saude-das-criancas-e-jovens-em-portugal/>
- Costa, C. (2017). *Vínculo Materno na perspetiva da teoria do apego: elementos para a concepção em saúde mental*. BAIHANA. Escola de Medicina e Saúde Pública. Brasil. 1-14. Recuperado de: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/834/1/TRABALHO%20FINAL.pdf>
- Farias, R.; Junior, D.; & Santos, K. (2017). *Saúde mental na infância: os seus riscos e desafios na contemporaneidade*. Revista Faculdade Santo Agostinho (FAS). V.14. N.6. Art. 11. 204-229. Recuperado de: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1481>
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>
- Jackson, D. (2016). *Breastfeeding duration and offspring conduct problems: the moderating role of genetic risk*. Social Science & Medicine. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.014>

- Lind, J.; Li, R.; Perrine, C.; & Schieve, L. (2019). *Breastfeeding and later psychosocial development of children at 6 years of age*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258843/>
- Liu, J.; Leung, P. & Yang, A. (2014). *Breastfeeding and active Bonding Protects against children's internalizing behavior problems*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3916850/>
- Oliveira, C. (2015). *Vínculo afetivo materno: processo fundamental à saúde mental*. BAIHANA. Escola de Medicina e Saúde Pública. 1-25. Brasil. Recuperado de: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/455/1/Celeste%20TCC-FINAL.pdf>
- Perry, L. (2006). *Enfermagem na maternidade.7ª edição*. Lusodidacta.
- Poton, W.; Soares, A., Menezes, A.; Wehrmeister, F. & Gonçalves, H. (2017). *Amamentação e comportamentos externalizantes na infância e adolescência em uma coorte de nascimentos*. Revista Panam Salud Publica. Brasil. Recuperado de:
- Rochat, T.; Houle, B.; Stein, A.; Coovadia, H.; Coutsoudis, A.; Desmond, C.; Newell, M. & Bland, R. (2016). *Exclusive breastfeeding and cognition, executive function, and behavioural disorders in primary School-aged children in rural south Africa: a Cohort analysis*. PLOS Medicine. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002044>
- Rosa, A. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação*.

(Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 1-93. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113131/2/273824.pdf>

# **CAPÍTULO 3**

## **PREMATURIDADE E HIPERATIVIDADE/DÉFICE DE ATENÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Ana Beatriz Garcia Arzileiro**

**Jéssica Eliana Gaspar Ferreira**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**S**egundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como referido por Ribeiro et al. (2015), a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta os stressores normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero, e contribui para a sua comunidade” (p. 279).

**O**s problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são cada vez mais frequentes, “estimando-se que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental” (Kato, Yanagawa, Fujiwara & Morawska como referido por Conselho Nacional de Saúde, 2018, p. 39), constituindo uma “das principais causas de morbilidade da população portuguesa e das causas evitáveis de morbilidade nas crianças” (p. 14).

**A** Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, como referido por Marques e Cepêda (2009), identifica duas categorias a nível da saúde mental em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, sendo as “Perturbações do Desenvolvimento Psicológico” e as “Perturbações do Comportamento e Emocionais” (p. 21). As Perturbações do Comportamento e Emocionais, constituem “cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar” e incluem as “perturbações do comportamento, a hiperatividade/défice de atenção e as perturbações emocionais da infância” (Marques e Cepêda, 2009, p. 21).

**A** Hiperatividade/Défice de Atenção (TDAH) caracteriza-se como um distúrbio do neurodesenvolvimento e encontra-se entre os transtornos psiquiátricos mais diagnosticados durante a infância e adolescência (American Psychiatric Association como referido por Soncini, Belotto & Diaz, 2020), possuindo uma prevalência mundial “cerca de 5% a 10% das crianças em idade escolar” (Hechtman; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde como referido por Breeman, Jaekel, Baumann, Bartmann & Wolke, 2016, p. 132). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª Edição) (DSM-V), como referido por Montagna et al. (2020), “o TDAH é caracterizado por duas principais apresentações de sintomas, desatenção e hiperatividade-impulsividade” (p. 2), sintomas estes considerados “excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento” (DSM-V, 2014, p. 73), manifestados através de comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos, entre eles, a dificuldade em manter uma tarefa, distração, níveis

elevados de atividade, inquietação e incapacidade de permanecer sentado (DSM-V, 2014).

**D**e acordo com Johnson et al., como referido por Montagna et al. (2020), “embora os sintomas co-ocorram com frequência”, pode haver um grande desequilíbrio na sua expressão, “levando a uma subdivisão clínica do distúrbio em tipos desatentos, hiperativos-impulsivos e combinados” (p. 2). No tipo TDAH combinado, “estão presentes níveis clinicamente significativos de hiperatividade/impulsividade e desatenção”, no tipo “predominantemente desatento”, apresenta-se “apenas um nível clinicamente significativo de desatenção” e no tipo “predominantemente hiperativo/impulsivo” apresenta-se “apenas um nível clinicamente significativo de hiperatividade/impulsividade” (Johnson et al., 2016, p. 2). Na população em geral, o tipo mais comum de TDAH é o tipo combinado (Johnson et al. como referido por Montagna et al., 2020).

**A**pesar do TDAH ter início na infância, especificamente diagnosticado na idade escolar (Montagna et al., 2020), “o distúrbio pode persistir em 15% - 66% dos indivíduos, da infância à adolescência e idade adulta” (Faraone, Biederman & Mick como referido por Breeman et al., 2016, p. 132). Para além disso, “O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral” (DSM-V, 2014, p. 104).

**O** DSM-V (2014) apresenta como critérios de diagnóstico uma lista de dezoito sintomas (nove sintomas de desatenção e nove sintomas de hiperatividade/impulsividade), dos quais são necessários,

pelo menos, seis sintomas para ser estabelecido o diagnóstico. Além de que, os sintomas devem persistir durante, no mínimo, seis meses. Para além disso, segundo Ferreira, Santos e Ribeiro (2017), o diagnóstico “é realizado através de informações colhidas junto aos pais e professores e também por meio de observação clínica da criança” (p. 119) e é “fundamental que o diagnóstico clínico seja feito por um profissional especializado em saúde mental” (p. 121). Após a confirmação do diagnóstico de TDAH, é necessária uma intervenção terapêutica através de uma equipa multidisciplinar, “englobando intervenções psicológicas e farmacológicas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ferreira et al., 2017, p. 124).

**E**ste distúrbio do neurodesenvolvimento, está associado a diversos riscos psicossociais, a curto e longo prazo, que “interferem no funcionamento social, académico e ocupacional de um indivíduo” (Johnson et al., 2016, p. 2), nomeadamente, insucesso e abandono escolar (Montagna et al., 2020), sobrecarga familiar (Faraone et al.; Woolfenden et al. como referido por Soncini et al., 2020) e “conflito entre pais e família, rejeição social por parte dos colegas, baixa autoestima, maior risco de comportamento delinvente, tabagismo e transtornos por uso de substâncias” (McCarthy et al., 2018, p. 7). Para além disso, a longo prazo, o indivíduo pode desenvolver psicopatologia (Montagna et al., 2020), como “desregulação emocional, ansiedade, depressão, desemprego e tentativas de suicídio” (McCarthy et al., 2018, p. 7) e “perdas no relacionamento conjugal, separação, divórcio e problemas legais” (Faraone et al. como referido por Soncini et al., 2020, p. 145).

**A**inda não são totalmente conhecidas as causas exatas do TDAH (Ferreira et al., 2017), no entanto, existem vários fatores de risco que têm sido associados ao seu desenvolvimento, “Pensa-se que o desenvolvimento do distúrbio tenha um forte componente hereditário (Sucksdorff et al., 2015, p. 599), possuindo uma “forte predisposição genética” (Faraone, Ericson, Gunnarskog & Kallen; Faraone et al.; Burt como referido por Pettersson et al., 2015, p. 453). No entanto, “fatores ambientais (...) também desempenham um papel notável na etiologia do TDAH” (Sucksdorff et al., 2015, p. 599), representando “cerca de 10% a 40%” (Faraone, Ericson, Gunnarskog & Kallen; Faraone et al.; Burt como referido por Pettersson et al., 2015, p. 453). Inseridos nos fatores de risco ambientais, encontram-se o baixo peso ao nascer (DSM-V, 2014) e o nascimento prematuro, o qual “tem sido estudado como fator de risco para o TDAH” (Bhutta et al.; Nigg, Nikolas & Burt; St. Sauver et al. como referido por Perapoch et al., 2019, p. 2).

**S**ciberras, Mulraney, Silva e Coghill, como referido por Soncini et al. (2020) “revisaram a literatura para identificar fatores de risco para o mesmo diagnóstico (...) descobriram que a prematuridade, especialmente a prematuridade extrema, teve o maior tamanho de efeito associado ao TDAH” (p. 146), para além disso, vários estudos têm demonstrado esta associação, comprovando que as crianças nascidas prematuramente têm um maior risco de desenvolvimento do distúrbio, quando comparadas a crianças nascidas a termo, possuindo um “aumento de 2 a 5 vezes no risco de TDAH” (Perapoch et al., 2019, p. 2).

**D**e acordo com a OMS (2018), “Pré-termo é definido como bebês nascidos vivos antes de completar 37 semanas de gravidez”. Para além desta classificação, os recém-nascidos prematuros podem também ser classificados de acordo com a sua idade gestacional, sendo extremamente pré-termo quando nascem antes das 28 semanas de gestação, muito pré-termo quando nascem entre as 28 e as 32 semanas de gestação, e moderadamente a tardiamente pré-termo quando nascem entre as 32 e as 37 semanas (OMS, 2018). Considera-se um pré-termo tardio quando o nascimento ocorre com idade gestacional a partir das 34 semanas até ao final da 36ª semana (Stavis, 2017). A divisão de pré-termos em categorias é bastante importante, pois o desenvolvimento que um recém-nascido extremamente prematuro apresenta é bastante diferente do desenvolvimento de um recém-nascido pré-termo tardio, e no entanto, são ambos recém-nascidos pré-termo.

**N**o terceiro trimestre de gravidez, dá-se um aumento significativo no volume cerebral (Anderson et al. como referido por Soncini et al., 2020). Mais especificamente, no período compreendido entre as 20 e as 32 semanas de gestação, existe um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral, posto isto, qualquer situação indesejada nesta fase poderá comprometer o neurodesenvolvimento, o que poderá trazer consequências como problemas neuro motores, visuais, auditivos, dificuldades na aprendizagem, psicológicos, de comportamento e sociais (Colvin, McGuire & Fowlie, 2004). Para além disso, Schöpf et al. (2014) realizaram um estudo sobre o desenvolvimento das conexões cerebrais durante a gestação, onde apresentam que algumas das

conexões desenvolvem-se entre as 27 e as 30 semanas de gestação (Konkel, 2018). Assim, o parto prematuro pode interromper e comprometer o neurodesenvolvimento adequado (Soncini et al., 2020). Além disso, os recém-nascidos prematuros interagem precocemente com o ambiente hospitalar, tratamentos médicos e estímulos externos diferentes do ambiente intrauterino, desta forma, os bebês prematuros são expostos a eventos stressantes num momento crucial do desenvolvimento, o que também poderá trazer consequências estruturais e funcionais no desenvolvimento cerebral (Feldman como referido por Perapoch et al., 2019).

“ Estima-se que 15 milhões de bebês nascem muito cedo a cada ano” (OMS, 2018). A prematuridade possui alguns fatores de risco, nomeadamente, baixo nível económico, baixo nível educacional da mãe, problemas de saúde pré-existentes e risco genético materno (Goldenberg et al.; Plunkett & Muglia; Blencowe et al. como referido por James et al., 2019). O nascimento prematuro está relacionado a alterações complexas no desenvolvimento cerebral, que por sua vez, podem afetar crianças prematuras ao nível da regulação da atenção, em comparação com crianças nascidas a termo (Skranes et al. como referido por Breeman et al., 2016). Para além disso, como referido por James et al. (2019), a prematuridade tem como consequências, dificuldades académicas (Moster et al.), comprometimentos cognitivos e neurofisiológicos (Potgieter et al.; Johnson et al.; Lee et al.; Rommel et al.) e um risco aumentado de distúrbios do neurodesenvolvimento (D'Onofrio et al.). Também os fatores de risco social, como a disfunção familiar, adversidade social e psicopatologia dos

pais, foram relacionados à prematuridade e considerados fatores de risco para o TDAH (St. Sauver et al.; Vanderbilt & Gleason como referido por Perapoch et al., 2019).

**P**osto isto, o TDAH é um distúrbio frequente em indivíduos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer (Bhutta et al. como referido por James et al., 2019; Halmøy, Klungsøyr, Skjærven & Haavik; Lindström, Lindblad & Hjern; Strang-Karlsson et al.; Treyvaud et al.; Yang et al. como referido por Perapoch et al., 2019).

**P**or este motivo, questionou-se “O que se passa com as crianças/adolescentes que nasceram prematuras para desenvolverem o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?” e definiram-se os objetivos: conhecer a relação entre prematuridade e TDAH; identificar em crianças/adolescentes que nasceram prematuras os fatores associados ao desenvolvimento de TDAH; identificar em crianças/adolescentes que nasceram prematuras o tipo mais frequente de TDAH; e perceber se em crianças/adolescentes que nasceram prematuras e que desenvolveram TDAH existe relação com a idade gestacional.

## **Metodologia**

**R**evisão Integrativa da Literatura, realizada de abril a junho de 2020, com recurso às plataformas de busca EBSCOhost Web, B-on e Google Académico, entre os dias 7 e 13 de abril, aplicando os critérios de inclusão: crianças/adolescentes nascidas prematuras e com diagnóstico de TDAH, todo o tipo de estudos primários, publicados entre 2015 e 2020, Full text, acesso livre e

gratuito, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e, como critérios de exclusão: crianças/adolescentes nascidas prematuras com outras patologias, para além de TDAH, e Revisões Sistemáticas e Integrativas da Literatura. Na primeira pesquisa, dia 7 de abril, utilizou-se a plataforma de busca EBSCOhost Web, recorrendo às bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MedLine, Academic Search Complete (ASC) e Psychology and Behavioral Sciences Collection (PBSC), utilizando como descritores “TDAH”, “ADHD”, “PHDA”, “hyperactivity”, “attention deficit”, “hyperactivity disorders”, “attention disorders”, “attention deficit disorder children”, “prematurity”, “pre-term”, “preterm infants” e “low birth weight”, recorrendo aos operadores booleanos OR e AND, através da pesquisa em título.

**A**pós a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão inicialmente estabelecidos, obtiveram-se 28 artigos (9 na MedLine, 11 na ASC, 7 na CINHAL e 1 na PBSC). Após a leitura do título, analisou-se o resumo de 1 artigo da MedLine, selecionando-o.

**P**osteriormente, fez-se pesquisa na plataforma de busca B-on, recorrendo às bases de dados ScienceDirect, Scopus, ASC, com os mesmos descritores, operadores booleanos, pesquisa em título e critérios de inclusão e exclusão, obtendo-se 16 artigos (4 da ScienceDirect, 7 da Scopus e 5 da ASC). Após a leitura do título, analisou-se 1 dos artigos, verificando-se ser repetido da pesquisa anterior na EBSCOhost Web.

**O**ptou-se por fazer novas pesquisas na EBSCOhost Web. Uma no dia 9 de abril, com os mesmos descritores, operadores booleanos e critérios de inclusão e exclusão, porém pesquisa em resumo, da qual se obteve 256 artigos (100 da MedLine, 76 da ASC, 56 da CINAHL, 20 da PBSC, 2 da Medic Latina e 2 da ERIC), após a leitura do título, analisou-se o resumo de 4 artigos da CINAHL, dos quais, após a análise na íntegra excluíram-se 3 artigos, 2 devido aos resultados não corresponderem aos objetivos definidos e 1 devido à amostra apresentar crianças com outra patologia para além de TDAH, assim, selecionou-se um artigo da CINAHL. Outra, no dia 10 de abril, com os descritores “ADHD”, “children” e “preterm”, operador booleano “AND”, em título e com os mesmos critérios de inclusão e exclusão, desta pesquisa resultaram 2 artigos (1 da CINAHL e 1 da ASC), dos quais, após a leitura do resumo, selecionou-se o artigo da ASC.

**E**fetuou-se ainda uma pesquisa no Google Académico, no dia 13 de abril, com os descritores “ADHD” e “preterm birth”, com o operador booleano “AND” e com os mesmos critérios de inclusão e exclusão, obtendo-se um total de 7690 artigos, dos quais após a leitura do título, prosseguiu-se para a análise do resumo de 4 artigos, acabando por excluir 2 destes devido a 1 não apresentar resultados que fossem ao encontro dos objetivos definidos e o outro por apresentar na amostra crianças/adolescentes com outra patologia para além do TDAH, selecionando assim, 2 artigos.

Como resultados destas pesquisas, selecionou-se um total de 5 artigos científicos para analisar na íntegra.

## **Resultados**

**A** análise integral dos 5 artigos selecionados, permitiu observar que, quanto ao ano de publicação, um foi publicado no ano de 2015, dois em 2016, um no ano de 2019 e outro em 2020. Relativamente ao local da publicação, os artigos selecionados foram publicados tanto no Continente Americano como no Europeu sendo que, dois artigos foram publicados nos Estados Unidos da América, um em Espanha e os outros dois no Reino Unido. Relativamente ao número de crianças/adolescentes nas amostras dos estudos analisados, oscilou entre 119 e 38355. Cinco estudos obtiveram resultados sobre a relação entre prematuridade e o risco de desenvolver TDAH, cinco fazem referência a possíveis fatores associados ao desenvolvimento de TDAH nestas crianças, três apresentam resultados sobre o tipo de TDAH mais frequente em crianças prematuras e dois dos estudos apresentam a relação entre a idade gestacional e o risco de desenvolver TDAH.

**S**ucksdorff et al. (2015), desenvolveu junto de 10321 crianças com TDAH e 38355 indivíduos do grupo de controlo, um estudo com o objetivo de verificar a associação entre a idade gestacional e TDAH a cada semana de gestação, bem como, estudar a associação de peso para idade gestacional e TDAH. Neste estudo observacional e transversal os autores verificaram que a idade média de diagnóstico de TDAH foi aos 7,6 anos de idade e que 84% das crianças com TDAH eram do sexo masculino e apenas 16% eram do sexo feminino, existindo assim uma associação maior do TDAH com o sexo masculino. Os autores observaram também que o risco de desenvolver TDAH diminuiu à medida que a idade gestacional (por semana) aumentou, quando comparada com

a 40ª semana, considerada a idade gestacional de referência neste estudo. Assim, as crianças que nasceram EP apresentaram um risco de desenvolver TDAH superior, sendo que, quando nasceram entre as 23-24 semanas apresentaram um valor de associação de 11.96 e com 27 semanas um valor de 3.69. Relativamente a crianças MP, às 28 semanas apresentaram um valor de 3.34 e às 31 semanas o valor foi de 2.87. Com 32 semanas, o valor foi de 1.96 e às 36 semanas, sendo tardiamente prematuro e o mais perto possível de termo, o valor foi de 1.48. Portanto, os resultados demonstraram que o risco de desenvolver TDAH diminuiu à medida que a idade gestacional aumentou. No entanto, os autores referiram ter observado que na 34ª semana de gestação existiu uma exceção, devido à falta de significância estatística.

**T**ambém Breeman et al. (2016), realizaram um estudo junto de 260 indivíduos muito prematuros (idade gestacional inferior a 32 semanas) ou muito baixo peso ao nascimento (peso de nascimento inferior a 1500 gramas) e 229 do grupo de controlo, com o objetivo de verificar se estes indivíduos tinham mais problemas de atenção na infância e na idade adulta do que os indivíduos nascidos a termo, verificar se os problemas de atenção diminuía com o tempo, em ambos os grupos e verificar em qual dos grupos os problemas de atenção eram mais estáveis, desde a infância até a idade adulta. Neste estudo observacional, longitudinal e prospetivo, os autores apuraram que indivíduos muito prematuros apresentavam mais problemas de atenção e sintomas de TDAH, tanto na infância como na idade adulta, comparativamente a indivíduos nascidos a termo. Verificaram ainda que, nos indivíduos prematuros, em

comparação a indivíduos nascidos a termo, foram registadas para a mãe e filho mais complicações antes da gravidez, durante a gravidez, ao nascimento e no período neonatal. Para além disso, os indivíduos prematuros pertenciam a famílias socioeconomicamente mais desfavorecidas, apurando que 47,1% pertenciam a famílias de nível médio e 32,4% a famílias de baixo nível, em comparação ao grupo de controlo, 42,8% e 23,6%, respetivamente. Os autores referiram também que, tanto na infância como na vida adulta, os indivíduos prematuros apresentaram um nível superior de desatenção em relação aos indivíduos nascidos a termo. Relativamente ao diagnóstico de TDAH, os autores mencionaram que, em indivíduos muito prematuros foi mais frequente apresentarem o tipo desatenção na infância, seguindo-se o tipo combinado e o tipo de hiperatividade/impulsividade.

**P**or sua vez, o estudo de Johnson et al. (2016), foi desenvolvido junto de 811 bebés nascidos com 25 semanas de gestação, ou menos, e 160 crianças nascidas a termo como grupo de controlo, com o objetivo de investigar a prevalência e os antecedentes de sintomas de TDAH em crianças EP e determinar se esses antecedentes se alteravam por domínio dos sintomas, realizando avaliações aos 2, 6 e 11 anos de idade destas crianças, tendo-se o estudo concentrado nos antecedentes dos sintomas de TDAH avaliados aos 11 anos de idade. Neste estudo observacional, longitudinal e prospetivo, os autores recolheram informação através de questionários preenchidos pelos pais, obtendo 189 crianças EP e 140 crianças nascidas a termo com sintomas de TDAH, e de questionários preenchidos pelos professores, obtendo 197 crianças EP e 146 crianças nascidas a termo com sintomas de

TDAH. Os autores verificaram que as crianças EP foram avaliadas com sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade significativamente maiores em comparação às crianças nascidas a termo. Os autores, através da pontuação dos questionários preenchidos pelos pais, apuraram também que as crianças aos 2 anos de idade apresentavam problemas de comportamento de internalização e externalização, como dificuldades no relacionamento com os colegas, os quais foram associados tanto a desatenção como hiperatividade/impulsividade. Já a etnia materna não caucasiana foi associada apenas a sintomas elevados de desatenção, enquanto que, um reduzido nível ocupacional dos pais, sendo que os pais de crianças prematuras foram identificados com um nível socio-ocupacional menor do que os pais de crianças nascidas a termo, foi associado a níveis elevados de sintomas de hiperatividade/impulsividade. Verificaram também que os sintomas de TDAH em crianças EP estavam significativamente associados à ausência de leite materno na alta hospitalar e a um menor perímetro cefálico, associados significativamente a sintomas elevados de desatenção e hiperatividade/impulsividade, sendo a prevalência maior em sintomas de desatenção. A transferência hospitalar nas primeiras 24 horas após o nascimento e alterações anormais de ecografias cerebrais, associadas a índices de baixo crescimento cerebral ou função neurológica, foram significativamente associadas apenas a sintomas de hiperatividade/impulsividade. Relativamente a variáveis cognitivas, os autores verificaram valores elevados de comprometimento neurocognitivo significativamente associado a sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade, no entanto, com um efeito significativamente maior para desatenção. Relativamente à

variável gênero, verificaram a influência do sexo masculino em cada tipo de TDAH, verificando que o sexo masculino estava significativamente associado a sintomas de hiperatividade/impulsividade e não necessariamente a sintomas de desatenção.

Os autores verificaram também que, relativamente aos sintomas mais comuns em crianças EP, os pais e os professores classificaram significativamente estas crianças com sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade, sendo a classificação dos pais superior em relação à dos professores em ambas. Quando considerada a classificação atribuída somente pelos pais, estes avaliaram crianças EP com um aumento significativo de desatenção e hiperatividade/impulsividade, enquanto que na classificação atribuída pelos professores, estes classificaram as crianças EP com um aumento significativo dos sintomas de desatenção, mas não de hiperatividade/impulsividade. Desta forma, os autores concluíram que, tanto nos pais como nos professores, predominou a frequência de sintomas de desatenção quando comparado com os sintomas de hiperatividade/impulsividade. Assim, crianças EP têm uma pontuação significativamente maior de sintomas de desatenção, quando comparadas com o grupo de controlo. O estudo apresenta ajustes devido ao QI das crianças, no entanto, continuou a haver uma diferença significativa, embora ligeiramente atenuada. Também com ajustes realizados tendo em conta a ocupação parental destas crianças, este efeito manteve-se inalterado.

O estudo de Perapoch et al. (2019), foi desenvolvido junto de 3744 crianças prematuras e 3744 crianças nascidas

a termo como grupo de controlo, com o objetivo de avaliar a associação entre prematuridade (por idade gestacional semanal) e o risco de apresentar TDAH durante a infância, avaliar essa associação e a gravidade da prematuridade, bem como, com idade do diagnóstico de TDAH e/ou primeiro tratamento farmacológico de TDAH. A idade média das crianças no final do estudo foi de 11,7 anos. Entre o grupo de crianças nascidas prematuramente, 38% nasceram entre as 35 e 36 semanas de gestação, 28,9% entre as 33 e 34 semanas de gestação, 24,4% entre as 29 e 32 semanas de gestação e 8,65% com 28 ou menos semanas de gestação. Neste estudo observacional, longitudinal e prospetivo, os autores verificaram existir relação entre prematuridade e TDAH, tendo em conta que encontraram um risco significativamente maior de TDAH nas crianças prematuras, quando comparadas a crianças a termo (7,4% e 3,2%, respetivamente), deparando-se com uma maior incidência de TDAH aos 8 anos (15,04%) e aos 12 anos de idade (10,64%). Estes autores verificaram que as crianças com prematuridade grave (crianças prematuras com alta hospitalar após as 40 semanas) apresentaram um risco significativamente maior de desenvolver TDAH. Verificaram também que crianças do sexo masculino apresentaram uma maior prevalência de sintomas de TDAH (10,5%) do que crianças do sexo feminino (4,8%). A prevalência de TDAH em crianças EP (com idade gestacional igual ou inferior a 28 semanas) foi de 12.7%, em crianças MP (idade gestacional entre as 29-32 semanas de gestação) a prevalência foi de 8.6%, em crianças moderadamente prematuras (idade gestacional entre as 34-35 semanas) a prevalência de TDAH foi de 6.6%, nas crianças tardiamente prematuras (entre as 35-36 semanas) a prevalência foi de 6.1% e em crianças que não eram prematuras a prevalência foi de 3.2%. Assim, o risco de desenvolver TDAH em crianças

EP foi o mais elevado, seguido das crianças moderadamente prematuras, das crianças MP e, por fim, das crianças tardiamente prematuras.

**M**ontagna et al. (2020), realizou o estudo junto de 119 crianças MP, recrutadas após o seu nascimento, entre 2010 e 2013, sobre a associação de sintomas de TDAH e resultados cognitivos, risco clínico e características sociodemográficas em crianças em idade pré-escolar que nasceram MP (<33 semanas), com o objetivo de verificar se sintomas mais elevados de TDAH em crianças MP estavam associados a funções executivas e inteligência mais baixas e verificar se os sintomas desatentos de TDAH estavam associados à adversidade clínica perinatal e não ao risco ambiental. Este estudo observacional e transversal, permitiu verificar que as crianças MP apresentaram sintomas de TDAH em maior proporção quando comparadas a crianças nascidas a termo. Os resultados altos do Índice de Privação Múltipla, diretamente relacionado a um baixo nível socioeconómico, foram significativamente associados ao tipo hiperatividade/impulsividade e ao tipo combinado, mas não ao tipo de desatenção, comprovando que as crianças de famílias socioeconomicamente desfavorecidas têm um maior risco de desenvolver sintomas de hiperatividade/impulsividade.

**U**m maior risco clínico perinatal, nomeadamente, um número elevado de dias em ventilação mecânica e em nutrição parenteral foram significativamente associados a níveis altos de sintomas do tipo desatento. Estes dois fatores de risco foram associados a baixos valores de anisotropia fracionada em toda a substância branca, quando a criança

atinge a idade de termo, o que reflete alterações no desenvolvimento cerebral, sendo que, 45% das crianças prematuras apresentaram lesões observadas pela ressonância magnética neonatal. Para além disso, um menor QI foi significativamente associado a altos sintomas de desatenção nestas crianças, não se tendo verificado o mesmo nos valores dos sintomas de hiperatividade/impulsividade e combinados. Todos os tipos de sintomas de TDAH foram associados a um pior autocontrolo inibitório, flexibilidade e valores de metacognição emergentes, que se referem ao processo de controlo sobre a própria cognição, abrangendo processos envolvidos na autoavaliação e autogestão. Relativamente ao tipo de sintomas de TDAH mais frequente, apresentaram resultados que afirmaram que, quando excluídas as crianças MP com deficiência neurodesenvolvimental e consideradas as crianças MP com percentil superior a 80, 32.7% das crianças apresentavam sintomas de desatenção, 25.2% de hiperatividade/impulsividade e 33.6% apresentavam sintomas combinados. Quando consideradas crianças com percentil superior a 90, 15% apresentavam sintomas de desatenção, outras 15% de hiperatividade/impulsividade e 12.1% de sintomas combinados. Assim os autores concluíram que, crianças com percentil superior a 80, apresentavam mais frequentemente sintomas de desatenção, seguido de sintomas combinados e, por fim, sintomas de hiperatividade/impulsividade. Porém, quando consideradas as crianças com percentil superior a 90, a percentagem de crianças com sintomas de desatenção, bem como de hiperatividade/impulsividade encontravam-se iguais, seguidas de crianças que apresentavam ambos os sintomas. Desta forma, estes autores concluíram que na idade pré-

escolar, crianças MP tinham um risco superior de desenvolver TDAH, nomeadamente do tipo de desatenção.

## **Discussão**

**A** prematuridade tem sido estudada como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de TDAH. Bhutta, Cleves, Casey, Cradock e Anand (2002), através da realização de uma meta-análise, verificaram que as crianças prematuras tinham um risco superior de desenvolver TDAH. Outros estudos comprovam esta associação, provando que as crianças nascidas prematuramente têm um risco mais elevado de desenvolvimento deste distúrbio do neurodesenvolvimento, quando comparadas a crianças nascidas a termo (Sciberras et al., 2017). Fazendo um apanhado geral dos resultados obtidos nos estudos, verifica-se que os artigos dão a conhecer que existe, de facto esta relação, a prematuridade é realmente um fator de risco para o desenvolvimento de TDAH. Johnson et al. (2016), verificaram que as crianças EP foram avaliadas com sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade significativamente maiores em comparação às crianças nascidas a termo e, Perapoch et al. (2019), encontraram um risco significativamente maior de TDAH em crianças prematuras, quando comparadas a crianças nascidas a termo.

**P**ara Ferreira et al. (2017), ainda não são totalmente conhecidas as causas exatas do TDAH, no entanto, vários autores têm estudado a associação entre fatores de risco e este distúrbio. De acordo com Thapar, Cooper, Jefferies e Stergiakouli (2011), entre os fatores de risco ambientais para o desenvolvimento de TDAH, encontram-se os fatores

psicossociais, que incluem ambientes sociais e familiares desfavorecidos, como um baixo nível socioeconómico, classe social desfavorecida e baixa escolaridade dos pais.

Os resultados dos estudos analisados vão de encontro a esta informação. Também Breeman et al. (2016) e Montagna et al. (2020) verificaram que as crianças prematuras com TDAH pertenciam a famílias socioeconomicamente mais desfavorecidas, em comparação ao grupo de controlo, e Johnson et al. (2016), verificaram associação entre baixo nível ocupacional dos pais e níveis elevados de sintomas de hiperatividade/impulsividade.

Indredavik et al., (2010) referem que, para além de fatores ambientais, também existem fatores clínicos perinatais que contribuem significativamente para o desenvolvimento do distúrbio. Os resultados dos estudos analisados são concordantes com esta informação. Johnson et al. (2016) verificaram que a ausência de leite materno na alta hospitalar estava associada a sintomas elevados de desatenção e hiperatividade/impulsividade, tendo uma maior prevalência em sintomas de desatenção e, que a transferência hospitalar nas primeiras 24 horas após o nascimento estava associada a sintomas de hiperatividade/impulsividade. Também Perapoch et al. (2019), verificaram que as crianças com prematuridade grave apresentam uma maior tendência a desenvolver TDAH. Igualmente no estudo de Montagna et al. (2020), as crianças que permaneceram mais dias em ventilação mecânica e em nutrição parenteral, apresentaram maior probabilidade de desenvolver sintomas do tipo desatenção.

**D**e acordo com Soncini et al. (2020), a associação entre prematuridade e problemas de saúde mental pode ser explicada por condições adversas (condições intra-uterinas e/ou após o nascimento) que o cérebro sofre em fase de desenvolvimento. Sabe-se que, no terceiro trimestre de gravidez, dá-se um aumento significativo no volume e desenvolvimento cerebral (Anderson, Doyle, & Victorian Infant Collaborative Study Group, 2004). Portanto, qualquer acontecimento adverso poderá comprometer o neurodesenvolvimento e trazer consequências, nomeadamente, problemas neuro motores, dificuldades na aprendizagem, psicológicos, de comportamento, sociais (Colvin et al., 2004) e alterações cerebrais, incluindo lesões na substância branca (Skranes et al., 2005). Este distúrbio está ainda associado a um desenvolvimento cerebral mais lento e a volumes cerebrais mais reduzidos quando comparadas a crianças a termo (Aamodt & Wang, 2012). De acordo com Carmody et al. (2006), existem estudos de neuroimagem que verificaram alterações cerebrais e um volume cerebral reduzido aos 8 anos de idade em crianças prematuras. Assim, sendo o TDAH um distúrbio do neurodesenvolvimento, poderão existir associações entre a sua sintomatologia e variáveis cognitivas. Também Johnson et al. (2016) verificaram que um menor perímetro cefálico estava associado a sintomas elevados de desatenção e hiperatividade/impulsividade, tendo uma prevalência maior em sintomas de desatenção. Para além disso, verificaram alterações anormais em ecografias cerebrais, associadas a índices de baixo crescimento cerebral ou função neurológica, as quais estavam significativamente associadas apenas a sintomas de hiperatividade/impulsividade. De acordo com

Montagna et al. (2020), um menor QI estava associado a altos sintomas de desatenção em crianças prematuras. Estes autores concluíram que todos os tipos de sintomas do TDAH estavam associados a um pior autocontrole inibitório, flexibilidade e valores de metacognição emergentes. Os autores verificaram também que permanecer em ventilação mecânica e em nutrição parenteral foram fatores associados a alterações no desenvolvimento cerebral e a lesões observadas pela ressonância magnética neonatal.

**J**ohnson et al. (2016) também verificaram que as crianças aos 2 anos de idade, apresentavam problemas a nível do comportamento, os quais foram associados tanto a desatenção como hiperatividade/impulsividade. Estes resultados são concordantes com Bhutta et al. (2002) quando afirmam que crianças portadoras de TDAH manifestam frequentemente comportamentos de internalização e externalização.

**D**e acordo com o DSM-V (2014), o TDAH desenvolve-se mais frequentemente no sexo masculino do que no feminino, com uma proporção de cerca de 2:1 em crianças. Esta evidência é corroborada pelos resultados obtidos nos estudos analisados, sendo que, segundo Sucksdorff et al. (2015) e Perapoch et al. (2019), existe uma maior prevalência de TDAH em crianças do sexo masculino. Para além disso, de acordo com Johnson et al. (2016), foi possível verificar que o sexo masculino esteve significativamente associado a sintomas de hiperatividade/impulsividade e não necessariamente a sintomas de desatenção.

**R**elativamente aos tipos de TDAH, desatento, hiperativo/impulsivo e combinado, na população geral, o tipo mais frequente de TDAH é o tipo combinado, no entanto, em crianças nascidas prematuras, alguns autores afirmam que o tipo mais frequente é o desatento (Johnson et al., 2010; Brogan et al., 2014), para além disso, estas crianças são mais vulneráveis a desenvolverem problemas de atenção do que hiperatividade/impulsividade (Mahurin-Smith, DeThorne & Petrill, 2017; Taylor, 2010; Marques, 2017). Também Breeman et al. (2016), verificaram que o tipo de TDAH mais frequente na infância em crianças MP foi o de desatenção, seguido do tipo combinado e, por último, o tipo hiperatividade/impulsividade. Johnson et al. (2016) concluíram igualmente que sintomas de desatenção são mais frequentes em crianças de 11 anos nascidas EP do que de hiperatividade/impulsividade, sendo o tipo desatenção o mais frequente nestas crianças. Montagna et al. (2020) concluíram que na idade pré-escolar crianças MP têm um risco superior de desenvolver TDAH, nomeadamente do tipo de desatenção.

**U**m dos fatores importantes para o risco de desenvolver problemas neurocognitivos, em particular TDAH, é a idade gestacional (Bhutta et al., 2002). As crianças/adolescentes nascidas prematuras apresentam um risco de desenvolver TDAH superior em relação a crianças/adolescentes nascidas a termo, aumentando esse risco à medida que a idade gestacional da criança/adolescente diminui, possivelmente devido ao facto de que, no terceiro trimestre de gravidez, se dar um aumento significativo do volume cerebral (Anderson et al., 2004), bem

como, no período compreendido entre as 20 e as 32 semanas de gestação se dar um crescimento e desenvolvimento cerebral (Colvin et al., 2004). As alterações cerebrais associadas ao nascimento prematuro (Bäumli et al., 2014; Skranes et al., 2005), as quais podem interromper ou comprometer (Soncini et al., 2020) este desenvolvimento cerebral, afetam as crianças prematuras ao nível da atenção (Bora, Pritchard, Chen, Inder & Woodward, 2014). Também os estudos de Breeman et al. (2016) e Montagna et al. (2020), que se focaram em crianças MP, de Johnson et al. (2016), desenvolvido com crianças EP, de Sucksdorff et al. (2015) e de Perapoch et al. (2019) verificaram que o risco de desenvolver TDAH diminui à medida que a idade gestacional aumenta.

**A**ssim, pode-se afirmar existir relação entre crianças/adolescentes que nasceram prematuras e que desenvolveram TDAH e idade gestacional, sendo que quanto menor esta for, maior é o risco de desenvolver este distúrbio.

## **Conclusão**

**F**oi possível conhecer e compreender o que se passa com as crianças/adolescentes que nasceram prematuramente para desenvolverem o TDAH. Percebeu-se que a prematuridade tem sido estudada como um fator de risco para o desenvolvimento do TDAH, nomeadamente devido a fatores ambientais, fatores clínicos perinatais, fatores cognitivos e à idade gestacional. Verificou-se que fatores socioeconómicos e psicossociais estavam mais associados ao desenvolvimento de sintomas de hiperatividade/impulsividade e que fatores clínicos perinatais, nomeadamente a ausência de leite materno, a

ventilação mecânica e a nutrição parental estão mais associadas a sintomas de desatenção, enquanto que a transferência hospitalar nas primeiras 24 horas após o nascimento está associada a sintomas de hiperatividade/impulsividade. O comprometimento do desenvolvimento cerebral presente em crianças prematuras poderá ser uma explicação para a associação entre a prematuridade e o TDAH, um menor perímetro cefálico e um menor QI estão mais associados a sintomas de desatenção e índices de baixo crescimento cerebral ou função neurológica alterada estão associados apenas a sintomas de hiperatividade/impulsividade, para além disso, um pior autocontrolo inibitório, flexibilidade e valores de metacognição emergentes estão associados a todos os tipos de sintomas de TDAH. Desta forma, e visto que um dos fatores associados é o comprometimento do desenvolvimento cerebral, constatou-se que a idade gestacional em prematuros influencia o risco de desenvolvimento de TDAH, quanto menor a idade gestacional maior o risco de desenvolver este distúrbio.

**V**erificou-se ainda que em crianças prematuras, o desenvolvimento de TDAH é mais prevalente no sexo masculino. Posto isto, chegou-se ainda à conclusão de que nestas crianças, é mais frequente o desenvolvimento de sintomas do tipo desatento, desta forma, o tipo desatenção é o tipo mais frequente de TDAH em crianças nascidas prematuramente.

**T**endo em conta os problemas associados às perturbações do comportamento e emocionais, destacando-se o TDAH, a deteção precoce destas perturbações e a

implementação atempada e adequada de intervenções constituem-se prioritárias. Das crianças que apresentam problemas de saúde mental, “apenas uma minoria (25%)” são referenciadas para serviços especializados (Kato et al. como referido por Conselho Nacional de Saúde, 2018, p. 39).

**T**al como foi referido anteriormente, um dos grandes problemas de crianças prematuras e com perturbações de TDAH, é o insucesso académico, derivado de problemas de atenção. Desta forma, é bastante importante a monitorização do desenvolvimento de crianças prematuras ao longo dos anos escolares, bem como apoio, se necessário. Para isto, é essencial que haja uma deteção precoce de problemas de atenção, para que seja possível realizar intervenções educacionais destinadas à melhoria destes problemas em crianças prematuras. Para além de insucesso académico, a desatenção está também associada a dificuldades de comunicação e emocionais (Montagna et al., 2020). É necessário um aumento da conscientização sobre problemas de atenção em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer, de forma a implementar programas que possam reduzir este problema (Grunewaldt, Løhaugen, Austeng, Brubakk & Skranes como referido por Breeman et al., 2016). Uma identificação precoce de sintomas de TDAH, nomeadamente, problemas de atenção durante a idade pré-escolar em prematuros, pode impedir as dificuldades posteriores na adolescência e na idade adulta (Galera et al.; Lindström et al. como referido por Perapoch et al., 2019).

**U**ma triagem de problemas comportamentais e deteção precoce de sintomas de TDAH em crianças prematuras poderá favorecer os problemas associados a

ambas as condições, pois, a intervenção precoce poderá diminuir os problemas de atenção que estas crianças apresentam. Sendo assim, é importante a vigilância de comportamentos em crianças prematuras de forma a detetar sintomas de TDAH que comprometam a aprendizagem, a socialização e todos os outros problemas associados a este distúrbio.

O facto de o enfermeiro ter conhecimento sobre a associação entre prematuridade e os fatores associados a este distúrbio, proporcionar-lhe-á vantagem na sua deteção precoce, principalmente enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, que realizam a vigilância do desenvolvimento da criança periodicamente.

Concluiu-se que a prematuridade é um fator de risco para o desenvolvimento de TDAH, desta forma, considera-se importante a vigilância neste grupo de crianças pois a avaliação e deteção de sintomas precocemente poderá providenciar-lhes uma vantagem, visto que será possível prevenir ou atenuar as consequências deste distúrbio, no presente e no futuro. Visto que um dos grandes problemas destas crianças é, efetivamente, problemas de atenção, problemas de socialização e um consequente baixo desempenho escolar, se for possível intervir nestas crianças na idade pré-escolar ou escolar, fará com que haja uma possível redução destes sintomas. A intervenção poderá passar pelo tratamento farmacológico, caso seja necessário, bem como pelo tratamento não farmacológico, como a terapia cognitiva-comportamental, que combina o treino de habilidades com estratégias cognitivas (Mayer et al., 2018),

ou até mesmo a utilização de medicina complementar e alternativa (Wang, Li, Seo & Gaylord, 2020).

Considera-se que o conhecimento entre a associação da prematuridade e do TDAH é bastante relevante e fundamental para a atuação sobre a mesma, quanto maior for o leque de conhecimento sobre os fatores associados, maior será a possibilidade de intervir e de detetar crianças prematuras com risco elevado de desenvolver TDAH. Apesar da evidência científica já existente sobre a prematuridade e o TDAH, considera-se que esta ainda é insuficiente.

## Referências bibliográficas

- Aamodt, S., & Wang, S. (2012). *Bem-vindo ao cérebro do seu filho*. Lisboa: Pergaminho
- Anderson, P. J., Doyle, L. W. & Victorian Infant Collaborative Study Group. (2004). Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics*, 114 (1), 50–57. doi:10.1542/peds.114.1.50
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V™)*. (American Psychiatric Association). Porto Alegre, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 2013).
- Bäumel, J. G., Daamen, M., Meng, C., Neitzel, J., Scheef, L., Jaekel, J., ... Sorg, C. (2014). Correspondence Between Aberrant Intrinsic Network Connectivity and Gray-Matter Volume in the Ventral Brain of Preterm Born

- Adults. *Cerebral Cortex*, 25(11), 4135-45. doi: 10.1093/cercor/bhu133
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Craddock, M. M., & Anand, K. J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*, 288, 728–737. doi: 10.1001/jama.288.6.728
- Bora, S., Pritchard, V. E., Chen, Z., Inder, T. E. & Woodward L. J. (2014). Neonatal Cerebral Morphometry and Later Risk of Persistent Inattention/Hyperactivity in Children Born Very Preterm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(7), 828-38. doi: 10.1111/jcpp.12200.
- Breeman, D. L., Jaekel, J., Baumann, N., Bartmann, P., & Wolkel, D. (2016). Attention problems in very preterm children from childhood to adulthood: the Bavarian Longitudinal Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(2), 132–140. doi:10.1111/jcpp.12456
- Brogan, E., Cragg, L., Glimore, C., Marlow, N., Simms, V. & Johnson, S. (2014). Inattention in Very Preterm Children: Implications for Screening and Detection. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 834-9. doi: 10.1136/archdischild-2013-305532
- Carmody, D., Bendersky, M., DeMarco, J., Hiatt, M., Dunn, S., Hegyi, T., Lewis, M. (2006). Early risk, attention, and brain activation in adolescents born preterm. *Child Development*, 2, 384-394. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00877.x.
- Colvin, M., McGuire, W., Fowlie, P. W. (2004). ABC of preterm birth Neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *BMJ*, 329, 1390-1393. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC535458/pdf/bmj32901390.pdf>

- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis – políticas públicas de promoção de saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa. Recuperado de <http://www.cns.min-saude.pt/2018/12/05/geracoes-mais-saudaveis-politicas-publicas-de-promocao-da-saude-das-criancas-e-jovens-em-portugal/>
- Ferreira, S., Santos, T., & Ribeiro, P. (2017). Aspectos terapêuticos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH. *Interdisciplinary Scientific Journal*, 4(5), 118-134. doi: 10.17115/2358-8411/v4n5a7
- Indredavik, M., Vik, T., Evensen, K., Skranes, J., Taraldsen, G. & Brubakk. (2010). Perinatal risk and psychiatric outcome in adolescents born preterm with very low birth weight or term small for gestational age. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 286–94. doi:10.1097/DBP.0b013e3181d7b1d3
- James, S., Rommel, A., Rijdsdijk, F., Michelini, G., McLoughlin, G., Brandeis, D., ...
- Kuntsi, J. (2019). Is association of preterm birth with cognitive-neurophysiological impairments and ADHD symptoms consistent with acausal inference or due to familial confounds? *Psychological Medicine*, 1–7. doi: 10.1017/S0033291719001211
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. & Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child and*

- Adolescent Psychiatry*, 49(5), 453-63. doi: 10.1016/j.jaac.2010.02.002
- Johnson, S., Kochhar, P., Hennessy, E., Marlow, N., Wolke, D., & Hollis, C. (2016). Antecedents of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in children born extremely preterm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(4), 285–297. doi:10.1097/DBP.0000000000000298
- Konkel, L. (2018). The Brain before Birth: Using fMRI to Explore the Secrets of Fetal Neurodevelopment. *Environmental Health Perspectives*, 126(11), 112001-1- 112001-5. doi: 10.1289/EHP2268
- Mahurin-Smith, J., DeThorne, L. S. & Petrill, S. A. (2017). Longitudinal Associations Across Prematurity, Attention, and Language in School-Age Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 3601-3608. doi: 10.1044/2017\_JSLHR-L-17-0015
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Portugal. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>
- Mayer, J. S., Hees, K., Medda, J., Grimm, O., Asherson, P., Bellina, M., ... Freitag, C.
- M. (2018). Bright light therapy versus physical exercise to prevent co-morbid depression and obesity in adolescents and young adults with attention-deficit / hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19 (1), 140. doi: 10.1186/s13063-017-2426-1

- McCarthy, S., Neubert, A., Man, K., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Carucci, S., ... Wong, I. (2018). Effects of long-term methylphenidate use on growth and blood pressure: results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *BMC Psychiatry*, 18, 327. doi: 10.1186/s12888-018-1884-7
- Montagna, A., Karolis, V., Batalle, D., Counsell, S., Rutherford, M., Arulkumaran, S., ...Nosartil, C. (2020). ADHD symptoms and their neurodevelopmental correlates in children born very preterm. *PLOS ONE*, 15(3). doi: 10.1371/journal.pone.0224343
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Preterm birth*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Perapoch, J., Vidal, R., Gómez-Lumbreras, A., Hermosilla, E., Riera, L., Cortés, J., ...
- Morros, R. (2019). Prematurity and ADHD in Childhood: An Observational Register-Based Study in Catalonia. *Journal of Attention Disorders*, 1 –9. doi: 10.1177/1087054719864631
- Pettersson, E., Sjo, A., Almquist, C., Anckarsa, H., D’Onofrio, M. B., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2015). Birth weight as an independent predictor of ADHD symptoms: a within-twin pair analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 453–459. doi:10.1111/jcpp.12299
- Ribeiro, P. J., Neto, C., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., Nunes, J., & Coelho, V. (2015). Ulterior validação do questionário de saúde geral de goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 278-285. doi:10.15309/15psd160301

- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD-review of existing evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1. doi:10.1007/s11920-017-0753-2.
- Skranes, J. S., Martinussen, M., Smevik, O., Myhr, G., Indredavik, M., Vik, T., Brubakk, A. (2005). Cerebral MRI findings in very-low-birth-weight and small-for-gestational-age children at 15 years of age. *Pediatric Radiology*. 35, 758-765. doi: 10.1007/s00247-005-1446-2.
- Soncini, T., Belotto, G., & Diaz, A. (2020). Association Between Prematurity and Diagnosis of Neurodevelopment Disorder: A Case–Control Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 145–152. doi:10.1007/s10803-019-04235-2
- Stavis, R. L. (2017). *Prematuros*. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde.
- Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/prematuros>
- Sucksdorff, M., Lehtonen, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., & Sourander, A. (2015). Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 136(3), 599-608. doi: 10.1542/peds.2015-1043
- Taylor, H. G. (2010). *Children with very low birthweight or very preterm birth*. *Pediatric Neuropsychology*. (pp. 38-41). New Yor: The Guilford Press. Recuperado de [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=CwdHANfcuyIC&oi=fnd&pg=PA26&dq=Taylor,+H.+\(2010\).+Children+with+very+low+birthweight+or+very+preterm+birth.&ots=m0wZ1XAUCU&si](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=CwdHANfcuyIC&oi=fnd&pg=PA26&dq=Taylor,+H.+(2010).+Children+with+very+low+birthweight+or+very+preterm+birth.&ots=m0wZ1XAUCU&si)

g=xzxe3GfoArdPtZUetnDCOsXlovk&redir\_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. & Stergiakouli, E. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child*, 97(3), 260–265. doi:10.1136/archdischild-2011-300482
- Wang, C., Li, K., Seo, D., & Gaylord, S. (2020). Use of complementary and alternative medicine in children with ADHD: Results from the 2012 and 2017 National Health Interview Survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 49 (1). doi: 10.1016/j.ctim.2020.102352

# **CAPÍTULO 4**

## **PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIAIS A RN PREMATUROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Ana Beatriz Pereira de Sousa e Rosa**

**Viviana Sofia Oliveira de Campos**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**A** prematuridade tem vindo a ser um assunto cada vez mais relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal (Ferraz, 2017). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), prevê-se que cerca de 5 a 18% das crianças nasçam prematuros em todo o Mundo, sendo que, as complicações da prematuridade são a principal causa de mortalidade no RN, tornando-se esta uma preocupação de saúde pública (OMS como referido por Santa, 2015).

**M**undialmente, nascem, cerca de 140 milhões de RN por ano, sendo que, a sua maioria nasce sem complicações e subsequentemente não necessita de cuidados de saúde especializados após o nascimento (OMS

como referido por Monteiro, 2019). No entanto, destes 140 milhões, 15 milhões nascem prematuros e destes 15 milhões de RN pré-termo, cerca de 1 milhão morre devido a complicações derivadas à prematuridade (OMS, 2012).

**D**e acordo com o Instituto Nacional de Estatística como referido por Monteiro (2019) em Portugal entre o ano de 2011 e 2017 houve um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros de 7,4% para 8,1% respetivamente, correspondendo a um total de 7.011 nascimentos pré-termo.

**A** OMS (2012) define RN (desde o nascimento até aos 28 dias de vida) pré-termo como todo o bebé que nasce antes das 37 semanas completas de gestação, independentemente do peso ao nascer. Relativamente à idade gestacional, o RN prematuro pode ser classificado como extremamente prematuro, com idade inferior a 28 semanas de gestação, muito prematuro, das 28 às 32 semanas, e prematuro tardio, das 32 às 37 semanas (OMS como referido por Monteiro, 2019).

**A**s causas da prematuridade são diversas, complexas e, muitas das vezes, imprevisíveis contudo há vários fatores de risco que podem ser associados ao seu aumento, é o caso de certas morbilidades maternas, tais como pré-eclâmpsia, descolamento de placenta, oligohidrânio, doença hemolítica por incompatibilidade do Rh, diabetes, hipertensão, asma, doença cardíaca, doença renal e doenças auto-imunes, múltiplas gestações, idade avançada da grávida, tratamentos para a infertilidade, parto pré-termo anterior e comportamentos aditivos (consumo de álcool e de drogas) da gestante (Cedergren, 2004; Sibai, 2006;

Loftin et al., 2010; Abenhaim, Benjamin & England, 2012; Blencowe, 2012; Cheong & Doyle, 2012; OMS como referido por Cole, 2014). Também as complicações fetais como a rutura prematura das membranas, retardamento do crescimento intra-uterino e malformações congénitas podem contribuir para o aumento da prematuridade (Loftin et al., como referido por Cole, 2014). É sabido que, os RN nascidos às 24 semanas de gestação têm 50% de hipótese de sobrevivência quando internados em unidades de saúde de prestação de cuidados especiais e diferenciados centrados na criança (Monteiro, 2019). Nos dias de hoje, embora haja uma elevada taxa de sobrevivência de RN prematuros, devido à grande evolução da medicina e aos avanços da tecnologia na área dos cuidados neonatais, existe ainda, um crescimento de sequelas graves, o que conduz ao crescimento da morbilidade infantil (Bilgin, Misirlioglu, Kaya, Kocabas & Unal, 2017; Fiore et al., como referido por Santa, 2015).

Os RN pré-termo são clinicamente frágeis e podem sofrer algumas complicações a curto e a longo prazo, derivadas na maioria das vezes da imaturidade dos seus órgãos e sistemas e, apesar dos avanços tecnológicos das Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), a exposição a alguns procedimentos invasivos mais agressivos que estas crianças podem necessitar após o nascimento (oxigenoterapia, venopunção, ventilação, aspiração de secreções, etc), aumentam o risco de desenvolvimento de certas morbilidades (Santos, 2011; Zerkowitz, 2017). As complicações a curto prazo incluem dificuldades na alimentação, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatia da prematuridade, hipoglicémia, instabilidade térmica (hipotermia), apneia da

prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, enterocolite necrosante, hipotonia, aumento do risco de infecção, problemas no neurodesenvolvimento, dificuldades na sucção e desidratação. Já as complicações a longo prazo incluem aquelas que estão associadas a problemas cognitivos, fraco desempenho escolar, alterações do comportamento, problemas psiquiátricos e ainda aumento do risco da síndrome da morte súbita do lactente (Kramer et al., 2000; Hope, Huddy, & Johnson, 2001; Hedegaard, Henriksen, Kirkegaard & Obel, 2006; Haglund, Hjern, Lindström & Winbladh, 2007; Doyle & Saigal, 2008; Lie, Markestad & Moster, 2008; Morse, Ostbye, Skjaerven & Swamy, 2008; Roth, Tang & Zheng, 2009; Cheong & Doyle como referido por Cole, 2014). Estas complicações podem estar na origem de visitas médicas frequentes e várias readmissões hospitalares nas primeiras semanas ou mesmo anos de vida, devido predominantemente a doenças respiratórias agudas, hiperbilirrubinemia (icterícia), anemia, suspeita de infecção grave (septicémia), dificuldades alimentares, desidratação e atrasos no crescimento (Kring & Maisels, 1998; Gartner, 2001; Escobar et al., 2005; Raju et al., 2006; Danielsen, Gilbert & Underwood como referido por Cole, 2014).

Quando o nascimento se desencadeia prematuramente a progressão do desenvolvimento das estruturas cerebrais é modificada, visto que, o meio extrauterino não proporciona as condições essenciais para o seu desenvolvimento adequado, colocando assim em risco o neurodesenvolvimento do RN prematuro, que pode levar ao aparecimento de várias disfuncionalidades, incapacidades e atrasos desenvolvimentais (Tamez & Silva como referido por

Azougado & Chora, 2015). Mesmo nos bebês prematuros em que o internamento ocorreu sem intercorrências e/ou complicações, o risco ao nível do neurodesenvolvimento é assinalável (Balieiro & Seki, 2009; Silva & Tamez, como referido por Monteiro 2019). Apesar do aumento da taxa de sobrevivência dos RN pré-termo, como referido anteriormente, a taxa de compromisso do neurodesenvolvimento situa-se entre os 15 e os 25% (Haumont, 2012; Halder et al. como referido por Monteiro, 2019). De facto, os RN prematuros, contribuem para cerca de metade das deficiências neurológicas, cognitivas, sensoriais e outras na infância e na adolescência (Corchia & Orzalesi como referido por Ferraz, 2017).

**N**ormalmente, quanto menor é a idade gestacional e o peso ao nascer maior é a incidência e a gravidade das sequelas (Corchia & Orzalesi como referido por Ferraz, 2017). Em crianças prematuras sem patologia motora ou défice cognitivo relevante, a prevalência de dificuldades de aprendizagem na idade escolar é duas a três vezes superior que nas crianças nascidas a termo (Paz como referido por Ferraz, 2017).

**O** desenvolvimento completo do sistema nervoso central decorrente da simbiose que ocorre no meio intrauterino, ambiente protegido com um aporte contínuo de nutrientes, temperatura estável e ritmos biológicos regulares, é interrompido pelo nascimento prematuro, transportando o RN pré-termo para uma UCIN, onde, geralmente, se assiste a uma sobrecarga sensorial prejudicial para o seu desenvolvimento (Als, 1986; Gomes-Pedro et al. como referido por Monteiro, 2019). O contexto da UCIN pode

ter um potencial efeito negativo no RN e na sua vida futura (Coughlin como referido por Monteiro, 2019). Os cuidados que os RN prematuros ou gravemente doentes exigem, devem ser amplamente desenvolvidos no sentido da compreensão das necessidades da criança, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde que desempenham funções nestas unidades assegurar não só a sobrevivência, mas também otimizar os cuidados prestados objetivando o melhor desenvolvimento possível, permitindo assim melhorar a qualidade de vida destes RN (Santos, 2011; Als, 2017; Monteiro, 2019). No interesse cada vez maior em compreender o RN prematuro e avaliar a adequação dos cuidados prestados, a literatura defende que devem ser implementados programas de intervenção precoce no período neonatal, centralizados num bom desenvolvimento infantil, com formação dos profissionais para uma nova visão do prematuro, permitindo vários benefícios, para o RN, para a família e para a equipa de saúde (Ferraz, 2017). Um bom exemplo destes programas, são os Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) ou Neonatal Individualized Development Care and Assessments Program (NIDCAP). Estes cuidados assentam na perspetiva de que as respostas comportamentais do bebé são o melhor método de informação para uma prestação de cuidados ideal, visando o sucesso do neurodesenvolvimento do prematuro (Pimentel como referido por Azougado & Chora, 2015). Esta filosofia de cuidar, desenvolvida por Heidelise Als em 1986, baseia-se em intervenções centradas na família e na individualidade do RN fragilizado (essencialmente bebés prematuros, mas também bebés de termo ou quase de termo que necessitem de cuidados médicos intensivos ou especializados) que objetivam melhorar o cuidado prestado ao prematuro, através da minimização dos impactos negativos entre o

cérebro imaturo, as experiências sensoriais e os procedimentos potencialmente nocivos da UCIN (Azougado & Chora, 2015). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem oferecer um cuidado específico facilitador do desenvolvimento e das competências parentais, respondendo adequadamente às necessidades neurobiológicas e fisiológicas do RN, particularmente a alimentação, através do início e progresso da amamentação, essencial à promoção e proteção do seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento (Als, 1982; Als & Gilkerson, 1997; Coughlin como referido por Ferraz, 2017; Hockenberry & Wilson como referido por Monteiro, 2019).

**A** amamentação é considerada o método ideal para fornecer aos RN e crianças pequenas, incluindo aqueles que nascem prematuros ou doentes, os nutrientes necessários para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. O LM é um alimento vivo, completo e natural, específico da espécie, sendo que todas as preparações substitutas diferem dele, tornando o LM excepcionalmente superior para a alimentação infantil. Além disso, está comprovado que o aleitamento materno exclusivo e prolongado é benéfico para a saúde da mãe e do RN (Ezeonodo et al., 2015; OMS, 2018).

**D**e facto, o internamento na UCIN representa um trauma de vida precoce (Monteiro, 2019) e a forma como o RN pré-termo recebe e processa o excesso de estímulos do ambiente agitado da UCIN pode comprometer o desenvolvimento cerebral e aumentar a suscetibilidade para doenças mentais na fase adulta (Coughlin como referido por Ferraz, 2017; Als, 2017).

**A** amamentação funciona como uma espécie de escudo protetor ao nível da evolução de declínios neurológicos, o que é especialmente importante para RN prematuros, uma vez que a tendência destes bebés para perturbações mentais já é uma desvantagem (Cole, 2014). As necessidades nutricionais dos RN pré-termo são qualitativa e quantitativamente diferentes das dos RN de termo, mas, o LM, sendo um fluido dinâmico, muda a sua composição ao longo do dia e durante o decurso da lactação, fornecendo à criança o nutriente específico para a sua idade. O LM prematuro é diferente e mais adequado às necessidades e limitações nutricionais do bebé pré-termo (Ministério da Saúde, 2002; Charpak & Ruiz, 2007).

**A**s várias propriedades do LM representam benefícios claros para os prematuros (Ministério da Saúde, 2002). A proteína do LM é fundamental para o prematuro, uma vez que, a proporção soro/caseína é a ideal, cerca de 70% e 30% respetivamente, promovendo maior solubilidade às proteínas e um esvaziamento gástrico mais rápido (Ministério da Saúde, 2002). O LM contém mais de 20 enzimas, algumas delas essenciais para uma ótima digestão, como a lipase, a amilase e a protease, sendo que, a lipase permite 95% de absorção de gordura comparativamente aos 83% das fórmulas infantis. Além disso, o LM permite uma melhor absorção do ferro, mineral que por vezes carece nos RN, principalmente os que nasceram prematuramente (Ministério da Saúde, 2002). Os RN prematuros alimentados com LM obtêm benefícios significativos relativamente ao desenvolvimento e amadurecimento do sistema imunológico em comparação com aqueles que são alimentados com leite

artificial (Ezeonodo et al., 2015). O LM prematuro tem um efeito anti-infeccioso, anti-inflamatório e antimicrobiano superior ao LM de termo, mais adequado às necessidades do RN pré-termo. De facto, o LM é rico em componentes como citocinas, fatores do complemento, lisozima, lactoferrina e a imunoglobulina secretora A, elementos essenciais para o fortalecimento da imunidade. (Ministério da Saúde, 2002; Ezeonodo et al., 2015; Ferraz, 2017). Além de que, os RN prematuros recebem os anticorpos que são produzidos pelo sistema imunitário da mãe quando esta entra em contacto com algum agente patogénico (Ministério da Saúde, 2002). Os constituintes imunológicos do LM, desempenham papéis essenciais no controlo, proteção e maturação do intestino, protegendo os prematuros de infeções e doenças fatais, como a sépsis neonatal e a enterocolite necrosante, doença com taxas de incidência muito mais baixas em RN que são amamentados (Ministério da Saúde, 2002; Charpak & Ruiz, 2007; Ezeonodo et al., 2015). O LM proporciona um melhor vínculo entre a díade mãe-bebé, melhora a responsividade da mãe e as competências de autorregulação da criança, contribuindo para o seu desenvolvimento físico, social, cognitivo, psicomotor e emocional e contribui ainda para uma diminuição dos reinternamentos hospitalares durante os 3 anos após alta e para uma redução do risco de desenvolvimento de doenças alérgicas, hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, leucemia e linfoma mais tarde na infância (Coughlin, 2014; American Academy of Pediatrics como referido por Ezeonodo et al., 2015; Sables-Baus et al., como referido por Ferraz, 2017; Conselho Nacional de Saúde, 2018).

**C**omo já referido, a composição do LM prematuro é diferente e mais adequada às necessidades e limitações nutricionais dos RN prematuros, o conteúdo de proteínas é superior, os perfis de aminoácidos são ótimos e a digestão e a absorção de lipídios são apropriadas. No entanto, este leite pode não ser suficiente para satisfazer os crescentes requisitos de energia que o RN pré-termo apresenta (Charpak & Ruiz, 2007; OMS, 2018). Os RN pré-termo, principalmente os mais imaturos, necessitam de uma quantidade significativa de cálcio e fósforo e ainda de proteínas devido ao gasto de energia elevado.

**P**ara permitir a continuidade do AM é comum a fortificação do LM com proteínas, cálcio, fósforo e algumas vitaminas, atendendo assim às crescentes necessidades nutricionais do prematuro (Charpak & Ruiz, 2007).

**E**vidências científicas demonstram uma relação entre a idade gestacional no momento do nascimento e o grau de maturação do cérebro da criança. A falta de controlo cerebral predispõe o prematuro a alterações dos ciclos de sono, a uma hipotonia fisiológica e a uma diminuição dos reflexos de enraizamento e de sucção, o que pode contribuir negativamente para a amamentação. Também o próprio ambiente físico e humano da UCIN e o excessivo stress materno podem interferir desfavoravelmente no progresso do AM (Cricco-Lizza, 2011; Cole, 2014; Briere et al., 2014; Lucas et al., 2014; Purdy et al., como referido por Ferraz, 2017).

**T**endo em conta os benefícios do AM para o prematuro já mencionados, é notório que o início e a manutenção da produção de LM são de grande importância para facilitar a amamentação destes bebês. Estudos demonstram que o aumento da morbidade e mortalidade infantil devido às várias complicações da prematuridade poderiam ser significativamente reduzidas se todos os bebês prematuros fossem amamentados. Mais, se todas as crianças fossem amamentadas adequadamente, poderiam evitar-se cerca de 820 mil mortes em crianças com menos de 5 anos de idade (Ezeonodo et al., 2015; OMS, 2018).

**A** OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que a amamentação seja iniciada durante a primeira hora de vida e continuada exclusivamente até aos primeiros 6 meses podendo ser conjugada com outros alimentos complementares adequados e seguros, até aos 2 anos ou mais (OMS, 2018).

**A**s unidades de saúde que prestam cuidados aos RN prematuros e/ou doentes, nomeadamente as UCIN, têm um papel único de apoio às mães e aos seus bebês no sucesso, estabelecimento e manutenção da amamentação, superando os desafios fisiológicos e emocionais (Ezeonodo et al., 2015; OMS, 2018). Um comunicado conjunto da OMS/UNICEF (IHAB) contempla "Dez Medidas para o Sucesso do AM", revistas em 2018, importantes para o sucesso da amamentação. Esta iniciativa oferece às unidades de saúde e aos seus profissionais que prestam cuidados direcionados para a assistência a grávidas e RN, as orientações necessárias

para ajudar mães, bebês e família a amamentarem com sucesso (OMS, 2018).

**A**s 10 medidas foram reformuladas e adaptadas para RN prematuros ou doentes que necessitavam de cuidados intensivos neonatais e para as suas mães, uma vez que, existiam discrepâncias nas taxas de início e duração da amamentação entre estes bebês e os bebês de termo saudáveis. Estas encontram-se divididas em dois grupos (OMS, 2018):

### **P**rocedimentos de gestão clínica

1. a) Cumprir inteiramente o Código Internacional de Substitutos do LM e todas as resoluções relevantes da Assembleia Mundial de Saúde.

b) Ter uma política escrita de promoção do AM que seja transmitida regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde e aos pais.

c) Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e gestão de dados.

2. Educar e treinar toda a equipa de cuidados de saúde com os conhecimentos, capacidades e competências específicos, necessários para a promoção do AM.

### **P**ráticas clínicas chave

3. Discutir com todas as grávidas hospitalizadas em risco de parto pré-termo ou nascimento de um bebé com patologias e suas famílias sobre as vantagens e a prática da lactação e da amamentação.

4. Incentivar o contacto físico precoce e contínuo entre a mãe e o bebé (Método Canguru) sem restrições injustificadas. Colocar os bebês em Método Canguru com as

suas mães imediatamente após o nascimento, pelo menos uma hora. Incentivar as mães a reconhecerem quando os seus bebês estão prontos para a amamentar o mais precocemente possível e oferecer ajuda, se necessário.

5. Ajudar e ensinar as mães a iniciar e manter a lactação e a amamentação e a resolver as dificuldades mais comuns, tendo como único critério a estabilidade fisiológica do bebê.

6. Não dar ao bebê nenhum outro alimento ou líquido além do LM, a não ser que seja segundo indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8. Incentivar a alimentação guiada pelo bebê (*baby-led or ad libitum feeding*), através da observação, reconhecimento e reação aos sinais comportamentais de interesse para mamar, ou quando necessário, intercalar com colocação ao peito a qualquer sinal discreto de acordar, como estratégia de transição para bebês prematuros e doentes.

9. Utilizar alternativas à alimentação por biberão, pelo menos até que a amamentação esteja bem estabelecida e utilizar chupetas e protetores do mamilo apenas por razões estritamente justificáveis.

10. Preparar os pais para a manutenção da amamentação e coordenar a alta do hospital ou da maternidade, de forma a que os pais e os bebês tenham acesso atempado aos serviços existentes de apoio e cuidados.

Efetivamente, a implementação de políticas e práticas amigas do bebê foi associada ao aumento das taxas de iniciação e duração da amamentação nas UCIN, em particular nos RN prematuros (Ezeonodo et al., 2015).

O principal objetivo da IHAB passa pela promoção, proteção e apoio ao AM, garantindo que mães e bebês recebem cuidados oportunos e adequados antes e durante a permanência numa UCIN, para permitir o estabelecimento de uma alimentação ideal, que promove a sua saúde e desenvolvimento (OMS, 2018).

Foi mencionado que a amamentação contribui para o desenvolvimento e crescimento saudável dos prematuros e é sabido que uma abordagem baseada em evidências para aumentar o sucesso da amamentação, nomeadamente as políticas e práticas da IHAB têm bastante eficácia.

Assim, decidiu-se investigar a prematuridade e a promoção da amamentação no contexto de cuidados ao RN prematuro. Neste sentido, questionou-se “Será que as unidades/ profissionais de saúde que prestam cuidados especiais ao RN prematuro são promotoras da amamentação? Que estratégias promotoras da amamentação são desenvolvidas nas unidades de cuidados especiais ao RN prematuro?” e definiram-se os objetivos: verificar se as unidades/ profissionais de saúde que prestam cuidados especiais ao RN pré-termo são promotoras da amamentação e identificar as estratégias de promoção da amamentação utilizadas por unidades/ profissionais de saúde que prestam cuidados especiais ao RN pré-termo.

## **Metodologia**

Revisão Integrativa da Literatura, realizada de abril a junho de 2020, com recurso aos motores de busca

EBSCOhost e B-on, recorrendo às bases de dados eletrónicas *Academic Search Complete*, CINAHL, MedLine, *Complementary Index*, *Science Direct*, *Scielo e Medic Latina*, aplicando os critérios de inclusão: estudos primários com abordagem qualitativa e quantitativa, que abordassem unidades ou profissionais de saúde que prestassem cuidados especiais aos RN pré-termo e/ou às suas mães e família, Full text, acesso livre e gratuito, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e publicados entre 2015 e 2020. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: revisões sistemáticas ou integrativas da literatura, estudos repetidos ou de outros idiomas e cujo recorte temporal fosse inferior a 2015. Realizou-se pesquisa bibliográfica entre os dias 9 e 14 de maio de 2020 utilizando-se os descritores “*breastfeeding support in NICU*”, “*breastfeeding support in intensive care units*”, “*breastfeeding promotion in NICU*”, “*breastfeeding promotion in neonatal intensive care units*”, “*premature infants*”, “*preterm infants*”, “*premature baby*”, “*preterm baby*” e “*neonates*” e os operadores booleanos AND e OR. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 12,832 artigos na Ebscohost (7723 da MedLine, 3678 da Academic Search Complete, 1365 da CINAHL, 66 da Medic Latina) e 12,751 artigos na B-on (5120 de Complementary Index, 3980 da Academic Search Complete, 1587 da Science Direct, 163 da Scielo e os restantes de bases de dados por nós desconhecidas). Após a leitura do título e do resumo dos artigos foram selecionados 9 artigos através da Ebscohost (5 da CINAHL, 3 da Academic Search Complete e 1 da MedLine) e 3 da B-on (2 da Scielo e 1 da Academic Search Complete). Após a leitura integral dos estudos selecionados e dos respetivos resultados foram selecionados 2 artigos através da Ebscohost (1 da Academic Search Complete e 1 da CINAHL) e 1 artigo através da B-on da base de dados Scielo. Ficando

assim com 3 artigos motivo pelo qual se fez nova pesquisa bibliográfica.

Numa segunda pesquisa através do motor de busca Ebscohost e com os descritores “*breastfeeding support*”, “*breastfeeding promotion*”, “*lactation support*”, “*lactation promotion*”, “*neonatal intensive care unit*” e “*NICU*” e após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão obtiveram-se 799 artigos (357 da MedLine, 289 da Academic Search Complete, 181 da CINAHL e 2 da Medic Latina). Após a leitura do título e do resumo dos artigos foram selecionados 6 artigos (2 da Academic Search Complete, 3 da MedLine e 1 da CINAHL). Procedeu-se à análise dos mesmos acabando por selecionar 4 artigos (2 da MedLine, 2 da Academic Search Complete).

Após leitura integral de todos os artigos, incluíram-se sete estudos.

## Resultados

A análise integral dos 7 artigos, permitiu observar que três artigos foram publicados em 2015, um em 2016, outro em 2018 e dois em 2019. Também o local de publicação foi diferindo sendo que três deles foram publicados nos Estados Unidos, um na Suécia, outro na Finlândia, um em Itália e outro em Espanha. Todos os estudos selecionados se referem a estratégias para a promoção da amamentação, contudo, nenhum deles seguiu na íntegra as 10 medidas para o sucesso do AM.

O estudo de Bonet et al. (2015) explorou as diferentes abordagens, desenvolvidas por vários profissionais de saúde, em 4 UCIN relativamente à lactação e amamentação em diferentes regiões Europeias. Dos 22 participantes 8 eram enfermeiros, 7 consultores de lactação e 7 médicos. Os autores verificaram que na região de Trent os profissionais de saúde referiram que na UCIN se dava destaque às propriedades e ao valor nutricional e imunológico do LM junto das mães, referindo que alguns o fizeram logo no momento após o parto, o que deu incentivo às mães e fez com que a lactação, a amamentação e a expressão de leite fossem bem sucedidas, e que outros optaram por discutir estes aspetos mais tarde, o que pode ser uma barreira na transmissão da informação essencial às mães. Já em Lazio, os autores apuraram que os profissionais de saúde não são tão persistentes na questão da amamentação e da expressão valorizando a decisão da mãe, focando-se mais nos benefícios da amamentação quer para o empoderamento do papel maternal quer para o vínculo mãe-bebé, mencionando também a necessidade de iniciar a expressão do leite e a alimentação precoce, logo que possível. Relativamente aos profissionais de França os autores verificaram que se mostravam preocupados com a decisão da mãe em amamentar.

Os autores verificaram também que em todas as UCIN forneceram apenas LM aos RN prematuros e que a manutenção da amamentação foi vista como um desafio difícil quer na região de Trent quer em França, dando importância à necessidade de acompanhar as mães para a manutenção do AM. Relataram igualmente, nas UCIN de

Trent e de França, a utilização de copos ou seringas para alimentar o RN prematuro até que consiga amamentar e o não uso de biberão, uma vez que, tinham consciência que estes eram um obstáculo à amamentação porque poderiam predispor para a utilização de leite de fórmula e à incorreta pega posteriormente. Já em Lazio, apuraram que os biberões eram vistos como úteis para os prematuros uma vez que, permitem medir a quantidade de leite que os RN ingeriram e assim controlar melhor o peso, embora o foco dos profissionais fosse a manutenção da alimentação do RN através de LM. Os autores observaram ainda que a utilização de biberões muitas vezes aconteceu antes dos bebés serem colocados à mama dado considerarem que a colocação ao peito é mais complicada. Também observaram que nas UCIN de Trent e França foi permitido que as mães e os RN permanecessem juntos 24 H por dia ao passo que na UCIN de Lazio, os pais tinham um horário de visita limitado, normalmente nos momentos destinados a alimentar o bebé. Também as UCIN de França e Inglaterra dispunham de salas para AM e extração de leite, enquanto em Itália nem todas possuíam de uma sala destinada a este fim.

O estudo de Briere, Cong, Cusson & McGrath (2015), desenvolvido numa UCIN com um forte programa de lactação e que fornece suporte à lactação 7 dias por semana, tendo consultores de lactação que se reúnem diariamente com as mães para discutir a expressão do leite e a amamentação e também conselheiros de amamentação (17 enfermeiros) que têm formação qualificada trimestral e anualmente e, ainda, uma equipa competente de apoio à amamentação a mães e bebés, mensalmente e após a alta, constatou que dos 88 prematuros que foram selecionados para o estudo, 80

receberam LM na primeira alimentação oral e destes, 47 foram amamentados diretamente na mama da mãe. Os autores verificaram também que no primeiro momento de apoio à amamentação todas as mães foram questionadas sobre os seus objetivos relativamente à amamentação e que durante a hospitalização, através do apoio dos profissionais da UCIN, 68 dos RN foram alimentados diretamente na mama da mãe pelo menos 1 vez por dia. Todas as mães que tiveram a iniciativa própria de começar a amamentar, tiveram também, mais probabilidade de fazê-lo mais do que uma vez por dia na UCIN. Os autores apuraram que na alta, 41 bebés receberam aleitamento materno exclusivo, 20 receberam aleitamento materno e leite artificial e 27 receberam só fórmula.

No estudo de Vilén, Axelin, Melender & Salantera (2015) foi desenvolvido um grupo de apoio no FB para mães de bebés prematuros, de forma a ajudá-las nos desafios em relação à amamentação. Das 30 mães envolvidas todas foram incentivadas a fazer parte do grupo de apoio organizado por três mães que tinham tido a experiência prévia de amamentar os seus filhos prematuros, sendo uma delas enfermeira parteira. Destas 22 foram participantes ativas no grupo e 8 observadoras (apenas liam as publicações).

No grupo de apoio houve um total de 305 publicações. Os autores apuraram que algumas mães relataram que o apoio das enfermeiras na UCIN as ajudou e encorajou a iniciar a amamentação e que este foi crucial para gerir os desafios da amamentação fora do ambiente hospitalar. Verificaram também que um dos aspetos que as mães salientaram como benéfico quer no início quer na

manutenção da amamentação foi o incentivo das enfermeiras no contacto pele a pele e no método canguru, assegurando que esta prática foi importante para iniciar a secreção de leite e assim facilitar a amamentação. No entanto, um número significativo de mães, demonstrou algum descontentamento em relação ao acompanhamento e aconselhamento à amamentação prestado pelas enfermeiras da UCIN. Os autores observaram ainda que as mães relataram que o apoio e educação prestados à amamentação no domicílio foi insuficiente, principalmente em relação aos obstáculos que poderiam encontrar e como os resolver, ou por vezes, foi considerado uma barreira ao AM, uma vez que, a maioria das enfermeiras aconselhava as mães a evitar a amamentação até que o peso do bebé fosse suficiente, incentivando a alimentação com biberão de LM extraído, ou então a limitar a amamentação a apenas uma vez por dia, explicando estas limitações como preocupações em relação ao comprometimento da respiração ou ao ganho de peso ideal. As mães referiram igualmente que apesar de algumas enfermeiras referirem a importância do LM e da sua extração, este assunto era algo repetitivo, uma vez que, davam muito ênfase à extração do leite deixando algumas mães sentirem-se demasiado pressionadas, dificultando o desenrolar do aleitamento materno. Os autores concluíram assim que são vários os desafios enfrentados pelas mães relacionados à amamentação pelo que os profissionais de saúde das UCIN devem prestar mais atenção ao aconselhamento de forma a uniformizar ensinamentos e tornar o momento de promoção da amamentação prazeroso e vantajoso para as mães e para o RN prematuro.

Díaz et al., (2016) objetivaram comparar o apoio à amamentação em UCIN Espanholas com a IHAB implementada ou que estivessem em processo de acreditação para se tornarem HAB (grupo I) com UCIN que ainda não tivessem implementada essa iniciativa (grupo II). Os autores aferiram que as UCIN do grupo I cumpriam quase todas as medidas na íntegra e as do grupo II falhavam em algumas medidas e que as principais diferenças encontradas ao comparar as políticas de amamentação dos dois grupos de UCIN foram ao nível das medidas 2, 4, 5, 7 e 8 da NEO IHAB. Relativamente à 2ª medida da NEO IHAB, os autores verificaram que o treino da equipa foi implementado mais extensivamente no grupo I do que no grupo II e referem que é importante ter em mente que este é um dos mecanismos mais eficazes para a promoção da amamentação nas UCIN. Nas UCIN do grupo I também verificaram existir um consultor de lactação e um grupo de profissionais especializados em amamentação. Na 4ª medida também apuraram que as UCIN do primeiro grupo se destacaram por promoverem esta prática precocemente (durante as primeiras 24 H após o parto ou durante a primeira visita dos pais à UCIN) e por períodos mais longos (mais de duas horas, se o bebé estivesse estável na incubadora), garantindo e incentivando, assim, a sua prática contínua mesmo após a alta. Na medida 5, referente à iniciação e manutenção da lactação de forma a estabelecer a amamentação o mais precocemente possível, os autores observaram que as UCIN do primeiro grupo incentivaram as mães a retirar LM através da bomba 6 horas após o parto, a fazê-lo pelo menos 8 vezes ao dia, ao lado do bebé. Também forneceram mais informação escrita acerca do tema e disponibilizaram *workshops* e aulas aos pais.

**R**elativamente ao horário de visitas e à permanência dos pais junto do seu RN durante 24 H, medida 7, a única diferença estatisticamente significativa é relativa à acomodação dos pais no momento prévio à alta uma vez que, a maioria das UCIN do grupo I permitiram que tal acontecesse comparativamente às do grupo II. Na 8ª medida, o grupo I apresentou uma implementação significativamente melhor de medidas que permitem a amamentação guiada pelo bebé (*baby-led or ad libitum feeding*) ou a conjugação desta com a colocação ao peito a qualquer sinal discreto de acordar até a transição da alimentação do tubo oral para a mama da mãe estar totalmente estabelecida (Díaz et al., 2016).

**E**ricson & Pálmer (2018) estudaram o apoio à amamentação junto de 151 mães durante os 12 meses após o nascimento do seu bebé prematuro. Os autores, analisando as entrevistas que desenvolveram, apuraram que as mães dividiram o apoio prestado em dois temas distintos: “O suporte genuíno e encorajador” e “Suporte inadequado”.

**M**uitas mães relataram que quando estavam internadas na UCIN e quando os cuidados eram prestados individualmente e o foco de atenção era a amamentação lhes transmitia esperança e segurança para iniciar a amamentação. A transmissão de conhecimentos, dicas e conselhos em relação a diferentes posições de amamentação, posicionamento e comportamento do bebé, pega correta e expressão do leite materno e o domínio acerca de técnicas facilitadoras da amamentação por parte das enfermeiras, foi um incentivo para as mães confiarem nos profissionais e manterem a lactação (Ericson & Pálmer, 2018).

O facto de os profissionais de saúde apresentarem conhecimento específico em relação às práticas de amamentação em RN prematuros transmitiu às mães uma sensação de esperança e segurança quando a amamentação era difícil e exigente (Ericson & Pálmer, 2018).

Os autores referem ainda que as mães mencionaram que a empatia demonstrada pelos profissionais e a exploração dos sentimentos das mães foi também um agente facilitador no processo de amamentar uma vez que fazia com que as mães sentissem que tinham poder e controlo sobre a situação, o que acabava igualmente por as empoderar e garantir a manutenção da amamentação. O esforço dos enfermeiros para garantir um ambiente calmo e pacífico ajudou no processo de amamentar uma vez que os estímulos externos poderiam distrair o bebé e prejudicar a amamentação. O suporte *online* para o qual as mães foram encaminhadas após a alta foi também reconhecido pelas mesmas. A oportunidade de partilhar os seus conhecimentos, receios e dúvidas quer com profissionais de saúde quer com outras mães de RN prematuros induziu-lhes esperança e um sentimento de companheirismo. Também a possibilidade de terem visita domiciliária por parte de um profissional capacitado foi referida como uma estratégia que ajudava as mães (Ericson & Pálmer, 2018).

Os autores apuraram que outras mães mencionaram algum tipo de suporte inadequado. Muitas sentiram-se inseguras e forçadas a tomar decisões, tendo em conta a aprovação do profissional de saúde, dado que, os profissionais proferiam comentários depreciativos em relação às práticas de amamentação das mães, que, muitas

vezes, estavam corretas. As mães referiram que certos profissionais, principalmente os dos centros de saúde infantil (suporte pós-natal) não detinham o conhecimento necessário para as apoiar por serem mães de prematuros, e que alguns davam preferência e incentivavam as mães ao uso de leite de fórmula, porque se focavam principalmente no ganho de peso do bebé, o que no dizer das mães constituía um agente stressor, fazendo-as sentir extremamente pressionadas e por vezes confusas, porque uns profissionais aconselhavam uma coisa e outros, outra. Algumas mães referiram não ter o aconselhamento de um profissional, nem o incentivo ao AM e à expressão de leite, referindo sentimentos de abandono no processo de introdução à amamentação.

**H**oldren, Fair & Lehtonen (2019) desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender como é que as diferenças na filosofia de cuidado entre duas UCIN, uma nos EUA e outra na Finlândia, influenciam as experiências de alimentação infantil de 15 famílias. Verificaram que os cuidados relatados nas UCIN estudadas foram bastante diversificados e que as famílias eram detentoras de diversas opiniões. Observaram igualmente que as famílias Finlandesas descreveram-nos como positivos contrariamente às das Americanas. Holdren, Fair & Lehtonen (2019) mencionam que muitas mães descreveram o suporte dos enfermeiros da UCIN como uma parte integrante da sua hospitalização, especialmente, no que diz respeito à lactação e aos cuidados do bebé. Nos relatos das participantes Finlandesas, os autores apuraram que estas referiram que os cuidados prestados na UCIN foram centrados na família e nas suas necessidades, que cada família tinha um quarto único para si e para o seu bebé, e tanto a mãe como o pai podiam

permanecer 24h por dia com o RN o que tornava o ambiente mais familiar e parecido com o seu lar, promovendo a sua autonomia e ajudando-a a conhecer melhor o seu bebé. As famílias Finlandesas relataram também que à medida que iam perdendo o medo e conhecendo melhor o seu bebé os enfermeiros da UCIN as incentivavam e encorajavam a praticar o método canguru com frequência e a participar em todos os cuidados ao bebé, tendo as mães referido que o método canguru foi importante na secreção do LM. Relativamente à amamentação as mães Finlandesas asseguraram que os cuidados, o conhecimento transmitido e a atenção dos enfermeiros as incentivaram a iniciar a amamentação e a expressão do leite, descrevendo este processo como “uma experiência positiva”, sendo importante ressaltar que as mães eram incentivadas a fazê-lo mesmo quando o bebé ainda precisava de cuidados ventilatórios. Por outro lado, nos EUA, Holdren, Fair & Lehtonen (2019) observaram que os pais relataram que não se sentiam capacitados para cuidar dos seus bebés, principalmente em relação ao estabelecimento da lactação e início da amamentação porque o apoio por parte dos enfermeiros foi insuficiente e tardio, fazendo com que muitos pais sentissem necessidade de recorrer a apoio extra por parte de um especialista em lactação após a alta. Alguns participantes mencionaram que certos enfermeiros preferiam prestar os cuidados aos prematuros, o que fazia com que os pais ficassem desanimados, vendo a extração do LM como uma das poucas oportunidades que tinham para cuidar dos RN. Além do apoio insuficiente à lactação e das políticas restritivas sobre o início da amamentação, os pais não estavam autorizados a amamentar até que os bebés prematuros estivessem sem qualquer tipo de suporte

ventilatório, mesmo que estes já apresentassem capacidades para amamentar.

**T**ambani et al. (2019) exploraram as políticas facilitadoras e promotoras da amamentação em 17 UCIN Italianas. Os autores analisando as respostas que os 17 Enfermeiros Chefe das UCIN deram aos questionários verificaram que todas as UCIN dispunham de uma política de amamentação escrita que estava disponível e era transmitida regularmente ao staff e aos pais, e que 12 UCIN ofereciam informações escritas aos pais. Apuraram igualmente que 16 UCIN incidiram sobretudo no incentivo ao contacto pele a pele e método canguru, 14 UCIN à extração de LM e 11 ao ensino da amamentação de RN prematuros. A maioria das UCIN (14) aconselhava corretamente as mães a iniciarem a expressão de leite às 6 horas após o parto. Em 12 unidades foi visível o treino da equipa de saúde em relação às melhores práticas no apoio e promoção do aleitamento materno e 7 disponibilizavam também aos profissionais uma formação especializada em alimentação de bebés prematuros. Dez UCIN apoiavam as famílias na amamentação após a alta informando-as sobre os serviços de saúde disponíveis de apoio à manutenção da amamentação. A permanência dos pais 24 H por dia foi permitida em 10 das UCIN estudadas, enquanto que em 7 UCIN existia restrições devido essencialmente à falta de espaço e camas adequadas para os pais.

**C**om base nos resultados do estudo que desenvolveram os autores apuraram que a maioria das UCIN tinha implementadas várias estratégias de promoção à

amamentação proporcionando um ambiente favorável ao seu início e manutenção.

## **Discussão**

O RN pré-termo é um ser frágil que apresenta várias particularidades fisiológicas diferentes do RN de termo, o que muitas das vezes torna difícil a aprendizagem de alguns cuidados e competências que este exige, quer para a mãe quer para o próprio RN, nomeadamente no assunto da amamentação. No entanto, com as práticas preconizadas e adequadas, é possível estabelecer e manter a amamentação nestes bebés, sendo o apoio dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde fundamental para a promoção desta prática. Compreende-se, portanto, que as primeiras horas de vida são, assim, um momento crítico para estabelecer a lactação e a amamentação nestes bebés (Coughlin, 2014; Santos, 2011; Als, 2017; Monteiro, 2019).

Com o objetivo de promover e implementar práticas que promovam, protejam e apoiem o AM nos serviços de cuidados materno-infantis, e de forma a uniformizar os ensinamentos e conhecimentos relativamente a este tema, a UNICEF e a OMS expandiram as 10 medidas da IHAB aos cuidados neonatais uma vez que, sabendo o quão benéfico é a amamentação para os prematuros, é de extrema importância que a equipa da UCIN atenda às necessidades especiais destes bebés e da sua família (OMS, 2018).

Embora a importância da amamentação e os seus benefícios sejam indiscutíveis em Portugal e noutros países desenvolvidos, a amamentação exclusiva até aos 6 meses de

idade ainda fica aquém do expectável, continuando por isso, a existirem obstáculos que não permitem a transmissão de informação e, conseqüentemente, a promoção e manutenção desta prática (Direção Geral de Saúde (DGS), 2014). Neste sentido, a OMS e a UNICEF recomendam às instituições que prestam cuidados obstétricos e ao RN prematuro, de risco ou doente, integrar o programa IHAB na sua cultura de cuidados, de forma a promover o AM e uniformizar conhecimentos e práticas baseadas na evidência científica. As 10 medidas da IHAB têm como objetivo educar os profissionais de saúde a promover a prática do AM nas famílias, através do cumprimento de todas as medidas (OMS, 2018).

**O**LM é considerado o alimento ideal para o RN uma vez que, está sempre disponível, à temperatura adequada e é esterilizado, pelo que é livre de contaminação, protegendo a microbiota do prematuro. Salienta-se ainda que este se adapta às necessidades do RN, alterando a sua composição desde o colostro ao leite “maduro”, motivo pelo qual o LM é essencial ao desenvolvimento de um RN prematuro (Galvão, 2006).

**F**azendo a comparação dos estudos incluídos observa-se que Vilén, Axelin, Melender & Salantera (2015) verificaram que o apoio das enfermeiras foi fundamental para as puérperas iniciarem a amamentação e gerirem os desafios que a mesma impõe, um dos aspetos que salientaram como enriquecedor na promoção do AM foi o incentivo ao contacto pele a pele, método canguru, com o prematuro. Também Ericson & Pálmer (2018) concluíram que quanto maior o apoio prestado à mãe e ao prematuro,

melhores foram as taxas de AM, uma vez que, foi importante para as progenitoras sentirem que o foco da ação dos profissionais de saúde era o sucesso da amamentação e a sua manutenção. Em ambos os estudos a exploração dos sentimentos das mães relativamente à amamentação e o domínio de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde relativos ao tema do AM foram identificados como facilitadores no processo de início e manutenção da amamentação assim como o suporte *online* para o qual as mães foram encaminhadas após a alta uma vez que a oportunidade de partilharem as suas experiências de amamentação induziu-lhes esperança, confiança e sentimento de companheirismo (Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ericson & Pálmer, 2018). Briere, McGrath, Cong & Cusson (2015) associaram a exploração dos objetivos e sentimentos das mães relativos ao AM ao desejo de iniciar e manter esta prática.

**B**riere, McGrath, Cong & Cusson (2015) e Bonet et al. (2015) verificaram que o incentivo ao AM e à expressão de LM precoces, que o domínio de conhecimentos por parte dos profissionais (principalmente acerca dos benefícios do AM) e que o apoio após a alta eram fortes estratégias de promoção ao AM exclusivo. Também no estudo de Holdren, Fair & Lehtonen (2019), o suporte e conhecimento dos enfermeiros da UCIN era uma parte integrante do início da amamentação. Nas UCIN cada família tinha um quarto único para si e para o seu bebé, tanto a mãe como o pai podiam permanecer 24h por dia com o RN, e eram incentivados a praticar o método canguru com frequência, sendo estas estratégias promotoras da lactação e do AM. O conhecimento que a equipa de saúde transmitia, estimulava a iniciação da amamentação e a

expressão do leite e os profissionais incentivavam o AM, mesmo quando os bebês ainda estavam com suporte ventilatório (Holdren, Fair & Lehtonen, 2019).

Díaz et al., (2016) verificaram que as medidas de promoção da amamentação que eram mais implementadas eram: o treino e educação da equipa; o incentivo ao contacto pele a pele (método canguru) durante as primeiras 24 horas após o parto e por períodos longos, incentivando a sua prática contínua mesmo após a alta; o apoio às mães no início e manutenção da lactação e da amamentação através do incentivo à expressão de LM e também através do fornecimento de mais informação escrita extra acerca do tema e disponibilização de *workshops* e aulas para os pais; a possibilidade de acomodação dos pais 24h por dia; a implementação de medidas que permitem a amamentação guiada pelo bebé (*baby-led or ad libitum feeding*) ou a conjugação desta com a colocação ao peito a qualquer sinal discreto de acordar, até que, a transição da alimentação por tubo oral para o peito da mãe esteja totalmente estabelecida e por último, o aconselhamento da não utilização de biberões, pelo menos até ao estabelecimento completo da amamentação (Díaz et al., 2016).

No estudo de Bonet et al. (2015), também se verificou a existência de estratégias de promoção como, a disponibilização de informação e incentivo ao início da lactação, da amamentação e da expressão do leite, o fornecimento de LM exclusivo aos RN prematuros, a utilização de copos ou seringas, no lugar de biberões, para alimentar o RN prematuro até que este consiga amamentar e

a possibilidade de as mães e os RN permanecessem juntos 24h por dia.

No estudo de Tambani et al. (2019), todas as UCIN investigadas desenvolveram políticas promotoras da amamentação. Disponham de uma política de amamentação escrita que estava disponível e era transmitida regularmente ao staff e forneciam aos pais informação oral e escrita acerca dos benefícios do AM, da expressão de leite e do contacto pele a pele (método canguru). Também o treino e formação do *staff* foi uma estratégia encontrada, assim como o apoio as famílias para a amamentação após a alta, informando-as sobre os serviços de saúde disponíveis de apoio à manutenção da amamentação e ainda a possibilidade de permanência dos pais 24h por dia (Tambani et al., 2019).

A estratégia inovadora da IHAB, revista, atualizada e expandida em 2018 para as unidades neonatais, recomenda que as unidades que prestam cuidados especiais aos RN prematuros e aos seus pais tenham uma política escrita de amamentação transmitida regularmente aos pais e à equipa de saúde, para tornar o apoio mais consistente e fornecer aos profissionais de saúde orientação para apoiar a amamentação, medida que ficou evidenciada nos estudos desenvolvidos por Díaz et al. (2016) e Tambani et al. (2019) (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**F**ornecer formação e treino regular aos enfermeiros no âmbito de conhecimentos e habilidades específicos para o aconselhamento sobre AM, por favorecer um maior sucesso na taxa de amamentação, uma vez que permite atualizar e uniformizar os conhecimentos sobre as competências dos RN prematuros/doentes, os marcos desenvolvimentais para a alimentação e o apoio adequado às mães, é outra das 10 medidas para o sucesso do AM preconizada, presente nos estudos de Briere, McGrath, Cong & Cusson (2015), Díaz et al. (2016), Ericson & Pálmer (2018), Holdren, Fair & Lehtonen (2019) e Tambani et al. (2019) (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**P**reparar as mães para o sucesso da amamentação antes do nascimento é outra medida de promoção da amamentação e foi visível a sua adoção no estudo de Tambani et al. (2019), e de facto, os prestadores de cuidados pré-natais, nomeadamente os enfermeiros, devem fornecer educação sobre amamentação no início da gravidez, para que todas as mães possam começar a explorar as suas opções antes de um parto prematuro inesperado (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén,

Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**A** medida de incentivar as mães a praticarem o contacto pele a pele (método canguru) continuamente, uma vez que, estes cuidados fornecem ao prematuro proteção contra a hipotermia e contra infeções, oferecendo ao bebé a oportunidade de praticar a sucção não nutritiva que facilita a transição para a amamentação, estava explícita nas UCIN estudadas dos estudos de Díaz et al. (2016), Holdren, Fair & Lehtonen (2019), Tambani et al. (2019) e Vilén, Axelin, Melender & Salantera (2015) (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**E**nsinar as mães a iniciar e a manter a lactação e a amamentação e garantir que estas têm confiança para os desafios comuns da amamentação, sendo a estabilidade infantil, independente da idade gestacional, idade pós-natal, idade ou peso pós-menstrual, o único critério para iniciar o AM, uma vez que, os prematuros adquirem competência muito precocemente para amamentar, foi uma das medidas promotoras presentes nos 7 estudos analisados. Os estudos de Briere, McGrath, Cong & Cusson (2015), Ericson & Pálmer (2018), Holdren, Fair & Lehtonen (2019) e Tambani et al. (2019), confirmaram a implementação da prática de

incentivar o AM exclusivo, dado que, o leite de fórmula não apresenta os componentes imunológicos e neuroprotetores e é uma barreira à prática da amamentação, nas UCIN estudadas (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**D**isponibilizar o alojamento conjunto (24h por dia), que permite o fortalecimento do vínculo mãe-bebé, o empoderamento do papel parental e a minimização da separação dos pais. que ajuda na promoção da amamentação, foi uma medida encontrada nos estudos de Bonet et al. (2015) e Holdren, Fair & Lehtonen (2019). A medida da IHAB de ensinar as mães a adotarem a estratégia de amamentação guiada pelo bebé através da observação, retenção, aferição e avaliação dos sinais comportamentais de prontidão para alimentar do bebé (interesse em sugar/enraizar), sendo que, os prematuros, com o devido esforço, são capazes de atingir a amamentação exclusiva enquanto são prematuros, estava incluída no estudo de Díaz et al. (2016) (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**I**ncentivar à utilização de alternativas à alimentação por biberão (por exemplo, alimentação por copo) até que a amamentação esteja totalmente estabelecida, foi uma medida descrita nos estudos de Bonet et al. (2015), Díaz et al. (2016) e Vilén, Axelin, Melender & Salantera (2015), uma vez que, o uso de biberões pode predispor para a utilização de leite de fórmula e para uma pega incorreta posteriormente, para além de aumentar o risco de ocorrência de dessaturação e apneia (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**P**reparar os pais para a amamentação após a alta, informando os pais sobre onde encontrar um profissional ou um conselheiro de lactação e/ou amamentação pós-alta, com educação e treinamento adequados às necessidades específicas de RN prematuros e das suas mães, é uma medida muito importante, uma vez que no domicílio, a família não tem ao seu dispor um acompanhamento contínuo como tinha na UCIN, foi uma medida evidenciada nos estudos de Briere, McGrath, Cong & Cusson (2015), Ericson & Pálmer (2018), Tambani et al. (2019) e Vilén, Axelin, Melender & Salantera (2015) (Bonet et al., 2015; Briere, McGrath, Cong & Cusson, 2015; Chen et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Ezeonodo et al., 2015; Jones como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015; Spatz como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015;

Díaz et al., 2016; Bernaix et al. como referido por Ferraz, 2017; Ericson & Pálmer, 2018; OMS, 2018).

**A**ssim, verifica-se que os estudos analisados, apresentavam UCIN promotoras da amamentação e apresentavam várias estratégias para esse efeito, sendo a maioria coincidentes com as 10 medidas recomendadas pela OMS/UNICEF.

**D**e facto, vários estudos demonstram claramente que, a adesão dos serviços de saúde que prestam cuidados materno-infantis às Dez medidas da IHAB afetam positivamente as taxas de AM (início precoce imediatamente após o nascimento, AM exclusivo e duração total do AM). Contudo, é de ressaltar que, ainda que cada uma das dez medidas tenha como objetivo melhorar o apoio à amamentação, garantindo o seu início, manutenção e sucesso, o impacto ideal e pretendido nas melhores práticas de amamentação e assim, no bem-estar da mãe e do bebé, só é atingido quando todas as 10 medidas são implementadas em conjunto, como se fossem um “pacote” e não separadamente (OMS, 2018).

**A**lém disso, relativamente à prática da amamentação em RN prematuros, foi encontrada uma associação interessante entre AM e bebés muito prematuros, visto que, mesmo quando o ganho de peso inicial do prematuro era abaixo do considerado expectável, o neurodesenvolvimento de crianças que nasceram prematuramente, era melhor quando eles eram amamentados, sendo um fator adicional e essencial para apoiar o incentivo à amamentação em RN prematuros (Rozé

et al. como referido por Vilén, Axelin, Melender & Salantera, 2015).

Os profissionais de saúde devem atuar com o objetivo de preparar as mães quer para as dificuldades e preocupações que naturalmente surgem quer para as instruir, treinar, ensinar e capacitar a amamentar de forma a aumentar a sua confiança e a superar os obstáculos (Silva como referido por Lourenço, 2018).

O início e a manutenção da produção de LM são de extrema importância para permitir que as mães amamentem os seus bebés prematuros e/ou doentes. O apoio precoce, sistemático e contínuo às mães para iniciarem a expressão do LM e a amamentação, assim que os RN apresentarem estabilidade, é essencial para ajudá-las a vencer os desafios fisiológicos e emocionais relacionados à lactação e amamentação. Este é o objetivo major para expandir a IHAB da OMS/UNICEF para serviços de neonatologia (Ezeonodo et al., 2015).

## **Conclusão**

Os sete estudos incluídos na presente revisão integrativa da literatura permitiram observar que apesar das 10 medidas da IHAB não serem referidas na totalidade em todos, verificamos que relativamente à sua abordagem, direta ou indiretamente, todos faziam referência à importância da sua implementação nas unidades que prestam cuidados especiais aos RN prematuros para a proteção, promoção e manutenção do AM, sendo que a maioria das unidades dos estudos eram promotoras da

amamentação e apresentavam estratégias para a sua promoção. Globalmente nos estudos analisados as medidas que foram mais implementadas foram a 2. Educar e treinar toda a equipa de cuidados de saúde com os conhecimentos, capacidades e competências específicos, necessários para a promoção do aleitamento materno; 4. Colocar os bebés em Método Canguru com as suas mães imediatamente após o nascimento, pelo menos uma hora. Incentivar as mães a reconhecerem quando os seus bebés estão prontos para a amamentar o mais precocemente possível e oferecer ajuda, se necessário; 5. Ajudar e ensinar as mães a iniciar e manter a lactação e a amamentação e a resolver as dificuldades mais comuns, tendo como único critério a estabilidade fisiológica do bebé; 6. Não dar ao bebé nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

**P**elas vantagens que a amamentação e o leite materno representam para o RN prematuro, mãe e família, deve ser dada mais atenção às atitudes promotoras da amamentação por parte dos profissionais das UCIN e as dez medidas da IHAB da autoria conjunta da OMS e da UNICEF direcionadas para a neonatologia, devem ser adotadas por todas as unidades que prestam cuidados especiais a RN prematuros e/ou doentes e às suas famílias com o objetivo de promover, proteger e apoiar o AM.

**O**s enfermeiros, e todos os profissionais de saúde que acompanham a mãe no período pré e pós-parto têm um papel fundamental no início, estabelecimento e manutenção da amamentação, assim como no seu empoderamento contribuindo para o aumento da sua autoconfiança e

autoestima (Dias et al., 2013). Como tal é determinante que na ajuda perante obstáculos e dificuldades que possam surgir os profissionais dos serviços de saúde que prestam cuidados às mães e aos RN prematuros tenham sempre em conta que cada ser humano é único e singular e que por essa razão também as suas necessidades são únicas. A amamentação só é bem-sucedida quando o bem-estar da família é atingido, motivo pelo qual os profissionais das UCIN devem focar-se quer nas necessidades do bebé, quer nas necessidades da família. A intervenção do enfermeiro é fulcral na promoção da amamentação e na adoção de comportamentos favoráveis a esta prática. Assim, é prioritária a atualização e formação da equipa de forma a fornecerem aconselhamento e informações semelhantes. A antecipação da primeira mamada, a informação útil transmitida de forma precisa e objetiva, a exploração dos objetivos, medos, receios e sobretudo as dúvidas, a promoção de segurança à mãe a promoção do alojamento conjunto e contínuo para a mãe, mas também para o pai, o contacto pele a pele e o método canguru e garantir um ambiente calmo, seguro e desprovido de estímulos externos que interfiram com o AM são algumas das medidas promotoras para o início e a manutenção da amamentação destes bebés.

**A**purou-se que a implementação de políticas e práticas da Iniciativa do Hospital amigo do bebé foi associada ao aumento das taxas quer de iniciação quer de duração da amamentação nas UCIN (Ezeonodo et al., 2015). Assim e tendo em conta os benefícios do AM para o prematuro previamente referidos, o início e a manutenção da produção de LM são de grande importância para facilitar a amamentação destes bebés.

## Referências bibliográficas

- Als, H. (2017). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. Recuperado de <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>
- Bonet, M., Forcella, E., Blondel, B., Draper, E., Agostino, R., Cuttini, M., & Zeitlin, J. (2015). Approaches to supporting lactation and breastfeeding for very preterm infants in the neonatal intensive care unit: A qualitative study in three European regions. *The BMJ*, 5 doi: 10.1136/bmjopen-2014006973
- Briere, C., McGrath, J., Cong, X., & Cusson, R. (2015). Direct-breastfeeding premature infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 31 (3), 386–392 doi 10.1177 / 0890334415581798 [jhl.sagepub.com](http://jhl.sagepub.com)
- Charpak, N. & Ruiz, J. (2007). Breast milk composition in a cohort of pre-term infants' mothers followed in an ambulatory programme in Colombia. *Acta Paediatrica*, 96, 1755–1759 doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00521.x
- Chora, M & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 357-371 doi: 10.24902/r.riase.2015.1(3).357

- Cole, S. (2014). *Breastfeeding Challenges Made Easy for Late Preterm Infants*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa, Portugal: Autor.
- DGS (2014). *Registo do aleitamento materno: Relatório janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, M. (2013). Aleitamento Materno no primeiro ano de vida: Prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (6), 313-318 doi: 10.25754/pjp.2013.2719
- Díaz, C., Torres, I., Romero, C., Antón, B., Pablos, D., & Alonso, C. (2016). Breastfeeding support in Spanish neonatal intensive care unit and the baby-friendly hospital initiative: A national survey. *Journal of Human Lactation*, 32 (4), 613 –626 doi: 10.1177 0890334416658246 jhl.sagepub.com
- Ericson, J., & Palmer, L. (2018). Mothers of preterm infants' experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth. *Wiley Periodicals*, 46, 129–136 doi: 10.1111/ birt.12383
- Ezeonodo, A., Frandsen, A., Haggkvist, A., Haiek, L., Hannula, L., Hansen, M., ...Nyqvist, K. (2015). *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards*. Recuperado de [http://epilegothilasmogroup.com/wpcontent/uploads/2017/04/Neo\\_BFHI\\_Core\\_document\\_2015\\_Edition.pdf](http://epilegothilasmogroup.com/wpcontent/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf)
- Ferraz, L. (2017). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas (Dissertação de

- mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Galvão, D. (2006). Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Holdren, S., Fair, C., & Lehtonen, L. (2019). A qualitative cross-cultural analysis of neonatal intensive care unit care culture and infant feeding in Finland and the U.S.. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 346(19), doi: 10.1186/s12884-019-2505-2
- Leurer, D. & Misskey, E. (2015). Be positive as well as realistic: A qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *International Breastfeeding Journal*, 10, doi: 10.1186/s13006-015-0036-7
- Lourenço, M. (2018). Promoção e apoio ao aleitamento materno em contexto de cuidados de saúde primários (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portugal
- Ministério da Saúde. (2002). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru*. Brasília, Brasil: Autor.
- Monteiro, M. (2019). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28815>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Recuperado de:

- [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
- Santa, C. (2015). Prematuridade e Asma (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de <https://eg.uc.pt/handle/10316/30498>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Neonatologia. (2007). Nascer prematuro: Um guia para os pais dos bebés prematuros. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados. *Revista Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542011000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542011000100006&lng=pt&tlng=pt)
- Tambani, E., Gianni, M., Bezze, E., Sannino, P., Sorrentino, G., Plevani, L., Mornioli, D., & Mosca, F. (2019). Exploring the gap between needs and practice in facilitating breastfeeding within the neonatal intensive care unit setting: An italian survey on organizational factors. *Frontiers in Pediatrics*, 276(7), doi: 10.3389 / fped.2019.00276
- Vilén, H., Axelin, A., Melender, H., & Salanterä, S. (2015). Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: A thematic analysis of peer-support group discussion in Social Media.

*Maternal & Child Nutrition*, 11, 712-726. doi: 10.1111 /  
mcn.12108

Zelkowitz, P. (2017). Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. (2ª ed.). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância.*, 115(4), 915-919. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial-e-emocional-da-crianca.pdf>

# **CAPÍTULO 5**

## **ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E INSTITUIÇÕES RESIDENCIAIS DE ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E JOVENS**

**Maria Santos Marques Rodrigues**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**T**radicionalmente as crianças e jovens não foram sempre vistos como sujeitos beneficiários de plenos direitos (Conselho Nacional de Saúde, 2018). No entanto, têm progressivamente sido considerados e debatidos diversos temas referentes a este grupo populacional, no sentido de promover o respeito pela sua dignidade e os seus direitos (Instituto da Segurança Social, 2018).

**A**tualmente, na Lei de Bases da Saúde, as crianças e jovens são referidos como pertencentes a grupos sujeitos a maiores riscos, verificando-se conseqüentemente a necessidade de tomar medidas especiais nesse mesmo sentido (Despacho n.º 31292/2008).

**U**m dos direitos das crianças e jovens passa pela oportunidade de viver e se desenvolver num seio familiar

capacitado para os cuidar e amar, satisfazendo as suas necessidades individuais, educando-os, protegendo-os e proporcionando-lhes um ambiente favorável ao seu bem-estar e correto desenvolvimento. Todavia, existem diversas situações em que o mesmo não se verifica, colocando em causa a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento da criança ou jovem (Instituto da Segurança Social, 2018).

Uma destas situações prende-se com a ocorrência de maus tratos. Magalhães (como referido no Despacho n.º 31292/2008) define maus tratos como «qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder» (p. 49210). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tipifica e caracteriza os mesmos como negligência, abandono, maus tratos físicos, maus tratos psicológicos e abuso sexual (Despacho n.º 31292/2008).

Assim, os maus tratos revelam-se um fenómeno extremamente complexo, principalmente nas crianças e jovens, tendo em conta que, apesar de a sua dimensão não ser ainda totalmente conhecida, existem evidências que revelam que o mesmo constitui um problema que afeta uma parte considerável da população nas primeiras décadas de vida e cujas repercussões negativas, nomeadamente ao nível do crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos, podem perdurar nas etapas seguintes do seu ciclo de vida, afetando

o seu bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social (Despacho n.º 31292/2008).

**D**e acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2018), nos últimos anos, foram maioritariamente sinalizadas pela rede de núcleos da “Ação De Saúde para Crianças e Jovens em Risco” situações relativas a maus tratos por negligência, maus tratos psicológicos, maus tratos físicos e abuso sexual, sendo que a cada um deste tipo de maus tratos corresponde, respetivamente, 70%, 15%, 7% e 5% dos casos sinalizados. Nos grupos particularmente mais vulneráveis, esta é uma problemática que constitui um problema de saúde pública, no sentido de que a sua ocorrência por ação ou omissão, não é apenas da responsabilidade daqueles que devem cuidar diretamente a criança ou jovem, mas também de todas as pessoas com quem a mesma convive e mesmo de toda a comunidade (Despacho n.º 31292/2008).

**A**ssim, diferentes entidades são responsáveis por atuar neste contexto em diversos níveis, sendo que consoante a situação em que a criança ou jovem se encontra, no que concerne a risco ou perigo, são realizadas as intervenções devidas, ao nível adequado. O risco apresenta-se como o perigo potencial para o cumprimento dos direitos da criança, quer ao nível da saúde, quer no que concerne a segurança, formação e educação. A situação de perigo surge da evolução negativa de uma situação de risco (Despacho n.º 31292/2008).

**E**m caso de risco, as estratégias objetivam a superação do mesmo e evitar a ocorrência de perigo. Neste sentido, são desenvolvidas ações para toda a população ou

em particular para as crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas precárias que as possam colocar em situação de particular vulnerabilidade (Despacho n.º 31292/2008).

**E**stas ações objetivam facilitar a integração da criança ou jovem em meios sociofamiliares promotores de segurança, educação adequada, bem-estar e do seu completo desenvolvimento e pressupõem que a criança ou jovem regresse posteriormente à sua família de origem, ao seu meio natural de vida ou, consoante a sua idade e maturidade, adquira competências, nomeadamente no que concerne a viver autonomamente ou, se for do seu melhor interesse, à adoção ou apadrinhamento civil (Dec-Lei nº 164/2019).

**A**o setor da saúde compete tanto a deteção de situações e fatores de risco como o reforço de fatores protetores, a realização de uma intervenção atempada e a prevenção e reparação de situações de perigo (Despacho n.º 31292/2008).

**D**e entre os serviços de saúde que atuam neste contexto, destacam-se os Cuidados de Saúde Primários (CSP) que constituem um serviço essencial, apresentando-se como o primeiro nível de contacto das pessoas, famílias e comunidades, com o Sistema Nacional de Saúde. Um dos objetivos fulcrais deste nível de cuidados é manter uma proximidade, dos serviços de saúde, aos locais onde as pessoas residem e trabalham (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Ainda de acordo com o Conselho

Nacional de Saúde (2018) perante as situações de risco e de maus tratos, é dever dos CSP, o desenvolvimento de métodos de intervenção apropriados a esta problemática, sendo para tal, essencial a articulação privilegiada entre vários serviços.

**E**ntre as várias intervenções sociais que visam a criação de medidas de promoção e proteção das crianças e jovens, evitando a ocorrência de situações de perigo, para que o bem-estar e desenvolvimento dos mesmos sejam garantidos, encontra-se o acolhimento residencial. Este preconiza que as crianças e jovens sejam cuidados e as suas necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais sejam satisfeitas adequadamente.

**O** acolhimento residencial tem lugar em casas de acolhimento, as quais são consideradas estabelecimentos de apoio social, sendo que constam das mesmas instalações e equipamentos adequados às crianças e jovens a acolher e recursos humanos capazes de responder às suas necessidades (Dec-Lei nº 164/2019).

**E**stas casas de acolhimento surgem em resposta a situações em que é necessário o afastamento ou retirada da criança ou jovem de uma situação de perigo, sendo estas consideradas as situações em que a criança ou jovem “está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem

gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação” (p. 6117, Lei nº 147/99).

**D**e entre os diversos direitos que a criança ou jovem residente nas instituições de acolhimento tem, é possível destacar o direito do “acesso a serviços de saúde relacionados com o seu processo de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, que lhe permitam a aquisição de atitudes e hábitos saudáveis” (Dec-Lei nº 164/2019).

**P**ara além deste direito das crianças e jovens existe ainda o dever da instituição de “atender às necessidades e direitos da criança e do jovem” e de “providenciar os cuidados de saúde adequados à criança ou jovem” (p. 76, Dec-Lei nº 164/2019).

**N**o entanto, nestes contextos, muitas vezes as crianças e jovens, pela sua vulnerabilidade e fruto das circunstâncias vivenciadas, sofrem o agravamento de problemas de saúde, nomeadamente mental e a nível comportamental, o que poderá requerer e ser fator determinante para uma intervenção especial no que concerne a cuidados de saúde (Instituto da Segurança Social, 2018; Instituto da Segurança Social, 2019). Crianças vítimas de violência ou abuso sexual experienciam vários problemas de saúde física e psicológica, nomeadamente perturbações alimentares, dificuldades de aprendizagem, problemas

comportamentais, medo, culpa, zanga, isolamento social, ansiedade, depressão, insónia e pensamentos suicidas (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

**S**egundo o relatado em “Gerações mais Saudáveis” (Conselho Nacional de Saúde, 2018), é estimada uma prevalência de 10% a 20% de perturbações emocionais e do comportamento na infância e na adolescência, sendo que apenas 25% destas são referenciadas para acompanhamento especializado.

**A**figura-se por isso importante analisar a situação de saúde das crianças e jovens em acolhimento e refletir sobre a necessidade de desenvolvimento de um projeto de articulação entre os CSP e as instituições de acolhimento residencial de crianças e jovens vítimas de maus tratos. Neste contexto surgiram as questões: “Que perturbações emocionais e do comportamento as crianças/jovens em instituições de acolhimento residencial manifestam com mais frequência? Justifica-se o desenvolvimento de um projeto de saúde entre os enfermeiros de CSP e as instituições residenciais para a implementação de estratégias preventivas destas situações bem como o diagnóstico precoce e desenvolvimento adequado de intervenções terapêuticas?”

## **Metodologia**

**R**ealizou-se, de Maio a Julho de 2020, pesquisa bibliográfica em diversas plataformas *online* de organizações responsáveis em matéria de maus tratos a crianças e jovens, acolhimento de crianças e saúde infantil e juvenil, no sentido de aceder a informação sobre o tema. Após a colheita e

seleção de informação, a mesma foi organizada, e procedeu-se à realização de uma revisão narrativa da literatura para dar resposta às questões: “Que perturbações emocionais e do comportamento as crianças/jovens em instituições de acolhimento residencial manifestam com mais frequência? Justifica-se o desenvolvimento de um projeto de saúde entre os enfermeiros de CSP e as instituições residenciais para a implementação de estratégias preventivas destas situações bem como o diagnóstico precoce e desenvolvimento adequado de intervenções terapêuticas?” e aos objetivos: analisar a situação de saúde das crianças e jovens em acolhimento e refletir sobre a necessidade de desenvolvimento de um projeto de articulação entre os CSP e as instituições de acolhimento residencial de crianças e jovens vítimas de maus tratos.

## **Resultados**

O Relatório CASA 2017 revela que, no ano de 2017, encontravam-se 7.553 crianças e jovens em acolhimento, sendo que 61% (4.582) destas apresentavam alguma característica particular, nomeadamente problemas de comportamento, problemas de saúde mental, debilidade mental ou acompanhamento psiquiátrico regular. Do total de crianças em acolhimento, 6.583 encontravam-se em acolhimento generalista (o qual inclui Centro de Acolhimento Temporário (CAT), Lar de Infância e Juventude (LIJ) e Acolhimento de Emergência (AE)). Neste meio, 3.692 crianças e jovens apresentavam características particulares como as supramencionadas. Quanto aos problemas de comportamento, estes tinham uma particular representação nestas crianças, afetando 27% dos indivíduos, percentagem

que corresponde a 1.761 crianças e jovens em acolhimento residencial generalista (Instituto da Segurança Social, 2018).

**A** adolescência, mais especificamente às idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, estava associado um maior número de indivíduos com problemas do comportamento- 968 jovens- o que correspondia a 55% da totalidade de jovens com esta característica. Quanto a este valor, é possível distinguir três níveis de gravidade dos problemas comportamentais, sendo que 41% apresentavam problemas de comportamento ligeiros (ou seja, uma atitude de desafio e oposição aquando do contacto com adultos ou pares), 12% apresentavam problemas médios (comportamentos disruptivos) e 2% problemas graves (Instituto da Segurança Social, 2018).

**N**a faixa etária compreendida entre 12 e 14 anos de idade, 350 jovens apresentavam problemas ligeiros, número que corresponde a 25% da totalidade de jovens com problemas de comportamento ligeiros, 76 jovens apresentavam problemas médios e 8 problemas graves. No escalão etário dos 18 aos 20 anos, estes valores rondavam os 148 jovens (11%), 35 e 3, para problemas ligeiros, médios e graves, respetivamente (Instituto da Segurança Social, 2018).

**A** partir dos dados colhidos em 2017, verificou-se que a entrada na adolescência se fez acompanhar de um aumento da frequência de problemas do comportamento e da gravidade dos sintomas que os mesmos provocam (Instituto da Segurança Social, 2018).

**C**omparativamente ao Relatório CASA de 2017, em 2018, no Relatório CASA 2018, pode ler-se que o número de crianças em acolhimento sofreu um ligeiro decréscimo, sendo de 7.032. Entre estas 4.554 apresentavam alguma característica particular, o que representava 65% da totalidade das crianças em situação de acolhimento (Instituto da Segurança Social, 2019).

**E**m acolhimento residencial generalista encontravam-se 6.118 crianças e jovens (87% da totalidade de jovens em acolhimento). Sendo que destes 1.655 (ou seja, 27%) apresentavam problemas de comportamento, o que coincide com os dados de 2017. De modo geral, 77% dos problemas de comportamento identificados eram do tipo ligeiro, 20% do tipo médio e 3% graves (Instituto da Segurança Social, 2019).

**A** maior prevalência de problemas de comportamento manteve-se no grupo etário entre os 15 e os 17 anos. Nestas idades 659 apresentavam problemas ligeiros, 200 problemas médios e 33 problemas graves. Nas idades de 12 aos 14 anos, 312 crianças e jovens foram diagnosticadas com problemas de comportamento ligeiros, 70 médios e 9 graves. Na faixa etária dos 18 aos 20 anos, 138 jovens apresentavam problemas ligeiros, 36 médios e 2 graves. É visível que, no que concerne a problemas graves, os mesmos apenas estavam presentes nas faixas etárias dos 12 aos 20 anos (Instituto da Segurança Social, 2019).

**E**stes dados apelam a um aumento da capacidade das instituições de providenciar junto das crianças e jovens,

em articulação com a intervenção social, cuidados especializados, no âmbito da saúde mental (Instituto da Segurança Social, 2019). Estando descrito também no Relatório CASA 2017 que, em contexto de acolhimento residencial, o trabalho desenvolvido, não deve ser visto isoladamente, pois existe a necessidade de, quem opera nestes meios e aqueles que trabalham nos contextos naturais, serem capazes de interagir, definir ações, procedimentos e estratégias, avaliar e rever resultados, no sentido da tomada das melhores decisões no que concerne à satisfação das necessidades da criança e jovem, tanto nos momentos que precedem o acolhimento como durante e após o mesmo (Instituto da Segurança Social, 2018).

**É** ainda descrito no documento “Gerações mais Saudáveis”, que “ a oferta de cuidados de saúde mental da infância e da adolescência está muito longe de suprir as necessidades da população” e também que “a prestação de cuidados de saúde mental na infância e adolescência necessita de ser reforçada, assim como as intervenções de promoção da saúde nesta área” (p.162, Conselho Nacional de Saúde, 2018).

“ O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p.2). No entanto, a velocidade com que ocorre difere de criança para criança, o que é possível de constatar pela observação da aquisição de novas competências em diferentes idades consoante a criança. Assim, é perceptível a importância de realizar avaliações que visem a identificação precoce de perturbações, nomeadamente as perturbações

emocionais e do comportamento (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**A**s Consultas de Vigilância Infantil e Juvenil constituem momentos fulcrais para a realização destas avaliações, triagem, intervenção e orientação destas situações, devendo tanto o diagnóstico destas problemáticas e de situações de risco como a intervenção nas mesmas, constituir uma prioridade em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**S**egundo a Direção-Geral da Saúde (2013), compete aos serviços de saúde o desenvolvimento de estratégias interventivas direcionadas de modo especial a estas problemáticas, em articulação, entre outros, com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, a Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**A** deteção e apoio das crianças que se encontram em situações de risco ou especialmente vulneráveis constituem aspetos prioritários de atuação. Sendo que o trabalho em equipa deve tomar também uma maior proporção em âmbito comunitários e nas estruturas de apoio à criança e ao adolescente, nomeadamente serviços da segurança social, visto que estas são também entidades responsáveis pela promoção da saúde destas crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**F**azem parte, dos objetivos de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, a identificação, apoio e orientação das

crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, designadamente, negligência, maus tratos físicos e psicológicos, abuso sexual, bullying e práticas tradicionais lesivas (da quais é exemplo a mutilação genital feminina) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**S**egundo a Direção-Geral da Saúde (2013), os casos em que as crianças vivem em situações de risco ou são vítimas de maus tratos, merecem uma especial atenção dos serviços de saúde, os quais devem esforçar-se por desenvolver estratégias de intervenção particulares apropriadas a estas mesmas situações.

**N**este sentido, é ainda referido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que não será possível estabelecer um programa único de atuação nestas problemáticas, mas que compete à “equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados” (p.34, Direção-Geral da Saúde, 2013). O Programa propõe ainda que a articulação destes cuidados seja realizada por um médico assistente, um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica ou um enfermeiro de família e que a mesma deve ocorrer, entre outras, com a Saúde Escolar.

**É** ainda referido que, na atuação neste âmbito e consoante as necessidades da criança, poderá haver a necessidade de ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas ou implementar outras intervenções, como, por exemplo, visitas domiciliárias (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**A**s Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, como meio privilegiado para atuar nestas situações problemáticas, reforçam a importância dos CSP se articularem com equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência, no sentido de ser alcançada uma maior coesão e eficiência. Esta articulação- entre uma equipa especializada na área de saúde mental das crianças e jovens e o nível de cuidados cuja intervenção é direcionada à comunidade e cujo conhecimento das famílias, suas trajetórias de vida e necessidades e dos recursos locais, nomeadamente os psicólogos dos CSP, é privilegiado- permitiria melhorar a deteção precoce de situações de risco e a realização de uma intervenção no prazo adequado; uma maior eficácia na intervenção em situações complexas e com uma componente também social/comunitária; a colocação em prática de programas de prevenção primária e de intervenção precoce; e a formação de técnicos no âmbito da Saúde Mental Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**C**onstituiriam objetivos da avaliação diagnóstica realizada, “definir o tipo e a gravidade do problema; avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadear e na persistência dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores; e planear a intervenção necessária e referência, se indicado” (Direção-Geral da Saúde, 2013).

**T**endo em consideração as funções desempenhadas pelos profissionais de saúde, é inculcida a estes uma grande responsabilidade na deteção precoce de fatores de risco,

sinais de alarme e na referenciação de crianças e jovens em risco ou em perigo (Despacho n.º 31292/2008).

**A** construção de uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, que levou à criação de estruturas nos centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico (no âmbito da “Ação De Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, acima referida), colocou em relevo esta problemática, tendo despertado para a necessidade de fortalecer e alargar a rede de atendimento, bem como de existir cooperação e articulação entre instituições (Despacho n.º 31292/2008).

**A**ssim, poderia ser benéfica a construção de um Projeto de Intervenção, que colocasse, em articulação, os CSP e as Instituições de Acolhimento Residencial.

**U**m projeto de intervenção consiste numa proposta de ação, a qual é criada em modo de resposta a problemas, necessidades ou fatores determinantes identificados. Deste modo, preconiza-se a elaboração de atividades bem fundamentadas teórica e metodologicamente, baseadas em objetivos definidos e a serem implementadas num determinado contexto e durante um período de tempo. De um projeto poderão resultar também novos conhecimentos, os quais permitem a construção de novas intervenções acerca do tema, sendo que, para tal, é necessário acompanhar e avaliar todo o processo (Schneider & Flach, 2017).

**P**ara a construção de um Projeto de intervenção é necessário cumprir determinadas etapas, sendo estas a descrição da realidade local, a definição do tema ou

problema, caracterização do público-alvo das intervenções, justificação da pertinência do projeto, definição dos objetivos do mesmo, construção de um referencial teórico para o projeto, definição da metodologia de intervenção, elaboração de um cronograma, identificação dos recursos disponíveis e das redes de articulação para a realização do projeto e a elaboração de um orçamento (Schneider & Flach, 2017).

## **Conclusão**

**A** maioria destas crianças e jovens apresenta problemas de comportamento ligeiros, nomeadamente atitude de desafio e oposição aquando do contacto com adultos ou pares, médios (comportamentos disruptivos) e graves.

**U**ma parte destas crianças e jovens tem acompanhamento psiquiátrico regular, sofre de debilidade ou de problemas de saúde mental.

**T**endo em conta os direitos das crianças e jovens em acolhimento residencial, os deveres da instituição que os acolhe, os problemas comportamentais que estas crianças e jovens apresentam, o papel dos CSP e as indicações e orientações presentes no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, é possível perceber a pertinência e relevância do desenvolvimento de um projeto no âmbito da articulação entre os CSP e as Instituições de Acolhimento Residencial onde se encontram estas crianças e jovens. Para que seja corretamente executado, deverá descrever a realidade local, definir o tema ou problema, caracterizar o público-alvo das

intervenções, justificar a pertinência da sua realização, definir os objetivos, construir o referencial teórico, definir a metodologia de intervenção, elaborar o cronograma, identificar os recursos disponíveis e as redes de articulação para a sua realização e elaborar o orçamento. A avaliação do mesmo será também de elevada relevância para que possam ser corrigidos possíveis erros e reajustadas as intervenções.

## **Referências bibliográficas**

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). Os cuidados de saúde primários: o que são e onde estamos hoje em dia? In *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: Autor.
- Decreto de Lei nº 164/2019 de 25 de outubro de 2019. Diário da república nº206/2019- I Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal
- Despacho nº 31292/2008 de 5 de dezembro de 2008. Diário da república nº 236/2008- II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens intervenção da saúde: Documento técnico*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2018). *CASA 2017 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

- Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *CASA 2018 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Lei nº 147/99 de 1 de setembro de 1999. Diário da República nº204/1999- I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal
- Schneider, D. R., & Flach, P. M. von. (2017). Como construir um projeto de Intervenção? In Portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas. [aberta.senad.gov.br](http://aberta.senad.gov.br)

# **CAPÍTULO 6**

## **CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS CRECHES COM CONHECIMENTOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO: ESTRATÉGIAS TECNOLÓGICAS A UTILIZAR**

**Ana Beatriz Garcia Arzileiro**

**Jéssica Eliana Gaspar Ferreira**

**Viviana Sofia Oliveira de Campos**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**E**studos demonstram que a promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida é a intervenção isolada, na área da saúde, que tem o maior potencial para a diminuição da mortalidade infantil (Silva et al., 2016).

**É** sabido que o regresso das mães à rotina laboral pode ser um fator para o abandono precoce da amamentação, existindo a necessidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), das mães terem ao seu dispor um local próximo do seu local de trabalho que permita a manutenção da amamentação e a extração e

armazenamento de leite materno, nomeadamente as creches (Pedroso, Galvão e Castro; Galvão & Cardoso como referido por Galvão, Silva & Apóstolo, 2020).

**A** implementação de políticas e práticas amigas do bebé tem um efeito muito positivo sobre as taxas de iniciação e duração da amamentação (Ezeonodo et al., 2015). Existem cada vez mais crianças a frequentarem creches, sendo a relação entre as mães e os profissionais das mesmas, de grande proximidade, pelo que, considerar as creches na promoção e apoio ao aleitamento materno parece um grande contributo na manutenção da amamentação (Galvão et al., 2020).

**E**xistem Hospitais Amigos do Bebê, Centros de Saúde Amigos da Amamentação e Farmácias Amigas do Aleitamento Materno, surgiu, portanto, a necessidade de criar Creches Amigas da Amamentação (Galvão et al., 2020).

**S**egundo Braga, Rezende e Fugimori como referido por Galvão et al. (2020) para que as creches sejam promotoras da amamentação precisam de apresentar condições estruturais e rotinas de acolhimento adequadas à prática do aleitamento materno.

**O** Projeto “Promoção da Amamentação em Creches”, surgiu neste âmbito, tendo como objetivo implementar um projeto em contexto comunitário de Creches Promotoras da Amamentação no Concelho de Coimbra e no Concelho de Viseu, com desenvolvimento em três fases - Diagnóstico, Planeamento/Implementação e Avaliação (Galvão et al., 2018).

**N**o estudo realizado na primeira fase do projeto, a fase de Diagnóstico, com os objetivos de reconhecer as práticas de administração e armazenamento do leite materno desenvolvidas pelos trabalhadores de Creches/Jardins de Infância públicas/privadas dos Concelhos de Coimbra e Viseu e identificar condições estruturais e rotinas de acolhimento dessas Creches/Jardins de Infância, onde foi aplicado um questionário nas creches onde se ia intervir, apurou-se ser frequente as creches terem crianças a ser alimentadas com leite materno e estarem recetivas a que as mães trouxessem o seu leite para ser administrado à criança. No entanto, apesar de possuírem algumas condições estruturais para que as mães pudessem amamentar e conversem com as mães sobre técnica de extração, transporte e conservação do leite materno, verificou-se o desenvolvimento de práticas que implicam a necessidade de capacitação dos seus funcionários no âmbito do aleitamento materno (Galvão et al., 2020).

**O**s profissionais das creches não têm no seu curso de formação inicial qualquer disciplina específica sobre amamentação, fazendo com que estes baseiem as suas práticas na sua experiência profissional e nos média, em vez de terem por base um saber técnico e/ou científico (Longo-Silva, Taddei, Konstantyner & Toloni; Maciel & Veríssimo como referido por Galvão et al., 2020).

**A** existência de Creches com ambiente e rotinas que favoreçam a amamentação são imprescindíveis para a sua manutenção. Nesta perspetiva, torna-se necessário desenvolver, na Fase de planeamento e implementação do Projeto “Promoção da Amamentação em Creches”,

momentos de formação, junto dos profissionais das creches, que visem a sua capacitação, de forma a que estes adquiram conhecimentos e desenvolvam competências para realizarem ações de apoio, promoção e proteção da amamentação, com vista à manutenção da mesma. Afigura-se assim importante fazer pesquisa bibliográfica sobre materiais utilizados na promoção e incentivo ao aleitamento materno e identificar os materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação dos profissionais das Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção.

## **Metodologia**

**R**ealizou-se pesquisa bibliográfica e procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura entre maio e julho de 2020.

**R**ecorreu-se à plataforma de busca EBSCO, de modo a dar resposta à questão “Que materiais utilizar nos momentos de capacitação, sobre conhecimentos de administração e armazenamento do leite materno e habilidades de acolhimento, dos profissionais das Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir?” e aos objetivos: fazer pesquisa bibliográfica sobre materiais utilizados na promoção e incentivo ao aleitamento materno e identificar materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação dos profissionais de Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção.

**A** pesquisa bibliográfica resultou num total de 4 artigos científicos, nomeadamente, 1 artigo de Relato de

Experiência da base de dados CINHALL e 3 Revisões Integrativas da Literatura, 2 da Scielo e 1 da MedLine.

## Resultados

**A**s tecnologias em saúde podem ser definidas como um conjunto de conhecimentos científicos relacionados com produtos e materiais que determinam terapêuticas e processos de trabalho e constituem-se em instrumentos para a realização de ações na produção de saúde (Silva et al., 2016).

**E**stas podem contribuir para a promoção do aleitamento materno, apoio às mães nas questões relativas ao aleitamento materno, aumento das taxas e do tempo de duração da prática de amamentação e ampliação do acesso a informações sobre saúde (Silva et al., 2017).

**A**s ações de educação em saúde para os profissionais das creches sobre a amamentação podem desenvolver-se com a utilização de tecnologias, que possibilitam a construção de um conhecimento coletivo, uniformizando as práticas em cada creche (Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos, 2017).

**D**e acordo com Joventino et al. (2011) existem três tipos de tecnologias que podem ser utilizadas para capacitar os profissionais das creches. São elas, a tecnologia dura, que implica a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; a tecnologia leve-dura, quando a informação se baseia em saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e as tecnologias leves,

que permitem visualizar claramente que a implementação de qualquer conhecimento requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento).

**P**ara Silva et al. (2017), as tecnologias ainda podem ser classificadas em tecnologias gerenciais, que se caracterizam por um “conjunto de ações teórico-práticas para administrar as ações e serviços de saúde, cujo objetivo é intervir nas práticas profissionais com a finalidade de melhorar a sua qualidade (manuais, rotinas institucionais, acolhimento e vínculo)”, tecnologias educacionais, que se caracterizam por um “conjunto sistemático de conhecimento científico que permite planejar, executar, controlar e acompanhar o processo educacional formal ou informal, e, assim, favorecer a construção e reconstrução do conhecimento (cartilhas, folhetos, vídeos)” e tecnologias assistenciais, que se caracterizam por um “conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais, o qual possibilita a promoção da qualidade da assistência à saúde ao cliente (teorias e escalas)” (p. 590).

**O**s quatro artigos analisados, todos publicados no Brasil, entre 2011 e 2019, resultantes de três revisões integrativas da literatura e de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, permitiram verificar a utilização pelo enfermeiro, para a promoção do aleitamento materno, de mais de um tipo de tecnologia (Joventino et al., 2011; Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos, 2017). Joventino et al. (2011) mencionam que os tipos de tecnologias mais utilizadas nos estudos analisados foram as tecnologias duras, existindo um leque alargado de estratégias, nomeadamente folhetos, panfletos, cartões-postais, livretos, pôsteres, vídeos da

interação alimentar mãe-bebé e motivacionais, *software* educativo sobre a anatomia e fisiologia da mama e extração do leite, escalas de avaliação das mamadas, tendo-se salientado o vídeo/filmagem (Joventino et al., 2011), e o folheto informativo (Franco et al., 2019). Já Silva et al. (2016) verificaram na maioria dos estudos observados terem sido as tecnologias leves-duras, como o álbum seriado e a literatura de cordel, as mais utilizadas para a promoção e incentivo ao aleitamento materno. Por sua vez Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos (2017) verificaram que as tecnologias educacionais foram as mais desenvolvidas e utilizadas pelos profissionais da saúde, nomeadamente o aconselhamento e que o vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e os utentes são as tecnologias que proporcionam taxas mais elevadas de aleitamento materno.

## Conclusão

Os resultados permitiram apurar serem vários os materiais utilizados na promoção e incentivo ao aleitamento materno, nomeadamente folhetos, panfletos, cartões-postais, livretos, pósteres, vídeos e filmes informativos, Softwares e websites educativos, escalas de avaliação, literatura de cordel, manuais educativos, esclarecimento de dúvidas, mitos e tabus, o reforço e incentivo, álbuns seriados, CD-ROM, teatro, mensagens de texto ou videoconferência.

Verificou-se que cada material deve ser escolhido de acordo com o seu público e que as tecnologias duras são maioritariamente utilizadas na promoção do aleitamento materno seguidas das tecnologias duras-leves e leves.

**A**s tecnologias leves utilizadas na promoção do aleitamento materno revelaram-se serem mais direcionadas para os pais.

**A**s tecnologias duras, com a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos, como por exemplo, os folhetos, panfletos e pósteres informativos, ou ainda, vídeos informativos, conjugadas com as tecnologias leves-duras, por exemplo utilização de um manual educativo com instruções sobre a administração e o armazenamento do leite materno, bem como, esclarecimento de mitos que possam existir, poderão ser uma mais valia para capacitar os profissionais de Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir.

**R**elativamente à classificação das tecnologias por gerenciais, educacionais e assistenciais, considera-se que também a conjugação entre tecnologias gerenciais, através de manuais, rotinas, acolhimento e vínculo entre profissionais e pais, e tecnologias educacionais seria o ideal para a capacitação destes profissionais.

### **Referências bibliográficas**

Ezeonodo, A., Frandsen, A., Haggkvist, A., Haiek, L., Hannula, L., Hansen, M., Nyqvist, K. (2015). *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards*. Recuperado de [http://epilegothilasma.gr/wp-content/uploads/2017/04/Neo\\_BFHI\\_Core\\_document\\_2015\\_Edition.pdf](http://epilegothilasma.gr/wp-content/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf)

- Franco, M., Carvalho, J., Lira, D., Reis, E., Cirino, I. & Lima, L. (2019). Tecnologia educacional para empoderamento materno na autoeficácia em amamentar. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 13, e240857. doi: 10.5205/1981-8963.2019.240857
- Joventino, E., Dodt, R., Araujo, T., Cardoso, M., Silva, V. & Ximenes, L. (2011). Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno (revisão integrativa da literatura). *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(1), 176-184.
- Galvão, D. M. P. G., Silva, E. M. V. B., Apóstolo, J. M. A., Ferreira, M. P. S. & Alves, O. R. G. (2018). *Projeto – Promoção da Amamentação em Creches*. Recuperado [https://web.esenfc.pt/pav02/forumgeral/index.php?target=GestaoDocumentos&cd\\_forum=956&old\\_target=HOME&tab=docs](https://web.esenfc.pt/pav02/forumgeral/index.php?target=GestaoDocumentos&cd_forum=956&old_target=HOME&tab=docs)
- Galvão, D.M.P.G. Silva, E.M.V.B. & Apóstolo, J.M.A. (no prelo). Práticas de administração e de armazenamento do leite materno e condições estruturais e rotinas de acolhimento de Creches/Jardins de Infância públicas e privadas dos Concelhos de Coimbra e Viseu. In VII Congresso Internacional Ibero Americano de Enfermería - FUNCIDEN -, organizado pela FUNCIDEN, decorreria de 10 a 12 de junho de 2020, no Porto, Portugal. Evento diferido para 21, 22 e 23 de junho de 2021 devido à epidemia Covid-19. Aceite a 20-03-2020.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). 10 facts on breastfeeding. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

- Silva, A., Freitas, L., Maia, J., Granja, M., Dodt, R. & Chaves, E. (2016). Tecnologias em aleitamento materno: revisão integrativa (revisão integrativa da literatura). *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(3), 439-446.
- Silva, N., Pontes, C., Sousa, N. & Vasconcelos, M. (2017). Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno (revisão integrativa da literatura). Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Brasil.

# **CAPÍTULO 7**

## **PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O REGRESSO AO TRABALHO: MATERIAIS A UTILIZAR NOS MOMENTOS DE FORMAÇÃO**

**Ana Luísa Gomes Sarabando**

**Bárbara dos Santos Melo**

**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra -

### **Introdução**

**A** amamentação é a estratégia isolada mais forte na prevenção da mortalidade infantil, promoção da saúde física e mental da criança e da mulher que amamenta (Neto, Cardoso & Oliveira, 2015, como referido por Galvão, Silva, Apóstolo, Ferreira & Alves, 2018).

**O** leite materno é o melhor alimento para o bebé porque contém em si propriedades nutricionais essenciais ao crescimento e desenvolvimento nos seus primeiros meses de vida (Galvão, 2006, como referido por Galvão et al., 2018). Este alimento tem ainda a particularidade de ser facilmente digerido, se encontrar prontamente disponível estéril e à temperatura ideal (Galvão, 2006, como referido por Galvão et al., 2018), conter anticorpos fundamentais à prevenção de doenças frequentes na infância (Correia, 2009, como referido por Galvão et al., 2018) e ser completo, natural e sem custo

monetário associado (Levy & Bértolo, 2008, como referido por Galvão et al., 2018).

**D**e acordo com a OMS (2017), como referido por Galvão et al. (2018), a amamentação deve ser mantida de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e, a partir desta idade, deve ser iniciada a diversificação alimentar enquanto complemento do aleitamento materno até aos dois anos.

**P**ara Levy e Bértolo (2012), como referido por Galvão et al. (2018), em Portugal as estatísticas de incidência e prevalência do aleitamento materno evoluíram à semelhança dos restantes países europeus. Algumas razões subjacentes à baixa incidência e prevalência do aleitamento materno, descritas pelas autoras, foram a industrialização, os movimentos feministas e a massificação do trabalho feminino, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno (Galvão et al., 2018). Galvão (2006), como referido por Galvão et al. (2018), afirma que em Portugal a taxa de amamentação ao nascimento é elevada (superior a 95%), porém o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos com alguma frequência, pelo que a sua proteção, promoção e suporte constitui uma prioridade de saúde pública.

**P**ara a OMS (2017), como referido por Galvão et al. (2018), um dos dez factos atuais sobre a amamentação relaciona-se com a associação entre a amamentação e o trabalho. Uma significativa parte das mães, ao regressar ao trabalho, deixa de amamentar parcial ou completamente, e

ainda, os fatores descritos para o desmame precoce são a falta de tempo, de espaço para amamentar, para extrair e armazenar o leite (Galvão et al., 2018).

**D**este modo, a OMS (2017), como referido por Galvão et al. (2018), alerta para a necessidade de um espaço seguro, limpo e privado quer no local de trabalho, quer num local próximo no qual possam prolongar o período de amamentação, bem como creches no espaço laboral e instalações para extrair e armazenar leite materno. Considerar as creches na promoção e apoio ao aleitamento materno afigura-se um grande contributo na manutenção da amamentação de acordo com o preconizado pela OMS. Foi neste contexto que Galvão et al. (2018) organizaram o Projeto Promoção da Amamentação em Creches/Jardins de Infância nos concelhos de Coimbra e Viseu desenvolvido em três fases: diagnóstico, planeamento/implementação e avaliação.

**A** existência de Creches com ambiente e rotinas que favoreçam a amamentação são imprescindíveis para a sua manutenção (Galvão et al., 2018). No sentido de contribuir para a prática da amamentação, ações de educação em saúde através do diálogo, entre mães e profissionais, com auxílio de tecnologias, podem possibilitar a construção do conhecimento coletivo, desde que os saberes e a realidade desse público sejam respeitados, podendo dessa maneira, haver mudança de atitudes (Vasconcelos, Vasconcelos & Silva, 2015, como referido por Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos, 2019). Importa por isso o desenvolvimento de momentos de formação, que serão realizados na Fase de planeamento e implementação do

projeto, junto das mães que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir. Pretende-se, então, dar resposta à questão, que materiais utilizar nos momentos de formação das mães, que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir, sobre manutenção da amamentação após o regresso ao trabalho? Torna-se assim pertinente fazer pesquisa bibliográfica sobre materiais utilizados na promoção e incentivo ao aleitamento materno, definindo como objetivo para a presente revisão, identificar as tecnologias utilizadas no âmbito da promoção da saúde e os materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação das mães que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção.

## **Metodologia**

**R**ealizou-se pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2015 e 2020, nos portais *EBSCO*, *B-on* e *Google Scholar*, tendo-se vindo a utilizar 2 artigos obtidos na base de dados *MEDLINE* e 2 na *SCIELO*, procedendo-se assim, à realização de uma Revisão Narrativa da Literatura, entre maio e julho de 2020, de modo a dar resposta à questão “Que materiais utilizar nos momentos de formação das mães, que amamentam e que têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se está a intervir, sobre manutenção da amamentação após o regresso ao trabalho?” e aos objetivos: identificar as tecnologias utilizadas no âmbito da promoção da saúde e os materiais que devem ser utilizados nos momentos de formação das mães que amamentam e que

têm os filhos nas Creches/Jardins de Infância onde se desenvolve a intervenção.

## **Tecnologias de informação em saúde**

**C**ompreende-se tecnologia como um conjunto de saberes e fazeres relacionados a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho e constituem-se em instrumentos para realizar ações na produção da saúde (Nietsche, 2000, como referido por Joventino, Dodt, Araújo, Cardoso, Silva & Ximenes, 2011). A tecnologia está presente em todas as etapas do cuidado de enfermagem, sendo considerada ao mesmo tempo processo e produto (Joventino et al., 2011).

**O** uso de tecnologias de informação e comunicação para a saúde são chamadas de *eHealth* (World Health Organization, 2018, como referido por Guimarães et al., 2018). As tecnologias *mHealth* (*mobile health*), que estão contempladas no conjunto das tecnologias *eHealth*, consistem nas práticas de saúde que são amparadas por dispositivos portáteis como *smartphones*, *tablets*, aparelhos de monitorização de doentes, assistentes pessoais digitais, e outros aparelhos sem fio (WHO Global Observatory for eHealth, 2011, como referido por Guimarães et al., 2018).

**N**a área da saúde, a utilização de aplicações para *tablets* e *smartphones* (aplicações móveis ou *apps*) permite a realização de atendimento e de cuidado com avaliação e resposta imediatas, favorecendo assim uma assistência mais efetiva (Middelweerd, Mollee, van der Wal, Brug & Te Velde, 2014, como referido por Guimarães et al., 2018).

**A**s aplicações desenvolvidas para a área da saúde podem ser encontradas de acordo com as necessidades específicas de cada utilizador (Reyes, Qin & Brown, 2018, como referido por Guimarães et al., 2018), e podem ser úteis para promover a melhoria da qualidade de vida e da adesão ao tratamento, bem como facilitar a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente (Ferguson & Jackson, 2017, como referido por Guimarães et al., 2018). No entanto, a falta de acurácia referente à qualidade das aplicações pode gerar inseguranças tanto para os profissionais quanto para os pacientes, pois pode expor o utilizador a diversos riscos a partir da veiculação de informações incorretas e/ ou ultrapassadas (Santo, Richtering, Chalmers, Thiagalingam, Chow & Redfern, 2016; Taki, Campbell, Russell, Elliott, Laws & Dennis-Wilson, 2015, como referido por Guimarães et al., 2018).

**E**xistem várias abordagens, relativas às tecnologias, referidas por diferentes autores.

**O**s tipos de tecnologia dos quais os profissionais podem valer-se são: tecnologia dura, quando se utiliza instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura, quando se lança mão de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e tecnologias leves, nas quais se visualiza claramente que a implementação do cuidado requer o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento) (Merhy, 2002, como referido por Joventino et al., 2011). No que concerne às tecnologias duras existem várias estratégias, nomeadamente o vídeo/filmagem,

folhetos e livretos, *software* e uso de escalas. No que diz respeito às tecnologias leves, as principais estratégias abordadas pelos autores foram o aconselhamento e o estabelecimento de contacto pele a pele entre mãe-bebê, debruçando-se especialmente sobre a questão da amamentação precoce.

**R**elativamente às tecnologias leves-duras, as estratégias apontadas são o álbum seriado, manual educativo, teleamamentação, CD-ROM, videoconferência e literatura de cordel.

**P**or outro lado, os pesquisadores da saúde classificam as tecnologias em: gerenciais que são um conjunto de ações teórico-práticas para administrar as ações e serviços de saúde, cujo objetivo é intervir nas práticas profissionais com a finalidade de melhorar a sua qualidade (manuais, rotinas institucionais, acolhimento e vínculo); educacionais que são um conjunto sistemático de conhecimento científico que permite planejar, executar, controlar e acompanhar o processo educacional formal ou informal, e, assim, favorecer a construção e reconstrução do conhecimento (cartilhas, folhetos, vídeos); tecnologias assistenciais que são um conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais, o qual possibilita a promoção da qualidade da assistência à saúde ao cliente (teorias e escalas) (Nietsche, Teixeira & Medeiros, 2014; Nietsche, Backes, Colomé, Ceratti & Ferraz, 2005; Rossi & Lima, 2005; Joventino et al., 2011, como referido por Silva et al., 2019).

## **Tecnologias de informação e promoção da amamentação**

O trabalho formal da mulher mãe tem sido apresentado como umas das causas do desmame precoce (Queluz, Pereira, Santos, Leite & Ricco, 2012, como referido por Silva et al., 2019), contudo o apoio e o aconselhamento no ambiente laboral, mediante atividades teóricas e práticas em aleitamento materno podem contribuir para a manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança (Silva et al., 2019).

No âmbito da saúde, o partilhar de experiências, entre os profissionais e os pais, pode ser promovido em grupos de apoio, por meio do acolhimento e aconselhamento, a fim de reforçar a competência parental e estreitamento dos vínculos entre pais e filhos recém-nascidos em favor do aleitamento materno (Linhares, Pontes & Osório, 2013; Vasconcelos, Leite & Scochi, 2006, como referido por Silva et al., 2019). O apoio e a educação em saúde sobre amamentação quando desenvolvidos em conjunto com a tecnologia de aconselhamento individual e em grupo pode ter impacto no aumento das taxas de amamentação exclusiva (Haroon, Das, Salam, Imdad & Bhutta, 2013, como referido por Silva et al., 2019). A promoção do aleitamento materno envolve ações educativas, bem como suporte prático e apoio no decorrer do processo (Guimarães et al., 2018).

As tecnologias são ferramentas/ ações que podem trazer contribuições para a promoção do aleitamento, entre elas: ampliação do acesso a informações sobre saúde (Vasconcellos-Silva & Castiel, 2009; Vasconcelos, Góes,

Fonseca, Ribeiro & Scochi, 2013, como referido por Silva et al., 2019), apoio às mães nas questões relativas ao aleitamento materno (Vasconcelos et al., 2013, como referido por Silva et al., 2019) e aumento das taxas e do tempo de duração do aleitamento materno (Flax, Negerie, Ibrahim, Leatherman, Daza & Bentley, 2014, como referido por Silva et al., 2019).

**S**abe-se que o uso de filmagens ou vídeos contribui para o aumento dos comportamentos desejados, facilita a aquisição de conhecimento, reduz a ansiedade do espectador e melhora o autocuidado (Krouse, 2001, como referido por Joventino et al., 2011). Assim, no contexto do aleitamento materno, o enfermeiro deve tornar-se mais ativo na produção, uso e avaliação do ensino valendo-se de tal abordagem (Joventino et al., 2011). Pinelli, Atkinson & Saigal, 2001, citados por Joventino et al., (2011) aconselham por isso enfatizar os vídeos direcionados às mães, visto que a principal razão para a interrupção da amamentação trata-se de problemas sentidos pelas mesmas.

**J**oventino et al. (2011) citando McKellar, Pincombe & Henderson (2009) refere ainda que o uso de instrumentos como folhetos ou livretos, apenas se tornam eficazes se houver a presença de um profissional de saúde que facilite a discussão.

**O** enfermeiro, na condição de educador, torna-se indispensável por ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir na procura da adoção de hábitos saudáveis (Costa,

Monteiro, Vieira, Barroso & 2004, como referido por Joventino et al., 2011).

**O** aleitamento materno por se tratar de um fenómeno psicossomático requer um conjunto de habilidades e atitudes empáticas, este processo chamado aconselhamento deve incluir escuta ativa (ouvir primeiro, observar, avaliar o conhecimento ou informações que a mulher e o seu parceiro possuem); linguagem corporal (usar contacto visual sem barreiras, demonstrar respeito, paciência em ouvir, aconselhar num ambiente privado); atenção e empatia (levar em conta os anseios e sentimentos do casal e responder às questões sem fazer julgamentos) (Carvalho & Tamez, 2005, como referido por Joventino et al., 2011).

**A** literatura de cordel é uma forma de comunicação que retrata a cultura, o quotidiano, a realidade do povo e as suas peculiaridades, podendo abordar qualquer assunto (Silva et al., 2016). Esta apresenta uma linguagem acessível, onde se procura aliar o conhecimento científico aos saberes populares, com a elaboração da forma escrita e da forma cantarolada, tornando a tecnologia atrativa para o público alvo (Silva et al., 2016). Esta tecnologia deve ser adaptada aos costumes e realidades de cada localidade (Silva et al., 2016).

**A** literatura de cordel com enfoque na amamentação, segundo um estudo realizado, mostrou a necessidade de elucidação de termos confusos e não apropriados e acréscimo de informações importantes para facilitar o entendimento (Silva et al., 2016).

**O**s manuais educativos são utilizados como estratégia de educação em saúde, devem ser fundamentados em termos científicos, e conterem propostas de atividades para recuperar e desenvolver aptidões físicas, mentais e sociais (Gozzo, Lopes, Prado, Cruz & Almeida, 2012, como referido por Silva et al., 2016), uniformizando as orientações para facilitar o trabalho da equipa multidisciplinar com vista ao cuidado em saúde (Echer, 2005, como referido por Silva et al., 2016).

**O** manual educativo utilizado tanto no período pré-natal e pós-natal facilita a prática da amamentação (Silva et al., 2016). Ao utilizar uma linguagem clara com ilustrações simples e compreensivas sobre aleitamento materno, desperta a atenção, dinamiza as ações e orientações de educação em saúde (Oliveira, Fernandes & Sawada, 2008, como referido por Silva et al., 2016).

**O** álbum seriado é uma ferramenta utilizada nas unidades de saúde para a promoção em saúde e consiste em ilustrações e textos (Silva et al., 2016). Quando utilizado na unidade de saúde hospitalar logo após o parto, favorece a autoeficácia materna, sobretudo entre as puérperas de 20 a 29 anos, casadas ou que vivem em união consensual e que se encontram empregadas (Silva et al., 2016).

**A** tecnologia da videoconferência também pode oferecer orientações sobre aleitamento materno às mães na sua própria residência, embora alguns problemas tenham sido identificados como baixa qualidade da conexão à *Internet*, som e imagens e variação dos tipos de

computadores (Lindberg, Christensson & Ohrling, 2009, como referido por Silva et al., 2016).

**A** videoconferência é uma tecnologia inovadora que aumenta a acessibilidade ao serviço de saúde (Silva et al., 2016). Esta pode ser utilizada em tempo real, ligando consultores em lactação às mães que amamentam no seu próprio domicílio (Silva et al., 2016). Algumas limitações com a transmissão da tecnologia, como o áudio e vídeo podem comprometer o aleitamento materno e levar ao desmame precoce (Silva et al., 2016).

**N**o que concerne às tecnologias gerenciais, a utilização das tecnologias referentes às relações sociais presentes nos processos gerenciais, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização, podem intervir na produção do cuidado (Merhy, 2007, como referido por Silva et al., 2019). Essas tecnologias são provenientes das relações humanas com intuito de satisfazer as necessidades dos utentes e valorizar os envolvidos (trabalhador e utente de saúde) com vista ao fortalecimento da concretização do cuidado (Rossi & Lima, 2005, como referido por Silva et al., 2019).

**O** vínculo como tecnologia, deve ser promovido não apenas entre o utente e o profissional de saúde, mas entre a mãe e o seu filho para solidificar a competência parental (Junior & Martinez, 2007, como referido por Silva et al., 2019).

**C**onstatou-se que o vínculo entre o profissional e o utente e o aconselhamento sobre amamentação são

tecnologias que quando aplicadas proporcionam maiores taxas de aleitamento materno (Silva et al., 2019). No entanto, ressalta-se que essas tecnologias, em grande parte, foram desenvolvidas em associação com outras tecnologias através de estudos não experimentais, por isso não se pode afirmar a mais eficaz na promoção da amamentação (Silva et al., 2019).

**A**s tecnologias educacionais foram as mais utilizadas e desenvolvidas pelos profissionais de saúde, nomeadamente aconselhamentos, computador interativo, *website*, CD-ROM, mensagens de texto no telemóvel, teatro-fórum, filme, vídeos, literatura de cordel, álbum seriado, jornal e folheto.

**E**ntre as tecnologias educacionais ressalta-se que as tecnologias da informação e comunicação (TIC) são recursos promissores e têm sido largamente desenvolvidas e aplicadas na área da saúde, como a mensagem de texto no telemóvel (Jiang, Li, Wen, Hu, Yang, He, Baur, Dibley & Qian, 2014, como referido por Silva et al., 2019), o computador interativo (Edwards, Bickmore, Jenkins, Foley & Manjourides, 2013, como referido por Silva et al., 2019), o *website* (Hannula, Kaunonen & Puukka, 2014; Corrêa, Pauleto, Ferrari & Berretin-Felix, 2013, como referido por Silva et al., 2019) e o CD-ROM (Labarère, Gelbert-Baudino, Laborde, Arragain, Schelstraete & François, 2011, como referido por Silva et al., 2019). Essas tecnologias trazem contribuições positivas à promoção do aleitamento materno e estão relacionadas ao aumento das suas taxas (Hannula et al., 2014; Jiang et al., 2014, como referido por Silva et al., 2019) e à redução da introdução de outros alimentos na dieta do bebé, antes do

sexto mês de vida (Jiang et al., 2014, como referido por Silva et al., 2019).

As tecnologias educativas também podem ser lúdicas, como o teatro-fórum (Whelan & Kearney, 2010, como referido por Silva et al., 2019), o filme (Kronborg, Maimburg & Væth, 2012, como referido por Silva et al., 2019), o vídeo (Pannu, Giglia, Binns, Scott & Oddy, 2011; Lin, Kuo, Lin & Chang, 2008, como referido por Silva et al., 2019) e a literatura de cordel (Oliveira & Pagliuca, 2013, como referido por Silva et al., 2019). Evidências científicas de estudos experimentais comprovam a eficácia do uso de atividades lúdicas para promoção da saúde, estimulando a compreensão de determinados assuntos de forma prazerosa e reflexiva (Coscrato, Pina & Mello, 2010, como referido por Silva et al., 2019). Contudo, entre as tecnologias lúdicas identificadas, apenas o vídeo (Pannu et al., 2011, como referido por Silva et al., 2019), esteve associado ao aumento da taxa de aleitamento materno, enquanto o teatro-fórum (Whelan & Kearney, 2010, como referido por Silva et al., 2019), proporcionou a discussão de aspetos da sua prática.

Um cordel validado sobre amamentação, para as pessoas com deficiências visuais, disponibilizado em duas modalidades, áudio e impresso, além de reforçar a importância do vínculo entre mãe e filho durante o aleitamento materno, esclarece mitos e tabus sobre essa prática (Oliveira & Pagliuca, 2013, como referido por Silva et al., 2019).

Algumas tecnologias educativas desenvolvidas no formato impresso, álbum seriado (Rodrigues, Nascimento,

Dotd, Oriá & Ximenes, 2013, como referido por Silva et al., 2019), jornal (Hauck, Hall & Jones, 2007, como referido por Silva et al., 2019) e folheto (Pannu et al., 2011; Lin et al., 2008, como referido por Silva et al., 2019), são relevantes por potencializarem a aquisição de informações, visto que há uma carência de cuidados básicos de saúde entre os utilizadores (Oliveira et al., 2008, como referido por Silva et al., 2019). A informação nesse formato está centrada na linguagem escrita e visual, aspetos importantes a serem avaliados após o desenvolvimento das tecnologias, pois o conteúdo e as ilustrações devem ser claros e de fácil compreensão, características fundamentais das tecnologias educacionais (Rodrigues et al., 2013, como referido por Silva et al., 2019).

Os folhetos (Pannu et al., 2011; Lin et al., 2008, como referido por Silva et al., 2019), quando aplicados com outras tecnologias, vídeo e aconselhamento, contribuíram no aumento das taxas da prática do aleitamento materno (Silva et al., 2019).

As tecnologias em saúde também empregam elementos centrados em saberes estruturados no processo de trabalho (Merhy, 2007, como referido por Silva et al., 2019), como as tecnologias assistenciais, provenientes de investigações, aplicações de teorias e experiências profissionais (Nietsche, Backes, Colomé, Ceratti & Ferraz, 2005, como referido por Silva et al., 2019). Aqui incluem-se a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form* (BSES-SF), método LATCH (*Latches, Audible, Type, Comfort, Help*), *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS), escala de atitudes,

teoria do comportamento planejado e o modelo teórico comportamental BASNEF.

**A** BSES-SF, conhecida como escala de autoeficácia para a amamentação, baseia-se nos pressupostos da teoria de autoeficácia de Bandura de 1977 (Silva et al., 2019). Essa teoria identifica o que as pessoas pensam, sentem e como são motivadas diante de situações que necessitam de persistência para enfrentar uma experiência negativa (Rodrigues et al., 2013, como referido por Silva et al., 2019). Nesse sentido, o aumento da prevalência do aleitamento materno foi associado à autoeficácia, o que reforça a ideia de que a motivação interfere na prática da amamentação (Silva et al., 2019).

**A** OMS incentiva o uso de tecnologias móveis na área da saúde como uma ferramenta para o alcance dos objetivos na assistência à saúde, uma vez que estas tecnologias têm potencial para provocar modificações na forma de cuidar, além de serem de baixo custo, e de fácil acesso, especialmente na assistência à saúde materno-infantil (WHO Global Observatory for eHealth, 2011; Ferguson & Jackson, 2017, como referido por Guimarães et al., 2018).

**E**studos que avaliam a qualidade de aplicativos existentes apontam para a baixa qualidade ou informações fornecidas de forma inadequada, o que mostra a necessidade de maior rigor na construção destas ferramentas, bem como que estejam acessíveis às famílias e profissionais (Taki et al., 2015, como referido por Guimarães et al., 2018).

**N**um estudo em que foram analisadas as características e o conteúdo de 12 aplicações móveis sobre aleitamento materno disponíveis em língua portuguesa (Guimarães et al., 2018), verificou-se que nenhuma das aplicações sobre aleitamento materno foi construída como ferramenta para profissionais de saúde, apesar do seu uso na prática profissional ser amplamente incentivado pela OMS (WHO Global Observatory for eHealth, 2011, como referido por Guimarães et al., 2018).

**A** assistência oferecida pelo profissional de saúde à mulher no pós-parto e amamentação torna-se mais eficaz se o profissional apresentar atitudes positivas e habilidades necessárias para esta prática, e as tecnologias móveis permitem a aprendizagem em qualquer lugar, a qualquer hora, aumentando a qualidade da assistência prestada (Asiodu, Waters, Dailey & Lyndon, 2017, como referido por Guimarães et al., 2018).

**A**ssim, é importante destacar que, quando as mães e os pais procuram informações sobre a amamentação na *Internet* e nas redes sociais, estão também à procura de suporte e ajuda prática (Wolynn, 2012, como referido por Guimarães et al., 2018).

## **Conclusão**

**A**tualmente verifica-se que muitas mães interrompem o aleitamento materno, seja de forma parcial ou total ao regressar ao trabalho, o que provocará repercussões futuras na criança, havendo necessidade de

formação destas mães, por parte dos profissionais de saúde, quanto às consequências do abandono do aleitamento materno, face ao retorno ao trabalho e à entrada na creche. Posto isto, através da realização do presente estudo visamos procurar quais os materiais disponíveis que facilitem a formação das mães com crianças em Creches/Jardins de Infância, a fim de evitar o desmame precoce das mesmas.

**A**s tecnologias são ferramentas que se encontram presentes em todas as fases do cuidado de enfermagem, desde o seu planeamento até à avaliação das intervenções aplicadas, encontrando-se divididas em tecnologias dura, leve-dura e leve. Atualmente, as mães têm cada vez mais acesso à *Internet*, onde tendem a procurar informação sobre diversos temas, tal como acontece com a saúde e com a amamentação. O desenvolvimento e crescimento de aplicações móveis relativas à presente temática podem facilitar a comunicação com o profissional de saúde, contudo muitas vezes o seu conteúdo não se encontra validado, induzindo em erro as mães.

**D**esta forma, a fim de providenciar informação e formação relativa à amamentação e ao aleitamento materno, verificamos que o uso de tecnologias duras, tais como vídeos, auxiliam as mulheres a identificar as suas necessidades, gerando comportamentos de autoeficácia materna na amamentação. Já as tecnologias leves, providenciadas através de aconselhamento, como a escuta ativa, a linguagem corporal e a empatia, bem como, o contacto pele a pele entre a mãe e o bebé, facilitam a manutenção da amamentação.

No que concerne às tecnologias leve-duras, é possível constatar, de acordo com a presente revisão, que as mesmas podem ser aplicadas através de álbuns seriados, manuais descritivos, CD-ROM, videoconferência, e ainda, literatura de cordel, das quais salientamos o manual descritivo, com termos científicos fundamentados, assim como, o álbum seriado composto por textos e ilustrações claras que favorecem a autoeficácia da mulher.

Relativamente à videoconferência, esta tem como finalidade promover orientações relativas ao aleitamento materno, estando a mulher na própria residência, o que aumenta a acessibilidade a serviços de saúde, por parte das mulheres, sobre o aleitamento materno.

Na presente revisão, verificámos ainda que as tecnologias podem ser definidas como gerenciais, educacionais e assistenciais. No caso das gerenciais, as mesmas são relativas ao acolhimento, vínculo e autonomia, tendo por base as relações humanas para satisfazer as necessidades dos utentes, através da promoção do vínculo entre a mãe e o bebé, favorecendo a competência parental.

No que concerne às tecnologias educacionais, estas são por norma as mais utilizadas pelos profissionais de saúde, de onde se salienta o aconselhamento, o uso de *websites*, o CD-ROM, as mensagens de texto, os filmes e vídeos, e ainda, o álbum, jornal e folheto, das quais damos especial enfoque ao apoio e aconselhamento no local de trabalho da mulher. Foi ainda possível verificar que habitualmente, o uso do folheto ocorre em simultâneo com outras tecnologias, potenciando o aumento das taxas de aleitamento materno.

**P**or último, as tecnologias assistenciais são relativas à investigação e aplicação de teorias, bem como da experiência dos próprios profissionais, através do uso e aplicação de escalas e modelos, podendo ser relativos à autoeficácia da mãe na amamentação.

**D**este modo, concluímos que foi possível dar resposta à questão inicialmente colocada na presente revisão, bem como, aos objetivos, identificando quais as tecnologias utilizadas no âmbito da promoção da saúde e os materiais a utilizar nos momentos de formação para mães que amamentam e cujos filhos se encontram nas creches onde decorre a respetiva intervenção, dos quais salientamos o uso de vídeos, folhetos, álbuns seriados e videoconferência, assim como, o acolhimento e vínculo, uma vez que demonstraram resultados positivos e melhorias significativas na manutenção do aleitamento materno, havendo necessidade de maior rigor relativamente à produção e uso destas tecnologias, com termos adequados e linguagem clara.

## **Referências bibliográficas**

- Galvão, D. M. P. G., Silva, E. M. V. B., Apóstolo, J. M. A., Ferreira, M. P. S. & Alves, O. R. G. (2018). *Projeto – Promoção da Amamentação em Creches*. Recuperado [https://web.esenfc.pt/pav02/forumgeral/index.php?target=GestaoDocumentos&cd\\_forum=956&oldtarget=HOME&tab=docs](https://web.esenfc.pt/pav02/forumgeral/index.php?target=GestaoDocumentos&cd_forum=956&oldtarget=HOME&tab=docs)
- Guimarães, C. M. S., Imanura, M. E., Richter, S. & Monteiro, J. C. S. (2018). Amamentação e tecnologias mHealth:

- análise dos aplicativos móveis para tablets e smartphones. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20, 1-11. doi: 10.5216/ree.v20.48578
- Joventino, E. S., Dodt, R. C. M., Araujo, T. L., Cardoso, M. V. L. M. L., Silva, V. M. & Ximenes, L.B. (2011). Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 176-184. doi: 10.1590/S1983-14472011000100023
- Silva, A. C., Freitas, L. M. C., Maia, J. A. F., Granja, M. M. F., Dodt, R. C. M. & Chaves, E. D. M. (2016). Tecnologias em aleitamento materno: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(3), 439-446. doi: 10.5020/18061230.2016.p439
- Silva, N. V. N., Pontes, C. M., Sousa, N. F. C. & Vasconcelos, M. G. L. (2019). Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 24(2), 589-602. doi: 10.1590/1413-81232018242.03022017



# **CAPÍTULO 8**

## **CRECHES E JARDINS DE INFÂNCIA: A SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO JUNTO DAS CRIANÇAS**

**Beatriz Pereira Neto Martins Carneiro**  
**Joana Inês dos Santos Lourenço**  
**Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra –

### **Introdução**

**O** brincar é uma das tarefas da infância com maior responsabilidade no desenvolvimento cognitivo, emocional, social e motor, e a brincadeira é a forma privilegiada de educar as crianças. As crianças não brincam sempre da mesma maneira e não utilizam sempre os mesmos brinquedos, mas todas as crianças brincam. Através do brincar a criança desenvolve e vai construindo os próprios valores, adquire conhecimentos e inicia a preparação para atividades que serão desenvolvidas quando adultas.

**B**rinçar é um direito de todas as crianças e a forma como as crianças brincam poderá influenciar as suas decisões na vida adulta (Galvão & Silva, 2011). A tomada de decisão de amamentar depende de múltiplos fatores. Assim, o brincar a amamentar em creches e jardins de infância visa a promoção da amamentação e que a criança desde a idade pré-escolar

adquirir conhecimentos sobre amamentação e os seus benefícios. Torna-se, assim, fundamental a criação de um espaço que permita à criança contactar com o “mundo” da amamentação como algo natural e próprio do ser humano.

**D**esta forma, tem-se como objetivo refletir sobre o Brincar em Creches e Jardins de Infância e a Promoção da Amamentação e responder à questão: Como podem as creches/jardins de infância contribuir para a promoção da amamentação junto das crianças? e finalidade chamar à atenção para a importância das vivências diárias das crianças nas creches para a construção de valores, atitudes e práticas que virá a adotar no futuro.

## **Metodologia**

**R**ealizou-se pesquisa bibliográfica da literatura do tipo narrativo, de maio a julho de 2020, com o objetivo de refletir sobre o Brincar em Creches e Jardins de Infância e a Promoção da Amamentação. Desenvolveu-se pesquisa de artigos, publicados entre 2015 e 2020, recorrendo-se à plataforma de pesquisa EBSCO® selecionando as bases de dados *Academic Search Complete*®, *CINAHL Complete*®, *MedicLatina*®, [\*Psychology and Behavioral Sciences Collection\*](#)®, *MEDLINE Complete*® e [\*Academic Search Complete\*](#)®, no *Google Académico* e em documentos oficiais disponíveis nas páginas eletrónicas de organismos nacionais e internacionais importantes para o tema em estudo.

## Creches e jardins-de-infância

**S**egundo a Unicef (2019), o acesso à educação é um direito de todas as crianças, especificando-se que essa educação tem como base uma igualdade de oportunidades (art.º 28 e 29).

**É** sabido que a educação na infância tem um papel importante na promoção de uma maior igualdade de oportunidades relativamente às condições de vida e aprendizagens futura (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**A**s creches/jardins-de-infância são locais onde permanecem crianças com idades entre os 0 e os 6 anos de idade.

**P**ara o Ministério da Educação (2000) creche constitui uma resposta social de âmbito socioeducativo que se destina a crianças dos 3 meses aos 3 anos. Proporciona às crianças, durante o período diário de trabalho dos pais, as condições adequadas ao desenvolvimento harmonioso e global e coopera com as famílias em todo o seu processo educativo.

**E**m Portugal são as portarias n.º 262/2011, de 31 de agosto, e n.º 411/2012, de 14 de dezembro, que estabelecem as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento das creches. Nestas portarias pode ler-se que se considera que a creche é um equipamento de natureza socioeducativa, vocacionado para o apoio à família e à criança, destinado a acolher crianças até aos 3 anos de idade,

durante o período correspondente ao impedimento dos pais ou de quem exerça as responsabilidades parentais. As creches assumem um papel determinante para a efectiva conciliação entre a vida familiar e profissional das famílias, proporcionando à criança um espaço de socialização e de desenvolvimento integral, com base num projecto pedagógico adequado à sua idade e potenciador do seu desenvolvimento, no respeito pela sua singularidade.

**A**s creches familiares são respostas sociais que exercem atividade no âmbito institucional, destinada ao cuidado de crianças até aos três anos de idade, por tempo correspondente ao período de trabalho ou impedimento dos pais ou de quem exerce as responsabilidades parentais. Têm como principais objetivos: proporcionar à criança um ambiente seguro e familiar; fornecer condições adequadas à criança de forma a promover um desenvolvimento integral, num ambiente de segurança física e afetiva; promover cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar (*European Commission*, 2019). De acordo com a portaria n.º262/2011 de 31 de agosto, as creches prestam um conjunto de atividades e serviços, de entre estes, encontram-se: os cuidados adequados à satisfação das necessidades da criança; a nutrição e alimentação adequada à idade da criança, sem prejuízo de dietas especiais em caso de prescrição médica; cuidados de higiene pessoal; atendimento individualizado, de acordo com as capacidades e competências das crianças; atividades pedagógicas, lúdicas e de motricidade, em função da idade e necessidades específicas das crianças; disponibilizando informação à família, sobre o funcionamento da creche e do desenvolvimento da criança.

Segundo Silva, Marques, Mata e Rosa (2016):

Estabelece-se, tradicionalmente, uma diferença entre a fase de creche e a de jardim de infância, que, sendo também adotada na legislação, justifica propostas específicas para estas duas fases. Considera-se, no entanto, que há uma unidade em toda a pedagogia para a infância e que o trabalho profissional com crianças em idade de creche e de jardim de infância tem fundamentos comuns, devendo ser orientado pelos mesmos princípios educativos. (p.8).

A educação pré-escolar, em Portugal, abrange as crianças dos três anos até ao ingresso na escolaridade obrigatória (6 anos). A rede nacional de Educação Pré-escolar é constituída pela rede pública e pela rede privada.

Os jardins-de-infância da rede pública integram os agrupamentos de escolas juntamente com as escolas do 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário (*European Commission, 2019*). Tendo em conta o decreto-lei nº5/1997 de 10 de fevereiro, os principais objetivos da educação no pré-escolar são: promover o desenvolvimento pessoal e social da criança; inserir a criança em diversos grupos sociais; contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para uma aprendizagem de sucesso; estimular o desenvolvimento, respeitando as características individuais da criança; desenvolver a expressão e a comunicação através da utilização de linguagens múltiplas como meios de relação, de informação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo; despertar a curiosidade e o pensamento crítico; proporcionar condições

de bem-estar e de segurança, designadamente no âmbito da saúde individual e colectiva; proceder à despistagem de inadaptações e deficiências, promovendo orientação e encaminhamento; incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade.

## **O brincar na criança**

**S**egundo Silva, Marques, Mata e Rosa (2016), o brincar é:

**U**ma atividade espontânea da criança, que corresponde a um interesse intrínseco e se caracteriza pelo prazer, liberdade de ação, imaginação e exploração. O termo brincar é característico da língua portuguesa, não sendo certo que a sua origem provenha do latim *vinculum* (laço) ou do germânico *blinkan* (brilhar). O conceito de “brincar” tem sido usado como sinónimo de jogar, ou de atividade lúdica, utilizando-se, por vezes, a expressão “jogo livre” para indicar a sua especificidade. (p. 105).

**B**rinçar é visto como um meio privilegiado de aprendizagem que leva ao desenvolvimento de competências transversais a todas as áreas do desenvolvimento e aprendizagem (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**O** brincar é uma linguagem universal das crianças e exige equipamento mínimo ou nenhum. É considerado uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva de relacionamento. Algumas informações

sobre a evolução do desenvolvimento físico, intelectual e social podem ser recolhidas pela equipa de enfermagem a partir da forma e da complexidade dos comportamentos lúdicos da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

**S**egundo Brazelton e Greenspan (2002), as crianças precisam de tempo para brincar. Estas brincadeiras, vão-lhes proporcionar processos de pensamento e socialização. Precisam de ocasiões não estruturadas para explorarem e brincarem com os amigos, irmãos ou pais, além de algum tempo sozinhas, sem supervisão dos adultos.

**D**os 12 aos 36 meses, a brincadeira solitária evolui para paralela (as crianças brincam lado a lado, mas não com outras crianças) e apesar da brincadeira sensório - motora ainda ser proeminente, há bem menos ênfase no uso exclusivo da modalidade sensorial. Nesta faixa etária uma das características da brincadeira é a imitação, esta, enriquece a oportunidade das crianças de entrarem no mundo da fantasia (Hockenberry & Wilson 2014).

**D**e acordo com Hockenberry e Wilson (2014), o brinquedo mais educativo é aquele que proporciona a interação de um adulto com a criança numa brincadeira mútua. Esta promove o desenvolvimento desde o nascimento até aos anos escolares e fornece oportunidades únicas para a aprendizagem. Através da brincadeira mútua, os cuidadores podem fornecer experiências táteis e cinestésicas, maximizar habilidades verbais e linguísticas, elogiar e encorajar a explorar o mundo (Hockenberry & Wilson, 2014).

**A**s crianças dos 3 aos 5 anos preferem brincadeiras imitativas e imaginativas, como por exemplo, vestir roupas, bonecas, brinquedos que imitam as utilidades domésticas. No final da fase pré-escolar, as crianças trocam a atividade de imitação uma vez que preferem realizar a atividade real, como cozinhar ou executar trabalhos de carpintaria (Hockenberry & Wilson, 2014).

**E**m algumas brincadeiras poderão ser utilizados brinquedos, estes são pequenas réplicas das ferramentas da sua cultura, ajudam as crianças a assimilá-la e aprender sobre os seus papéis ocupacionais e de género. Podem ser utilizados das mais diversas formas, as matérias primas ou brinquedos multidimensionais são os melhores para desenvolver competências e estimular a criatividade (Hockenberry & Wilson, 2014).

**T**oda a brincadeira requer espaço que permita que esta aconteça. A organização do espaço dá a possibilidade à criança de realizar escolhas livres, por forma a utilizar os materiais de diferentes maneiras, que por vezes são imprevisíveis, criativas e cada vez mais complexas. A progressão do desenvolvimento e da aprendizagem das crianças, ao longo dos anos, levará à introdução de novos espaços e materiais, que são cada vez mais desafiadores e correspondem aos interesses que vão sendo manifestados. A escolha dos materiais deverá atender aos critérios de qualidade e de variedade, baseados na funcionalidade, versatilidade, durabilidade, segurança e valor estético (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**E**m Portugal segundo a portaria n.º 195/1977, de 25 de agosto, as creches têm uma sala de atividades que se destina ao desenvolvimento de atividades educativas a realizar pelas crianças individualmente ou em grupo. Cada sala deve organizar-se por forma a dar resposta ao desenvolvimento e aprendizagem de um determinado grupo de crianças. É importante que o/a educador/a reflita sobre as oportunidades educativas que o ambiente oferece, isto é, que planeie intencionalmente essa organização e avalie o modo que esta pode contribuir para a educação das crianças, introduzindo os ajustamentos e correções necessários (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**A**pesar da existência de salas, os autores Cruz e Santos (2016), relatam a utilização de “cantinhos” com brinquedos e materiais diversos, como por exemplo, fantasias ou objetos que reproduzem a casa, para que, seja possível organizar brincadeiras dentro da sala de aula e que não seja necessário deslocá-las para outros espaços da escola.

**C**ontudo, o/a educador/a deve apoiar e estimular o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, tirando partido do meio social alargado e das interações que os contextos de educação de infância possibilitam, de modo a que as escolhas, opiniões e perspetivas de cada criança sejam explicitadas e debatidas. Assim sendo, cada criança aprende a defender as suas ideias, a respeitar as ideias dos outros e simultaneamente, contribuir para o desenvolvimento e aprendizagem de todos (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016). As crianças vão percebendo o mundo que as rodeia

quando brincam, interagem e exploram os espaços, objetos e materiais. Alguns conteúdos relativos à biologia (conhecimento dos órgãos do corpo, dos animais, do seu *habitat* e costumes, de plantas) e ainda à física e à química (luz, ar, água) podem originar experiências a realizar por crianças em idade pré-escolar, permitindo a compreensão de um conjunto de saberes nesta área. Alguns destes conhecimentos articulam-se diretamente com questões ligadas à saúde e segurança (práticas de segurança rodoviária, de higiene corporal, de alimentação, de exercício físico) que conduzem a uma sensibilização das crianças para os cuidados com a saúde e com o corpo e para a prevenção de acidentes (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**A** criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas, estes devem ser orientados para os mesmos objectivos da educação (Declaração dos Direitos da Criança, 1959).

**S**alienta-se que o brincar se torna importante para todas as crianças devido a estimulação do seu desenvolvimento e da sua aprendizagem, de forma a promover o sentido de segurança, de autoestima e também da consciência de si (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**O** desenvolvimento e aprendizagem da criança assumem uma configuração holística, em que as dimensões cognitivas, sociais, culturais, físicas e emocionais que se interligam e atuam em conjunto. (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016).

**S**egundo Piaget (1971), existem três conjuntos de atividades lúdicas que caracterizam as brincadeiras infantis e acompanham as diferentes etapas do desenvolvimento da criança, estes chamam-se jogos de exercício, jogos simbólicos e jogos de regras. Os primeiros jogos surgem na fase de desenvolvimento pré-verbal e servem para praticar ações e movimentos, apenas pelo prazer; os segundos já necessitam de imaginação por parte da criança para ocorrerem representação: de papéis e/ou de objetos ausentes e através deles realizar desejos ou resolver conflitos internos; os terceiros envolvem uma regulação e estão relacionados com as relações sociais. Além disso Piaget, define que o jogo pode ser “como o conjunto de atividades às quais o organismo se entrega, principalmente pelo prazer da própria atividade”. Também defendeu que o brincar promove a assimilação, permitindo a consolidação de aprendizagens realizadas (Piaget, 1971 como referido em Santos, 2018).

**P**ara Montessori, a educadora não deve tentar moldar a mente da criança, mas antes “criar ambientes onde a criança possa experimentar, manipular, agir, trabalhar e assimilar a informação produzida” (Marques, 1999, p.23 como referido em Santos, 2018). O mesmo autor defende que o brincar construtivo assume uma grande importância, não incentivando o jogo simbólico.

**P**ara Carol Mooney (2000), Piaget tinha a certeza que as crianças são capazes de construir a sua própria compreensão do meio ambiente através das suas experiências (Mooney, 2000, como referido Scanlan, 2017).

## Brincar a amamentar

**A** amamentação é vista como um componente biológico, não é um ato puramente instintivo, pois poderá sofrer influências sociais, culturais e económicas (Galvão & Silva, 2011).

**O** leite materno é o alimento ideal para bebés. É seguro, limpo e contém anticorpos que ajudam a proteger contra muitas doenças comuns da infância. O leite materno fornece toda a energia e nutrientes que o bebé precisa nos primeiros meses de vida e continua a fornecer até metade ou mais das necessidades nutricionais de uma criança durante a segunda metade do primeiro ano e até um terço durante o segundo ano de vida (*World Health Organization, s.d.*).

**A** Organização Mundial de Saúde aconselha a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade. O Conselho Nacional de Saúde, aponta para uma prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade em 2005/2006 de 28,6% e em 2014 de 20,3%. Sendo que Portugal se encontra entre os 4 países da união europeia com maior prevalência de aleitamento exclusivo até os 6 meses (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

**É** de ressaltar, contudo, que o desenvolvimento de uma preferência alimentar é resultante da interação entre ambiente familiar, social e de convívio da criança. Podem ser exemplos desta interação os pais, os familiares, os educadores, os profissionais de saúde e todos que convivem diariamente com a criança. Além disso existe um

relacionamento das escolhas alimentares da criança uma vez que esta depende, da sua acessibilidade aos alimentos, do seu conhecimento sobre os mesmos e do seu paladar (Ministério da Saúde - Universidade Estado Do Rio De Janeiro, 2018).

**A**ssim sendo, os educadores de infância têm um papel importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis na vida dos educandos (Ministério da Saúde - Universidade Estado Do Rio De Janeiro, 2018).

**É** de frisar que as vivências do quotidiano são extremamente importantes para a construção de valores, de atitudes e de práticas. Visto que estas são mais importantes do que as possíveis ações educativas, pois irão propiciar o desenvolvimento de uma cultura de alimentação saudável (Ministério da Saúde - Universidade Estado Do Rio De Janeiro, 2018).

**D**esta forma, a tomada de decisão de amamentar e a sua manutenção consiste num processo complexo que depende de muitos aspetos que variam de país para país e, no mesmo país, de grupo para grupo e de pessoa para pessoa (Galvão & Silva, 2011). Esta decisão pode estar relacionada com a história de vida da mulher e com o significado que esta atribui, associando-a às suas experiências e à educação que recebe, desde a mais tenra idade. Nesse sentido, desde a infância e durante a adolescência a mensagem de promoção da amamentação deve ser reforçada e veiculada tanto pela educação formal como pela educação familiar (Galvão & Silva, 2011).

**A**ssim sendo Galvão & Silva (2011) defendem que, tanto a escola, a família como a comunidade, tem forte responsabilidade na promoção da saúde e bem-estar da criança que a frequenta, assumindo desta forma um papel importante na aquisição de estilos de vida saudáveis o que vai de encontro ao referido anteriormente pelo Ministério da Saúde - Universidade Estado Do Rio De Janeiro (2018).

**D**e acordo Galvão e Silva (2011), “as atitudes e os valores sobre amamentação formam-se desde cedo e parecem influenciar os comportamentos futuros” (p.1060).

**A**s crianças nas brincadeiras, recriam situações que estão familiarizadas, aplicando os conhecimentos que possuem tornando assim, estes momentos de aprendizagem e de partilha (Galvão & Silva, 2011).

**A**ssim sendo, torna-se imperioso chamar à atenção das famílias para que inculquem nas crianças valores favoráveis ao aleitamento materno, pois tanto as atitudes como ações transmitidas as crianças pelos adultos influencia na sua construção dos mesmos (Galvão & Silva, 2011).

**N**um estudo realizado por Galvão e Silva (2011), em crianças portuguesas, foi possível verificar que as mesmas, nas creches são expostas a brinquedos que não promovem a amamentação, pois apenas têm contacto com utensílios que estimulam uma cultura de alimentação artificial. Outro estudo das autoras, Galvão e Silva (2011), relativamente às crianças brasileiras refere que, estas também eram expostas a brinquedos não promotores de amamentação. Além deste

aspecto, nas suas brincadeiras não falam com os colegas ou amigos sobre as mães amamentarem os seus filhos. Por forma a promover a amamentação, poderão brincar ao amamentar com as bonecas, no entanto as autoras, concluíram que à semelhanças com outros autores apenas uma pequena percentagem “ofereciam exclusivamente o seio ou o seio e mamadeira em suas brincadeiras com bonecas e que nas brincadeiras de infância menos da metade dos escolares do sexo feminino e poucos do sexo masculino relataram que as bonecas eram amamentadas”. (p.1060).

É importante salientar que a manutenção e o sucesso da amamentação podem ser influenciados negativamente pelo uso por parte das crianças, de chupetas e/ou tetinas artificiais (Galvão & Silva, 2011).

Segundo Nakamura, Veiga, Ferrarese e Martinez (2003), uma pequena percentagem de crianças ofereciam exclusivamente a mama ou a mama e o biberão nas suas brincadeiras com as bonecas, no entanto era habitual o uso predominante de biberão. Além disso, Bottaro e Giugliani (2008) mostraram que metade dos estudantes do sexo feminino e menos de 20% dos estudantes do sexo masculino participaram em brincadeiras que amamentavam bonecas. De acordo Galvão e Silva (2011) as crianças portuguesas não falam sobre amamentação com os colegas/amigos e quando brincam com bonecas ou fingem dar de mamar, recorrem ao uso do biberão. É de salientar que estes comportamentos poderão influenciar a sua decisão futura em termos de amamentação.

**G**alvão e Silva (2011) reforçam a necessidade de desenvolver políticas junto dos fabricantes e distribuidores dos brinquedos de forma a reforçar a importância da não inclusão de utensílios propiciadores de uma alimentação artificial. “E ainda sensibilizar os profissionais de saúde e professores, escritores e ilustradores de histórias e livros”. (p. 384).

## **Conclusão**

**A**purou-se que o brincar é um direito de todas as crianças, que potencia o desenvolvimento das suas competências, aprendizagens e decisões no futuro, promovendo assim, o seu sentido de segurança e de autoestima.

**A** criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas. Tendo em conta que as creches/jardins de infância são responsáveis pela promoção de uma aprendizagem igualitária e locais onde as crianças passam maioritariamente do seu tempo torna-se necessário que sejam promotores da brincadeira que requer espaço que permita à criança realizar escolhas livres, experimentar, manipular, agir, trabalhar e assimilar informação. Estes contextos de brincadeira, extremamente importantes para a construção de valores, de atitudes e de práticas e propícios ao desenvolvimento de uma cultura de alimentação saudável devem organizar-se de modo a darem resposta ao desenvolvimento e aprendizagem das crianças sem tentarem moldar a sua mente.

**S**endo a amamentação, o alimento ideal até os 6 meses de idade que deve ser vista como algo natural, torna-se necessário que haja uma aprendizagem direcionada às práticas naturais, onde a criança de forma intuitiva possa escolher os seus brinquedos e que os mesmos proporcionem momentos de aprendizagens sobre amamentação, uma vez que, há resultados que apontam que as crianças brincam com biberões e chupetas.

**D**iversos estudos apontam que as crianças nas escolas não brincam ao amamentar o que pode influenciar nas suas decisões de amamentar no futuro, uma vez que a preferência alimentar é resultante da interação entre o ambiente familiar, social e de convívio da criança. Destaca-se que as creches não têm brinquedos que proporcionem às crianças espaços e brincadeiras alusivas às ações educativas que sejam capazes de promover a amamentação.

**A**ssim sendo, estes dados levam-nos a pensar que, as creches e jardins de infância, não têm sido promotoras da amamentação através do brincar junto das crianças.

**P**ara que, as creches/jardins de infância possam contribuir para a promoção da amamentação junto das crianças afigura-se importante a criação de “Cantinhos” de brincar a amamentar. O enfermeiro em parceria com o educador tornam-se fundamentais na seleção adequada dos brinquedos para estes espaços, que permitam às crianças brincar ao amamentar de forma livre.

**P**ela carência da informação disponibilizada sobre o tema em estudo, seria essencial maior desenvolvimento de pesquisas científicas sobre a temática o brincar a amamentar.

## Referências bibliográficas

- Bottaro, S.M., Giugliani, E.R.J. (2008). Estudo exploratório sobre aleitamento materno entre escolares de quinta série do Ensino Fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1599-608. Recuperado de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000700015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000700015&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2002). *A Criança e o seu Mundo - Requisito Essenciais Para o Crescimento e Aprendizagem*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf>
- Cruz, S. M. O., & Santos, M. R. (2016). As representações sociais das professoras de Educação Infantil sobre o brincar. *Dialogia*, 24, 153-164. DOI: <https://doi.org/10.5585/dialogia.N24.6101>. Recuperado de <https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=dialogia&page=article&op=view&path%5B%5D=6101>
- Declaração dos direitos da criança (1959). *Declaração dos direitos da criança*. Recuperado de

- [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidada nia/Docs\\_referencia/declaracao\\_universal\\_direitos\\_ crianca.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidada nia/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_ crianca.pdf)
- Decreto-Lei nº5/97 de 10 de fevereiro. *Diário da república nº34/97 — I série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 195/97 de 25 de agosto. *Diário da República n.º 268/97- II Série*. Ministério da Educação e da Solidariedade e Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- European Commission (2019). *Educação Pré-Escolar e Cuidados de Infância*. Recuperado de [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-60\\_pt-pt?fbclid=IwAR1duohqy1cJ8-uaFIFTUxQ-ZFI3DSjzg5kuh\\_zak7R1H5NEAiOGCl-sVO](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-60_pt-pt?fbclid=IwAR1duohqy1cJ8-uaFIFTUxQ-ZFI3DSjzg5kuh_zak7R1H5NEAiOGCl-sVO)
- Expresso (s.d.). *Dia Mundial da Criança Dia Mundial do Futuro*. Recuperado de <https://expresso.pt/blogues/Remcausaprpria/dia-mundial-da-crianca-dia-mundial-do-futuro=f730350>
- Galvão, D. M. P. G. & Silva, I. A. (2011). Conhecendo as vivências de amamentação da criança brasileira que frequenta o ensino fundamental. *Revista Eletrônica de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 13(3), 377-85. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/269818059\\_Conhecendo\\_as\\_vivencias\\_de\\_amamentacao\\_da\\_crianca\\_brasileira\\_que\\_frequenta\\_o\\_ensino\\_fundamental](https://www.researchgate.net/publication/269818059_Conhecendo_as_vivencias_de_amamentacao_da_crianca_brasileira_que_frequenta_o_ensino_fundamental)
- Galvão, D. M. P. G. & Silva, I. A. (2011). Vivências de amamentação da criança portuguesas em idade escolar. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(5), 1055-62.

- Recuperado de  
<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a04.pdf>
- Galvão, D. M. P. G. & Silva, I. A. (2011). Vivências de amamentação das crianças portuguesas e brasileiras. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1),593-601. Recuperado de  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5575438>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014.). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª edição). Loures, Portugal: LUSOCIÊNCIA
- Ministério da Saúde - Universidade Estado Do Rio De Janeiro (2018). A Creche como Promotora da Amamentação e da alimentação adequada e Saudável. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTM1MQ>
- Nakamura, S.S., Veiga, K.F, Ferrarese, S.R.B., & Martinez, F.E. (2003). Percepção e conhecimento de meninas escolares sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria* (Rio Janeiro), 79(2), 181-8. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a14.pdf>
- Portaria n.º 263/2011 de 14 de dezembro. *Diário da República n.º 167/2011- I Série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa, Portugal.
- Portaria n.º 411/2012 de 31 de agosto. *Diário da República n.º 242/2012- I Série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa, Portugal.

- Santos, J. (2018). *A Importância Do Brincar Na Creche E No Jardim De Infância (Tese de Mestrado)*. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23000>
- Scanlan, D. (2017). Play-Based Author Studies in Kindergarten. *Illinois Reading Council Journal*, 45(1), 23-32.
- Silva, I. L., Marques, L., Mata, L., & Rosa, M. (2016). Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. Recuperado de [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QcOTU50AtkgJ:https://www.dge.mec.pt/ocpe/sites/default/files/Orientacoes\\_Curriculares.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QcOTU50AtkgJ:https://www.dge.mec.pt/ocpe/sites/default/files/Orientacoes_Curriculares.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt)
- Sommerhalder, A., Nicolielo, M. E. & Alves, F. D. (2016). Participação Pedagógica No Brincar De Um Grupo De Crianças: O Que Revelam Os Fazeres Docentes Em Contexto De Educação Infantil?. DOI: 10.21723/RIAEE.v11.n2.p604 Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/305211303\\_Participacao\\_pedagogica\\_no\\_brincar\\_de\\_um\\_grupo\\_de\\_crianças\\_o\\_que\\_revelam\\_os\\_fazeres\\_docentes\\_em\\_contexto\\_de\\_educacao\\_infantil](https://www.researchgate.net/publication/305211303_Participacao_pedagogica_no_brincar_de_um_grupo_de_crianças_o_que_revelam_os_fazeres_docentes_em_contexto_de_educacao_infantil)
- Unicef (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Recuperado de [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- World Health Organization (s.d.). *Breastfeeding*. Recuperado de [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)