



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Sandrina Maria Araújo Lopes Alves

**Grupos de apoio "Mãe para Mãe":
 Percursos e vivências da amamentação
 e implicações na Educação para a Saúde**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Sandrina Maria Araújo Lopes Alves

**Grupos de apoio "Mãe para Mãe":
Percurso e vivências da amamentação
e implicações na Educação para a Saúde**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do
Prof. Doutor Almerindo Janela Afonso
e com co-orientação do
Prof. Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Sandrina Maria Araújo Lopes Alves

Endereço electrónico: sandrina.alves@gmail.com

Contacto: 933595737

Número do cartão do cidadão: 11577381

Título da dissertação: Grupos de apoio “Mãe para Mãe” – Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde

Orientador: Professor Doutor Almerindo Janela Afonso, com co-orientação do Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO , APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 31 de Outubro de 2011

(Sandrina Maria Araújo Lopes Alves)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de exprimir algumas palavras de apreço e manifestar o meu profundo reconhecimento a todas as pessoas que de forma directa ou indirecta tornaram possível a concretização deste percurso:

Ao Professor Doutor Almerindo Janela Afonso uma palavra de apreço por ter aceitado a orientação deste trabalho, pela sua compreensão em relação à natureza do mesmo, pelo apoio, disponibilidade, sugestões e comentários.

Agradeço ao Professor Doutor Luis Graça, pela dedicação na (co)orientação científica, pela total disponibilidade, pela relação de ajuda e amizade expressas na calma, sabedoria, compreensão, incentivo e apoio continuado. Muito Obrigada!

Agradeço a colaboração imprescindível de todos os profissionais dos centros de saúde do distrito que colaboraram directa ou indirectamente nas actividades desenvolvidas.

Especialmente agradeço às colegas: Odete Alves, Eugénia, Ana Magalhães, Filomena Oliveira, Rosa Alice, Goreti, Liliana, Marta, Marlene, Nancy ... pela ajuda directa, pelo apoio e incentivo ao longo das diferentes fases.

Deixo uma palavra de profundo agradecimento a todas as grávidas, companheiros e recém-nascidos que participaram no estudo e que pelo seu envolvimento enriqueceram e permitiram a sua concretização. Saliento que a componente mais rica da realização deste trabalho, para a minha formação enquanto Pessoa, fica muito para além daquilo que as palavras e preocupação técnica e científica procuram expressar e resulta dos momentos de verdadeira partilha e reflexão crítica vivenciados.

Agradeço o carinho e estímulo das colegas de trabalho com quem partilho convicções fortes relacionadas com o Cuidado transicional na maternidade.

Às colegas e professores com quem partilhei este percurso formativo. Obrigada.

Às amigas pelas palavras de incentivo nas horas de inquietação e fraqueza.

À minha família em geral pela compreensão, apoio e momentos de ausência.

Aos meus pais, especialmente à minha mãe que é o motor da minha vida, pelo seu amor, dedicação, apoio e compreensão inigualáveis. Obrigada Mãe!

Ao Carlos pelo apoio, compreensão, paciência, encorajamento e ajuda constantes, sem os quais não teria sido possível mais este percurso.

Ao Francisco com a promessa de regresso a tempo inteiro!

RESUMO

Grupos de apoio “Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde

A transição para a maternidade representa uma crise desenvolvimental com implicações duradouras no ciclo de vida familiar. A amamentação, enquanto experiência decorrente do cuidado à criança, sendo biológica e sócio-culturalmente condicionada implica o recurso a estratégias de intervenção no domínio da Educação para a Saúde (EPS) que estimulem o *empowerment* individual e perspectivem a comunidade como parceira no planeamento em saúde.

O estudo teve como objectivo avaliar comparativamente os efeitos dos encontros de grupos de apoio *mãe para mãe* (MPM) nos percursos e vivências da amamentação aos três meses de vida da criança. Para o efeito recorreu-se a um estudo com “*design* pré-experimental”, no qual mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto/ parentalidade no agrupamento de centros de saúde (ACES) do Alto Minho foram integradas em grupos de apoio MPM mediados por enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica (SMO), conselheira em aleitamento materno (AM), tendo-se procedido à avaliação transversal do impacto desta experiência em comparação com um grupo de controlo.

Todas as mulheres incluídas no estudo amamentaram. Nas taxas de prevalência do AM não se verificaram efeitos decorrentes da intervenção. Nas 24 horas que antecederam a colheita de dados as taxas de AM exclusivo e predominante foram de 51,7% e 18,3% respectivamente. No entanto, numa análise diacrónica, ao longo dos três meses de vida da criança, constataram-se taxas de AM exclusivo e predominante mais baixas. Constatou-se no grupo com intervenção maior prevalência de problemas mamilares. Os recursos mobilizados para a gestão das dificuldades/problemas são diversos. Neste grupo, o recurso à rede de proximidade social, que inclui, além da família, amigas ou outras mulheres em situação semelhante, foi significativamente maior, pressupondo efeitos decorrentes da intervenção. Os grupos de apoio MPM não contribuíram para diminuir os níveis de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação. Na avaliação materna da amamentação, com recurso à Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES), verificou-se satisfação elevada com a amamentação e efeitos marginais da intervenção ao nível da percepção sobre o prazer e papel maternal.

Em síntese, verificou-se que a Educação Para a Saúde (EPS) - com recurso a dinâmicas interactivas e participativas que sustentam os grupos de apoio MPM, mediados por enfermeira especialista em SMO, com formação na área do AM - promove a (co)construção de redes informais de apoio social entre as mulheres, melhora a percepção materna sobre o prazer e papel maternal, estimula o *empowerment* individual, perspectiva a autonomia progressiva da comunidade de mulheres face aos serviços e profissionais de saúde e pode ser dinamizada nos cursos de preparação para o parto/parentalidade.

ABSTRACT

Support groups "Mother to Mother": Pathways and experiences of breastfeeding and their implications in Education for Health

The transition to motherhood is a developmental crisis with lasting implications on the family life cycle. Breastfeeding as an inherent experience to childcare, being biologically and socio-culturally conditioned, implies the use of intervention strategies in the Education for Health field, that may stimulate the individual empowerment and perspective the community as a partner in health planning.

This study aimed to comparatively evaluate the effects of the mother-to-mother meetings in the experiences and pathways of breastfeeding over the three months of life of the child. For this purpose, we used a "pre-experimental design" study, where a group of women who attended childbirth/parenting preparation courses in the health centers of Alto Minho, were integrated in mother-to-mother groups mediated by a nurse specialist in Maternal Health and Obstetrics, breastfeeding counselor and proceeded to a transversal evaluation of the impact of this experience compared to a control group.

All women included in the study breastfed. In the prevalence rates of breastfeeding, there were no effects observed due to the intervention. In the 24 hours prior to data collection, the rates of exclusive and predominant breastfeeding were 51.7% and 18.3% respectively. However, a diachronic analysis over the three months of the child's life, reveal lower rates of exclusive and predominant breastfeeding. In the intervention group we found increased prevalence of nipple problems. The resources mobilized to manage the difficulties/problems are several. In this group, the use of the social proximity network, which includes, beyond the family, friends or other women in similar situation, is significantly higher, indicating effects due to the intervention. The mother-to-mother groups did not contribute to lower levels of perceived anxiety during breastfeeding experience. In the maternal evaluation of breastfeeding, using the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale, there was a high satisfaction with breastfeeding and marginal effects of the intervention are observed at what concerns the perception of pleasure and maternal role.

In summary, we found that Education for Health - using interactive and participatory dynamics that support mother-to-mother groups, mediated by nurse specialist in Maternal Health and Obstetrics, with training in breastfeeding - promotes the (co)construction of informal networks of support among women, improves maternal perception of pleasure and maternal role, stimulates the individual empowerment, perspective the progressive autonomy of women community in relation to services and health professionals, being able to be dynamized in childbirth/parenting preparation courses.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	XII
LISTA DE QUADROS	XIII
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	XIV
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Introdução.....	13
1.2. A transição para a Maternidade e o aleitamento materno	13
1.3. Aleitamento materno – Políticas de promoção	18
1.4. Vantagens do aleitamento materno.....	23
1.5. Factores determinantes de sucesso do aleitamento materno.....	27
1.6. Maternidade e aleitamento materno: Políticas e organização dos serviços de saúde ..	36
1.7. Saúde, Educação e promoção do aleitamento materno	45
1.7.1. Saúde e Educação – A (co)implicação das práticas e conceitos	45
1.7.2. A enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia e a promoção do aleitamento materno	52
1.7.3. Os grupos mãe para mãe: Empowerment e aleitamento materno	54
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO	59
2.1. Introdução.....	59
2.2. Finalidades e Objectivos do Estudo	60

2.3. Desenho de Investigação	60
2.3.1. População e Amostra	61
2.3.2. Hipóteses em estudo.....	66
2.3.3. Variáveis.....	67
2.3.3.1. Descrição da variável independente	67
2.3.3.2. Descrição das variáveis dependentes	73
2.3.4. Instrumento de colheita de dados	74
2.3.5. Procedimentos de Recolha de dados.....	77
2.3.6. Tratamento e análise dos dados.....	79
 CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	 81
3.1. Introdução.....	81
3.2. Efeito dos encontros mãe para mãe nas taxas de prevalência do aleitamento materno aos 3 meses de vida.....	83
3.3. Efeito dos encontros mãe para mãe nas dificuldades/problemas da mama	87
3.4. Efeito dos encontros mãe para mãe na mobilização de recursos para a resolução de dificuldades/problemas da mama.....	89
3.5. Efeito dos encontros mãe para mãe sobre o nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação.....	90
3.6. Efeito dos encontros mãe para mãe na satisfação com a amamentação	91
 CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	 95
 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	141
Anexo I. Escala de avaliação materna da amamentação	142
APÊNDICES	145
Apêndice I. Pedido de Autorização à Unidade Local de Saúde do Alto Minho	146
Apêndice II. Declaração de Consentimento Informado	147
Apêndice III. Instrumento de colheita de dados – Parte I.....	148
Apêndice IV. Pedido de autorização para utilização da MBFES.....	152
Apêndice V. Plano de acção e avaliação do primeiro encontro mãe para mãe	153
Apêndice VI. Plano de acção e avaliação do segundo encontro mãe para mãe	159

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de centros de saúde
AM – aleitamento materno
ARS – Administração Regional de Saúde
CS – Centro de saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral da Saúde
EPS – Educação para a Saúde
HAB – Hospital Amigo do Bebê
ICAB – Iniciativa Comunidade Amiga do Bebê
IHAB - Iniciativa Hospital Amigo do Bebê
INE – Instituto Nacional de Estatística
MBFES – Maternal Breastfeeding Evaluation Scale
MPM – “mãe para mãe”
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PS – Promoção da Saúde
SMI – Saúde Materna e Infantil
SMO – Saúde Materna e Obstétrica
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho
WHA – World Health Assembly
WHO – World Health Organization
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF – United Nations Children's Fund
USAID - United States Agency for International Development
USF – Unidade de Saúde familiar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dinâmica da amostra (grupo com intervenção) ao longo do estudo	63
Quadro 2. Análise das diferenças relativamente às variáveis de caracterização sócio-demográfica. 66	
Quadro 3. Consistência interna da MBFES (Alfa de Cronbach)	77
Quadro 4. Análise das diferenças relativamente à caracterização da história obstétrica	83
Quadro 5. Análise das diferenças das taxas de prevalência de aleitamento materno aos 3 meses (perspectiva diacrónica)	85
Quadro 6. Análise das diferenças das taxas de prevalência considerando as últimas 24 horas	87
Quadro 7. Caracterização das dificuldades/problemas da amostra com a amamentação	88
Quadro 8. Análise das diferenças relativamente às dificuldades/problemas com a amamentação. 88	
Quadro 9. Análise das diferenças relativamente aos recursos utilizados na gestão de dificuldades/problemas	90
Quadro 10. Medidas de estatística descritiva da MBFES.....	92
Quadro 11. Análise das diferenças relativamente à satisfação com a amamentação	92

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Lista de tabelas

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=60)	65
Tabela 2. Caracterização da história obstétrica da amostra (n=60)	82
Tabela 3. Caracterização da alimentação da criança (perspectiva diacrónica)	84
Tabela 4. Taxas de prevalência do AM (análise diacrónica).....	85

Lista de figuras

Figura 1. Factores determinantes do aleitamento materno (UE, 2004)	28
--	----

INTRODUÇÃO

A Introdução pretende enquadrar o trabalho de investigação desenvolvido. Faz-se a contextualização geral da investigação, são definidos o problema e objectivos do estudo e realça-se a importância da investigação no domínio da promoção do aleitamento materno (AM), enquadrada no processo de transição para a maternidade e durante a consecução do papel maternal. Relevam-se os grupos de apoio “mãe para mãe” (MPM) enquanto estratégia de Educação para a Saúde (EPS) que contribui para a promoção, protecção e suporte ao AM, pelo estímulo ao *empowerment* individual e desenvolvimento comunitário e descreve-se o plano geral da dissertação.

Contextualização geral da investigação

A transição para a maternidade, enquanto tarefa desenvolvimental, representa um período de transformação e crise individual e familiar com repercussões duradouras. A Consecução do Papel Maternal (Mercer, 2004) é um processo complexo e evolutivo, vivido de forma individualizada, sendo o papel dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, de grande importância sobretudo na fase formal de consecução do papel (Meighan, 2004).

Os cuidados à criança surgem, nesta fase, como preocupação elementar e o AM, recomendado sob a forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida, apresenta-se como desafio no que se relaciona com a satisfação das necessidades básicas.

O AM contribuiu para diminuir a morbimortalidade infantil e apresenta vantagens para a mulher, família, sociedade e meio ambiente, daí que a promoção, protecção e apoio são encarados como prioridade a nível da Saúde Pública Mundial (World Health Assembly [WHA], 2001). Trata-se de um acto sócio-culturalmente condicionado, pelo que a intervenção dos profissionais no domínio da EPS implica considerar o recurso a métodos não directivos centrados na mulher, considerando o contexto particular de vida e significação.

Neste domínio enquadram-se os grupos de apoio MPM entendidos como encontros entre grávidas, mulheres com filhos ou outras pessoas com interesses na área da alimentação infantil para partilha de informações, experiências e apoio no domínio da saúde da mulher e criança, particularmente no que se relaciona com o AM (United States Agency for International Development [USAID], 2011).

Os grupos MPM mediados por profissional de saúde, com formação específica em AM, numa lógica de partilha de experiências, informação e entajuda representam uma estratégia de intervenção recomendada e nível Europeu (União Europeia [UE], 2004), com potencial para estimular o *empowerment* individual e o desenvolvimento comunitário (Montrone, 2002). A investigação neste domínio permite a avaliação de percursos e vivências individuais relacionados com a amamentação, enquanto experiência integrada no processo de transição para a maternidade, e transporta para a reflexão sobre a inter-relação das áreas da Educação, Saúde e Investigação.

Assim a transição para a maternidade é apresentada enquanto tarefa desenvolvimental potencialmente perturbadora em que o cuidado profissional, particularmente dos enfermeiros especialistas na área da Saúde Materna e Obstétrica (SMO), assume relevo nomeadamente na promoção do AM. A (co)implicação dos conceitos de Saúde e Educação é alvo de reflexão e é transposta para as práticas de EPS no processo de transição para a maternidade e AM. São apresentados os grupos MPM, enquanto estratégia de intervenção no domínio da EPS que, ao estimular o *empowerment* individual e o desenvolvimento comunitário, concorre para a PS.

A maternidade e o aleitamento materno – Cuidado transicional

A maternidade representa um período de mudanças e reorganização individual e familiar, daí ter sido considerada, por Relvas e Lourenço (2001), uma fase de transição *“com duplo sentido de oportunidade de mudança/evolução e risco de bloqueamento/dificuldade ou perturbação evolutiva”* (p. 107).

A adaptação à maternidade para além do ajustamento fisiológico, entre a 6.^a e 8.^a semana pós parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Rezende & Montenegro, 2005), engloba a transição psicossocial, um processo moroso e complexo, que se inicia antes da concepção e se prolonga pelos primeiros meses (Colman & Colman, 1994; Mercer, 2004) ou anos de vida da criança (Glade, Bean, & Vira, 2005). O processo transicional representa desafio à capacidade auto-organizativa de cada mulher/família, influenciado por características individuais e sócio-culturais (Oliveira, 2004).

O processo de transição para a maternidade e Consecução do Papel Maternal, na perspectiva de Mercer (1991), trata-se de um processo dinâmico e multifactorial que segue quatro fases, i) fase antecipatória, ii) fase formal, iii) fase informal e iv) fase de identidade pessoal, sendo atingido quando se verifica harmonia entre papel e expectativas maternas (Meighan, 2004).

Para Mercer (1995) a transição para a maternidade implica a redefinição de papéis e relações, com impacto ao nível da autoconcepção. A mudança no estilo de vida e o conjunto de

tarefas a que a mulher tem de dar resposta leva a sentimentos de exaustão física e emocional (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010; Nyström & Öhrling, 2004), que merecem dos profissionais de saúde o cuidado humano que, para além da avaliação biofísica, perspective a componente psicossocial.

O cuidado transicional visa os períodos antecipatórios à mudança de papéis e a prevenção de efeitos negativos sobre a mulher e família, assumindo o enfermeiro, enquanto elemento privilegiado da equipa de saúde, pelo contacto próximo e continuado ao longo do ciclo vital, um papel importante na promoção e manutenção da saúde (Mercer & Walker, 2006; Zagonel, 1999).

É na fase formal da Consecução do Papel Maternal, que inicia com o nascimento do bebé e inclui a aprendizagem e o desempenho de papel de mãe orientado por expectativas formais do sistema social, que a intervenção dos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros assume particular relevo no apoio e orientação (Meleis, 2007; Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, & Schumacher, 2000).

O apoio social do tipo emocional, informacional e instrumental é determinante ao longo do ciclo vital, particularmente nos períodos de transição e mudança (Pierce, Sarason, & Sarason, 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006).

Enquadrada no processo transicional, a promoção do AM depende, em grande medida, do apoio social recebido pela mulher que amamenta ou deseja amamentar. Ramos e Almeida (2003b), afirmaram que *“os condicionantes sociais que permeiam a amamentação (...) tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos”* (p.7).

O AM exclusivo até aos 6 meses de vida é recomendado como medida de saúde pública mundial (WHA, 2001), e são inúmeras as vantagens apontadas pela comunidade científica. No entanto, o desmame precoce e a introdução de outros líquidos ou alimentos antes dos 6 meses de vida são preocupação evidente.

São vastos e complexos os factores determinantes do AM e englobam as características particulares e contextuais da mulher, criança e família; as características do sistema e cuidados de saúde disponíveis e a prioridade e apoio garantido pelas políticas de saúde pública, cultura e políticas sociais. São determinantes o papel dos serviços e profissionais de saúde, na interacção dinâmica com as pessoas no seu contexto de vida, onde todos os sectores da comunidade devem constituir agentes do processo de promoção, protecção e suporte ao AM.

O sucesso do AM pode ser considerado um conceito de definição complexa. Nos artigos científicos enquadra a duração, manutenção e factores relacionados com a redução da

morbimortalidade, enquanto em artigos não científicos, ao contemplar a perspectiva das mulheres, se debruça sobre aspectos da realização pessoal e da relação mãe-filho (Graça, 2010; Pereira, 2006).

Parece importante na promoção, protecção e suporte e, mais especificamente, no domínio da EPS sobre o AM enquadrar as duas perspectivas de sucesso e orientar as políticas e práticas profissionais, no sentido de dar resposta aos projectos das mulheres que, a par das metas estratégicas priorizadas na prática profissional quotidiana, facilitem a auto-realização nos percursos e vivências da amamentação. Para tal, importa reflectir sobre a (co)implicação dos conceitos de Saúde e Educação e a sua relação com as políticas e práticas de Promoção e EPS.

Educação, Saúde e promoção do aleitamento materno

Os conceitos de Educação e Saúde sofreram, sobretudo na segunda metade do século XX, mudanças progressivas decorrentes das transformações políticas, económicas e sociais, traduzidas no conteúdo das Declarações Internacionais das Organizações das Nações Unidas.

A Educação progressivamente entendida como um processo permanente e comunitário, ou seja que ocorre ao longo de toda a vida e se desenvolve em todos os contextos de vida, paralelamente voltada para a auto-realização individual e para a participação plena na vida comunitária é traduzida pela evolução verificada nas Conferências Internacionais de Educação de Adultos (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1949, 1960, 1972, 1976). A *“aprendizagem ao longo da vida”* é reforçada como ferramenta para a (auto)capacitação das pessoas e comunidades e recurso potencialmente propiciador do bem-estar das populações (UNESCO, 1985, 1990, 1997, 2009).

Também a Saúde, nos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) foi progressivamente *“ (...) entendida como um recurso para a vida e não uma finalidade de vida”* (p. 1), assumindo um carácter multidimensional, pessoal, dinâmico e adaptativo, na medida em que assenta na procura constante de equilíbrio resultante da interacção complexa do indivíduo/comunidade com o meio envolvente (Ewles & Simnett, 1999).

Esta definição enquadra-se na perspectiva salutogénica de Antonovsky (1991 referido por Oliveira, 2004) que enfatizou a capacidade dos indivíduos produzirem saúde e bem-estar, na procura constante de equilíbrio perante factores perturbadores e potencialmente patogénicos, denota rotura com o modelo biomédico reducionista e alopático (Naidoo & Wills, 1994) e enquadra-se na noção holista de saúde (Birk & Silvertown, 1984; Cracel, 2000).

Assim, tanto Educação como Saúde possuem carácter individual, dinâmico e contextual, com implicações mútuas na realização multidimensional do indivíduo e comunidade(s). Como motor do desenvolvimento individual e comunitário encontra-se a Educação enquanto ferramenta promotora da capacitação individual e social para a acção sobre o(s) projecto(s) e contexto(s) de vida/Saúde (Antunes, 2008).

Da (co)implicação destes conceitos resulta a estreita relação entre as expressões Promoção da Saúde (PS) e EPS. A PS perspectiva a transformação social, deve sustentar-se nos princípios da concepção holista, intersectorialidade, capacitação, participação, equidade, acções multi-estratégicas e sustentabilidade (Sicoli & Nascimento, 2003) e enquadra a EPS como parte integrante e fundamental (Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996). A EPS assenta numa perspectiva intencional dirigida a um indivíduo, grupo ou problema específico (Oliveira, 2004), estimulando a autodeterminação individual e/ou colectiva para a acção e mudança que caracterizam a PS (Tones & Tilford, 1994).

Daqui derivam diferentes paradigmas de intervenção em EPS, de onde salientamos, pela pertinência para o estudo, a EPS crítica, centrada em abordagens democráticas que visam a transformação social pela participação e capacitação individual, do grupo ou comunidade para agir sobre as condições que afectam a saúde individual e comunitária (Sánchez Moreno, Ramos García, & Maset Campos, 2000a, 2000b).

Nesta tipologia enquadra-se o modelo baseado no *empowerment* (Tones & Tilford, 1994), que acentua os aspectos promocionais da EPS, ou seja, a tónica não é colocada primordialmente nos resultados obtidos, mas antes no processo de capacitação que lhe subjaz.

A promoção do AM encerra uma perspectiva multiprofissional e multisectorial que deriva também do recurso a estratégias de EPS que estimulem o *empowerment* individual e o envolvimento e desenvolvimento comunitário. Nesta lógica, as intervenções em EPS devem centrar-se na mulher, grupo de mulheres ou comunidade como agentes do processo educativo com recurso a estratégias *bottom-up* (Laverack, 2008), que contemplem a complexidade da saúde enquanto meta individual e colectiva, numa lógica salutogénica, interactiva e participativa.

Perspectiva-se a redefinição do papel dos profissionais de saúde como mediadores do(s) ou facilitadores de projecto(s) de saúde individuais ou comunitários, em que os objectivos/metad, mais do que os comportamentos de saúde, sejam a maximização do autocontrolo e autoconfiança que potenciem escolhas voluntárias e genuínas e a autonomização progressiva face aos serviços e profissionais de saúde. Os grupos de apoio MPM podem enquadrar-se nesta lógica, uma vez que

estimulam na comunidade o movimento (auto)organizativo de procura solidária de respostas para problemas e necessidades comuns e pode derivar de iniciativas inovadoras dos profissionais de saúde, integradas em actividades já desenvolvidas no âmbito da vigilância pré e pós-natal.

Grupos de apoio mãe para mãe: Empowerment e aleitamento materno

A experiência de amamentação é complexa e marcante. Mais do que um acto biologicamente determinado é sócio-culturalmente condicionada, daí que o modelo assistencial verticalizado e impositivo baseado em estratégias de EPS impregnadas do reducionismo biológico, numa tentativa de moldar o comportamento da mulher em favor de medidas normativas, demonstra-se desadequado para responder a este desafio (Almeida & Novak, 2004).

Assim, a promoção do AM implica considerar aspectos biofisiológicos atravessados por condicionantes sociais, económicos, políticos e culturais. O sucesso do AM depende, em grande medida, do apoio social recebido pela mulher, onde os profissionais de saúde assumem responsabilidade. Não obstante, o projecto de amamentação resulta da competência, motivação, autoconfiança e expectativa materna que devem ser estimuladas e apoiadas pelos profissionais de saúde em articulação com a comunidade, numa lógica de progressiva autonomização que fomente a auto-realização nos percursos e vivências associadas.

Esta perspectiva implica o recurso a estratégias de EPS sustentadas no processo de capacitação da mulher (ou grupo de mulheres), que face à disponibilização de recursos informacionais, instrumentais e afectivos estimulem a autoconfiança e auto-controlo, que podem enquadrar-se no modelo baseado no *empowerment* (Tones & Tilford, 1994).

O *empowerment* individual implica o envolvimento activo dos indivíduos nas comunidades, estrutura-se a partir da cooperação com os outros, pela participação em grupos ou organizações, que ciclicamente, pela experiência reflectida de participação, promove a autoconfiança, consciência crítica e desenvolvimento de competências de participação (Kiefer, 1984 citado em Ornelas, 2008).

Os grupos MPM podem definir-se pela partilha de apoio entre mulheres (grávidas, mães ou outras mulheres interessadas na alimentação infantil) individualmente ou em grupo, em regime de voluntariado, numa lógica de partilha de experiências, sentimentos e informação que promovam a auto-realização na experiência de amamentação (UE, 2004).

Os grupos MPM podem enquadrar-se no referido modelo visto que constituem uma estratégia educativa interactiva e participativa, que assenta na mediação (ou facilitação na perspectiva de Rogers (1976), resulta da participação activa das mulheres para a (co)facilitação do

percurso e vivências da amamentação e estimula a criação de redes sociais de apoio, com potenciais reflexos a nível comunitário.

Alguns grupos MPM organizam-se e treinam sozinhos, outros, como é o caso da *La Leche League*, integram-se em organizações com representação internacional que fornecem formação de elevada qualidade e educação contínua devidamente reconhecidos (UE, 2004).

Em Portugal, para além da resposta oferecida pelos serviços de saúde em geral, existem outras estruturas de apoio ao AM baseadas em estratégias diversas. A associação SOS amamentação e a associação pró-AM: Mama Mater são associações sem fins lucrativos, que têm por objectivo a promoção do AM através do apoio às mulheres, de acções de formação, informação, divulgação e educação dirigida a grávidas, mães e profissionais de saúde (Marques, 2011).

A Maternar, uma associação sem fins lucrativos, sustenta-se nos grupos de apoio MPM, como potenciais facilitadores da transição para a maternidade (na qual se enquadra a promoção do AM), baseados na dinâmica de grupo, para a troca de experiências e entajuda entre mulheres, no entanto, não são conhecidos estudos relacionados com a intervenção (Simões, 2010).

A facilitação dos grupos MPM deve ser considerada tendo por base a evidência científica que estabelece associação positiva entre participação dos cidadãos e aumento de expectativas de eficácia individual e colectiva, conhecimentos e competências de participação (Ornelas, 2008). A investigação neste domínio adquire sentido para determinar ganhos em saúde, avaliar a efectividade das práticas no âmbito da promoção do AM e (re)orientá-las, centrando-as nas necessidades das mulheres pela criação de parcerias entre os serviços ou profissionais de saúde e a comunidade.

O problema e os objectivos da investigação

A delimitação do problema é determinante no processo de investigação, da sua escolha depende a consecução do estudo. Na formulação do problema que fundamenta este estudo foram ponderadas as seguintes características: a sua praticabilidade, a amplitude crítica, o interesse, o valor teórico, o valor prático e o seu carácter gratificante (Tuckman, 2002).

O problema encerra pertinência social, científica e pessoal e representa uma oportunidade de encontrar respostas com impacto para a construção de políticas e para a prática profissional, emergindo, segundo Chevrier (2003), de *“(...) um desvio consciente que se pretende anular entre o que sabemos, julgado insatisfatório, e o que deveríamos saber, julgado desejável”* (p. 66).

Assim, o problema deste estudo relaciona-se com a necessidade de identificar, com base na evidência, o impacto dos encontros de grupos de apoio MPM, mediados por enfermeira

especialista em SMO e conselheira em AM, nos percursos e vivências da amamentação e reflectir sobre as suas implicações na EPS.

Perante este conjunto de pressupostos construímos a nossa pergunta de partida que, segundo Tuckman (2002), “ (...) deve constituir uma questão (implícita ou explícita) formulada claramente e sem ambiguidade sobre a relação entre duas ou mais variáveis” (p. 56).

Assim, coloca-se como pergunta de partida: Terão as mulheres que frequentam encontros em grupos de apoio MPM, mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM, um percurso e vivências de amamentação mais positivas que as mulheres que não frequentam? Quais as implicações desta estratégia na EPS?

Lançámos como objectivo geral para este estudo: Avaliar os efeitos dos encontros de grupos de apoio MPM, mediada por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM, no percurso e vivências da amamentação (história de amamentação) aos 3 meses de vida da criança. Especificamente, pretendemos avaliar comparativamente:

- As taxas de prevalência do AM ao 3.º mês de vida da criança,
- A prevalência de dificuldades/problemas com a mama,
- O tipo de recursos utilizados para a gestão de dificuldades/problemas com a mama,
- O nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação,
- O grau de satisfação das mulheres com a amamentação.

O estudo tem como finalidades: promover a reflexão acerca da PS no âmbito do AM e dar contributos para a reflexão e potencial (re)ajustamento das práticas de enfermagem, relacionadas com a EPS, no âmbito da transição para a maternidade e AM.

Importância do estudo

O AM é considerado prioridade de saúde pública mundial pelos reconhecidos efeitos benéficos para a saúde da mãe, criança, família, sociedade e ambiente (WHA, 2001), enquadra-se nas prioridades da UE, assumidas no projecto orientador das políticas e práticas nacionais e internacionais (UE, 2004), e foi considerado critério de qualidade dos cuidados perinatais no Plano Nacional de Saúde (PNS) (Ministério da Saúde [MS], 2004).

De facto, apesar das recomendações internacionais e metas nacionais as taxas de AM em Portugal continuam abaixo do desejado (Graça, 2010; Levy & Bértolo, 2008; Sandes, et al., 2007; Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes, 2006) e as práticas profissionais não se coadunam

com as políticas nesta área, mesmo nos hospitais com certificação que lhe confere o título: Hospital Amigo dos Bebés (HAB) (Galvão, 2006).

Se, por um lado, se reconhecem múltiplas oportunidades de intervenção no domínio da promoção do AM, por outro, não existem recomendações, objectivos e estratégias claras, evidente pelo objectivo estratégico global apresentado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (MS, 2004): *“Incentivar-se á o aleitamento materno”* (p. 17).

Ao focar os passos propostos pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para o sucesso do AM, verifica-se que em Portugal, no que se relaciona com o passo 10 da Iniciativa Hospital Amigo do Bebê (IHAB): *“Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou maternidade”* (Levy & Bértolo, 2008), bem como o passo 7 da Iniciativa Comunidade Amiga do Bebê (ICAB): *“Promover a colaboração entre a equipa de saúde e os grupos de apoio na comunidade local”* (www.amamentar.net), o percurso prático encontra-se em fase embrionária e a investigação científica sobre o mesmo não existe, daí a relevância deste estudo.

Entendem-se os cursos de preparação para o parto/parentalidade como oportunidades para a criação de redes de apoio social, que sustentem o movimento comunitário MPM, mediado por profissional de saúde com formação específica nesta área. A enfermeira especialista de SMO, encontra-se em posição privilegiada para potenciar, nos grupos de mulheres que frequentam os cursos, a partilha de apoio emocional, informacional ou instrumental, facilitadores da experiência de transição para a maternidade (Pierce et al., 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006).

O modelo assistencial verticalizado e impositivo, que domina muitas vezes a prática neste domínio (Almeida & Novak, 2004), que almeja a mudança comportamental pela prescrição de normas e atitudes, pode gerar sentimentos de culpa na mulher e promover o seu afastamento dos serviços e profissionais de saúde, para encontrar resposta junto de amigas ou familiares, em quem reconhecem maior envolvimento afectivo e proximidade com o contexto vivencial.

O objectivo da facilitação dos grupos de apoio MPM é estimular a auto-confiança e autocontrolo da(s) mulher(es) face aos percursos e vivências da amamentação, pela (co)construção de redes de apoio social, com suporte continuado dos profissionais de saúde com formação específica na área.

A pertinência científica deste trabalho deriva do facto de os grupos MPM serem internacionalmente propostos como estratégia de promoção, protecção e suporte ao AM (UE, 2004), de se encontrarem em fase embrionária as iniciativas nacionais baseadas nestes grupos, de

não existirem no nosso país estudos relacionados com esta temática e existir evidência de que o suporte continuado, com recurso a diferentes estratégias e contextos de intervenção (Graça, Figueiredo, & Conceição, 2011; Sikorski, Renfrew, Pindoria, & Wade, 2003; Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008; Moran, Dykes, Edwards, Burt, & Whitmore, 2005; Raj & Plitcha, 1998), de onde se destaca o papel dos grupos de apoio MPM (USAID, 2011), tem relação positiva com a melhoria das práticas de alimentação infantil em todo o mundo.

Entende-se que o estudo encerra pertinência social que decorre do facto de pretender contribuir para a reflexão e eventual (re)orientação das práticas profissionais, institucionais e locais no domínio da promoção do AM, estimulando o *empowerment* individual e o desenvolvimento comunitário. Por outro lado, engloba na Investigação as vertentes da Educação e Saúde que, tal como Antunes (2008), se consideram *“pilares incontornáveis no processo de autoformação participada de pessoas equilibradas, integradas e realizadas, ou seja, do desenvolvimento sustentável de pessoas e comunidades”* (p. 17).

Este trabalho adquire sentido na medida em que se debruça sobre uma das áreas de grande interesse da investigadora que, além de enfermeira especialista em SMO e possuir formação específica na área do AM, entende o processo de *empowerment* individual e comunitário como o trampolim para a mudança social que sustente a melhoria do sistema de saúde.

Plano geral da dissertação

A dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma síntese de literatura consultada acerca do tema em estudo. Depois de uma breve introdução (1.1.), foca-se o processo de transição para a maternidade, onde se enquadra a promoção do AM (1.2.), salienta-se o AM enquanto foco das políticas de saúde (1.3.), as vantagens (1.4.) e os factores determinantes (1.5.). Abordam-se questões relacionadas com as políticas e organização dos serviços de saúde, no âmbito da maternidade e AM (1.6.) e a Educação, a Saúde e a Promoção do AM pela implicação de práticas e conceitos (1.7.).

O segundo capítulo (Metodologia) inicia com uma introdução (2.1.), que visa clarificar a respectiva organização e divide-se em duas secções, uma apresenta as finalidades e objectivos do estudo (2.2.) e outra apresenta o desenho de investigação (2.3.), onde se enquadra a definição da população e amostra, a descrição das hipóteses em estudo, a definição operacional das variáveis, a descrição do instrumento de colheita de dados, os procedimentos adoptados na recolha de dados

(onde se incluem as questões éticas relacionadas com a pesquisa) e os procedimentos para o tratamento e análise dos dados.

O terceiro capítulo (Apresentação e discussão dos resultados), após uma breve introdução (3.1.), encontra-se dividido em cinco secções, em função das hipóteses previamente definidas para o estudo. Analisa-se o efeito dos encontros MPM nas taxas de prevalência do AM aos 3 meses de vida da criança (3.2.), na prevalência de dificuldades/problemas da mama (3.3.), na mobilização de recursos para a resolução de dificuldades/problemas da mama (3.4.), no nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação (3.5.) e na satisfação das mulheres com a amamentação (3.6.).

O quarto capítulo (Discussão de Resultados) apresenta a discussão de resultados da investigação.

Por último são apresentadas as conclusões e implicações que decorrem da investigação. Após breve introdução, descrevem-se as conclusões da investigação, decorrentes da análise dos resultados obtidos em função dos objectivos e hipóteses inicialmente formuladas, as implicações dos resultados, as limitações do estudo e sugestões para futuras investigações/intervenções.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Introdução

Neste capítulo procede-se a uma sistematização de ideias com base na pesquisa bibliográfica efectuada. Depois da introdução (1.1.) são abordados aspectos relacionados com a transição para a maternidade e Consecução do Papel Maternal, onde se enquadra o AM como componente do processo transicional (1.2.), as políticas no âmbito da promoção, protecção e suporte ao AM (1.3.), as vantagens (1.4.) e os factores determinantes do AM (1.5.). Posteriormente, abordam-se aspectos gerais da organização dos serviços de saúde para a prestação de cuidados à mulher e criança, para focar concretamente a organização do distrito em que se desenvolveu o estudo (1.6.) e questões relacionadas com a Saúde, Educação e Promoção do AM (1.7.).

1.2. A transição para a Maternidade e o aleitamento materno

A gravidez e a maternidade representam experiências marcantes que implicam transformações e (re)organizações a nível individual e familiar. Por esse motivo foram consideradas, por Relvas e Lourenço (2001), *“fases de transição (...) com o duplo sentido de oportunidade de mudança/evolução e risco de bloqueamento/dificuldade ou perturbação evolutiva”* (p. 107).

A transição para a maternidade representa um período de mudanças de uma condição ou circunstância para outra, entendida como uma fase desenvolvimental de crise que implica não só a mãe, mas também o pai e a família em geral. O ciclo de vida individual processa-se no contexto familiar, daí que a transição para a maternidade implica e tem implicações no ciclo evolutivo da própria família nuclear ou alargada e na sua relação/influência com o contexto sociocultural (Relvas & Lourenço, 2001). Trata-se de um desafio à capacidade auto-organizativa de cada mulher/família, marcado pela necessidade de reestruturação relacional e funcional do sistema familiar, inserido no seu contexto particular de vida (Oliveira, 2004).

Na perspectiva de Colman e Colman (1994), a maternidade representa um desafio individual e um marco sem retorno na vida de cada mulher: *“Mudanças na identidade vão de mãos*

dadas com mudanças no corpo e nos papéis sociais. O processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança” (p. 31).

A transição para a maternidade, enquanto tarefa desenvolvimental, trata-se de um processo que, embora vivido de forma particular, pode ser dividido em seis tarefas diferentes que se misturam e sobrepõem ao longo do desenvolvimento da identidade parental. A tarefa inicial de i) *aceitar a gravidez* consiste na interiorização desta realidade para enfrentar as tarefas seguintes, ii) *aceitar a realidade do feto* consiste na aceitação progressiva do feto como entidade física e psicológica distinta que se prepara para o nascimento, iii) *reavaliar a geração de pais mais antiga* efectua-se no sentido de encontrar equilíbrio em relação à posição de educadores, iv) *reavaliar o relacionamento entre companheiros* resulta das transformações decorrentes da passagem da conjugalidade para a parentalidade, v) *aceitar o bebé como uma pessoa separada* que implica a transição para o cuidado total a uma pessoa independente, cujas necessidades dependem totalmente dos seus progenitores e vi) *reavaliar a relação com outros filhos* (Colman & Colman, 1994).

A experiência da maternidade é influenciada por características individuais e colectivas. Se a *aceitação da gravidez* implica considerar a vivência anterior, particularmente a pré-concepção, o término da gravidez representa o início de uma fase mais longa e duradoura, com impacto profundo na experiência de vida. Para Colman e Colman (1994), *“a experiência pós-parto inclui mudanças interiores muito profundas que se estendem aos dois membros do casal, precisamente quando ambos têm de desenvolver toda uma série de comportamentos práticos”* (p. 159).

Relvas e Lourenço (2001), consideraram que o nascimento de um filho implica para o casal a aprendizagem de novos papéis relacionados com o cuidado à criança, que os coloca em risco de fragilizar o funcionamento conjugal pela dificuldade de conciliação do papel de pai e mãe com o de casal sexuado, de facto *“(...) o grande desafio é levar essas tarefas a bom termo sem negligenciar a relação conjugal”* (p. 113).

O treino de competências que aumentem a capacidade de gestão de desafios impostos à relação é determinante no processo transicional (Lederman & Lederman, 1984). A reorganização das actividades habituais, nomeadamente a gestão do tempo disponível para actividades de lazer e contacto social, pode ser geradora de conflitos individuais e tensão conjugal, numa altura em que a expectativa social é a de vivência de plena realização e felicidade do casal (Relvas, 1996).

Colman e Colman (1994) referiram que os padrões familiares têm de ser mudados, *“a mulher que acaba de se tornar mãe é importante para a experiência do pai; reciprocamente, o*

homem que acaba de se tornar pai é crucial na experiência da mãe” (p. 184), daí a necessidade de uma nova *aliança conjugal* que passa pelo apoio e partilha de sentimentos, que permita criar o ambiente favorável também ao desenvolvimento da criança. Referem que para realizar o ideal materno a mulher necessita de apoio social, onde os amigos ou outras grávidas (pela partilha de medos e expectativas ou fantasias) assumem papel importante.

Segundo Meleis et al. (2000) a transição requer a passagem de um lugar ou condição para outra, a incorporação de conhecimentos, a alteração do comportamento e a redefinição do *self* face ao novo contexto social. A maternidade assinala a transição da conjugalidade para a parentalidade e ocorre durante o ciclo de vida dos indivíduos, daí ser enquadrada na definição de transição desenvolvimental (Meleis et al., 2000; Mercer, 2004; Schumacher & Meleis, 1994).

A transição para a maternidade e a consecução do papel maternal são entendidos por Colman e Colman (1994) processos dinâmicos e multifactoriais, pois, *“ser pai ou mãe é uma acomodação contínua entre expectativas e realidades, entre as projecções dos pais sobre quem eles pensam ser a criança e a própria natureza da criança”* (p. 180).

Mercer (1991 referida por Meighan (2004) apresentou a Teoria da Consecução do Papel Maternal, baseada em ampla investigação sobre diversas áreas da saúde da mulher e criança, nomeadamente sobre comportamentos e necessidades das mães em processo de cuidados. A Teoria da Consecução do Papel Maternal assenta na (inter)relação dinâmica entre o microssistema, mesossistema e macrossistema. O ambiente imediato em que ocorre a consecução do papel é o microssistema que inclui a família e factores como o funcionamento da família, as relações mãe-pai/companheiro, o apoio social e o stress. As variáveis contidas no microssistema interagem entre si na forma como afectam o papel maternal. A criança faz parte do sistema familiar, entendido como um sistema semi-fechado que mantém as fronteiras e o controlo sobre a troca entre o sistema familiar e os outros sistemas sociais.

O microssistema é o mais importante para a Consecução do Papel Maternal e dentro deste as características particulares de cada mulher, bem como as interacções entre pai/companheiro, mãe e criança. As características individuais decorrem do nível de desenvolvimento e características inatas de personalidade, bem como do processo contínuo de socialização e determinam a forma como a mulher define e apreende os eventos e as suas percepções sobre as respostas dadas pela criança e pelos outros à experiência de maternidade, no contexto particular de vida. A criança é considerada parceira activa no desempenho do papel materno afectando e sendo afectada por ele. O pai/companheiro assume um papel de extrema

importância que não é passível de ser duplicado por ninguém. O mesossistema engloba, influencia e delimita o microsistema e inclui a família alargada, a escola, o trabalho, a igreja e outras entidades, dentro da comunidade mais próxima da mãe. A unidade mãe e bebé não estão contidas directamente no mesossistema mas este determina, em parte, o que acontece ao papel maternal em desenvolvimento e à criança. O macrossistema refere-se a influências sociais, políticas e culturais sobre os outros dois sistemas, onde se salienta o sistema de saúde e o seu impacto na Consecução do Papel Maternal (Meighan, 2004).

O Papel Maternal é atingido quando a mãe sente harmonia interna com o papel desempenhado e as suas expectativas e é directamente influenciado pelo apoio social, stress, funcionamento da família e pelo tipo de relação entre mãe e pai/companheiro. A Consecução do Papel Maternal é um processo que segue quatro fases, que se sobrepõem e são alteradas à medida que o bebé cresce e se desenvolve (Mercer, 1991 referida por Meighan, 2004):

- A *fase antecipatória* que inicia na gravidez e inclui ajustamentos sociais e psicológicos iniciais à gravidez em que a mãe começa a desempenhar o papel fundamentado nas expectativas e fantasias em relação ao feto no útero.
- A *fase formal* inicia com o nascimento do bebé e inclui a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, orientado pelas expectativas formais dos outros no sistema social da mãe. Nesta fase adquire grande importância a aprendizagem resultante da interacção social, onde se destaca o papel dos profissionais de saúde.
- A *fase informal* começa à medida que a mãe se distancia de expectativas sociais e assume formas únicas de lidar com o papel, relacionadas com o seu estilo de vida, com base em experiências passadas e objectivos futuros.
- A *fase de identidade pessoal* ou de identidade de papel ocorre à medida que a mulher vai interiorizando o seu papel. A mãe experimenta um sentimento de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel e o papel maternal é atingido. Esta fase pode desenvolver-se num mês ou levar vários meses, em função do contexto particular de cada mulher/família.

Em consonância com o processo gradual e dinâmico de Consecução do Papel Maternal, a complexidade das mudanças a nível físico, afectivo, relacional e social nos três meses que sucedem o parto levaram Colman e Colman (1994) a considerar que se trata do quarto trimestre da gravidez, e que tanto o homem como a mulher devem ser alvo de cuidados e atenção primária.

É sobretudo na *fase formal*, que corresponde ao primeiro mês após o parto (Meighan, 2004; Mercer, 2004), caracterizada pela forte estruturação de pensamentos e práticas relacionadas com o desempenho de papel, que a intervenção dos profissionais de saúde ou rede de apoio social assume particular relevo na construção progressiva da identidade de papel.

Associado à transição para a maternidade a experiência de amamentação surge como preocupação elementar para a maior parte das mães, sendo muitas vezes veiculada como um acto “instintivo e natural” e, portanto, com a mensagem implícita de que a boa mãe deve ser capaz de amamentar sem dificuldade (Almeida & Novak, 2004). No entanto, a experiência de amamentação é marcante e complexa e envolve, para além da relação mãe-bebé, a ressignificação da relação mulher-mãe com o seu marido/companheiro, mãe, sogra, irmãs e outros membros da família. Trata-se de um momento crucial na trajectória de vida, afectando a percepção de cada mulher sobre as suas diferentes dimensões: relacional, sexual, profissional e físico-corporal (Kuschnir, 2008).

No processo de transição da conjugalidade para a parentalidade, a preocupação com o bem-estar da criança leva a que os pais releguem as próprias necessidades para segundo plano, deixando de se dedicar afectivamente um ao outro. Por outro lado, ao homem são exigidas novas tarefas, numa altura em que fica privado de cuidados e atenção da mulher, que podem condicionar desequilíbrio na relação conjugal, sobretudo se já não possui alicerces sólidos (Maldonado, 2000). Durante este período as alterações no relacionamento sexual, ocasionadas por factores físicos, psicológicos ou tabus, podem derivar também da amamentação pela inibição da libido associada à elevação dos níveis de prolactina (Hentschel, 1993) ou pelo estímulo potencialmente inibitório da ejeção láctea durante o orgasmo (Conceição, 1997).

O estudo de Brito e Oliveira (2006) revelou que os homens reconhecem alterações ao nível do relacionamento conjugal, mais evidentes nos primeiros três meses de vida da criança, e embora a amamentação contribua para essas alterações, não as consideram negativas. Quanto à criança desenvolvem atitudes de cuidado e sentimentos de competição, pela partilha física da mulher/companheira, e em relação à mulher revelam maior proximidade física e afectiva e consideram que elas se afastam física, emocional e sexualmente deles durante a amamentação.

A gravidez, maternidade e experiência de amamentação acarretam desafio conjugal com implicações no processo vincutivo à criança, daí a necessidade de encarar esta fase transicional como um projecto familiar com implicações individuais e colectivas. Muitos homens julgam-se excluídos do processo de amamentação, pois efectivamente não amamentam, e, por vezes, são pouco envolvidos pelos próprios profissionais de saúde na fase antecipatória e formal do processo transicional.

Promover a Consecução do Papel Maternal implica considerar a experiência de amamentação determinante, com impacto a nível individual, familiar e colectivo e a fase

antecipatória e formal de consecução de papel fulcrais para a intervenção dos profissionais de saúde.

1.3. Aleitamento materno – Políticas de promoção

A promoção do AM continua a constituir-se uma prioridade de saúde pública, pelos reconhecidos efeitos benéficos a nível individual mas também social e económico.

A Assembleia Mundial de Saúde tem-se dedicado, desde 1974, a analisar a situação mundial do AM (WHA, 1974). Em 1981 reconheceu que este é o método natural de alimentação de crianças e lactentes, reportando aos Estados a responsabilidade pela sua promoção, protecção e apoio e incentivando à adopção do Código Internacional para os substitutos do leite materno (WHA, 1981). Este foi transposto, pelo menos em parte, para o direito interno em Portugal tendo por base a Directiva n.º 96/4/CE (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2008).

Em 1990 foi recomendada a implementação de medidas que permitissem o AM exclusivo até aos 4 a 6 meses de vida da criança (WHA, 1990). Posteriormente, reafirmou-se que até esta idade as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas exclusivamente com leite materno, não havendo necessidade de administração de água ou outros alimentos. Da mesma forma foram incentivadas todas as instituições de saúde públicas e privadas, que prestam serviços de saúde na área da mulher e criança, a sustentarem as práticas na IHAB da OMS/UNICEF (WHA, 1992). Desde o início da IHAB, o estatuto de HAB foi atribuído a mais de quinze mil estabelecimentos de saúde em 134 países.

A IHAB teve como objectivo específico promover, proteger e apoiar o AM, particularmente nas unidades hospitalares, através da aplicação de forma consistente e sustentada dos dez passos para o sucesso do AM (Levy & Bértolo, 2008):

1. Ter uma política de promoção do AM, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM.
4. Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

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

8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.

9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.

10. *Encorajar a criação de grupos de apoio ao AM, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade (pp. 14-15).*

Em 2001 a AMS recomendou o AM exclusivo até aos 6 meses de vida como medida de saúde pública mundial, complementado adequada e oportunamente com outros alimentos a partir desta altura (WHA, 2001).

Na 59.^a AMS, que decorreu em 2006, foram reiterados os princípios anteriores e efectuado apelo especial aos Estados para renovação do compromisso com o Código Internacional dos Substitutos do leite materno e da IHAB (WHA, 2006).

Com base em preocupações com a saúde pública, surgiram em diversos países do Continente Americano (Honduras, Guatemala, Peru, México e Brasil), Africano (Durban, Quénia) e Asiático (Bangdaleche e Malásia) estratégias baseadas na comunidade, no sentido da promoção, protecção e suporte (sobretudo com recurso a trabalho de voluntariado prestado por profissionais de saúde ou leigos conselheiros em AM (World Health Organization [WHO], 2003).

Posteriormente à publicação dos dez passos para o sucesso do AM integrados na IHAB, surgiu a Iniciativa Comunidade Amiga dos Bebés (ICAB), com o objectivo de alargar o compromisso da promoção do AM, além dos serviços hospitalares, a outros serviços da comunidade e à própria comunidade. As preocupações com esta iniciativa são evidente em países como a Austrália e Nova Zelândia com percursos longos de voluntariado na área da alimentação infantil (New Zealand Breastfeeding Authority [NZBA], 2008).

Esta iniciativa inclui um conjunto de sete passos, recentemente discutidos e publicados em Portugal pela DGS (www.amamentar.net):

1. Ter uma política de promoção do AM escrita, afixada a ser transmitida toda a equipa de saúde.
2. Dar formação à equipa para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas e famílias sobre vantagens e prática do AM.
4. Apoiar as mães a iniciar o AM.
5. Promover o AM exclusivo até aos seis meses, e o AM com alimentos complementares até aos dois anos ou mais.
6. Proporcionar um ambiente acolhedor para as famílias que amamentam.
7. Promover a colaboração entre a equipa de saúde e os grupos de apoio na comunidade local.

A UE (2004) adaptou e adoptou as medidas propostas pela OMS/UNICEF publicadas no documento intitulado: *“protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action”*. Este, tem por base a promoção, protecção e suporte ao AM e constitui uma orientação importante com acções que devem ser integradas num plano de intervenção regional ou nacional. Recomenda seis domínios de intervenção, apresenta objectivos, estratégias, e identifica responsabilidades para cada domínio: i) política e planeamento, ii) informação, educação e comunicação, iii) formação, iv) protecção, promoção e suporte, v) monitorização e vi) avaliação. O documento resulta de investigação científica, associada a contributos de peritos em saúde pública, bem como outros grupos profissionais e grupos promotores do AM, incluindo mães.

Apesar de todas as iniciativas de promoção, protecção e suporte ao AM, a par da evidência científica das respectivas vantagens, as taxas de AM a nível mundial continuam abaixo do recomendável. Dados disponíveis em relação a alguns países desenvolvidos permitem constatar que as taxas de iniciação são em geral superiores a 90% para a maioria dos países, à excepção do Canadá, Alemanha, Reino Unido e EUA, e que a sua diminuição é significativa até ao sexto mês, altura em que menos de um quarto das crianças é alimentado exclusivamente com leite materno, sendo esta taxa residual no Reino Unido (WHO, 2011).

Pérez-Escamilla (2003), ao analisar taxas de AM na América Latina e Caraíbas, verificou diferenças entre países e dentro dos próprios países. Nos países com mais de um inquérito entre 1980 e 1990 verificaram aumento da duração do AM na República Dominicana e Peru (mais 0,5 e 4,1 meses respectivamente) e diminuição na Guatemala (menos 0,6 meses), sendo a tendência de aumento mais evidente em zonas urbanas.

Segundo Labbok, Wardlaw, Blanc, Clark e Terreri (2006) em países em desenvolvimento (onde se enquadram a África Subsaariana, Médio Oriente/Norte de África, Sul e Leste da Ásia/Pacífico), entre 1990 e 2000, as taxas de AM exclusivo em crianças com menos de 4 meses aumentaram cerca de 15%, com maior relevo nas zonas urbanas.

Em Portugal diversos estudos publicados sobre o assunto sugerem que as taxas de iniciação do AM são em geral elevadas, no entanto verifica-se uma queda acentuada nos primeiros meses de vida da criança (Levy & Bértolo, 2008).

Os Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados entre 1995/96, 1998/99 e 2005/06, apesar da falta de uniformidade nas estratégias de recolha e parametrização dos dados, permitem verificar que em Portugal Continental, ao longo destas décadas, as taxas de AM aumentaram em todas regiões do País, à excepção do Alentejo e que o AM exclusivo aos 3 meses de vida aumentou

cerca de 30%, com uma evolução similar na região Norte (taxa aproximada de 30% na 1.^a década) (www.amamentar.net).

Existem diversos estudos regionais que apresentam valores diferentes da avaliação efectuada pelo Observatório Nacional de Saúde. Sarafana et al. (2006) ao compararem os anos 1994 com 2003, numa maternidade de Lisboa verificaram uma diminuição da taxa de AM à saída da maternidade (de 99% para 98.5%), embora maior percentagem de mães se encontrassem a amamentar exclusivamente (de 88% para 95%). A prevalência do AM e AM exclusivo diminuiu no primeiro mês (86% para 75% e 68% para 60% respectivamente) e aumentou aos 6 meses (de 30% para 36% e 22% para 25% respectivamente).

Sandes, et al. (2007) ao estudarem mães cujo parto ocorreu no Hospital de Santa Maria encontraram uma diminuição significativa das taxas de AM e AM exclusivo à saída da maternidade, comparativamente aos 6 meses de vida (de 91% para 34,1% e de 77,7% para 17,3% respectivamente).

Segundo Galvão (2006), num estudo realizado com mães cujo parto ocorreu num hospital certificado como HAB, a prevalência do AM diminuiu bastante até ao ano de vida, verificando-se abandono da sua prática exclusiva logo no primeiro mês de vida do bebé.

Num estudo efectuado no distrito de Viana do Castelo constatou-se uma diminuição da prevalência do AM entre o momento da alta hospitalar (97,5%) e o sexto mês pós-parto (35,4%), sendo que ao primeiro mês 78,6% continuavam a amamentar (Lopes & Marques, 2004).

Graça (2010) num estudo, com mulheres que frequentaram os cursos de preparação para o parto/parentalidade, no distrito de Viana do Castelo constatou que a taxa de prevalência do AM exclusivo ao primeiro mês foi de 41% e aos seis meses de 2% e a taxa de AM foi de 79.9% e 37.1% respectivamente.

O percurso no sentido de promover o AM tem vindo a desenvolver-se impulsionado pelas iniciativas e compromissos internacionais. Em 1992 foi criada a Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, que tem desenvolvido diversas actividades, nomeadamente a divulgação das dez medidas pelos serviços de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a formação de avaliadores, a avaliação de rotinas hospitalares, a comemoração anual da semana mundial do AM e a edição e divulgação do Manual do AM, um guia orientador para mulheres. O Hospital Garcia de Orta, em Almada, foi a primeira instituição de saúde a receber, em 2005, o certificado de HAB, desde então foram certificadas mais quatro instituições. Em 2007 a Maternidade Bissaya Barreto

em Coimbra, em 2008 o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, em 2009 a Maternidade Júlio Dinis no Porto e em 2010 a Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa (www.amamentar.net).

Foi preocupação evidente do PNS 2004-2010 a promoção do AM, entendido como critério de qualidade dos cuidados perinatais, sendo a taxa de AM aos 3 meses de vida utilizado como meta estratégica de intervenção. Como objectivo definiu-se para 2010 a taxa de AM exclusivo superior a 50% (MS, 2004), embora não se conheçam dados estatísticos de avaliação desta meta/objectivo.

Não obstante, pode constatar-se pelos estudos apresentados que as taxas de AM e AM exclusivo apresentam quebras acentuadas ao longo do tempo. O Código Internacional dos Substitutos do leite materno, recomendação fundamental, continua a ser desconhecido por muitos profissionais de saúde (Lourenço, 2009), as metas estratégicas do PNS 2004-2010 não se encontram em consonância com as recomendações internacionais e não existem recomendações com objectivos e estratégias claras face à promoção do AM, o que se evidencia pelo objectivo estratégico global apresentado no PNS 2004-2010 (MS, 2004): *“Incentivar-se-á o aleitamento materno”* (p. 17).

No sentido de garantir a comparabilidade, a monitorização das taxas de AM deve ser realizada com recurso a métodos de recolha de dados padronizados e universalmente aceites. Não existem em Portugal, ou no distrito de Viana do Castelo, dados que resultem de um sistema padronizado de registo/monitorização da adesão ao AM, o que dificulta a avaliação fidedigna da realidade estatística e a respectiva comparabilidade.

Com base nestas preocupações, um conjunto de indicadores relacionados com a avaliação das práticas de Alimentação de Crianças e Lactentes foi desenvolvido pela OMS em 2007. Segundo o documento, são considerados indicadores principais o início precoce do AM (percentagem de crianças colocadas à mama na primeira hora de vida) e o AM exclusivo até aos 6 meses, são fornecidas indicações acerca das estratégias de recolha de dados e consideram-se os seguintes critérios na definição das práticas de alimentação infantil (WHO, 2008):

- AM exclusivo: significa alimentar a criança somente com leite materno (incluindo leite extraído ou de uma ama/banco de leite), além desse apenas podem ser administrados sais de (re)hidratação oral, gotas ou xaropes (medicamentos, vitaminas ou minerais) por prescrição médica.
- AM predominante: significa alimentar a criança com leite materno (incluindo leite extraído ou de uma ama/banco de leite) como fonte predominante de alimentação. São permitidos outros líquidos (água, bebidas à base de água) e sais de (re)hidratação oral, gotas ou xaropes (medicamentos, vitaminas ou minerais)

segundo prescrição médica. Não se enquadra nesta definição a criança receba leite não humano ou fluidos à base de alimentos.

- **Alimentação complementar:** significa alimentar a criança com leite materno (incluindo leite extraído ou de uma ama/banco de leite) e alimentos sólidos ou semi-sólidos. Permite que a criança receba qualquer alimento ou líquido incluindo leite não humano ou de fórmula. Os alimentos complementares apenas são introduzidos após os 6 meses de vida completos.
- **Amamentação:** significa alimentar a criança com leite materno (incluindo leite extraído ou de uma ama/banco de leite). Permite a administração de outro líquido incluindo leite não humano ou de fórmula.
- **Alimentação por biberão:** significa alimentar a criança com qualquer alimento líquido (incluindo leite materno ou leite artificial) administrado pelo biberão.

As políticas de promoção, protecção e suporte ao AM devem enquadrar as orientações internacionais devidamente contextualizadas a nível nacional, regional, local e institucional para que permitam a adequação das práticas às necessidades específicas das mulheres/famílias e respectiva comunidade. Embora o conhecimento das mulheres sobre as vantagens do AM, por si só, não se revele determinante na duração do AM (Galvão, 2006), é importante considerar para esta prática, influenciada por condicionantes sócio-culturais, a superioridade para a saúde da mulher, criança, família, meio ambiente e sociedade.

1.4. Vantagens do aleitamento materno

O papel da alimentação na infância, particularmente durante o primeiro ano de vida, é decisivo para a saúde e tem repercussões ao longo de toda a vida. A alimentação infantil deve, necessariamente, ser considerada quando se fala do desenvolvimento socioeconómico de cada país. O AM é imprescindível e adequado à saúde, crescimento e desenvolvimento da criança e são inúmeras as suas vantagens (Ferreira, 2005).

Na análise dos benefícios do AM, com base na evidência, podem-se salientar vantagens relacionadas com as taxas de morbimortalidade infantil, sobretudo em países em desenvolvimento, com o desenvolvimento físico e intelectual da criança, com as doenças crónicas na vida adulta, com a saúde materna e, paralelamente, benefícios económicos, directa ou indirectamente decorrentes.

O AM associa-se a diminuição da morbimortalidade infantil, directamente relacionada com as propriedades anti-infecciosas, pois as crianças alimentadas com leite materno exclusivo, nos primeiros seis meses de vida, têm risco diminuído para um grande número de doenças agudas e crónicas, entre as quais diarreias, infecções do tracto respiratório, infecções urinárias, otite média e

doenças alérgicas. No entanto, é de salientar que quando a criança recebe, para além do leite materno, outro alimento líquido ou sólido incluindo água ou chá, o efeito protector contra infecções respiratórias e intestinais diminui substancialmente (Giugliani, 2000; Heining, 2001; Kramer, et al., 2001; Léon-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002). A introdução de água ou chá contribuem para o abandono precoce do AM e AM exclusivo (Susin, Giugliani, & Kummer, 2005) e são utilizados frequentemente para acalmar o bebé, aliviar a dor e sobretudo a sede (WHO, 1991).

A relação entre a mortalidade infantil e o AM implica também factores de ordem demográfica, socioeconómica e ambiental, sendo a protecção conferida pelo leite materno maior em crianças pequenas, exclusivamente amamentadas, e que residem em locais onde a pobreza e as condições higiénico-sanitárias, nomeadamente o acesso a água potável, colocam em risco a saúde das populações. Um estudo baseado em dados de 6 países (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal) demonstrou uma taxa de mortalidade por doenças infecciosas seis vezes maior em crianças com menos de dois meses não amamentadas quando comparadas com crianças alimentadas ao seio (WHO, 2000).

O leite materno tem também propriedades imunológicas com potencial protector contra a sensibilização alérgica, inflamatória ou infecciosa, durante e após o período de aleitamento, na medida em que é rico em substâncias anti-inflamatórias/infecciosas como a lactoferrina, imunoglobulina M (IgM), imunoglobulina G (IgG), imunoglobulina A (IgA), macrófagos, neutrófilos, linfócitos T, linfócitos B, citoquinas e factores de crescimento (Wold & Hanson, 1994).

A susceptibilidade do recém-nascido e crianças pequenas a infecções decorre da imaturidade do sistema imunológico que pode ser reforçado pelo leite materno, devido à sua elevada concentração de imunoglobulinas, que não é afectada pelo estado nutricional materno (Calvano, 2002; Valero, 2009).

Embora a maior parte dos artigos de revisão salientem o AM exclusivo como recomendação para reduzir a probabilidade de atopia e asma na infância alguns investigadores encaram isto com restrições (Sears, et al., 2002). Segundo Silva, Schneider e Stein (2009), o leite materno é imunologicamente complexo, pelo que alguns dos seus constituintes têm efeito protector no desenvolvimento de alergia, enquanto outros, importantes na produção de IgE, estão presentes em maior concentração no leite materno de mães atópicas aumentando o risco de atopia no lactente, o que justifica a necessidade de maior pesquisa atendendo à incidência desta patologia a nível mundial.

Por outro lado, o leite materno tem propriedades nutricionais únicas associadas à sua fácil digestão e biodisponibilidade em relação a fórmulas artificiais. Trata-se de um alimento vivo, completo e natural adaptado ao estágio de desenvolvimento da criança (Ferreira, 2005).

O AM exclusivo não tem efeitos negativos no crescimento da criança sendo as suas necessidades nutricionais satisfeitas até aos 6 meses de vida. As crianças saudáveis, com peso normal e cujas mães apresentam níveis adequados de ferro não têm necessidade de suplementação com este micronutriente, cuja concentração no leite materno é baixa, visto que as reservas de ferritina no fígado asseguram as suas necessidades até à idade de introdução de novos alimentos. Também a concentração de zinco é baixa no leite materno, no entanto tem alta biodisponibilidade (PAHA & Dewey, 2003).

As deficiências vitamínicas associadas ao AM exclusivo são raras. Podem surgir associadas a dieta materna inadequada (vitamina A, B2, B6, B12) ou nos casos de fraca exposição solar (vitamina D) e podem ser corrigidas com recurso a medicamentos (González, 2008; PAHA & Dewey, 2003).

O leite materno tem efeitos na modulação do gosto da criança introduzindo-a na dieta familiar, através do contacto com o sabor dos alimentos ingeridos pela mãe (González, 2008).

No que se refere a efeitos do AM na saúde adulta e na propensão para doenças crónicas são enfatizadas ao nível da literatura a obesidade, a diabetes, certos tipos de cancro e a hipertensão arterial. O AM parece ter efeito protector para a obesidade, sendo proporcional à sua duração (Gillman, et al., 2001; Hediger, Overpeck, Kuczmarski, & Ruan, 2001). O risco de desenvolver diabetes mellitus na vida adulta aumenta no caso das crianças não amamentadas (Jones, Swerdlow, & Gill, 1998; Malcova, Sumnik, Drevinek, Venhacova, Lebl, & Cinek, 2006). O AM exclusivo parece diminuir a incidência da diabetes mellitus não insulino-dependente (Pettitt, Forman, Hanson, Knowler, & Bennett, 1997) e parece haver um aumento do risco de incidência de diabetes mellitus insulino-dependente em função da idade de introdução de substituto do leite materno (Norris & Scott, 1996). O AM tem também um efeito protector para alguns tipos de cancro (Martim, Gunnell, Owen, & Smith, 2005; Shu, et al., 1999).

Estudos comprovaram que o AM proporciona à criança um desenvolvimento cognitivo ligeiramente superior (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999). Esta ideia é, no entanto, questionada por outros estudos que consideram que a relação entre o AM e o desenvolvimento cognitivo parece inconclusivo (Nobre, Issler, Ramos, & Grisi, 2010), por ter razão multifactorial, relacionada com a interacção e estímulos da mãe para com a criança (Gibson-Davis & Brooks-Gunn, 2006), a condição

socioeconómico mais elevada da família, o nível de escolaridade superior e a saúde mental e física da mãe (Angelsen, Jacobsen, & Bakketeig, 2001).

O AM permite, através do contacto estreito entre mãe e filho, o reforço do processo vincutivo pela interacção e respostas mútuas que se verificam durante a amamentação, nomeadamente durante o contacto pele a pele e mamada na 1.^a hora de vida (Figueiredo, 2003), preconizado pela IHAB nos passos para o sucesso do AM.

Diversos estudos demonstram uma associação positiva entre o AM e o melhor desenvolvimento neurológico e motor (Clark, et al., 2006; Morley, Fewtrell, Abbott, Stephenson, Macfadyen, & Lucas, 2004; Nobre et al., 2010).

Os benefícios para a saúde materna englobam: menor hemorragia pós-parto, involução uterina mais rápida, maior facilidade em recuperar o peso pré-gravidez, amenorreia da lactação funcionando como anticoncepcional natural e redução do risco de osteoporose, cancro do ovário e da mama no período pré-menopausa (Rea, 2004).

Além dos benefícios individuais para a saúde, o AM traz também vantagens sociais e económicas para o país, acarretando menores custos em saúde e redução do absentismo laboral dos pais, na medida em que as crianças adoecem menos (Rea, 2004) necessitando de menores cuidados médicos, hospitalizações ou medicamentos (Silva et al., 2009).

O leite materno é um recurso natural, perfeitamente adaptado à espécie, de alto valor nutricional e que se associa a uma prática ecológica e económica ao passo que a produção, transporte e consumo de leites artificiais e a sua associação com o recurso a biberões, tetinas, chupetas e outros materiais, directa ou indirectamente relacionados, implicam gastos energéticos e de recursos e originam desperdícios não biodegradáveis com impacto a nível ambiental (Albuquerque, 2001; Rea, 2004).

Apesar das vantagens apontadas pela comunidade científica o desmame precoce continua a revelar-se uma preocupação mundial. Além de um acto biologicamente determinado, o AM é também regulável pela sociedade e impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (Almeida & Novak, 2004).

O sucesso do AM depende de um conjunto complexo de factores que devem ser considerados para o planeamento de intervenções a nível individual, familiar e comunitário ou numa perspectiva mais abrangente a nível institucional, local, regional e nacional.

1.5. Factores determinantes de sucesso do aleitamento materno

O sucesso do AM apresenta-se como um termo de difícil definição, engloba as opções da mulher, a capacidade para as pôr em prática e as implicações dessas opções. Trata-se de um processo atravessado por influências individuais, familiares e sociais. O conceito de sucesso pode ser definido na perspectiva dos profissionais de saúde ou na perspectiva da mulher, enquanto Pessoa que procura continuamente a sua (auto)realização.

De facto, enquanto nos artigos médicos a tónica do sucesso é colocada nos factores pré e pós-natais, na morbimortalidade, nos indicadores de iniciação, duração e prevalência, os artigos não científicos valorizam a relação mãe-filho, a auto-realização da mulher, as capacidades da mulher para a gestão da experiência (Graça, 2010; Kuschner, 2008; Pereira, 2006).

A análise efectuada, neste estudo aos factores determinantes do AM, procura englobar as duas perspectivas de sucesso e parte da esfera individual/familiar para as esferas política, económica, social e cultural, numa relação de interdependência mútua. Qualquer plano de acção eficaz implica o planeamento de objectivos e estratégias de intervenção que devem emergir da confluência destes sistemas e considerar a perspectiva individual (de cada mulher), enquanto elemento central do cuidado em saúde.

Seguidamente são abordados os factores determinantes, tendo por base a classificação adaptada do contrato projecto Europeu (UE, 2004). Em termos gerais, enquadrámos nas características da mãe, criança e família, os aspectos relacionados com o sistema de saúde, as políticas de saúde pública, os aspectos culturais e políticas sociais com diferentes níveis de influência (figura1).

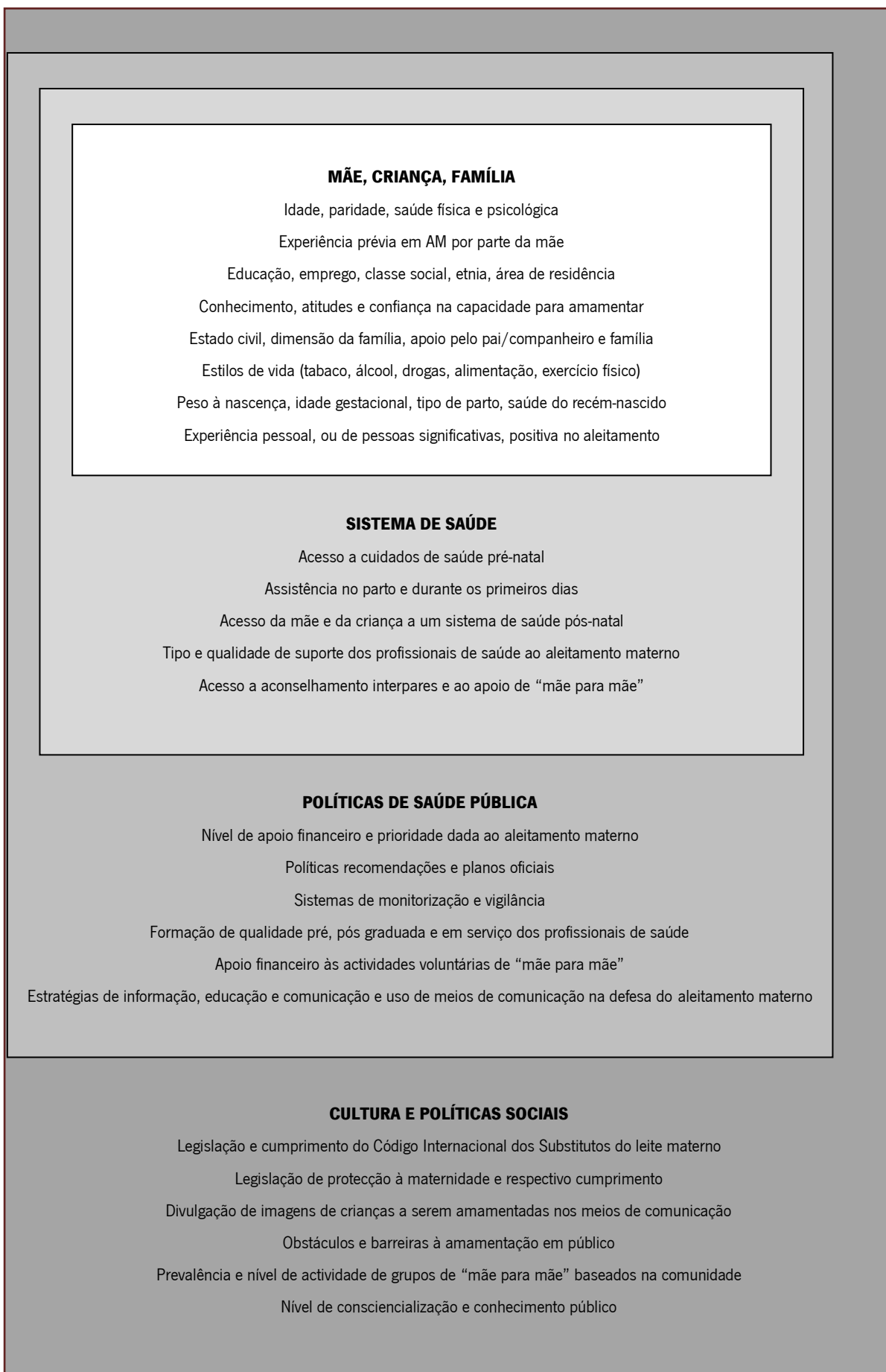


Figura 1. Factores determinantes do aleitamento materno (UE, 2004)

Características da mãe, criança e família

A idade materna é um factor determinante do sucesso do AM. Alguns autores relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do AM, motivada pela sua associação com outras dificuldades nomeadamente o nível educacional e socioeconómico mais baixo e o facto de estas mulheres serem, muitas vezes, solteiras de onde pode resultar menor apoio familiar (Caldeira, Moreira, & Pinto, 2007; Gigante, Victoria, & Barros, 2000). No que se relaciona com a idade é relevada a situação das adolescentes, que denotam comparativamente maior insegurança e falta de confiança em si mesmas para amamentar a criança, associado a problemas de auto-imagem e egocentrismo característicos desta fase do ciclo de vida e à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos (Peterson & Da-Vanzo, 1992).

Num estudo que avaliou a evolução da prevalência do AM, entre 1994 e 2003, na área de influência de um Hospital Perinatal Diferenciado (HPD) da região de Lisboa verificou-se que a idade materna superior a 34 anos parece contribuir para o sucesso da amamentação (Sarafana et al., 2006). Por outro lado, apesar de existirem autores que consideram não haver associação significativa entre a idade materna e a duração do AM, verificou-se que filhos de mães com mais idade mamam mais tempo, sobretudo em mulheres com mais filhos anteriores e com experiências anteriores positivas de amamentação (Lima & Osório, 2003; Venancio, Escuder, Kitoko, Réa, & Monteiro, 2002).

No que se relaciona com a paridade, as primíparas parecem mais propensas a iniciar o AM, embora o mantenham durante menos tempo e recorram mais precocemente à introdução de leites artificiais (Caldeira et al., 2007), ao passo que nas múltiparas se verifica grande relação com a experiência anterior de alimentação dos filhos (Berra, Sabolsky, Rajmil, Passamonte, Pronsato, & Botinof, 2003). Por outro lado, observa-se nas primíparas maior propensão para a introdução precoce de novos alimentos e desmame antecipado, condicionada por crenças e factores culturais relacionadas com a amamentação (Soares, Giugliani, Braun, Salgado, Oliveira, & Aguiar, 2003; Vannuchi, et al., 2005; Venancio et al. 2002; Vieira, Almeida, Silva, Cabral, & Netto, 2004).

Paralelamente a falta de experiência aparece como factor de risco para o desmame precoce. Verifica-se relação entre a duração do AM e o número de filhos, sendo mais prolongado em função da ordem de nascimento, o que se relaciona com a insegurança materna ao nascimento do primeiro filho, numa idade mais jovem, com menor conhecimento e menor experiência de vida. Uma mulher com experiência anterior positiva tem mais facilidade em repeti-lo com os filhos

seguintes (Gonçalves, Padula, Hayashi, Ito, & Silva, 2003; Hamer, Bryson, & Agras, 1999; Lopes & Marques, 2004; Ramos & Almeida, 2003a; Spinelli, Sesoko, Souza, & Souza, 2002).

O nível de escolaridade, a situação profissional e a situação socioeconómica são outros factores a considerar, directamente relacionados com o nível de desenvolvimento dos países. A relação entre o nível de escolaridade materna e o tempo de amamentação parece controversa na literatura, embora o nível de escolaridade mais elevado pareça influenciar positivamente a prática do AM, pela possibilidade de maior acesso a informação sobre as questões relacionadas com a vigilância da gravidez e AM (Escobar, et al., 2002; Sandes, et al., 2007; Sarafana et al., 2006).

Em relação à situação profissional, embora não exista consenso na literatura, verifica-se que o trabalho materno fora de casa pode condicionar positiva ou negativamente o AM em função das condições que são criadas para a sua manutenção. Apesar de não ser apontado como principal determinante, alguns autores revelam que as mães trabalhadoras têm maior dificuldade na amamentação sobretudo de forma exclusiva (Ramos & Almeida, 2003a; Vannuchi, et al., 2005; Vieira et al., 2004). O trabalho informal e desemprego também podem interferir negativamente na duração do AM pela necessidade de manter estratégias de ajuda financeira (Venancio et al., 2002).

O respeito pela licença de maternidade e amamentação ou aleitação, a existência de creches no local de trabalho ou condições para o aleitamento no local e horário de trabalho, a necessidade de conjugar ou não a actividade laboral com outras tarefas domésticas são factores importantes neste domínio. Silva (2005) num estudo, em que apresentou as principais dificuldades apontadas pelas mães trabalhadoras e estudantes de graduação e pós graduação de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo, demonstrou a interdependência entre as características do ambiente físico dos locais de trabalho ou estudo e as relações entre os seus familiares, superiores ou pares em relação à manutenção da amamentação. Por outro lado, Gonçalves et al., (2003) e Volpini e Moura (2005) não encontraram diferença na idade de abandono do AM entre mães trabalhadoras e não trabalhadoras. Escobar, et al. (2002) verificaram que a prevalência do AM era superior no grupo de mães trabalhadoras comparativamente com o grupo de mães não trabalhadoras, mas paralelamente constataram que ao trabalho fora de casa se associava o maior nível de escolaridade.

Rapoport e Piccinini (2006) salientaram a importância do apoio social para uma maternidade mais responsiva, considerando que as mães com uma rede de apoio social mais alargada mostram-se mais sensíveis na sua interacção com o bebé, o que se relaciona com as conclusões de Ramos e Almeida (2003b) que consideraram que o sucesso da amamentação

depende, primordialmente, do apoio social recebido pela mulher durante o processo de lactação e que surge não só dos profissionais de saúde mas de amigos ou familiares, sobretudo o marido ou companheiro.

Nesta fase a mulher sofre influência positiva ou negativa da história familiar de amamentação recuperada e ressignificada por ela em função de expectativas individuais. A mãe constitui um elemento central neste tipo de influência, por vezes substituída por irmãs mais velhas ou outras familiares mais próximas como exemplos desejados ou rejeitados de amamentação (Kuschnir, 2008).

O projecto de amamentação de cada mulher é permeado por um conjunto de influências positivas ou negativas de familiares mais próximas em termos afectivos, que por vezes tende à rotura com práticas actuais, nomeadamente alguns dos passos da IHAB. Segundo alguns autores este tipo de influência é positivo quando o processo de socialização da mulher ocorreu num meio aleitante, ou seja, num ambiente onde o AM é praticado de maneira natural e integrado de imediato e em exclusivo como estratégia de alimentação dos filhos (Kuschnir, 2008; Morrow, et al., 1999).

Segundo Sarafana et al. (2006), a transmissão de experiências positivas a nível familiar, sobretudo por parte das avós constitui factor protector quanto à prática do AM. Também Sandes et al. (2007) verificaram que as mães que identificaram como fontes de informação sobre o AM conjuntamente profissionais de saúde e familiares/amigos amamentaram durante mais tempo do que aquelas que identificaram apenas os profissionais de saúde.

A saúde física da mãe e bebé também influenciam a prática do AM. Num estudo, sobre factores que levam ao desmame precoce, Parizotto e Zorzi (2008) concluíram que o internamento e doença do RN têm relação com mesmo. Segundo Mancini e Meléndez (2004) os recém-nascidos com internamento por doença superior a 30 dias apresentaram taxas mais baixas de AM exclusivo. Associado a dificuldades relacionadas com a técnica da amamentação de mães/recém-nascidos em situações especiais surgem factores relacionados com as próprias rotinas hospitalares. O peso do recém-nascido à nascença, muitas vezes associado a prematuridade, ou outros factores de morbilidade que implicam internamento prolongado e podem condicionar negativamente a prática do AM (Vieira et al., 2004).

Estilos de vida saudáveis como o não tabagismo e a prática de exercício físico durante a gravidez parecem funcionar como protectores para a prática de AM (Caldeira et al. 2007; Sandes, et al., 2007).

No que se relaciona com o tipo de parto foram encontrados diferentes resultados na literatura. Os estudos de Caldeira et al. (2007) e Lopes e Marques (2004) não encontram associação entre o tipo de parto e o abandono precoce do AM. O tipo de parto parece ter influência no tempo que medeia entre o nascimento e o estabelecimento da primeira mamada, o que constitui um aspecto importante para a prática do AM, relevado no passo 4 da IHAB (Boccolini, Carvalho, Oliveira, Leal, & Carvalho, 2008). O parto vaginal, comparativamente com o parto por cesariana, parece facilitar a primeira mamada, o contacto precoce entre mãe e filho e diminuir o risco de introdução de outros alimentos ou líquidos antes de iniciar o AM (Carvalhaes & Correa, 2003).

O peso ao nascimento superior a 2500 gramas e a idade gestacional superior às 37 semanas constituem factores promotores da prática do AM exclusivo (Mancini & Meléndez, 2004).

As dificuldades de gestão da amamentação relacionadas com os problemas mamários parecem determinantes no sucesso da amamentação. O ingurgitamento mamário, a mastite, os mamilos dolorosos, gretados e planos ou invertidos, o bloqueio dos ductos, a baixa produção de leite e a pega incorrecta, por parte do recém-nascido, são apontados como causa frequente de desmame precoce (Giugliani, 2000; Parizotto & Zorzi, 2008; Sandes, et al., 2007).

Segundo Pereira (2006) a chave para o AM bem sucedido assenta na pega correcta, sendo que a sua correcção contribui para aumentar o AM exclusivo. É importante que o bebé aprenda a prender o seio e a sugá-lo correctamente o mais cedo possível. Na pega efectiva o bebé abocanha tanto o mamilo como o tecido aréolar para criar uma boa vedação. No AM com sucesso verifica-se uma boa transferência de leite entre a mãe e o bebé. A transferência refere-se não só à quantidade de leite que a mãe produz mas sobretudo àquela que o bebé obtém, sendo a sua actuação particularmente importante na regulação da quantidade de leite ingerido, na duração da mamada e na produção de leite.

Quando a criança mama, não está apenas a obter o alimento de que necessita mas também a efectuar um exercício muscular cuja dinâmica apresenta características únicas e importantes para o correcto desenvolvimento da face e das estruturas e funções orofaciais. O recurso à chupeta ou ao biberão durante o AM são salientados como factores de desmame precoce, na medida em que a motivação muscular diferente interfere no desenvolvimento da pega (Gomes, 2005; Nyqvist & Ewald, 2006).

O uso da chupeta foi associado a desmame precoce em vários estudos (Vannuchi, et al., 2005; Vieira et al., 2004). A introdução de leite artificial por biberão na maternidade associado a situações denominadas de “pouco leite” ou o “recém-nascido fica com fome” continua a ser

frequente, contrariamente às orientações da IHAB que relevam a importância da administração de leite pelo copo ou colher como prática promotora do AM (Caldeira et al., 2007; Gomes, 2005; Gutierrez, Delgado, & Costa, 2006; Sarafana et al., 2006).

Apesar de não serem consensuais, os resultados dos estudos demonstram que as características individuais e familiares associadas às respectivas condicionantes sociais transformam a experiência de amamentação num acto único. Atender a esta realidade implica considerar a singularidade de cada mulher, família e criança e as suas aspirações, no sentido da (auto)realização, em articulação com a perspectiva profissional de sucesso do AM. Neste nível surge o sistema de saúde como determinante global do sucesso.

Sistema de saúde

As práticas dos profissionais e serviços de saúde e o acesso aos mesmos são determinantes para o sucesso do AM. Levy e Bértolo (2008) salientaram 3 momentos fulcrais na intervenção em saúde no que se relaciona com o AM, a tomada de decisão para a amamentação, o estabelecimento da lactação e o suporte ao AM.

O acesso a cuidados de saúde na fase pré-natal, parto, primeiros dias de puerpério e pós-natal devem ser entendidos numa lógica de continuidade e desenvolvidos por instituições e profissionais de saúde em estreita complementaridade e proximidade com o contexto sociocultural em que se movem.

A vigilância pré-natal e a definição de expectativas e de um plano de alimentação da criança, ainda nesta fase, são determinantes, visto que parece haver uma forte correlação entre as expectativas ou planos estabelecidos pela mulher na fase pré-natal relativamente à amamentação e o início e duração da mesma (Kuschnir, 2008).

Num artigo de revisão, Hannula, et al. (2008) relevam que o nível de conhecimentos, as atitudes e a (auto)confiança na capacidade de amamentar têm que ser desenvolvidos e apoiados e que as estratégias de intervenção se verificam mais eficazes quando iniciadas na gravidez e continuadas, durante o internamento por altura do parto e pós natal, com recurso a métodos educativos diversificados e apoio de profissionais bem treinados.

Santos, Soler e Azoubel (2005) verificaram que apesar de a maioria das mulheres ter recebido informação sobre AM, não demonstrou conhecimentos suficientes para a gestão dos problemas ou dificuldades relacionados com a amamentação. A mera transmissão de conhecimentos parece insuficiente para dar resposta às necessidades individuais de incentivo, apoio

e orientação que potenciem sentimentos de (auto)confiança e auto-eficácia em relação à amamentação.

Numa revisão publicada no Reino Unido, pelo National Institute for Health and Clinical Excellence, que analisou 210 estudos acerca de intervenções destinadas a promover, proteger e apoiar o AM, em diferentes contextos e grupos alvo, foi possível classificar de forma resumida as intervenções eficazes, prejudiciais e ineficazes em termos de impacto sobre as taxas de AM. Assim, foram identificadas como (i) intervenções eficazes: o apoio dos pares, a educação e apoio prolongado no tempo por profissional com formação específica, a educação e apoio de pares, práticas hospitalares coincidentes com a IHAB, as intervenções multissetoriais e os programas veiculados pelos média; (ii) intervenções prejudiciais: as rotinas e práticas hospitalares que restringem a alimentação e contacto mãe-bebé e (iii) intervenções ineficazes: a literatura sobre amamentação usada isoladamente e a separação rotineira entre a mãe e bebé após o parto (Dyson, Renfrew, McFadden, McCormick, Herbert, & Thomas, 2006).

Sikorski et al. (2003) num estudo de revisão sobre a eficácia do apoio oferecido a mulheres a amamentar identificaram 20 estudos experimentais ou “quasi-experimentais”, realizados em 10 países, que permitiram constatar globalmente um efeito benéfico do apoio ao AM, sobretudo para as taxas de AM exclusivo. As estratégias de apoio apontadas passaram pela visita efectuada na maternidade por conselheiros leigos ou profissionais de saúde com cursos de aconselhamento em AM, seguida de visitas domiciliárias que variaram em número de 3 a 12 ou mais. Foi distinguido o apoio oferecido por profissionais com curso de aconselhamento do apoio oferecido por conselheiros leigos, sendo que os primeiros parecem ser mais eficazes na duração do AM, enquanto os leigos parecem influenciar de forma mais significativa o AM exclusivo.

O estudo de Zorzi (2005) confirmou a necessidade de uma intervenção diversificada nas estratégias, recursos e contextos na medida em que comprovou que as puérperas, mesmo perante a orientação no hospital sobre a técnica e gestão de problemas com a amamentação, se deparam após a alta com dificuldades que resolvem por vezes com práticas desactualizadas de amigas ou familiares.

Também num estudo de Graça et al. (2011) num estudo, para analisar os contributos das enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) na promoção do AM junto de primíparas, verificaram que a diversidade de estratégias (consulta individual, consulta de preparação para a parentalidade/parto e visita domiciliária) e contextos de intervenção (serviço de saúde e domicílio) tiveram impacto positivo na duração do AM.

As práticas inadequadas dos serviços e profissionais de saúde são destacadas por diversos autores como facilitadoras do desmame precoce (Giugliani, 2000). O modelo assistencial baseado na lógica de “informar para responsabilizar” demonstra-se desadequado, não considera as características individuais e pode condicionar na mulher sentimentos de culpa pelo desmame precoce (Almeida & Novak, 2004).

O papel da comunidade como parceira na concepção e implementação de intervenções para o apoio ao AM é salientado pela OMS como parte de um conjunto complexo de recursos que devem ser mobilizados para a implementação da Estratégia Global de Alimentação de Lactentes e Criança (WHA, 2002).

Num estudo desenvolvido, no Sul do Brasil, com o objectivo de reforçar o AM foi treinado um grupo de apoio, constituído por voluntários, para ajudar as mães que se encontravam a amamentar. Verificou-se que o grupo de apoio ao AM condicionou positivamente a duração do AM. Mães que receberam apoio amamentaram por mais tempo e iniciaram mais tarde a introdução de novos alimentos face àquelas que não receberam apoio (Albernaz, Giugliani, & Victoria, 1998).

As estratégias de intervenção comunitária caracterizadas pelo apoio directo dado às mães e pelas iniciativas que sustentam e desenvolvem a capacidade de promoção e apoio emergentes da própria comunidade, nomeadamente o desenvolvimento de parcerias intersectoriais, a investigação acção participativa, a monitorização e avaliação das iniciativas, a formação e supervisão de elementos da comunidade e a gestão visionária e assente na liderança. A participação de pessoas da comunidade, em articulação com os profissionais/serviços de saúde, permite a partilha de saberes científicos e populares, experiências e vivências e potenciam a (auto)responsabilização e participação activa e informada das pessoas (Montrone, 2002).

Os diversos estudos demonstram que a conjugação de estratégias e contextos de intervenção, por parte dos profissionais e serviços de saúde, potenciam o sucesso o AM e que neste processo a comunidade deve ser entendida como parte integrante do planeamento em saúde. As políticas de Saúde Pública, as políticas sociais e as questões culturais concorrem para o sucesso do AM, pois delas depende o impulso à intervenção e participação comunitária.

Políticas de Saúde Pública, Cultura e Políticas Sociais

As políticas de saúde pública devem assentar numa cultura de AM devidamente financiado e priorizado ao nível da assistência na saúde da mulher e criança. É fundamental a monitorização e vigilância das práticas com definição de critérios de qualidade na promoção do AM.

A formação dos profissionais de saúde, o apoio financeiro a actividades voluntárias de grupos MPM, bem como a definição de estratégias de informação, educação e comunicação que cumpram o Código Internacional de substitutos do leite materno são aspectos relevados, no domínio da Saúde Pública, pelo contrato Europeu (UE, 2004).

Num estudo realizado por Moran et al. (2005), em Inglaterra, para avaliar comparativamente as habilidades de apoio ao AM, constatou-se que foram significativamente maiores num grupo de defensores do AM, integrados numa rede de apoio, do que no grupo de enfermeiras especialistas em SMO, o que levou os autores a afirmar que um modelo de colaboração interinstitucional e multiprofissional é fundamental para dar resposta às necessidades das mulheres e que os profissionais de saúde e defensores do AM voluntários podem trabalhar colaborativamente para o desenvolvimento de infra-estruturas de apoio à mulher que amamenta.

O suporte social é determinante para o sucesso do AM. Ramos e Almeida consideraram que (2003b) *“os condicionantes sociais que permeiam a amamentação (...) tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos”* (p. 7).

Os elementos de suporte social relevantes para o AM podem ser de cariz emocional, informativo e instrumental (Pierce et al., 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006), o que na prática se traduz no acompanhamento, incentivo e apoio dirigido às mães com base na informação, aconselhamento e desenvolvimento de habilidades práticas conjugadas com estratégias para superar obstáculos de ordem económica, social, política e cultural (Raj & Plitcha, 1998).

Ao nível cultural e das políticas sociais são determinantes, para o sucesso do AM, a capacitação das mulheres e comunidade para uma intervenção sustentada que envolva líderes comunitários, redes de apoio social e instituições do sector da saúde e educação, numa lógica de articulação tradutora de uma cultura de AM (UE, 2004).

As políticas, a organização e dinâmicas dos serviços de saúde têm implicações no processo de Consecução do Papel Maternal, onde as práticas de alimentação da criança representam desafio.

1.6. Maternidade e aleitamento materno: Políticas e organização dos serviços de saúde

A área da saúde materna e infantil (SMI) tem revelado ganhos em saúde significativos. A taxa de mortalidade infantil em Portugal passou de 77.5% em 1960 (Instituto Nacional de Estatística

[INE], 2001) para 3,6% em 2009 (INE, 2010), merecendo destaque do Eurostat face à evolução positiva comparativamente a outros países da UE. A melhoria das taxas de mortalidade materna e infantil verificada nas últimas décadas relaciona-se à melhoria global do contexto socioeconómico e cultural e a alterações de práticas e políticas assistenciais.

Um dos marcos importantes foi à aplicação da Lei Orgânica do MS, que desencadeou a reforma que constituiu as bases do Serviço Nacional de Saúde, e a criação dos CS de 1.^a geração (Decreto Lei n.º 413/71, 1971), cuja filosofia inovadora correspondia aos princípios, identificados sete anos mais tarde, pela Declaração de Alma Ata, onde os CSP surgiram como cuidados essenciais dirigidos aos indivíduos e comunidades pela sua plena participação e promoção do espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1978).

Com a constituição do Serviço Nacional de Saúde baseado nos princípios da responsabilidade do Estado pela saúde das populações (proporcionando serviços gratuitos) na globalidade dos cuidados, na universalidade (cuidados de saúde acessíveis a toda a população), na igualdade (livres de qualquer discriminação económica, social ou geográfica) e na autonomia profissional, decorrente da utilização do saber e técnica ao serviço da população sem interferência das organizações administrativas (Lei n.º 55/79, 1979) e a emergência dos CS de 2.^a geração continuou-se o percurso almejado por Alma-Ata.

Paralelamente, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, 1990) apela ao conceito de Sistema Nacional de Saúde referindo que *“a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados (...)”*, apoiando o *“desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público”* (p.2).

Da necessidade de centrar os cuidados de saúde no cidadão, associada à complexidade técnica definiu-se que aos CSP competia a promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença através de acções dirigidas globalmente ao indivíduo, família, grupos e comunidade pela sua participação, o desenvolvimento de actividades intersectoriais, a investigação e a formação (Decreto Lei n.º 157/99, 1999).

A assistência na área da SMI evoluiu impulsionada pela consolidação progressiva do Programa Nacional para a SMI sob responsabilidade da Comissão Nacional de SMI, criada em 1989 com o objectivo de aperfeiçoar as condições assistenciais à grávida e recém-nascido que

permitissem a diminuição dos indicadores de mortalidade e factores de morbilidade materna, fetal e neonatal (MS, 2006a).

A complexidade da prestação de cuidados na área da SMI implicou o envolvimento de profissionais e instituições diversas e uma relação de efectiva complementaridade que permitisse o acompanhamento integrado e a sua continuidade. Neste seguimento, o Programa Nacional para a SMI focou-se sobretudo na (re)organização das condições estruturais (instalações, recursos técnicos e humanos) dos serviços de obstetria e neonatologia bem como dos CS no que se refere às acções de vigilância e PS na âmbito do planeamento familiar, gravidez, puerpério e saúde infantil. A formação profissional na área da obstetria/ginecologia, pediatria e neonatologia, a (re)distribuição de recursos técnicos e materiais, o parto hospitalar e a concentração de locais de nascimento em função das áreas geográficas, surgiram como preocupações evidentes com a segurança peri e neonatal (MS, 2006a).

A criação, em 2001, da rede de referenciação materno-infantil com o objectivo de reforçar a cultura de articulação e complementaridade entre as instituições hospitalares e entre estas e os CS, sustentada num sistema integrado de informação interinstitucional, fundamentou-se na garantia de equidade no acesso a estes serviços. A hierarquização dos hospitais de acordo com o seu grau de diferenciação em hospital de apoio perinatal e hospital de apoio perinatal diferenciado e a definição clara de circuitos entre os CS e os hospitais e entre hospitais em função do grau de diferenciação, de acordo com as respectivas áreas geográficas, constituíram a preocupação base desta rede (DGS, 2001).

Paralelamente, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais, uma metodologia dialogante entre as diferentes instituições que devem actuar em complementaridade para a identificação de necessidades/constrangimentos locais e para o planeamento de medidas que garantam a continuidade de cuidados. As Unidades Coordenadoras Funcionais integram directores de serviço e enfermeiros chefes, ou respectivos representantes, e técnicos de serviço social das duas vertentes em que se subdividem, a saúde da mulher, materna e neonatal por um lado, e a saúde infantil e dos adolescentes por outro, estando prevista a respectiva articulação com outros técnicos de saúde, educação ou das autarquias (MS, 2006a).

A estas medidas foram associadas diversas publicações de carácter técnico-normativo relacionadas com as actividades de vigilância e PS, destacando-se a notícia de nascimento como estratégia comunicacional entre os dois níveis de cuidados, para (re)integração da mulher após o parto na vigilância de saúde nos CSP. Por outro lado, foram assumidos com carácter de

obrigatoriedade, e como garantia de circulação eficaz da informação entre os diversos níveis de cuidados e profissionais envolvidos, o boletim de saúde da grávida e o boletim de saúde infantil (DGS, 2001).

O Programa de Diagnóstico Pré-natal, iniciado em 1997, cujos centros assentam na orgânica da rede de referência materno-infantil existente na altura, continua a ser considerado no PNS 2004-2010 uma prioridade no sentido do controlo da qualidade dos exames ecográficos na gravidez (MS, 2004, 2006a).

A prestação de cuidados pelo SNS na área da SMI, tal como noutras, implica a efectiva articulação entre os CSP com os cuidados hospitalares, de internamento ou de consulta externa orientados para a vigilância da gravidez de risco/alto risco, e outros recursos comunitários.

Não obstante a complexidade da estrutura organizacional e dinâmica de prestação de cuidados na área da SMI, os CSP constituem a base de intervenção do sistema de saúde, pois representam o primeiro nível de contacto da mulher, família e comunidade com o mesmo. Segundo Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves, Antunes e Ferrinho (2008), o conceito actual de CSP exige e promove a *“(...) a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização e controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades”* (p. 31).

Os contributos da prática de Enfermagem para garantir esta filosofia implicam assegurar a acessibilidade aos serviços de saúde, em particular aos de enfermagem; utilizar tecnologia apropriada; assegurar a participação individual e comunitária; enfatizar a PS e prevenção da doença e garantir a colaboração e cooperação intersectorial (International Council of Nurses [ICN], 2008).

Assiste-se a um momento de reforma dos CSP, iniciado em 2005, impulsionada pela unidade de Missão para a Reforma dos CSP (MCSP) através da reconfiguração dos CS, no sentido de valorizar a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados, com ênfase na desburocratização e centralidade do utente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 2005, n.º 60/2007, 2007).

Segundo a MCSP (2007):

A reconfiguração dos centros de saúde obedece a um duplo movimento: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna; e, por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de

escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população (p. 5).

Os agrupamentos de CS (ACES), entendidos como novas unidades de gestão, são apresentados como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, agrupando um ou mais CS. Os ACES têm por missão a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica, baseada na contratualização com carteiras básicas ou adicionais e incentivos financeiros. As referidas unidades funcionais incluem as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados ou outras unidades/serviços, considerados necessários pelas Administrações Regionais de Saúde, em função de características contextuais. As unidades funcionais são constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa e técnica, numa lógica de intercooperação. Em cada CS integrante de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou uma UCSP e uma UCC, ou serviços desta, e cada ACES tem ainda uma unidade de saúde pública e uma unidade de recursos assistenciais partilhados (Decreto Lei n.º 28/2008, 2008).

Segundo a MCSP (2007):

Cada centro de saúde será identificado com uma prestação integrada de cuidados de saúde primários, tanto na vertente personalizada (individual e familiar), através das Unidades de Saúde Familiar (USF) ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), como na vertente comunitária de base populacional, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (p. 8).

A vigilância de SMI é partilhada por estas unidades em função das respectivas características funcionais. Esta dinâmica é alvo de reflexão de seguida, tendo por base a realidade contextual em que se desenvolveu o estudo.

... O distrito de Viana do Castelo

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e tem sede na cidade de Viana do Castelo, capital do distrito dividido em 10 concelhos: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

No que se refere à prestação de cuidados na área da saúde da mulher e criança o ACES do Alto Minho (que engloba 12 CS) dá resposta às necessidades da população da respectiva área

geográfica em estreita articulação com o hospital de Santa Luzia, classificado como hospital de apoio perinatal diferenciado, para onde são orientadas as grávidas para a prestação de cuidados diferenciados. A ULSAM e o ACES do Alto Minho possuem como elo de articulação privilegiado a unidade coordenadora funcional da saúde da mulher, materna e neonatal e a unidade coordenadora funcional da criança e adolescente.

Embora em fase de reestruturação, em Janeiro de 2011 no ACES do Alto Minho, existiam 16 UCSP e 8 USF (5 com carteiras adicionais e 3 com carteiras básicas) que prestam cuidados de natureza idêntica e 4 UCC.

O sistema de contratualização das USF contempla para a saúde da mulher, entre outros aspectos, i) a vigilância da gravidez normal, ii) a referenciação e articulação no acompanhamento da gravidez de risco, iii) a promoção de comportamentos saudáveis (alimentação substâncias aditivas), iv) a adaptação do casal ao novo estadio familiar, v) o apoio à puérpera no processo adaptativo após a alta hospitalar ao nível individual e familiar e promoção do AM até aos 3 meses de vida e vi) a revisão do puerpério. No que se relaciona com a saúde infantil é contemplado. i) a precocidade da primeira consulta (até aos 28 dias), ii) as consultas de vigilância da saúde e iii) a promoção do papel parental e paternidade (Portaria n.º 1368/2007, 2007).

A preparação “psico-profiláctica” para o parto, enfatizando o recurso ao método Lamaze¹, foi integrada na área de responsabilidade dos CSP e assumida (MS, 2006b) como actividade de grupo a desenvolver pelos CS/USF, onde deveria ser “*garantida a presença do companheiro*” (p.1) e foi enfatizada como intervenção específica da enfermeira especialista de SMO, dirigida sobretudo ao controlo da dor durante o trabalho de parto e parto. Esta orientação surgiu em consonância com a meta/objectivo estratégico do PNS 2004-2010 em reduzir a taxa global de cesarianas (MS, 2004), posteriormente reforçada pela própria ARS que se vinculou com o compromisso de manter a taxa de cesarianas abaixo dos 25% (ARS Norte, 2010).

¹O método psicoprofiláctico também denominado método Lamaze ganhou popularidade nos anos 60 quando Marjorie Karmel lançou um livro (Thank you, Dr. Lamaze) sobre o método psicoprofiláctico. O método Lamaze parte do trabalho de Pavlov sobre condicionamento. As mulheres podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto, se condicionadas a responder com desprezo às contracções uterinas, através do recurso a relaxamento muscular controlado (durante a contracção uterina) e padrões respiratórios adequados. As estratégias de adaptação incluem também técnicas de focalização de pontos específicos como uma fotografia ou um padrão/objecto do agrado da mulher, mantendo as vias nervosas ocupadas e impedindo a resposta a estímulos dolorosos (Lowdermilk & Perry, 2008).

Posteriormente o âmbito deste curso designado preparação para o parto/parentalidade parece ter assumido uma perspectiva mais abrangente ARS Norte (2008b) no desafio da transição física e psicossocial para a maternidade, enquadrando temas diversos relacionados com a gravidez, parto, puerpério e cuidados à criança, nomeadamente as vantagens do AM para a mãe e para o bebé, com estratégias para o prolongar.

Paralelamente preocupações evidentes com a saúde mental na gravidez e primeira infância foram assumidas pela DGS (2006), quando relevou a componente psicossocial nas intervenções profissionais, nomeadamente pela criação de grupos de pais no pré e no pós-parto, “(...) *mantendo a possibilidade de partilha e apoio mútuos e de suporte às funções parentais*” (p.21), onde os cursos de preparação para o parto/parentalidade se integram. Os cursos de preparação para o parto devem proporcionar interacção entre as mulheres, desenvolvimento de redes de apoio social e informação aos pais acerca do seu papel (Couto, 2006), constituindo reforço à promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância.

Na USF os incentivos financeiros relacionam-se, em termos gerais, com as taxas de utilização global das consultas, percentagens de primeiras consultas de gravidez efectuadas no primeiro trimestre, primeiras consultas realizadas no período neonatal e taxas de visitas domiciliárias ao recém-nascido nos primeiros quinze dias de vida, daí que estas são as estratégias de intervenção preferenciais dos profissionais que integram estas unidades (Portaria n.º 1368/2007, 2007).

As consultas de vigilância pré-natal têm um foco de intervenção mais individual. Na gravidez são realizadas, idealmente, segundo um esquema mensal até às 36 semanas e quinzenais até ao parto, preconiza-se a avaliação biofísica do bem-estar materno e fetal, a detecção precoce e orientação perante factores de risco e a intervenção no domínio da EPS, integrando aconselhamento e apoio psicossocial. Nas recomendações específicas da DGS (1993) sobre o AM é salientada “*a preparação para a amamentação*” (p. 8).

Nas consultas de saúde infantil preconiza-se, entre outros, a avaliação biofísica do crescimento e desenvolvimento, o estímulo à opção por comportamentos saudáveis, nomeadamente a alimentação adequada à faixa etária (onde se enquadra o AM), a avaliação da dinâmica familiar e rede de suporte sócio-familiar, a detecção e orientação precoce de situações de risco e o apoio e estímulo à função parental (DGS, 2002).

Na ARS Norte, numa análise média dos vários ACES verifica-se entre os anos 2009 e 2010 variações médias positivas no que se refere ao número médio de consultas pré-natais (6,8%),

ao número de primeiras consultas no primeiro trimestre (6,0%) e ao número de consultas de saúde infantil no período neonatal (14,1%) (ARS Norte, 2011). Na área de influência da ULSAM em 2007 a taxa global de cobertura de consultas pré-natais foi de 101% e de precocidade foi de 87,4%. No que se relaciona com a saúde infantil a precocidade da primeira consulta médica na fase neonatal foi de 72,4% (ARS Norte, 2008a).

A visita domiciliária perspectiva a intervenção familiar, permite uma aproximação ao contexto de vida das pessoas, implica a co-responsabilização no processo cuidativo e pode ser realizada com propósitos múltiplos. Este processo de aproximação ao contexto familiar será tanto mais facilitado quanto maior o grau de confiança em relação aos profissionais de saúde.

A ARS Norte revelou, entre 2009 e 2010, uma variação média de 24,5% de visitas domiciliárias de enfermagem efectuadas no puerpério, no âmbito das USF (ARS, 2011). Na área de influência da ULSAM a visita domiciliária no puerpério não é uma prática generalizada, no entanto em 2007 foram realizadas 371 primeiras visitas ao recém-nascido (ARS Norte, 2008a), que poderão enquadrar a promoção da transição para a maternidade e AM.

As intervenções em grupo na promoção e vigilância da SMI ficam ao cargo da UCC, face à sua omissão na atribuição de incentivos financeiros para as USF (Portaria n.º 1368/2007, 2007).

Integra a UCC uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala ou outros considerados necessários) que deve actuar em parceria com as estruturas da comunidade local (autarquias, associações, segurança social) na criação de redes de apoio à família, nomeadamente pela formação técnica nas áreas de apoio domiciliário e voluntariado. Segundo o Decreto Lei n.º 28/2008 (2008) à UCC compete a prestação de *“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...) actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”* (p. 1184).

No âmbito da SMI as 4 UCC têm contratualizado o curso de preparação para o parto/parentalidade (que também pode desenvolver-se enquadrado nos serviços da USF/UCSP). Os cursos de preparação para o parto dão resposta a objectivos e metas estratégicas do PNS 2004-2010, nomeadamente diminuição das taxas de cesarianas e incremento do AM (MS, 2004). Os cursos de preparação para o parto/parentalidade e a “recuperação pós-parto”, dirigidos pela enfermeira especialista de SMO, constituem-se estratégias importantes para o estabelecimento de

relações sociais e de apoio no grupo de mulheres que os integram, pela partilha de conhecimentos, medos, experiências e expectativas realizados na continuidade do espírito de grupo e partilha.

Na área de influência da ULSAM não pode ser apresentada a taxa de cobertura dos cursos de preparação para o parto/parentalidade, visto não existir este indicador. Em Janeiro de 2011 o curso de preparação para o parto/parentalidade era disponibilizado em 4 UCC e 2 UCSP. As enfermeiras especialistas de SMO responsáveis pelos cursos, em cada unidade funcional, articulavam-se com os respectivos enfermeiros de família (integrados em USF ou UCSP) na vigilância e PS da SMI.

Depois do parto, após a alta hospitalar a mulher e criança são referenciadas do hospital para o médico e enfermeiro de família, integrados em USF ou UCSP para continuidade da vigilância e prestação de cuidados. Embora a mulher possa procurar apoio e orientação na enfermeira especialista de SMO do referido CS através do cantinho de amamentação (espaço para apoio às mães que amamentam), do curso de recuperação pós-parto ou de contactos informais (presenciais ou via telefónica) resultantes do processo de confiança estabelecido com a enfermeira especialista de SMO ao longo do período antecipatório ao parto/maternidade.

Apesar destas actividades e de ser relevado no PNS 2004-2010, embora com carácter global, o objectivo de aumentar as taxas de AM no Plano de Actividades publicado pela ARS Norte em 2010 não surgiram objectivos específicos, apenas é efectuada referência à preocupação em promover a formação dos profissionais. A ARS Norte apoiou a formação em amamentação, abrangendo os CSP e Hospitalares, com dois cursos de conselheiras em AM e um curso de Formadores em Formação de Conselheiras em AM promovidos pela DGS com base nas Orientações da OMS/UNICEF, continuou a apoiar as iniciativas HAB e divulgou aos ACES os sete passos para o sucesso do AM na comunidade (ARS Norte, 2011).

Ao nível dos CSP prevê-se a prestação de cuidados personalizada, garantindo a continuidade e globalidade dos mesmos (Decreto Lei n.º 28/2008, 2008). No entanto, entende-se que na vertente da SMI, e mais particularmente no que se relaciona com actividades de promoção, protecção e apoio ao AM, a distribuição de responsabilidades entre os profissionais que integram a USF ou UCSP e UCC pode fragmentar a prestação de cuidados pela criação de diferentes circuitos de informação e apoio, potencialmente geradores de ambiguidade e ansiedade na mulher/família, se não se verificar a plena intercooperação das actividades entre estas unidades funcionais

Para Sakellarides (2001) os CSP *“(...) acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos”* (p.

101). No entanto, é fundamental que as pessoas (mulher inserida no seu contexto particular de vida) e comunidade reconheçam nas instituições e profissionais de saúde o apoio integrado, confiança e proximidade necessários à sua própria capacitação que permita a (co)construção de projectos de saúde. Entende-se que a potencial fragmentação da prestação de cuidados nesta fase do ciclo de vida, pela atribuição de responsabilidades potencialmente conflitantes, sobretudo no que se relaciona com as actividades de promoção e EPS, pode colocar em risco a missão básica destas instituições.

1.7. Saúde, Educação e promoção do aleitamento materno

Neste subcapítulo aborda-se a (co)implicação dos conceitos e práticas de Educação e Saúde e foca-se a EPS enquanto instrumento ao serviço da PS (1.7.1.). É efectuada breve referência ao papel da enfermeira especialista de SMO, enquanto profissional do campo da saúde com responsabilidades na promoção do AM (1.7.2.), e aos grupos MPM enquanto estratégia de educação ao serviço da PS (1.7.3.).

1.7.1. Saúde e Educação – A (co)implicação das práticas e conceitos

Os conceitos de Saúde e Educação foram alvo de mudanças progressivas, sobretudo na segunda metade do século XX, em função de transformações políticas, económicas e sociais, perfeitamente veiculadas pelos conteúdos das Declarações Internacionais das Organizações das Nações Unidas.

No que se relaciona às Conferências Internacionais de Educação de Adultos releva-se a Declaração de Nairobi (UNESCO, 1976), elaborada após a terceira Conferência que decorreu em Tóquio (UNESCO, 1972), que retirou ao enquadramento resultante das Conferências anteriores (UNESCO, 1949, 1960) o carácter instrumental da Educação, em prol da resistência ao totalitarismo num contexto de pós-guerra, e introduziu a Educação como processo permanente (na medida em que decorre ao longo de toda a vida) e comunitário (implicando todos os contextos de vida), paralelamente voltado para a realização do homem em todas as suas dimensões e para a sua participação plena na vida comunitária.

A quarta e quinta Conferências Internacionais de Educação de Adultos que decorreram, respectivamente em Paris (UNESCO, 1985) e Hamburgo (UNESCO, 1997) continuaram a enfatizar a Educação como processo centrado na (auto)construção contínua do ser humano, tornando-o

agente da sua (auto)realização participante como pessoa e cidadão. Na sexta Conferência Internacional de Educação de Adultos, realizada em Belém (UNESCO, 2009), a aprendizagem ao longo da vida foi reforçada como ferramenta de capacitação, que permite a expressão do potencial criativo das pessoas e comunidades, e recurso para fomentar o bem-estar das populações, num mundo atravessado por fortes problemas económicos e financeiros.

Paralelamente, o conceito de Saúde também sofreu transformações. A Carta de Ottawa (OMS, 1986) inspirada na meta “Saúde para todos no ano 2000” e princípios da Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), reiterou a Saúde como um direito fundamental e um objectivo social, enfatizando a participação individual e comunitária (pela cooperação entre vários sectores) e a responsabilidade fulcral dos governos como ferramentas fundamentais à PS. Na carta de Ottawa (OMS, 1986), à Saúde reafirmada como *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”*, acrescentou-se que *“(…) o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”* (p. 1).

Esta concepção denotou rotura com o modelo biomédico reducionista e alopático, centrado na correcção mecanicista da doença como área privilegiada de intervenção em Saúde (Naidoo & Wills, 1994), que domina ainda muitas práticas actuais, e perspectivou uma noção holista da Saúde (Birk & Silvertown, 1984; Cracel, 2000). Rompeu de, certa forma, com absolutismo utópico e carácter estático (estado de completo bem-estar) que mereceu crítica por parte de diversos autores (Downie et al., 1996; Laverack, 2008), ao focar o processo adaptativo da pessoa e comunidade (ao meio) na procura da realização.

Ewles e Simnett (1999) consideram conceito de Saúde multidimensional, envolvendo a dimensão física, mental e social mas também a espiritual, a emocional e ambiental. Trata-se portanto de um processo pessoal, dinâmico e adaptativo de procura constante de equilíbrio na interacção complexa do indivíduo com e sobre o meio envolvente.

A partir de Ottawa a Saúde é entendida como um recurso e não como uma finalidade de vida. As pessoas são entendidas como recurso para a saúde, através do apoio e capacitação mantêm-se saudáveis a si próprias, à família e amigos. A comunidade é entendida como porta-voz fundamental em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar (OMS, 1986). Assim, para Rodrigues, Pereira, & Barroso (2005) *“a saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo”* (p. 11).

Estas definições enquadram-se na perspectiva salutogénica que enfatiza a capacidade de os indivíduos, em interacção dinâmica com o meio, perante factores perturbadores e potencialmente patogénicos produzirem saúde (encontrarem o seu sentido de felicidade). Tal acontece pela criação do *sentido de coerência interna*, pela acção dos indivíduos para a compreensão dos estímulos internos ou externos ao longo da vida (estruturados, previsíveis e explicáveis), pela capacidade de gestão de recursos (pessoais e comunitários) em resposta a tais estímulos e pela criação de significação para os desafios que impelem ao investimento e dedicação (desenvolvimento) constantes (Antonovsky, 1991 referido por Oliveira, 2004). Nesta perspectiva face a qualquer situação de vida (stress, doença ou outra) o indivíduo procura a sua (re)organização interna (bem-estar) de forma cíclica, numa tentativa de procurar continuamente sentido para a vida. No que se relaciona com os recursos disponíveis para a gestão da situação perturbadora são considerados os recursos pessoais, mas também o apoio social disponível (pessoas ou instituições disponíveis), percebido (que o indivíduo percebe que lhe dá apoio) ou efectivamente recebido (Pierce et al., 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006).

A Declaração de Nairobi perspectivou a Educação como fonte de realização individual e colectiva, pois favorece a realização da pessoa em todas as suas dimensões (bem-estar), e o desenvolvimento comunitário pela interacção dinâmica do indivíduo com a comunidade (UNESCO, 1976). Daqui resulta a reciprocidade e (co)implicação da Educação e Saúde

Educação e Saúde têm carácter individual, dinâmico e contextual, com implicações colectivas e amplas em prol do desenvolvimento e realização multidimensional do indivíduo e comunidade(s). No cerne do desenvolvimento de cada ser humano e comunidade encontra-se a Educação (numa perspectiva formal, não formal e informal) como estratégia promotora de talentos e potencialidades criativas, que permitam a tomada de consciência enquanto ser individual e social pela (auto)responsabilização face ao seu projecto e contexto de vida (Saúde) (Antunes, 2008).

A ideia de que a Saúde depende mais das pessoas do que dos profissionais de saúde foi associada à expressão “Promoção da saúde” usada, pela primeira vez, em 1945 por Henry Sigerist. Este dedicou-se à história da Medicina e trouxe ao público a ideia de criar a consciência de que a medicina enquadra o estudo e a aplicação da biologia numa matriz ao mesmo tempo histórica, social, política, económica e cultural (numa perspectiva alargada dos determinantes de saúde), para a qual toda a população deve ser mobilizada permanentemente (Pereira, Pentead, & Marcelo, 2000).

Apesar da concepção visionária de Sigerist foi, no entanto, o Relatório de Lalonde (1981), resultante de preocupações relacionadas com o impacto e o custo dos cuidados médicos na saúde dos Canadianos, que alcançou notoriedade no campo da saúde pública, tendo por base que as intervenções biomédicas, apesar de representarem a maior proporção de despesa pública, não eram os principais responsáveis pelo bem-estar individual e melhoria da Saúde das populações. Foram identificadas quatro áreas determinantes da saúde individual e colectiva (Lalonde, 1981):

- Ambiente (meio externo ao corpo humano e sobre a qual os indivíduos têm pouco ou nenhum controlo: contaminação física, química, biológica e psicossocial),
- Biologia humana (aspectos da estrutura biológica e orgânica do indivíduo ao longo da vida não controlados pelo próprio),
- Estilos de vida (conjunto de decisões pessoais sobre as quais o indivíduo tem algum controlo),
- Sistema de saúde (quantidade, qualidade, organização, natureza e relações entre pessoas e recursos na prestação de cuidados de saúde).

Este foi um ponto de partida para descentrar os problemas de saúde do sistema de saúde (da assistência médica pessoal) e buscar respostas na (inter)ligação com outros determinantes. O Relatório de Lalonde fundamenta a concepção adoptada no domínio da saúde pública a partir da década de 1970, onde dominam medidas e programas de cariz comportamentalista (“adaptação ao meio”).

A Declaração de Alma-Ata veio, posteriormente, reforçar esta concepção de PS e ancorá-la aos CSP (pela proximidade com os contextos de vida das pessoas e por representar o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde), reiterando a Saúde como direito fundamental, a redução das desigualdades como objecto de preocupação de todos os países, e a democratização das decisões na área da saúde (pelo direito e dever de participação individual e colectiva) assente na autoconfiança, participação e reconhecimento dos determinantes políticos, sociais e económicos (OMS, 1978).

Na década seguinte, numa tentativa de clarificar a abrangência e implicações da PS, a OMS publicou o documento “Conceitos e Princípios da PS” onde definiu cinco princípios estruturantes do conceito de PS (WHO, 1984):

- (1) A Promoção da Saúde envolve a população como um todo no seu contexto de vida, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças;
- (2) A Promoção da Saúde orienta-se para a acção sobre determinantes ou causas da saúde;
- (3) A Promoção da Saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares, que incluem a comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e actividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde;

(4) A Promoção da Saúde visa particularmente à efectiva e concreta participação pública;

(5) Sendo a Promoção da Saúde basicamente uma actividade dos campos social e da saúde, e não um serviço médico, os profissionais de saúde - particularmente os de cuidados primários - têm um importante papel a desempenhar para estimular e possibilitar a Promoção da Saúde (p. 30).

Foi na Carta de Ottawa (OMS, 1986) que o conceito de PS foi oficialmente definido como o *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar”* (p. 1).

A carta de Ottawa encontra similitudes com os princípios anteriormente enunciados e define campos de acção da PS: i) construir políticas saudáveis, ii) a criação de ambientes favoráveis, iii) reforçar a acção comunitária, iv) desenvolver competências pessoais e v) reorientar dos serviços de saúde, em torno dos quais se desenvolveram as Conferências Internacionais de PS seguintes (OMS, 1986). É com base nestes princípios que se continua a debater e a ensaiar tentativas de efectiva aplicação prática da teorização que envolve todas as Conferências bem como as políticas actuais de Educação e Saúde.

Segundo Sicoli e Nascimento (2003), baseados nos documentos da OMS, as iniciativas de PS (políticas, programas ou actividades) deveriam sustentar-se nos seguintes princípios: concepção holística, intersectorialidade, capacitação (*empowering*), participação social, equidade, acções multi-estratégicas e sustentabilidade.

A PS possui um âmbito alargado que inclui as esferas da Educação, da prevenção e da protecção da Saúde, pelo que a EPS surge como parte integrante e fundamental da mesma (Downie et al., 1996).

Tones e Tilford (1994) apresentam a EPS como um trampolim que permite a capacitação das pessoas para agir sobre as políticas de saúde, sendo a PS o produto da seguinte equação: $PS = EPS \times \text{Política de Saúde}$. A PS assume um carácter mais amplo, para ela concorre a autodeterminação das pessoas para a acção e mudança estimulada pela EPS. A PS visa a transformação social veiculada pela EPS, que se orienta para a resolução de necessidades ou problemas individuais ou de grupo(s).

Na estreita relação com a evolução conceitual e práticas no domínio da PS surgiram três gerações de EPS (Sánchez Moreno et al., 2000b). A EPS de primeira geração ou informativa baseada no processo unidireccional de transmissão de informação com intenção prescritiva, numa lógica autoritária (imposição vertical de normas para uma boa saúde) ou mais democrática (pela transmissão neutra de informação) para corrigir hábitos de vida não saudáveis. Nesta geração enquadra-se o modelo médico de saúde (Naidoo & Wills, 1994).

Na segunda geração de EPS centrada no comportamento, a transmissão de informação foi considerada um meio ao serviço dos profissionais de saúde para a modificação de comportamentos. Enquadra-se num processo comunicacional bidireccional, com papel menos passivo do educando. Para além da transmissão de informação, consideram-se os factores de ordem social e cultural, com tónica acentuada nos grupos de risco, avaliam-se os aspectos motivacionais e usam-se sobretudo instrumentos educativos persuasivos com o objectivo de modificação comportamental. Enquadram-se nesta geração modelos da área da psicologia e modelos específicos: modelo de crenças em Saúde e modelo PRECEDE (Sánchez Moreno et al, 2000b).

Perante a relativa insuficiência das abordagens anteriores surge a terceira geração de EPS, denominada EPS crítica, com abordagens que visam a transformação social atribuindo ao poder político uma responsabilização pelas mudanças sociais propostas. Assenta numa cultura preventiva social (pela redução das desigualdades) e democrática (potenciando a participação individual/grupo e comunitária). A relação educador-educando assente na interacção e mediação, visa a participação e capacitação do segundo para agir sobre as condições/estruturas que afectam a saúde individual e comunitária (Koelen & Van den Ban, 2004; Sánchez Moreno et al., 2000b). Os modelos de intervenção têm por base a investigação-acção e a metodologia de trabalho por projectos (Sánchez Moreno et al., 2000b).

Em continuidade com a classificação anterior, pela pertinência no enquadramento deste percurso investigativo, salientamos o modelo baseado nos pressupostos do *empowerment* (Tones & Tilford, 1994), visto que acentua sobretudo os aspectos promocionais da EPS, reconhece a primazia das influências socio-ambientais na realização de opções de saúde positivas, o que lhe confere uma tónica salutogénica (Antonovsky, 1991 referido em Oliveira, 2004).

Este modelo alia a informação relevante sobre questões de vida diversas à criação de consciência crítica e desenvolvimento de competências necessárias ao *empowerment* individual e desenvolvimento comunitário. A tónica deste modelo não assenta, primordialmente, nos resultados obtidos mas antes no processo de capacitação que lhe subjaz (Tones & Tilford, 1994). Os resultados não são necessariamente os comportamentos de saúde, eles podem emergir do processo educacional mas o seu principal objectivo, face à disponibilização de recursos (informacionais, instrumentais e afectivos), é maximizar a capacidade de auto-controlo e auto-confiança que potenciem escolhas genuínas e voluntárias.

As questões relacionadas com o *empowerment* surgiram a partir do final dos anos 1970, em estudos realizados na área da intervenção comunitária, baseado na compreensão da especificidade das relações entre os indivíduos e a comunidade, entre as várias organizações nas comunidades e destas com o sistema social e político (Ornelas, 2008).

Trata-se de um processo continuado e prolongado de desenvolvimento individual, dos grupos e comunidades que envolve duas dimensões: o desenvolvimento de competências individuais e de competências de participação social. Assim, segundo Kieffer (1984) citado em Ornelas (2008), o indivíduo torna-se *powerless* quando num contexto cultural de aceitação passiva se transforma em objecto e não sujeito que actua no e sobre o seu mundo, pois “*é a interacção dinâmica entre as aspirações e competências dos indivíduos, grupos e comunidades, e as oportunidades de participação nos contextos onde estão inseridos que cria as condições para o empowerment*” (p. 51).

O controlo, consciência crítica e competências de participação são enumerados por Kieffer (1984) referido por Ornelas (2008) como componentes do conceito de *empowerment* que se relacionam numa interdependência cíclica, em que a experiência reflectida de participação propicia a autoconfiança, consciência crítica e desenvolvimento de competências de participação. O *empowerment* individual implica também o envolvimento activo dos indivíduos nas comunidades e estrutura-se a partir da cooperação com os outros pela participação em grupos e organizações

O *empowerment* comunitário relaciona-se com a acção colectiva para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, através da participação de cidadãos e organizações locais na gestão das próprias necessidades. O nível de autonomia de uma determinada comunidade face ao Estado e o tipo de relações estabelecidas com organismos públicos determina o seu grau de *empowerment* (Ornelas, 2008).

Esta perspectiva implica a realidade contextual como promotora da aquisição de competências individuais e o fortalecimento de estruturas e ligações entre os indivíduos e o sistema social, incluindo família, vizinhos, associações religiosas, desportivas ou de voluntariado numa lógica de (auto)regulação, em vez do recurso aos serviços de consultoria de profissionais especializados.

Em consonância com este modelo, entendemos que a abordagem no domínio da EPS (EPS crítica) deve centrar-se no indivíduo, grupo de indivíduos ou comunidade como agentes do processo educativo (Sánchez Moreno et al., 2000a), com recursos estratégias *bottom-up* (Laverack,

2008), contemplar a complexidade da Saúde enquanto meta individual e colectiva e facilitar o processo educacional (Rogers, 1976) numa lógica salutogénica, participativa e interactiva.

Neste enquadramento, a EPS perspectiva a redefinição do papel dos profissionais de saúde, pela facilitação (Rogers, 1976) do processo de aprendizagem mútua. O desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais é entendido na lógica do potencial envolvimento e desenvolvimento comunitário (com reflexos no desenvolvimento profissional), que favoreça a autonomização progressiva dos cidadãos face aos serviços e profissionais de saúde e que sustenta a PS (Sánchez Moreno et al., 2000a).

Assim, a intervenção de enfermagem, no domínio da EPS promotora do AM, implica centrar o processo cuidativo na mulher (face ao seu contexto de vida) ou grupo de mulheres, pela facilitação da aprendizagem como fim da Educação (Rogers, 1972).

1.7.2. A enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia e a promoção do aleitamento materno

A Enfermagem pode definir-se pelos cuidados autónomos e interdependentes que se prestam às pessoas, famílias, grupos e comunidades, em todos os contextos, durante o processo de saúde ou doença aos três níveis de prevenção. As funções essenciais de enfermagem são a advocacia, a promoção de um ambiente seguro, a gestão dos cuidados e dos sistemas de saúde, a participação nas políticas de saúde, a formação e a investigação (ICN, 2008).

Os processos de transição constituem oportunidades fulcrais da intervenção dos enfermeiros particularmente na fase antecipatória e formal de transição, considerando cada mulher, criança e família (microssistema) na interacção complexa com o meso e macrosistema (Meleis, 2007; Meleis et al., 2000). O tipo de cuidados e apoio social proporcionado à mulher durante a transição para a maternidade, onde incluímos a experiência de amamentação, pode ter efeitos duradouros para ela e para a criança (Kuschnir, 2008; Mercer, 2004; Rapoport & Piccinini, 2006).

Zagonel (1999) denomina de cuidado transicional os cuidados prestados pelo enfermeiro, enquanto elemento da equipa de saúde privilegiado na interacção com a mulher ao longo do ciclo vital, no sentido da promoção e manutenção da saúde. O cuidado transicional visa os períodos antecipatórios à preparação para a mudança de papéis e a prevenção dos efeitos negativos destes sobre a mulher/família em transição (Mercer & Walker, 2006). A fase formal da Consecução do Papel Maternal, caracterizada pelo desenvolvimento de capacidades e competências para assumir o papel, é a fase privilegiada da intervenção profissional (Mercer, 2004).

Neste domínio, à enfermeira especialista de SMO são reconhecidas, em regulamento próprio (Regulamento n.º 127/2011, 2011), competências específicas neste domínio. Pela relação com o estudo destacamos apenas seguintes:

- Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez;
- Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho;
- Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação;
- Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos;
- Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno (pp. 8663-8665).

No Regulamento n.º 127/2011 (2011) é salientado que os cuidados de enfermagem centram-se na “(...) *promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...)*”, [sendo competência específica do enfermeiro especialista de SMO facilitar o projecto de saúde de cada mulher],

(...) entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns (p. 8662).

O Código Deontológico do Enfermeiro enfatiza o dever profissional para com a comunidade, sendo responsável com esta pela PS e pela resposta adequada aos cuidados de enfermagem, considerando que a responsabilidade social ultrapassa os limites da consulta individual (numa perspectiva assistencialista) e engloba a criação de relações sociais favoráveis à saúde (Decreto-Lei n.º 111/2009, 2009).

Neste enquadramento considera-se fundamental que as enfermeiras especialistas de SMO sejam detentoras de uma concepção clara e precisa do seu contributo social e profissional, assumindo a responsabilidade e autonomia subjacente ao conjunto de competências definidas. As políticas actuais de saúde, que orientam a prática profissional em função de indicadores economicamente definidos, podem colocar aos profissionais entraves na prestação de cuidados, tornando-as objectos do sistema, inibindo a sua intervenção como agentes de mudança, e colocando em causa a filosofia de cuidar desenvolvida durante anos em Enfermagem.

Promover o AM estimulando o *empowerment* individual e o desenvolvimento comunitário implica que a enfermeira especialista de SMO interiorize o dever profissional de se constituir agente

de mudança, considere cada mulher e a comunidade (com todos os recursos disponíveis) como elementos centrais do sistema de saúde e actue com responsabilidade e autonomia enquanto se (des)envolve na (co)construção de projectos de saúde individuais e comunitários.

1.7.3. Os grupos mãe para mãe: Empowerment e aleitamento materno

Os grupos MPM são grupos de mulheres, de qualquer idade, que se reúnem para se conhecerem e discutirem questões relacionadas com a alimentação infantil ou outros temas relacionados com a SMI. Um dos membros do grupo deve possuir formação específica na área do AM e treino em técnicas de mediação/facilitação. São privilegiados grupos comunitários já existentes, para maximizar a eficácia e sustentabilidade do grupo MPM, e surgem na base do voluntariado com o objectivo de partilha de informação e apoio (USAID, 2011).

As associações de carácter voluntário constituem formas de as pessoas se reunirem em torno de objectivos comuns e cooperarem entre si, estreitando as redes sociais e fortalecendo os seus aspectos positivos como a partilha de informação e ajuda prática em momentos de crise (Andrade & Vaitsman, 2002), onde se enquadra a transição para a maternidade (Relvas & Lourenço, 2001) e experiência de amamentação.

O apoio social é fundamental ao longo das diferentes fases do desenvolvimento humano, determinante no processo de transição para a maternidade (Rapoport & Piccinini, 2006) e mais decisivo para a prática de amamentação prazerosa e continuada do que a garantia de acesso a informações sobre os aspectos técnicos relacionados com o tema (Kuschnir, 2008).

Do apoio social deriva o incremento da capacidade das pessoas lidarem com situações potencialmente perturbadoras, permitindo a criação de sentido de coerência e controlo sobre a própria vida, o que beneficia o estado de saúde das pessoas (Cassel, 1974 referido por Andrade & Vaitsman, 2002). Paralelamente o recurso a estratégias educativas centradas nas pessoas tem implicações políticas, visto que lhes permite reter em si o poder e o auto-controlo e tomar parte nas opções e decisões de responsabilidade (Rogers, 1979) estimulando o *empowerment* individual.

O *empowerment* implica ganhos pessoais, a experiência comunitária e objectivos orientados para a intervenção social. Decorre do desenvolvimento de competências individuais, adquiridas como um processo natural no próprio contexto de vida, em detrimento da consultoria de serviços e profissionais de saúde, pelo que pressupõe que sejam favorecidas oportunidades de aprendizagem e exercício dessas competências (Ornelas, 2008).

Os grupos de apoio MPM surgem como estratégia de aprendizagem centrada nas mulheres (Rogers, 1976), que lhes permite de forma participativa e interactiva a partilha de informação e experiências pessoais sobre o AM, o apoio mútuo com base nas respectivas experiências e o fortalecimento ou mudança de atitudes e práticas, num ambiente de respeito, atenção, confiança empatia e liberdade de expressão (USAID, 2011).

O *empowerment* implica a participação e envolvimento efectivo das mulheres nos processos de decisão dos grupos, organizações ou comunidades associado à reflexão crítica, apoio e motivação para participar. Trata-se de um processo que desafia as concepções tradicionais acerca do poder, da participação, e da capacidade das pessoas controlarem e agirem sobre a sua própria vida (Rodrigues et al., 2005), pelo que representa desafio aos profissionais de saúde na prossecução do objectivo de incluir as pessoas para um Novo Contrato Social da Saúde (Sakellarides, 2009).

Para promover o AM exclusivo até aos 6 meses de vida (WHA, 2001) e contrariar o desmame precoce, o movimento MPM voluntário representa uma estratégia de intervenção proposta pela UE (2004), que o define como “ (...) o apoio dado por mães experientes que amamentaram, individualmente ou em grupo, em regime de voluntariado” (p. 18).

Os grupos MPM orientam-se para a intervenção comunitária, enquadram-se no passo 7 da ICAB: “Promover a colaboração entre a equipa de saúde e os grupos de apoio na comunidade local” (www.amamentar.net) e respondem ao passo 10 da IHAB (Levy & Bértolo, 2008), orientado para a capacitação da mulher, para recorrer ou integrar grupos de apoio, e para o estímulo aos profissionais de saúde para a sua criação na comunidade: “Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade” (p. 15). Os referidos grupos podem surgir de iniciativas formais ou informais. Alguns organizam-se sozinhos e tendem a fazer parte de uma organização mais abrangente, e outros integram-se em organizações internacionais, como é o caso de *La Leche League*². Esta associação tem representação em Portugal, com dinamização de encontros periódicos, pelas respectivas

² *La Leche League* é uma organização internacional, sem fins lucrativos, em fundada 1956 com representação em mais de 50 países. É representada localmente por moderadoras voluntárias que podem ou não ser profissionais de saúde, desde que detenham formação certificada na área do AM, muitas vezes aliada à experiência pessoal. Trata-se de uma organização que fornece formação, educação contínua, acreditação, informação sobre AM e planos operacionais bem definidos, incluindo documentação e actualização frequente das respectivas actividades (UE, 2004).

moderadoras, na zona centro do país, no entanto não se conhecem estudos acerca das respectivas práticas que demonstrem ganhos em saúde.

Em Portugal, para além da resposta oferecida pelos serviços de saúde, existem outras estruturas de apoio ao AM baseadas em estratégias diversas. A associação SOS amamentação e a associação pró-AM: Mama Mater são associações sem fins lucrativos, que têm por objectivo a promoção do AM através do apoio directo e de acções de formação, informação, divulgação e educação dirigida a grávidas, mães e profissionais de saúde (Marques, 2011).

O sítio da internet Amamentar, da iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública e do Alto Comissariado da Saúde, e a criação da rede de «cantinhos da amamentação» nos centros de saúde (CS) constituem estruturas de apoio ao AM (www.amamentar.net).

A Maternar, uma associação sem fins lucrativos fundada em 2009, com o objectivo de criar uma rede nacional de apoio à maternidade, com coordenadoras regionais em Aveiro, Porto e Lisboa, sustenta-se nos grupos de apoio MPM, como potenciais facilitadores da transição para a maternidade (na qual se enquadra a promoção do AM), baseados na dinâmica de grupo, para a troca de experiências e entreajuda entre mulheres, no entanto, não são conhecidos estudos relacionados com a respectiva intervenção (Simões, 2010).

No contexto da promoção, protecção e suporte ao AM, entende-se que o movimento comunitário que potencie a informação, educação e comunicação entre mulheres em situação de vida similar, através da criação de grupos de apoio MPM, numa lógica de partilha de experiências e conhecimentos, que trabalhe em parceria com profissionais de saúde, com formação específica nesta área, constitui uma estratégia compatível com os pressupostos do *empowerment*. A criação e mediação de grupos de apoio com mulheres na comunidade permitem aos profissionais de saúde e mulheres a prática de uma educação participativa e interactiva (Montrone, 2002).

O profissional de saúde constitui-se mediador no processo educativo cujos protagonistas são as mulheres (Tones & Tilford, 1994). Pretende-se que mantenha afastamento suficiente para potenciar a partilha e discussão entre as mulheres no sentido da facilitação do percurso e vivências da amamentação, nomeadamente a resolução de problemas ou dificuldades, e proximidade suficiente para a mediação do processo educativo, facilitando a procura de respostas ou soluções para problemas ou necessidades não resolvidos pelo grupo (Rogers, 1976).

O objectivo central é aumentar o sentimento de auto-confiança e auto-eficácia materna, pela definição conjunta de metas e objectivos e pela partilha e apoio. As estratégias educativas

centradas no *empowerment* devem ser utilizadas, na medida em que parece haver uma relação positiva entre a auto-confiança na função materna e amamentação (Lee & Kwon, 2006).

Num estudo realizado por Dennis (2006) para identificar factores que predispõem a auto-eficácia materna no período pós parto imediato, verificou-se que o apoio de outras mulheres com filhos trata-se de uma variável importante, que influencia de forma significativa as taxas de iniciação e duração do AM, constituindo um factor de relevo na primeira semana pós-parto.

O objectivo principal dos grupos MPM é transformar o processo educativo numa oportunidade de aproximação ao contexto de vida do grupo e a criação de estrutura conjunta de apoio que promova sentimentos de competência e confiança no papel materno e na capacidade de amamentar. As intervenções no domínio da EPS caem muitas vezes no insucesso precisamente porque nem sempre se enquadram na realidade social e simbólica das mulheres, não conseguindo produzir ganhos efectivos (Stefanello, 2005).

A colaboração interinstitucional e multiprofissional é fundamental para dar resposta às necessidades das mulheres, pelo que os profissionais de saúde e defensores do AM voluntários podem trabalhar colaborativamente para o desenvolvimento de infra-estruturas de apoio à mulher que amamenta (Moran, et al., 2005), nomeadamente o estímulo à criação de grupos de apoio MPM formais ou informais, numa lógica de autonomização das mulheres face aos discursos do saber profissional e do senso comum (Kushnir, 2008), num local onde os problemas e dúvidas são discutidos por todos num processo que remete ao dispositivo de ajuda mútua (Ornelas, 2008).

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Introdução

A transição para a maternidade, onde se inclui a experiência de amamentação, é histórica e sócio-culturalmente condicionada. As estratégias de promoção do AM que procuram moldar o comportamento da mulher em função de normas prescritivas, demonstram-se insuficientes para responder às necessidades específicas desta fase da trajectória de vida individual e familiar.

Promover o AM implica considerar aspectos biofisiológicos relacionados com condicionantes sociais, económicos, políticos e culturais, assumindo o apoio social recebido pela mulher que amamenta ou deseja amamentar papel preponderante (Ramos & Almeida, 2003b).

Nesta lógica, torna-se fundamental que os profissionais de saúde coloquem a mulher no centro do processo cuidativo e o direccionem em função das respectivas expectativas e necessidades. Os grupos de apoio MPM surgem como estratégia de EPS promotora do AM, baseados na interacção entre mulheres que permita a construção de redes informais de apoio social, estimule o *empowerment* individual e a autonomização progressiva da comunidade de mulheres face aos serviços e profissionais de saúde.

Em Portugal, a par da resposta oferecida pelos serviços de saúde, existem outras estruturas de suporte ao AM, de onde se destaca a Maternar que tem o objectivo de criar uma rede nacional de apoio à maternidade (na qual se enquadra a promoção do AM) incitando a partilha de conhecimentos e experiências entre as mulheres (Simões, 2010). No entanto, não são conhecidos estudos relacionados com os contributos destas associações para a prática do AM.

Trata-se de um desafio para os profissionais e instituições de saúde, quer na dinamização de iniciativas de intervenção que envolvam de forma activa as mulheres e estimulem a construção de redes informais de apoio social, quer na investigação em torno das questões relacionadas com esta problemática, que sustente o (re)planeamento de políticas e ajustamento de práticas promotoras da transição para a maternidade e a prática do AM, em parceria com a comunidade de mulheres. Este estudo revela-se importante porque procura dar resposta a estas preocupações, relaciona-se com a área de interesse profissional da investigadora e perspectiva os momentos de

intervenção formal dos profissionais nesta área como trampolim para estimular o *empowerment* individual e envolvimento e desenvolvimento comunitário. Assim, procura a criação de uma rede informal de apoio social, pela interacção entre mulheres durante o processo de transição para a maternidade, mediada por profissional de saúde, e procede à avaliação dos efeitos da intervenção sobre os percursos e vivências da amamentação aos 3 meses de vida da criança, associada à reflexão sobre implicações na EPS.

Neste capítulo procede-se à apresentação das finalidades e objectivos do estudo (2.2.) e apresenta-se o desenho de investigação (2.3.), onde se enquadram aspectos relativos à população e amostra (2.3.1.), às hipóteses em estudo (2.3.2.), à descrição das variáveis (2.3.3.), ao instrumento de colheita de dados (2.3.4.), aos procedimentos de recolha de dados (2.3.5.), e às estratégias de tratamento e análise dos dados (2.3.6.).

2.2. Finalidades e Objectivos do Estudo

Para este estudo definimos como finalidades:

- i) Promover a reflexão acerca da EPS no âmbito da transição para a maternidade, onde se enquadra o AM;
- ii) Dar contributos para a reflexão e potencial (re)ajustamento das práticas de enfermagem, relacionadas com a EPS no âmbito do AM.

Tal como já foi referido, o presente estudo tem como objectivo:

- i) Avaliar comparativamente os efeitos dos encontros MPM sobre os percursos e vivências da amamentação aos 3 meses de vida da criança.

2.3. Desenho de Investigação

Na descrição do desenho de investigação é apresentado o tipo de estudo, a população e amostra, as hipóteses que fundamentam o estudo, a variável independente e as variáveis dependentes.

A metodologia quantitativa utilizada para a realização deste estudo enquadra-se num “*design* pré-experimental”. Segundo Tuckman (2002), este tipo de design tem “ (...) *já as peças componentes ou os elementos dos designs experimentais, [embora] não controlem devidamente as fontes que afectam a validade interna*” (p. 208).

Trata-se de um estudo pré-experimental com *“design de comparação do grupo intacto”*, no qual um grupo de controlo que não recebe tratamento é utilizado como termo de comparação para um grupo submetido a tratamento (Tuckman, 2002). Este tipo de *design* pode ser esquematizado da seguinte forma:
$$\frac{X \quad O1}{O2}$$

Um grupo de controlo, que não recebe tratamento (X), é utilizado como termo de comparação para o grupo alvo de tratamento. Os factores de validade como a história e a maturação são controlados pelo grupo de controlo, ou seja, se algum facto coincidente afectasse o resultado, provavelmente tanto afectaria O1 como O2. Não existe pré-teste que permita avaliar se os sujeitos do grupo controlo e intervenção são equivalentes e, portanto, determinar previamente se algum deles já possuía características que condicionam os resultados ou a *performance* do pós-teste (Tuckman, 2002).

Assim, um grupo de mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto/parentalidade no ACES do Alto Minho, e que pretendiam amamentar os seus filhos, foram integradas grupo MPM submetido a uma intervenção, no domínio da EPS, com um encontro na fase pré-natal e outro encontro no pós-parto. Os encontros MPM foram mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM e procedeu-se à avaliação transversal do impacto desta experiência nos percursos e vivências da amamentação aos 3 meses de vida da criança, em comparação com um grupo de controlo que integra o mesmo número de mulheres com características idênticas, mas que não foram alvo da referida intervenção.

2.3.1. População e Amostra

O presente estudo foi realizado no ACES do Alto Minho no âmbito dos cursos de preparação para o parto/parentalidade dirigidos às grávidas inscritas nos respectivos CS. Assim, a população, entendida por Fortin (2003) como *“(...) uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (p. 202), foi constituída por todas as grávidas cuja data provável de parto se situava entre o dia 1 de Fevereiro e 31 de Março de 2011, e que se encontravam a frequentar o referido curso nos CS do distrito.

Após autorização do Conselho de Administração da ULSAM para a realização do estudo, suportada por relatório com explicitação clara dos objectivos, hipóteses e de todas as fases do processo investigativo (Apêndice I), foram contactadas as enfermeiras especialistas/enfermeiras chefes dos CS em que estes cursos estavam implementados, para averiguar o número total de

grávidas que os frequentavam na data definida para o estudo. A população deste estudo engloba 110 grávidas.

Atendendo às características do estudo, o critério definido para a selecção dos CS foi possuírem o maior número de grávidas inscritas no curso de preparação para o parto/parentalidade no período definido. Definiu-se como número mínimo de 10 grávidas a integrar os cursos de preparação para o parto/parentalidade.

Assim, foram seleccionados os quatro CS com maior número de grávidas inscritas, sendo que em dois deles o curso de preparação para o parto/parentalidade decorria no âmbito das respectivas UCC e nos outros dois decorria no âmbito das UCSP.

O processo de amostragem utilizado foi o não aleatório por conveniência, que para Lakatos e Marconi (2007) representa o “ (...) o subconjunto que é convenientemente seleccionado da população” (p. 30). Assim a amostra (de grávidas) foi seleccionada com base nos seguintes critérios de conveniência:

- i) demonstrarem disponibilidade para participar no estudo;
- ii) pretenderem amamentar a criança;
- iii) terem recebido, ao momento previsto para o primeiro encontro, formação na área do AM;
- iv) proximidade relativa das datas prováveis de parto;

A afectação de cada unidade amostral (cada grávida) ao grupo com intervenção foi aleatória, em função da disponibilidade das grávidas no dia em que estava agendada a sessão de preparação para o parto/parentalidade no respectivo CS. Para a constituição do grupo com intervenção foram constituídos subgrupos de no mínimo 3 e no máximo 6 grávidas, considerado o número mínimo para atender à componente relacional do suporte social (Ribeiro, 1999) e para corresponder aos requisitos que caracterizam, em relação ao tamanho mínimo, um grupo de apoio MPM (USAID, 2011).

Nos CS com mais do que um grupo de grávidas a frequentar o curso, foram constituídos subgrupos com grávidas pertencentes ao mesmo grupo para respeitar a componente estrutural do suporte social, relacionada com a proximidade física e psicológica e frequência de contactos entre as mulheres (Ribeiro, 1999), características contempladas também nos requisitos da USAID (2011).

O grupo de controlo foi constituído por mulheres que frequentaram os cursos de preparação para o parto/parentalidade nos mesmos CS, com as mesmas características das mulheres do grupo com intervenção, mas que não integraram os grupos MPM.

As mulheres para integrar o grupo de controlo foram sinalizadas pelas enfermeiras especialistas responsáveis pelos cursos de preparação para o parto/parentalidade de cada CS, uma vez que frequentaram o curso em dias e/ou horários distintos do outro grupo, integrando uma listagem de contactos possíveis.

A afectação de cada unidade amostral (cada grávida) ao grupo de controlo foi aleatória, efectuada no momento da consulta de vacinação da criança aos três meses de vida, após o respectivo consentimento informado, em função da acessibilidade das mesmas até completar o número de 30 mulheres, equivalente ao grupo com intervenção.

O instrumento de colheita de dados, no grupo com intervenção, apenas foi aplicado às mulheres que estiveram presentes nos dois encontros MPM previstos, uma vez que foram verificadas perdas ao longo do tempo (quadro 1).

Quadro 1. Dinâmica da amostra (grupo com intervenção) ao longo do estudo

Centro de Saúde		N.º de grávidas incluídas (1.º encontro MPM) (n=37)	N.º de mulheres presentes (2.º encontro MPM)(n=30)
A	Subgrupo com intervenção A	5 grávidas	3 mulheres
B	Subgrupo com intervenção B	11 grávidas	9 mulheres
C	Subgrupo com intervenção C	6 grávidas	5 mulheres
D	Subgrupo com intervenção D	15 grávidas	13 mulheres

O primeiro encontro MPM foi marcado em articulação com a enfermeira especialista de SMO de cada CS em função da disponibilidade das grávidas. No primeiro encontro as grávidas foram informadas do objectivo geral do segundo encontro e dos critérios para a sua marcação.

A marcação da data do segundo encontro MPM, em cada subgrupo com intervenção, resultou da articulação das datas de parto de todas as mulheres que os integraram, respeitando o período mínimo previamente definido de 8 e máximo de 30 dias após o parto. Todas as mulheres foram contactadas telefonicamente pela investigadora para averiguar disponibilidades e efectuar a marcação do encontro em resposta a interesses colectivos.

O grupo com intervenção inicialmente constituído por 37 mulheres apresentou uma mortalidade de 7 mulheres (5 que não demonstraram disponibilidade por motivos familiares e 2 que referiram não possuir meio de transporte para se deslocar), o que representa um grupo final com intervenção de 30 mulheres, ao qual correspondeu um grupo de controlo com o mesmo número de mulheres.

Foram aplicados e recebidos os questionários distribuídos pelas duas amostras independentes de 30 elementos. A dimensão da amostra (n=60) foi estimada com base na regra do polegar, ou seja, com o tamanho mínimo para efectuar a análise estatística adequada dos dados (Hill & Hill, 2000).

Caracterização sócio-demográfica da amostra

Das 60 mulheres que integraram o estudo, 59 referiram a idade, que varia entre os 22 e os 43 anos, sendo a média de idades $30,8 \pm 4,7$ anos. A maior parte (84,7%) encontravam-se em idade considerada de baixo risco obstétrico (17 a 35 anos) e as restantes (15,3%) em idade de risco, segundo o índice de Goodwin modificado.

Eram, maioritariamente, mulheres casadas ou que viviam em união de facto (91,7%), apresentando-se 6,7% solteiras e 1,7% divorciadas.

No que se refere ao nível de escolaridade, 35,0% das mulheres tinham formação superior correspondente à licenciatura em 33,3% dos casos e uma mulher possuía o bacharelato. Possuíam o ensino secundário 38,3% das mulheres, e o ensino básico 26,7%, sendo que 21,7% apresentavam o 3.º ciclo do ensino básico e 5,0% o 2.º ciclo do ensino básico.

Das 60 mulheres, 75,0 % encontravam-se empregadas, 21,7% desempregadas e duas mulheres não responderam a esta questão.

No que se relaciona com a profissão, foram consideradas todas as respostas dadas pelas mulheres. Apesar de haver mulheres que se encontravam desempregadas à altura do preenchimento do questionário, nesta questão consideraram a profissão. No global 11,7% não responderam a esta questão. Para a distribuição das profissões foi utilizada a Classificação Nacional das Profissões de 2010 (INE, 2011), considerando os grandes grupos em que se organizam. A maior parte (38,3%) enquadrou-se no grupo de pessoal dos serviços e vendedores. As restantes mulheres distribuíram-se de forma aparentemente homogénea pelo grupo de operários, artífices e trabalhadores similares (16,7%) e pelo grupo de técnicos e profissionais de nível intermédio (15%). O grupo de especialistas das profissões intelectuais e científicas integrou 11,7% das mulheres. A mesma percentagem de mulheres, (3,3%) integraram o grupo de pessoal administrativo e similares e o grupo de trabalhadores não qualificados.

A maioria (91,7%) viviam em famílias nucleares e 5% em famílias alargadas (todas viviam com os pais e uma delas referiu também viver com o irmão) e 3,3% das mulheres não responderam a esta questão (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (n=60)

Grupo etário (n=59)	ni	fi
17-35 anos	50	84,7
> 35 anos	9	15,3
Estado civil		
Solteira	4	6,7
Casada/união de facto	55	91,7
Separada/divorciada	1	1,7
Escolaridade		
Ensino básico - 2º ciclo	3	5,0
Ensino básico - 3º ciclo	13	21,7
Ensino secundário	23	38,3
Bacharelato	1	1,7
Licenciatura	20	33,3
Situação Profissional		
Empregada	45	75,0
Desempregada	13	21,7
Não responde	2	3,3
Profissão		
Especialista das profissões intelectuais e científicas	7	11,7
Técnicos e profissionais de nível intermédio	9	15,0
Pessoal administrativo e similares	2	3,3
Pessoal dos serviços e vendedores	23	38,3
Operários, Artífices e trabalhadores similares	10	16,7
Trabalhadores não qualificados	2	3,3
Não responde	7	11,7
Agregado familiar		
Família nuclear	55	91,7
Família alargada	3	5
Não responde	2	3,3

A comparação entre os grupos permitiu constatar a homogeneidade quanto às características sócio-demográficas.

Para a variável “idade”, avaliou-se a normalidade de distribuição confirmando-se a sua existência (grupo com intervenção: Shapiro-Wilk = 0,968; df = 30; Sig = 0,491 e grupo controlo: Shapiro-Wilk = 0,952; df = 29; Sig = 0,202), bem como a homogeneidade de variâncias (Teste de Levene: F = 0,003; p = 0,957).

Na variável “estado civil”, para tornar possível a aplicação do teste de qui-quadrado, devido ao número de células com menos de cinco indivíduos superior ao esperado, foram

agrupadas as respostas “solteira” e “separado/divorciado” dada a sua similitude, para efeitos do presente estudo.

A variável “profissão” foi reclassificada, transformando os diversos grupos resultantes da aplicação da Classificação Nacional das Profissões (INE, 2011) para pessoal diferenciado (grupos 1 a 5) e indiferenciado (grupos acima de 5).

Para o “agregado familiar” a aplicação do teste de qui-quadrado não foi possível devido a não existirem os requisitos mínimos, pelo que foi utilizado o Teste Exacto de Fisher (quadro 2).

Quadro 2. Análise das diferenças relativamente às variáveis de caracterização sócio-demográfica

Variável	Valor teste	Gf	Sig
Idade*	0,462	57	0,646
Estado civil**	0,218	1	0,640
Escolaridade***	0,601	-	0,548
Situação profissional**	0,208	1	0,648
Profissão **	0,189	1	0,664
Agregado familiar****	-	-	0,237

*Teste t student para duas amostras independentes

**Teste de Independência de Qui-quadrado

*** Teste U de Mann-Whitney

**** Teste Exacto de Fisher

2.3.2. Hipóteses em estudo

Segundo Tuckman (2002), a hipótese “ (...) é uma expectativa sobre acontecimentos, baseada nas generalizações de uma relação que se assume como tal, entre determinadas variáveis” (p. 97). Tendo por base a revisão da literatura e os objectivos definidos para o estudo foi definida a seguinte hipótese de investigação:

H1: Os encontros de grupos de apoio MPM facilitam a gestão do processo de amamentação.

Face à Hipótese de investigação apresentada foram definidas as seguintes hipóteses operacionais:

H1: As mães que participaram nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam taxas de prevalência de AM superiores, aos 3 meses de vida da criança;

H2: As mães que participaram nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam menor prevalência de dificuldades/problemas da mama;

H3: As mães que participaram nos encontros em grupos de apoio MPM mobilizam menos recursos formais de saúde para a resolução de problemas/dificuldades;

H4: As mães que participam nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam níveis mais baixos de ansiedade percebida, durante a experiência de amamentação;

H5: As mães que participaram nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam níveis de satisfação mais elevados, relativamente à amamentação.

2.3.3. Variáveis

Tendo em consideração o objectivo do estudo, a variável independente foi os encontros de grupos de apoio MPM, mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM, e as variáveis dependentes integraram os aspectos relacionados com a história de amamentação (percursos e vivências) em que se avaliaram impactos da variável independente.

Consideraram-se as variáveis de caracterização ou atributo, que se referem às características sócio-demográficas e dados relativos à história obstétrica, seleccionados com base na revisão da literatura. Atendendo à ausência de pré-teste que caracteriza o processo de amostragem no tipo de estudo desenvolvido, a caracterização da amostra permitiu avaliar a homogeneidade entre os grupos, na medida em que pode influenciar as variáveis dependentes. Foram consideradas as seguintes variáveis de caracterização:

- Sócio-demográficas: idade, estado civil, escolaridade, profissão, situação profissional e constituição do agregado familiar.
- História obstétrica: número de filhos, experiência anterior de amamentação, duração da experiência de amamentação do último filho, local da vigilância pré-natal, idade gestacional à nascença do filho actual e tipo de parto.

Quanto à escala de medida estas variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas sempre que possível.

2.3.3.1. Descrição da variável independente

A variável independente, segundo Tuckman (2002), “é o factor que é medido, manipulado e seleccionado pelo investigador” (p.121), e que se pretende que actue sobre as variáveis dependentes.

Neste estudo a variável independente foi os encontros de grupos de apoio MPM, mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM.

O papel de mediadora teve como objectivo geral familiarizar as mulheres com os objectivos da actividade, criar o espírito de grupo de pertença e servir de recurso indirecto de apoio

para a resolução de questões ou dúvidas para as quais o grupo não encontrasse resposta ou necessitasse de orientação. Ao atender à multiplicidade de factores que envolvem o AM, releva-se que esta preocupação de eficácia foi orientada não para vedar a livre expressão das mulheres mas antes para favorecer a sua auto-realização pela participação no grupo, em resposta ao objectivo geral definido para os encontros (Maccio, 1967).

O papel da mediadora nos encontros de grupos de apoio MPM, enquadrado na perspectiva de Rogers (1976), teve como objectivo geral “ (...) a *facilitação da expressão de sentimentos e pensamentos por parte dos membros do grupo*” [e centra-se na mulher, enquanto] “(...) *ser global – emotivo, intelectual e físico tal como ela é, incluindo as suas potencialidades*”. (p. 19)

Especificamente neste estudo, foram objectivos da mediadora i) a criação de um clima de autenticidade propício à plena expressão de sentimentos, favorecendo a possibilidade de abordagem progressiva de questões pessoais não apresentadas junto dos profissionais de saúde, ou seja, do diálogo entre as mulheres entendeu-se que deveria nascer uma maior abertura aos problemas suscitados e também uma compreensão mútua; ii) a aceitação incondicional e demonstração de disponibilidade para identificar e estimular a (auto)resolução de problemas individuais ou do grupo, sem se comportar paternalmente; iii) a compreensão empática; iv) a criação de um clima de confiança e liberdade mútua para expressar sentimentos reais, positivos ou negativos, tendo por base a tónica de que facilitam o trabalho conjunto e a confiança em si e nos outros, estimulando a autonomia e expressão colectiva (Rogers, 1972).

A intervenção da mediadora centrou-se numa abordagem não directiva (Maccio, 1967), que consiste em:

- Recusar-se a dar uma direcção, em qualquer plano, a um ou outro dos participantes ou ao grupo no seu conjunto;
- Recusar-se a acreditar que aqueles devam pensar, sentir ou agir de determinada maneira;
- Testemunhar confiança nas capacidades de auto-direcção dos participantes e do grupo;
- Não cair, por outro lado, no equívoco de deixar correr, que é uma tendência para a anarquia e demissão;
- Não intervir senão para aumentar a informação dos participantes ou do grupo acerca da sua própria actividade mental;
- Abster-se, no entanto, de dirigir o processo de informação dos participantes acerca de si próprios;
- Partir, pois, da hipótese de que os participantes se esforçam por comunicar consigo mesmos e, individualmente, com o grupo, para poderem finalmente fazê-lo com a sociedade no seu todo.
- A não directividade não consiste portanto na ausência do desejo de influenciar, mas sim na disponibilidade para ser influenciado em troca” (p. 85).

Com o objectivo de manter distanciamento da lógica assistencialista e muitas vezes punitiva associada à intervenção dos profissionais de saúde, promovendo a discussão e partilha de experiências, pretendeu-se facilitar a (co)construção de conhecimentos e estratégias de acção e resolução de dificuldades ou problemas e facilitar a construção e continuidade de uma rede informal de apoio social na comunidade, entre as mulheres envolvidas, antes e após o parto.

A criação da rede informal de apoio social permitire contribuir para a partilha de expressões de conforto e cuidado (apoio emocional), de informações e orientações (apoio informacional) e de provisão de recursos, serviços e resolução de dificuldades ou problemas (apoio instrumental) relativamente à transição para a maternidade e, sobretudo, experiência de amamentação (Pierce et al., 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006; Ribeiro, 1999).

O objectivo central visou criar um sentimento de comunidade de pertença (grupo de mulheres que pretendem amamentar ou amamentam os filhos) definida por um conjunto de interesses, sentimentos, expectativas e propósitos comuns relativamente ao AM, num processo que remete ao dispositivo de ajuda mútua. Para Ornelas (2008), nestes grupos “*Os membros sentem esse contexto como um espaço seguro, onde podem aprender novas competências e fazer amigos, investem a sua energia e tempo na prossecução de objectivos comuns (...)*” (p. 62).

Os grupos de apoio MPM foram constituídos na fase pré-natal tendo em consideração os critérios de inclusão no processo de amostragem, sendo que, depois do respectivo consentimento informado, no dia e local em que decorria habitualmente a preparação para o parto/parentalidade foi marcado o primeiro encontro de grupo MPM ainda na fase pré-natal. No pós-parto, mais especificamente, entre os 8 e 30 dias de vida da criança, foi marcado, com cada um dos subgrupos anteriormente constituídos, o novo encontro que decorreu no mesmo local em função das datas efectivas de parto e das disponibilidades de cada mulher/família.

O período de 8 a 30 dias pós-parto foi definido com o objectivo de permitir o encontro entre mulheres em diferentes fases de transição para a maternidade e gestão do processo de amamentação, que culminaria numa maior riqueza na partilha de experiências entre as mulheres. O tempo mínimo de 8 dias considerou-se indispensável para a recuperação física e (re)organização familiar que implica a deslocação ao CS para participar no referido encontro. Por outro lado, pretendeu-se que o segundo encontro decorresse no pós-parto, ou seja na fase em que as mulheres passam a experienciar o processo imaginário e de expectativa que definem na fase pré-natal e no qual o apoio social assume particular relevo.

Todos encontros MPM foram mediados pela investigadora, no sentido de manter a mesma linha de orientação (no processo de mediação) em todos os grupos e minimizar eventuais riscos associados com as características individuais de cada uma das enfermeiras responsáveis pelos cursos de preparação para o parto/parentalidade. Por outro lado, as características da investigadora coadunavam-se com os critérios que foram definidos para o mediador dos encontros: enfermeira especialista na área da SMO e com formação na área do aconselhamento em AM promovida pela DGS, cuja componente formativa inclui, para além dos aspectos biofisiológicos da amamentação, principalmente aspectos comunicacionais e de relação interpessoal (OMS, 1993).

Dinâmica dos encontros de grupos “MPM” na fase pré-natal

O encontro dos grupos MPM na fase pré-natal decorreram após reunião das grávidas numa sessão para o efeito, no horário e local habitual onde se processavam as aulas de preparação para o parto/parentalidade, sem interferência na organização e dinâmica habitual do curso, pelo que, tal como acontecia nas aulas de preparação para o parto/parentalidade, algumas grávidas estavam acompanhadas do marido/companheiro e outras não. Nos casos em que as grávidas estavam acompanhadas do marido/companheiro estes constituíram uma unidade única – entendidos como o casal grávido, pelo que ambos participaram durante toda a actividade.

Numa sessão prévia as grávidas foram informadas pela enfermeira responsável pelo curso de preparação para o parto/parentalidade da realização do estudo de interesse institucional, com a finalidade de promover a reflexão sobre estratégias de intervenção no domínio da EPS, que estimulem a (auto)satisfação das mulheres na amamentação, assentes na partilha de experiências potenciadora de relações de parceria e entreajuda, mediada por uma enfermeira especialista em SMO com formação específica na área do AM. Nesta sessão foi obtido o respectivo consentimento informado (Apêndice II).

A introdução à reunião foi efectuada pela enfermeira especialista responsável pelo curso, com a (co)apresentação da mediadora (investigadora) e reforço dos objectivos do estudo. Posteriormente a reunião passou a desenvolver-se sob mediação da investigadora que assumiu a função de orientação não directiva do grupo e, propondo um plano geral introdutório ao trabalho a desenvolver, estimulou a livre expressão das participantes, limitando as suas intervenções apenas à facilitação da função de produção do grupo para atingir o objectivo geral definido. A mediação da reunião teve por base os métodos de aconselhamento propostos pelo International Lactation

Consultant Association (ILCA, 2011), mais especificamente o método de orientação que *“encoraja a mãe a falar livremente e a promover a sua participação activa na discussão”* (p. 44).

A orientação não directiva (Maccio, 1967) utilizada pela mediadora no primeiro encontro teve como principais objectivos:

- Consciencializar cada grávida com a similitude vivencial (gravidez/amamentação) e criar a consciência colectiva de grupo;
- Aumentar os conhecimentos de cada grávida pela participação e partilha de experiências, ideias, sentimentos e expectativas com as outras grávidas, acerca da gravidez, parto, maternidade em termos gerais e AM em particular;
- Favorecer a evolução progressiva de cada grávida no sentido de uma melhor adaptação a si própria e ao grupo;
- Criar condições para a participação constante e activa das grávidas na sua própria formação, pela discussão entre o grupo numa lógica de crescimento e procura mútua e, portanto, a criação de vínculos entre si;
- Potenciar a criação de expectativas e a definição de planos/metabolismos sobre a alimentação da criança;
- Lançar o desafio de manutenção de vínculo e partilha entre as mulheres através do recurso a estratégias definidas pelo grupo.

O encontro entre as grávidas decorreu nos respectivos CS, nas salas onde habitualmente se desenvolviam as sessões do curso de preparação para o parto/parentalidade e a sua duração foi entre os 60 a 120 minutos. O tempo de duração dos encontros variou em função da disponibilidade das grávidas e sobretudo do grau de envolvimento na discussão.

As reuniões foram iniciadas por uma actividade quebra-gelo, adequada à especificidade de cada grupo, com o objectivo de estimular e fortalecer os aspectos relacionados com a componente estrutural do suporte social: proximidade física, proximidade psicológica, proximidade e reciprocidade de relação (Ribeiro, 1999) que permitiu a progressiva aproximação entre as mulheres.

Cada grupo demonstrou uma evolução diferente relacionada com características individuais, mas também com o tamanho do grupo. Os grupos mais pequenos exigiram menos actividades e menos criatividade à mediadora pela facilitação da proximidade relacional, os grupos maiores exigiram mais criatividade e o prolongamento desta fase exploratória inicial.

Em apêndice apresentamos a descrição mais objectiva do plano e avaliação gerais do primeiro encontro desenvolvido (Apêndice V).

No sentido de proceder à avaliação da percepção das grávidas acerca do objectivo orientador deste encontro, foi solicitado em todos os grupos que conjuntamente escrevessem em folha de papel seis palavras-chave para descrever a forma como se sentiram e o significado que atribuíram ao encontro. Os documentos resultantes desta actividade foram submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 1988).

Depois da análise de conteúdo, foi possível constatar que todos os subgrupos experimentais enumeraram palavras-chave relacionadas com algum tipo de apoio social (objectivo dos grupos MPM), pelo que foram integradas em três categorias: emocional, informacional e instrumental. As palavras enumeradas repetiram-se com frequência entre os subgrupos sendo, em termos gerais, as palavras amizade, entreajuda, partilha e diálogo as mais referidas.

Na categoria “apoio emocional”, todos os subgrupos enumeraram as palavras amizade, compreensão e apoio, posteriormente surgem os termos partilha, diálogo, medos e ansiedades, as palavras motivação, auto-confiança e intimidades foram também enumeradas.

Enquadrados na categoria “apoio informacional” surgem em todos os subgrupos as palavras troca de experiências e informação e foram também enumerados os termos conhecimento e aprendizagem.

A categoria “apoio instrumental” deriva da palavra entreajuda enumerada por todos os subgrupos, e das palavras socialização, prevenção e grupo que emergiram em menor número.

Esta estratégia de avaliação permitiu, por um lado constatar que o objectivo do primeiro encontro foi atingido e por outro promover a reflexão conjunta em cada subgrupo sobre os propósitos do encontro.

Dinâmica dos encontros de grupos “MPM” na fase pós-natal

O segundo momento de intervenção decorreu após o parto, entre os 8 e 30 dias de vida da criança, nos mesmos subgrupos formados no primeiro encontro. As mulheres foram contactadas após o parto, em função da data do mesmo, para agendar a data e hora do segundo encontro, a realizar no CS respectivo e no mesmo local, fazendo-se acompanhar do bebé e nalguns casos do marido/companheiro, tal como no primeiro encontro.

A reunião foi mediada pela investigadora com base nos mesmos critérios e objectivos definidos para a primeira intervenção. Neste encontro a orientação não directiva (Maccio, 1967) utilizada pela investigadora teve, para além dos objectivos enumerados para a intervenção anterior, os seguintes objectivos:

- Fomentar a partilha centrada no percurso e vivências relacionadas com a amamentação, face às expectativas e metas/planos definidos ao longo da gravidez e sobretudo no 1.º encontro MPM;
- Proporcionar a discussão centrada nos problemas/dificuldades quotidianos, nas responsabilidades e na evolução e adaptação progressiva à nova condição individual/familiar;
- Privilegiar a transformação das atitudes das participantes pela ênfase no plano intelectual, mas sobretudo no plano afectivo (apoio e entreajuda);
- Reforçar o desafio para manutenção de vínculo e partilha entre as mulheres, através do recurso às estratégias definidas no primeiro encontro, ou outras sugeridas pelas mulheres.

Neste encontro, para além da orientação como método de aconselhamento foi também utilizado o método de condução proposto pelo ILCA (2011) visto que emergiu a necessidade da mediadora assumir *“maior responsabilidade pela direcção da discussão”* (p. 45) atendendo à necessidade de facilitar o desempenho relacionado com o objectivo geral do encontro.

Durante este encontro surgiram para discussão diversos temas relacionados com a experiência individual de parto/maternidade, amamentação e cuidados à criança face a expectativas, medos e desejos anteriores. Uma das preocupações centrais da mediadora foi, para rentabilizar o encontro em função do seu objectivo geral, orientar a discussão para o tema da amamentação e facilitar o encontro de respostas ou orientações para dificuldades ou problemas emergentes para os quais o grupo não tinha resposta. A duração do segundo encontro variou entre os 45 a 120 minutos em função da disponibilidade e grau de participação/envolvimento das mulheres em cada subgrupo com intervenção.

A descrição do plano e avaliação gerais do segundo encontro encontram-se em apêndice (Apêndice VI).

2.3.3.2. Descrição das variáveis dependentes

Segundo Tuckman (2002) *“O aspecto observado do comportamento de um organismo que foi estimulado”* (p. 122), constitui a variável dependente, ou seja a que se pretende avaliar em função do impacto da variável independente. Neste estudo constituíram variáveis dependentes (VD):

VD1: As taxas de prevalência do AM ao 3.º mês de vida da criança, determinadas tendo por base os indicadores da OMS para a avaliação das práticas de alimentação de crianças e lactentes (WHO, 2008).

VD2: A prevalência dos problemas com a mama, classificados com base no manual do AM (Levy & Bértolo, 2008) e no manual do curso de aconselhamento em AM da OMS/UNICEF (OMS, 1993), com recurso a uma escala de avaliação.

VD3: Os recursos utilizados para a gestão dos problemas com a mama, recorrendo a um grupo de respostas alternativas

VD4: O nível de ansiedade materna percebida relativamente à amamentação, com recurso a uma escala ordinal.

VD5: O grau de satisfação das mulheres com a amamentação avaliado com recurso à Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) desenvolvida por Ellen W. Leff (Leff, Jefferis, & Gagne, 1994) e adaptada para a versão portuguesa por Galvão (2006). A MBFES é constituída por 30 itens para avaliar três dimensões (prazer e papel maternal, satisfação e crescimento da criança e estilo de vida e imagem corporal) operacionalizada numa escala de Likert.

2.3.4. Instrumento de colheita de dados

A opção pelo inquérito por questionário para a colheita de dados teve em consideração as características do estudo e o facto de se tratar de um instrumento menos dispendioso no que se relaciona com os recursos necessários à aplicação. Facilita a aplicação a mulheres dispersas por diferentes CS do distrito e a comparação de dados entre o grupo com intervenção e de controlo. Além disso, o questionário oferece às inquiridas maior garantia de anonimato e liberdade de resposta (Fortin, 2003; Hill & Hill, 2000; Tuckman, 2002), a possibilidade de quantificar múltiplos dados e de proceder à análise com correlação de variáveis (Quivy & Campenhoudt, 1998).

O instrumento de colheita de dados pretende obter resposta para o objectivo e hipóteses definidas e pode considerar-se dividido em duas partes. A primeira parte, construída com base na revisão da literatura permitiu i) caracterizar a amostra, ii) avaliar taxas de prevalência do AM aos 3 meses de vida da criança, iii) avaliar dificuldades/problemas com a mama, iv) identificar recursos mobilizados para a sua resolução e v) determinar o nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação (Apêndice III).

A caracterização da amostra foi efectuada com base na recolha de dados sócio-demográficos (questões 1 a 6) com o objectivo de identificar a idade, estado civil, escolaridade,

profissão, situação profissional e constituição do agregado familiar e de dados da história obstétrica (questões 7 a 12) para identificar a paridade, experiência prévia de amamentação, local de vigilância pré-natal, idade gestacional no momento do parto e tipo de parto, por se considerarem aspectos importantes no estudo em questão. As questões elaboradas foram maioritariamente de respostas por listagem, onde as inquiridas seleccionam uma ou mais das opções disponíveis (questões 2,3 e 7), de resposta com espaço a-preencher, com recurso a uma palavra, número ou frase (questões 1, 4, 9 e 11), ou, para as questões 5, 6 e 10, a combinação dos dois tipos anteriores. As questões 8 e 12 foram de resposta por categorias (Tuckman, 2002).

A recolha de dados sobre a alimentação da criança (questões 13 a 18) permitiu a avaliação das taxas de prevalência do AM aos três meses de vida, com recurso a uma avaliação diacrónica (tipo de alimentos e momento em que foram oferecidos) e a uma avaliação centrada nas 24 horas que antecederam a recolha de dados, com base nas definições sobre alimentação infantil e estratégias de recolha de dados propostos pela WHO (2008). Neste caso, à primeira questão, de resposta por categoria, apenas a segunda questão permitiu acrescentar uma resposta a-preencher (palavra ou frase) à resposta por listagem construída para selecção de uma ou mais opções pelas inquiridas. Para todas as questões seguintes foi mantida a estrutura de respostas por listagem de opção única (Tuckman, 2002).

Para a recolha de dados sobre as dificuldades/problemas com a amamentação (questão 19) foram elencados os problemas/dificuldades descritas no Manual do AM (Levy & Bértolo, 2008) e construída uma escala tipo Likert para avaliação da prevalência, operacionalizada numa escala ordinal crescente com quatro níveis alternativos, que variaram entre o nunca e muitas vezes. A opção por este número de níveis prendeu-se com o facto de se considerar mais adequado ao tipo de questão, visto não se adequar a colocação de um nível intermédio para integração de uma resposta neutra, pois normalmente condiciona os inquiridos a responder de forma conservadora (Hill & Hill, 2000).

A recolha de dados sobre recursos para resolução de problemas foi estruturada numa questão (questão 20) de resposta por listagem (Tuckman, 2002) construída com base em literatura diversa, que aponta os recursos utilizados com maior frequência pela mulher que amamenta.

A recolha de dados sobre o nível de ansiedade materna, durante a experiência de amamentação (questão 21), foi efectuada com recurso a resposta por escala, operacionalizada numa escala ordinal crescente com 10 níveis que variaram entre nada ansiosa, ao que corresponde o nível 1, e completamente ansiosa, a que corresponde o nível 10 (Hill & Hill, 2000).

A segunda parte refere-se à avaliação da satisfação materna com a experiência de amamentação, tendo-se recorrido à MBFES desenvolvida por Ellen W. Leff (Leff, et al., 1994) e adaptada para a versão portuguesa por Galvão (2006), que se remete para anexo (Anexo I). Previamente à inclusão da MBFES no instrumento de colheita de dados, foi pedida autorização à referida investigadora, após apresentação dos objectivos do estudo (Anexo I).

A MBFES permite avaliar aspectos que as mães identificam como relevantes para uma amamentação bem sucedida. Permite avaliar a satisfação das mães com a amamentação, integrando aspectos relacionados com ela e com a criança. A utilização desta escala tanto é adequada após o término da amamentação como após o 1.º, 2.º ou 3.º mês de amamentação (Galvão, 2006; Graça, 2010; Leff, et al., 1994;). A escala é composta por 30 itens operacionalizados de forma ordinal crescente, numa escala de Likert, com cinco níveis que variam de discordo completamente ao que corresponde o valor 1 a concordo completamente a que corresponde o valor 5. Aos valores mais elevados da escala correspondem níveis mais elevados de satisfação.

A MBFES é composta por três sub-escalas, relacionadas com aspectos de satisfação materna:

i) Prazer e papel maternal que inclui itens relacionados com o afecto e envolvimento da mãe com a criança, tem subjacentes aspectos positivos acerca da amamentação fortalecedores da relação mãe-criança. A sub-escala prazer e papel maternal inclui os itens: 1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25 e 30 (Galvão, 2006; Graça, 2010; Leff, et al., 1994).

ii) Satisfação e crescimento da criança relacionada com a satisfação materna com o aumento ponderal, crescimento da criança e respostas emocionais à amamentação. Os itens desta sub-escala são independentes dos comportamentos maternos, embora sejam percebidos e controlados pelas mães. Incluem-se nesta subescala os itens: 3*, 4, 7, 10, 15, 19*, 24, 28* (Galvão, 2006; Graça, 2010; Leff, et al., 1994).

iii) Estilo de vida e imagem corporal materna que avalia a satisfação materna com a imagem corporal e a amamentação, enquanto tarefa a articular com outras actividades. Esta sub-escala inclui os itens: 5*, 8*, 13*, 14*, 22*, 26, 27*, 29* (Galvão, 2006; Graça, 2010; Leff, et al., 1994).

Os itens negativos da escala foram assinalados com * e recodificados, por implicarem a inversão dos scores de 1 para 5, de 2 para 4, de 3 para 3, de 4 para 2 e de 5 para 1.

Com o objectivo de avaliar a consistência interna da escala MBFES recorremos ao *Alfa de Cronbach* para a escala total e para cada uma das sub-escalas (quadro 3).

Quadro 3. Consistência interna da MBFES (Alfa de Cronbach)

Escala MBFES/Subescalas	Leff (1994)	Galvão (2006)*	Graça (2010)**	Estudo
Prazer e Papel Maternal	0,93	0,87 a 0,92	0,87 a 0,90	0,92
Satisfação e crescimento da criança	0,88	0,70 a 0,76	0,72 a 0,73	0,66
Estilo de vida e imagem corporal	0,80	0,76 a 0,82	0,77 a 0,72	0,73
Escala Total	0,93	0,90 a 0,92	0,89 a 0,90	0,91

* Os valores referem-se ao mínimo e máximo entre os três, seis e doze meses após o parto

** Os primeiros valores referem-se ao primeiro e os segundos ao sexto mês após o parto

Nas sub-escalas mesmo que algum item fosse eliminado o valor de *alfa de cronbach* não melhorava significativamente, optando-se pela estrutura proposta pela autora, visto que os valores de *alfa de cronbach* para a escala total foram similares aos de outros estudos.

O questionário foi validado por um profissional de saúde especialista na área do AM e submetido a pré-teste durante o mês de Fevereiro. Foi aplicado pela investigadora, após consentimento informado, a 10 mulheres que se encontravam a amamentar e que efectuaram vacinação dos recém-nascidos num dos CS do distrito.

O tempo de preenchimento do questionário variou entre os 10 e 20 minutos, após o qual a investigadora teve a oportunidade de auscultar as inquiridas que consideraram o questionário de fácil compreensão, referindo apenas que a escala MBFES exigia maior concentração e tempo para o preenchimento.

Atendendo aos objectivos do estudo foi adoptado o instrumento inicialmente construído, com 20 questões na primeira parte e integrou a MBFES composta por 30 questões na segunda parte.

2.3.5. Procedimentos de Recolha de dados

O questionário de auto-preenchimento foi aplicado de modo transversal nos grupos de controlo e com intervenção, ao 3.º mês de vida da criança, no momento da vacinação. Como o período de vacinação pode variar alguns dias, relativamente ao dia em que a criança completa os 3 meses de vida, optamos por definir a data de preenchimento entre os 85 e 95 dias de vida da criança.

A opção pela aplicação do questionário aos 3 meses de vida da criança relacionou-se com o facto de constituir intervenção necessária e objectivo estratégico do PNS 2004-2010 o incentivo

ao AM (com base em dados relativos a este indicador), apresentando o 3.º mês como marco para o declínio acentuado (MS, 2004).

Para a recolha de dados contou-se com a colaboração mais directa das enfermeiras responsáveis pelo curso de preparação para o parto/parentalidade e/ou respectivas enfermeiras chefes. Os questionários foram entregues às enfermeiras colaboradoras em envelope fechado, para procederem à articulação com os enfermeiros de família nos CS definidos e/ou respectivas extensões, de acordo com o local de vigilância de saúde habitual de cada mulher/família, e em função das datas efectivas de parto.

Os questionários foram entregues às mulheres pela enfermeira de família à altura da vacinação da criança e foi reforçado o seu carácter anónimo. Parte das mulheres optaram pelo seu preenchimento antes da consulta e outras, que recorreram ao CS antes do dia da consulta de vacinação, optaram por preencher o questionário no domicílio, em função do período definido para o efeito, e entregaram no CS posteriormente.

A opção pela colaboração das enfermeiras de família para aplicação do questionário prendeu-se com o afastamento considerado necessário por parte da investigadora, que poderia condicionar as respostas das mulheres, em função da expectativa. Num dos CS (D), os questionários de algumas mulheres, depois de preenchidos foram entregues à enfermeira especialista de SMO responsável pelo curso de recuperação pós-parto. Nos questionários foi disponibilizado um contacto telefónico, para o esclarecimento de eventuais dúvidas das mulheres acerca do preenchimento do questionário, e a todas foi encorajada a sua utilização em caso de necessidade.

Durante o período de colheita de dados a investigadora e mediadora dos encontros não teve contacto com as mulheres para minimizar o efeito expectativa, descrito por Tuckman (2002), que considera que *“um tratamento pode parecer mais eficaz (...) não porque o seja, mas pelo facto de, tanto o experimentador como os participantes, assim acreditarem que o seja e, por isso, actuarem em conformidade”* (p.175) e, portanto, mesmo inconscientemente influenciar a performance do grupo com intervenção e alterar os resultados.

Os aspectos anteriormente referidos conduzem a uma reflexão sobre as questões éticas relacionadas com a investigação. Segundo Fortin (2003),

“(...) cinco princípios éticos ou direitos aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à

confidencialidade, o direito à protecção contra desconfortos e prejuízos e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (p.114).

Neste estudo foi preocupação da investigadora o cumprimento dos aspectos éticos relacionados com a pesquisa, daí que, todos os participantes foram devidamente informados do processo investigativo. Foi obtida a autorização institucional para a realização do estudo e todas as grávidas envolvidas assinaram o consentimento informado, depois de devidamente esclarecidas sobre o processo investigativo (Apêndice II). Foram implementados procedimentos para salvaguardar os princípios éticos de anonimato, autonomia, confidencialidade e respeito pela decisão de participar ou abandonar o estudo.

2.3.6. Tratamento e análise dos dados

As informações obtidas através dos questionários foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico. Foi efectuada análise descritiva (distribuição de frequências: média, moda e mediana e medidas de tendência central) conforme as variáveis quanto à escala de medida.

Para avaliação de homogeneidade de variâncias utilizou-se o teste de Levene. No que se refere à normalidade de distribuição utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk, quando esta não se observou, avaliou-se ainda a assimetria e o achatamento (curtose), tendo-se optado por testes paramétricos, desde que não se observasse assimetria ou achatamentos severos (1.96) (Pestana & Gageiro, 2000). Neste caso, a análise das diferenças entre as duas amostras independentes efectuou-se com recurso ao teste t student para amostras independentes. Quando não se encontraram assegurados os pressupostos, ou as variáveis eram ordinais, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Hill & Hill, 2000; Pestana & Gageiro, 2000; Tuckman, 2002).

Nas variáveis nominais utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado, procedendo-se à análise das diferenças através de resíduos standardizados ajustados, para situações em que as diferenças verificadas foram estatisticamente significativas (Hill & Hill, 2000; Pestana & Gageiro, 2000; Tuckman, 2002).

O nível de significância admitido foi de 0.05 e o programa informático para tratamento de dados o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Introdução

Este estudo teve como objectivo avaliar comparativamente os efeitos dos encontros em grupos de apoio MPM sobre os percursos e vivências da amamentação, aos 3 meses de vida da criança, pelo que foi elaborado um conjunto de hipóteses para o efeito. Neste capítulo, procede-se à caracterização da amostra em relação à história obstétrica e à apresentação de dados em função das hipóteses definidas. Assim, após a caracterização da história obstétrica, surgem os subcapítulos que apresentam os dados relativos aos efeitos dos encontros MPM nas taxas de prevalência do AM aos 3 meses de vida da criança (3.2.), a prevalência de dificuldades/problemas da mama (3.3.), os recursos utilizados para a resolução dos problemas/dificuldades (3.4.) e os níveis de ansiedade materna percebida (3.5.). O último subcapítulo (3.6.) reporta-se à satisfação materna com a amamentação avaliada através da MBFES.

História obstétrica

No que se refere à história obstétrica foram considerados a paridade, onde se inserem as classificações de primíparas para o caso de mulheres que têm o primeiro filho (independentemente da história anterior) e múltiparas para o caso de mulheres que já têm filhos anteriores (independentemente do número de filhos), a experiência anterior de amamentação e respectivo tempo de duração, o local de vigilância da gravidez, a idade gestacional no momento do parto e o tipo de parto.

Das 60 mulheres que integraram o estudo, 59 responderam à questão relacionada com a paridade, sendo que 71,7% eram primíparas e as restantes 26,7% eram múltiparas. Todas as múltiparas amamentaram os filhos anteriores, referindo 56,3% ter amamentado menos de 6 meses, 31,3% entre os 6 meses e o ano de vida e 6,3% para além do 1.º ano de vida.

A maior parte das mulheres (81,6%) efectuaram a vigilância pré-natal no CS, ainda que uma parte muito significativa (30,0%) articule a vigilância no CS com o médico particular, ou seja, a vigilância exclusiva da gravidez nos CSP foi realizada por 43,3% das mulheres. Verificou-se que 8,3%

vigiaram a gravidez no CS e hospital e 6,7% exclusivamente no hospital. Constatou-se, ainda, que 10,0% das mulheres vigiaram a gravidez exclusivamente no médico particular e que 1,7% articulou a vigilância no hospital e no médico particular (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da história obstétrica da amostra (n=60)

Paridade (n=60)	ni	fi
Primípara	43	71,7
Multipara	16	26,7
Não responde	1	1,7
Tempo de amamentação (n=16)		
< 6 meses	9	56,3
6 a 12 meses	5	31,3
> 12 meses	1	6,3
Não responde	1	6,3
Onde efectuou vigilância da gravidez (n=60)		
Centro de Saúde	26	43,3
Hospital	4	6,7
Centro de Saúde/Hospital	5	8,3
Centro de Saúde/Médico particular	18	30,0
Hospital/Médico particular	1	1,7
Médico particular	6	10,0
Semanas de gravidez (n=60)		
<37 Semanas	2	3,3
>= 37 Semanas	58	96,7
Tipo de parto (n=60)		
Vaginal	51	85,0
Cesariana	9	15,0

O tipo de parto foi o vaginal para 85% das mulheres e cesariana em 15% dos casos, sendo o parto de termo em 96,7% dos casos e as restantes 3,3% das mulheres tiveram parto pré-termo, que ocorreu às 34 e 36 semanas de gravidez.

A idade gestacional das mulheres ao momento do parto variou entre as 34 e 41 semanas, com uma média de $39,3 \pm 1,5$ semanas.

Para a variável “local de vigilância da gravidez” foi efectuada a recodificação da variável em três grupos, um enquadra as mulheres que efectuaram a vigilância exclusivamente no CS, outro para as mulheres que articularam a vigilância efectuada no Hospital ou no CS/Hospital em articulação com os serviços privados e um grupo que assumiu vigiar a gravidez exclusivamente em serviços privados.

A comparação entre grupos foi efectuada com recurso ao teste de independência de Qui-quadrado, constatando-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (quadro 4).

Para a idade gestacional avaliou-se a normalidade de distribuição constatando-se a sua não existência (grupo com intervenção: Shapiro-Wilk=0,909; df=30; Sig=0,014 e grupo controlo: Shapiro-Wilk= 0,916; df=30; Sig=0,022), não se verificando assimetria ou enviesamento severos, pelo que se procedeu à comparação com recurso ao teste t student para duas amostras independentes. Observou-se homogeneidade de variâncias (teste de Levene F=3,894; p=0,053), não se verificando diferenças entre os grupos.

Para avaliar a diferença entre os grupos relativamente ao tempo de amamentação na experiência anterior optou-se pelo teste U de Mann-Whitney, por não estarem assegurados os pressupostos para a utilização do teste t student, não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 4. Análise das diferenças relativamente à caracterização da história obstétrica

Variável	Valor teste	Gf	Sig
Paridade *	0,442	1	0,506
Idade gestacional no momento do parto **	0,528	58	0,599
Tipo de parto*	0,131	1	0,718
Experiência anterior de amamentação *	0,442	1	0,506
Tempo de amamentação na experiência anterior ***	0,650	-	0,515
Local de vigilância da gravidez *	2,963	2	0,227

*Teste de Independência de Qui-quadrado

**Teste t student para duas amostras independentes

*** Teste U de Mann-Whitney

Os dados de caracterização da história obstétrica permitiram afirmar que não existiam previamente condições ou características (neste domínio) diferentes entre os grupos que justifiquem diferenças de resultados (*performance*). Posteriormente, os dados de caracterização obstétrica permitem sustentar a discussão de resultados na relação com a experiência actual de amamentação (Tuckman, 2002).

3.2. Efeito dos encontros mãe para mãe nas taxas de prevalência do aleitamento materno aos 3 meses de vida

Este estudo foi desenvolvido com base na hipótese operacional de que as mães que participaram nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam taxas de prevalência do AM

superiores aos 3 meses de vida da criança. A recolha de dados efectuada para dar resposta a esta hipótese permitiu a avaliação das taxas de AM, tendo por base a história de alimentação da criança ao longo dos 3 meses de vida (análise diacrónica) e as taxas de AM com base nas 24 horas que antecederam a recolha de dados (WHO, 2008).

Assim, para nos reportarmos às taxas de prevalência do AM, iniciamos (na análise diacrónica) por uma caracterização global da alimentação da criança, tendo por base dados sobre a amamentação na 1.ª hora de vida, a idade da criança nas situações em que lhe foram oferecidos pela primeira vez, até à data de preenchimento do questionário, água ou chá, leite materno pelo biberão ou leite artificial e a idade da criança nos casos em que foi suspensa a amamentação. Posteriormente reportamo-nos à alimentação da criança nas 24 horas que antecederam o preenchimento do questionário (tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da alimentação da criança (perspectiva diacrónica)

Amamentação na 1ª hora de vida (n=60)	n	fi
Sim	49	81,7
Não	11	18,3
Idade quando tomou água/chá pela 1ª vez (n=39)		
Menos de 1 mês (até 29 dias)	11	28,2
1.º mês (entre 30 e 59 dias)	11	28,2
2.º mês (entre 60 a 89 dias)	12	30,8
3.º mês (90 a 95 dias)	5	12,8
Idade quando tomou leite artificial pela 1ª vez (n=31)		
Menos de 1 mês (até 29 dias)	18	58,1
1.º mês (entre 30 e 59 dias)	7	22,6
2.º mês (entre 60 a 89 dias)	2	6,5
3.º mês (90 a 95 dias)	4	12,9
Idade quando tomou leite materno pelo biberão pela 1ª vez (n=26)		
Menos de 1 mês (até 29 dias)	17	65,4
1.º mês (entre 30 e 59 dias)	3	11,5
2.º mês (entre 60 a 89 dias)	3	11,5
3.º mês (90 a 95 dias)	3	11,5
Idade quando tomou leite materno pela última vez (n=16)		
Menos de 1 mês (até 29 dias)	10	62,5
1.º mês (entre 30 e 59 dias)	1	6,3
2.º mês (entre 60 a 89 dias)	1	6,3
3.º mês (90 a 95 dias)	4	25,0

Numa análise diacrónica, quando nos reportamos à alimentação da criança até aos 3 meses de vida (tabela 4), percebemos que das 60 crianças, 81,7% foram amamentadas na 1.ª hora de vida e 18,3% não se enquadraram neste passo da IHAB.

Com base nas respostas das mulheres, durante os primeiros 3 meses de vida foi oferecido água ou chá a 65,0% das crianças. Destas, 28,2% fizeram-no pela primeira vez antes do primeiro mês de vida e 56,4% antes de iniciar o segundo mês de vida.

O leite artificial foi introduzido nos primeiros três meses de vida a 51,7% das crianças. De referir que, 58,1% delas o fizeram pela primeira vez antes de completar o primeiro mês de vida.

O recurso ao biberão para a administração de leite materno à criança nos primeiros 3 meses de vida ocorreu em 43,2% dos casos, sendo esta técnica adoptada em 65,4% das mesmas antes de completar o mês de vida.

Com base nesta análise pudemos constatar que aos 3 meses de vida 26,7% das mulheres tinham abandonado o AM, sendo a taxa de prevalência de AM de 73,3%. A taxa de AM exclusivo foi idêntica à de alimentação artificial (26,7%). A taxa de AM predominante foi de 21,7% e a taxa de aleitamento misto (onde incluímos a alimentação com leite materno e leite artificial) foi de 25,0% (tabela 4).

Tabela 4. Taxas de prevalência do AM (análise diacrónica)

Taxas de prevalência do AM (análise diacrónica)	n	fi
Taxa de prevalência de AM	44	73,3
Taxa de AM Exclusivo	16	26,7
Taxa de AM Predominante	13	21,7
Taxa de Aleitamento misto	15	25,0
Taxa de alimentação artificial	16	26,7

Na comparação entre grupos face às taxas de prevalência do AM na análise diacrónica, com recurso ao teste de independência de qui-quadrado, foi possível perceber que não existem diferenças estatisticamente significativas (quadro 5).

Quadro 5. Análise das diferenças das taxas de prevalência de aleitamento materno aos 3 meses (perspectiva diacrónica)

Variável	Valor teste	Gl	Sig
Taxa de iniciação do AM na 1.ª hora de vida	0,111	1	0,739
Taxa de prevalência AM	0,000	1	1,000
Taxa de prevalência do AM exclusivo	0,341	1	0,559
Taxa de prevalência do AM predominante	2,455	1	0,117
Taxa de prevalência do aleitamento misto	0,800	1	0,371
Taxa de prevalência aleitamento artificial	0,000	1	1,000

Tendo em consideração o tipo de alimentos oferecidos à criança nas 24 horas que antecederam o preenchimento do questionário, constata-se que 91,7% das crianças foram alimentadas com leite materno, sendo que o biberão ou o copinho foram recursos utilizados para a administração respectivamente em 5,0% e 1,7% dos casos. Assim, foram alimentadas com leite materno directamente da mama 85% das crianças.

O leite artificial foi o alimento oferecido a 30,0% das crianças.

A administração de água ou chá, verificou-se em 40% das crianças e a 53,3% foram administradas vitaminas ou medicamentos no dia anterior (tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da alimentação da criança no dia anterior

Alimentação no dia anterior	n	fi
Leite materno directamente da mama	51	85,0
Leite materno oferecido pelo copinho	1	1,7
Leite materno oferecido pelo biberão	3	5,0
Vitaminas ou medicamentos	32	53,3
Água ou chá	24	40,0
Leite artificial	18	30,0

Tendo em consideração o tipo de alimentos oferecidos à criança nas 24 horas que antecederam a colheita de dados, foi possível efectuar uma análise das taxas de AM para este momento. Assim, verifica-se que a taxa de prevalência do AM foi de 85,0%, sendo a taxa de AM exclusivo de 51,7%. A taxa de AM predominante foi de 18,3% e as taxas de aleitamento misto (onde incluímos a alimentação com leite materno e leite artificial) e de aleitamento artificial apresentaram valores similares (15,0%) (tabela 6).

Tabela 6. Caracterização das taxas de AM tendo em consideração o dia anterior

Taxas de AM no dia anterior	n	fi
Taxa de AM	51	85,0
Taxa de AM exclusivo	31	51,7
Taxa de AM Predominante	11	18,3
Taxa de aleitamento misto	9	15,0
Taxa de aleitamento artificial	9	15,0

Para comparação entre os grupos, no que se refere às taxas de AM nas 24 horas que antecederam a colheita de dados, recorreremos ao teste de Qui-quadrado. Constatamos que, em termos globais, as diferenças entre as taxas de AM não foram estatisticamente significativas. No entanto, no que se refere ao aleitamento misto pode relevar-se que o grupo com intervenção apresentou uma prevalência mais baixa (quadro 6).

Quadro 6. Análise das diferenças das taxas de prevalência considerando as últimas 24 horas

Variável	Valor teste	Gf	Sig
Taxa de prevalência de AM	0,131	1	0,718
Taxa de prevalência de AM exclusivo	0,067	1	0,796
Taxa de prevalência de AM predominante	1,002	1	0,317
Taxa de prevalência de aleitamento misto	3,268	1	0,071
Taxa de prevalência de aleitamento artificial	0,131	1	0,718

A comparação entre grupos não permitiu verificação da hipótese enunciada, pelo que podemos afirmar que a intervenção desenvolvida (encontros MPM mediados por profissional de saúde) não influenciou as diferentes taxas de prevalência do AM aos 3 meses de vida da criança.

3.3. Efeito dos encontros mãe para mãe nas dificuldades/problemas da mama

A segunda hipótese operacional que sustentou a realização do estudo considera que as mães que participaram nos encontros em grupos de apoio de MPM apresentam menor prevalência de dificuldades/problemas da mama.

Tendo em consideração a prevalência de dificuldades/problemas da mama, avaliada numa escala atribuindo coeficientes ao atributo que variou de 1 para “nunca” e 4 para “muitas vezes”, constatou-se que as mais frequentes são as “mamas muito cheias e dolorosas” experienciadas por 85% das mulheres, os “mamilos dolorosos ou gretados” experienciados por 71,7% das mulheres e questões relacionadas com o “pouco leite” experienciados por 44,9% das mulheres, todos com frequências variáveis. O “bloqueio dos ductos” (10%) e a mastite (13,4%) foram também enumerados, embora por um número inferior de mulheres. Não foram referidas outras dificuldades ou problemas.

A caracterização das dificuldades/problemas com a amamentação é apresentada no quadro seguinte (quadro 7).

Quadro 7. Caracterização das dificuldades/problemas da amostra com a amamentação

Dificuldades sentidas (n=60)	nunca		poucas vezes		algumas vezes		muitas vezes		não responde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mamas muito cheias e dolorosas	6	10,0	20	33,3	24	40,0	7	11,7	3	5,0
Bloqueio dos ductos	44	73,3	2	3,3	3	5,0	1	1,7	10	16,7
Mastite	42	70,0	3	5,0	4	6,7	1	1,7	10	16,7
Mamilos dolorosos ou gretados	15	25,0	15	25,0	15	25,0	13	21,7	2	3,3
Pouco leite	29	48,3	11	18,3	8	13,3	8	13,3	4	6,7

Para a comparação entre os grupos utilizou-se o teste U de Mann-Whitney e foi possível verificar que existiram diferenças significativas no que se relaciona com a prevalência de “mamilos dolorosos ou gretados”, que foi maior no grupo com intervenção (ordenações médias: grupo com intervenção=34,62 e grupo controlo=24,38). Para as restantes dificuldades/problemas com a amamentação as diferenças não são estatisticamente significativas (quadro 8).

Quadro 8. Análise das diferenças relativamente às dificuldades/problemas com a amamentação

Variável	Valor teste	Sig
Mamas muito cheias e dolorosas*	1,285	0,199
Bloqueio dos ductos*	1,015	0,310
Mastite*	1,129	0,259
Mamilos dolorosos ou gretados*	2,386	0,017
Pouco leite*	1,344	0,179

* Teste U de Mann-Whitney

A comparação entre grupos não permitiu a verificação da hipótese enunciada, pelo que se pode afirmar que os encontros MPM, mediados por profissional de saúde com formação específica em AM, não contribuíram para diminuir as dificuldades/problemas com a amamentação. Verificou-se que as mulheres que integraram estes grupos referiram maior prevalência de problemas com os mamilos.

3.4. Efeito dos encontros mãe para mãe na mobilização de recursos para a resolução de dificuldades/problemas da mama

A terceira hipótese operacional que sustentou a realização deste estudo considera que as mães que participaram nos encontros em grupos de apoio de MPM mobilizam menos recursos formais de saúde para a resolução de dificuldades/problemas com a mama.

Os recursos para resolução das dificuldades/problemas relacionados com a experiência de amamentação são diversos, sendo de referir que a maior parte das mulheres combinaram mais do que um dos recursos enumerados para resolver as dificuldades/problemas com que se debateram.

Assim, a maior parte das mulheres (48,3%) recorreram ao profissional de saúde ou conseguiram resolver sozinhas (43,3%) a(s) dificuldade(s)/problema(s). Os recursos de apoio informal como o marido/companheiro (15%), a família nomeadamente a mãe ou irmã (13,3%), ou amiga com experiência de amamentação (16,7%) foram também identificados. Paralelamente verificou-se o recurso a material didáctico como livros, revistas ou internet (11,7%). De salientar que 5% das mulheres referiram não ter conseguido resolver o problema e constatou-se que nestas mulheres o tipo de alimentação efectuada pelas crianças, no momento da colheita de dados, era o aleitamento artificial. De referir que uma destas mulheres recorreu à administração de leite materno pelo biberão, no entanto, todas suspenderam a amamentação antes do 1.º mês de vida da criança (tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos recursos para resolução de dificuldades/problemas

Recursos para resolução das dificuldades/problemas	n	fi
Profissionais de saúde	29	48,3
Sozinha	26	43,3
Amiga/conhecida que se encontrava a amamentar ou com experiência anterior	10	16,7
Marido/companheiro	9	15,0
Família (mãe, irmã, etc)	8	13,3
Informação recolhida em livros, revistas, internet ou outros	7	11,7
Não consegui resolver	3	5,0

Para procedermos à comparação dos grupos face aos recursos utilizados para resolução das dificuldades/problemas foi efectuada a recodificação da variável. Surgiu a categoria rede de proximidade informal, pelo agrupamento dos recursos: amiga/conhecida com experiência actual ou

prévia de amamentação, marido/companheiro e a família sendo o valor obtido pela operação das três variáveis, designou-se auto-formação a recolha de informação em fontes diversas e mantiveram-se as restantes categorias

Pela aplicação do teste de independência de qui-quadrado verificou-se que o recurso à rede de proximidade informal foi significativamente maior no grupo com intervenção, não se verificando diferenças significativas no que se relaciona com outros recursos, nomeadamente com os profissionais de saúde (quadro 9).

Quadro 9. Análise das diferenças relativamente aos recursos utilizados na gestão de dificuldades/problemas

Recursos utilizados para a gestão de dificuldades/problemas	Valor teste	GI	Sig
Profissional de saúde	0,067	1	0,796
Sozinha	1,086	1	0,297
Rede de proximidade informal	4,800	1	0,028
Auto-formação	1,456	1	0,228
Não conseguiu resolver	0,351	1	0,554

Podemos, então, afirmar que a comparação entre grupos não permitiu a verificação da hipótese enunciada, que considerava que as mulheres que participam nos encontros MPM recorrem com menos frequência a recursos formais de saúde para resolver dificuldades/problemas relacionados com a amamentação. No entanto, podemos afirmar que os encontros MPM, mediados por profissional de saúde com formação específica em AM, contribuíram para aumentar o recurso a uma rede de apoio social informal, de onde se salientam as mulheres em situação de vida similar ou com experiência prévia de amamentação.

3.5. Efeito dos encontros mãe para mãe sobre o nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação

A quarta hipótese operacional que sustenta a realização do estudo considera que as mães que participam nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam níveis mais baixos de ansiedade percebida.

O nível de ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação, avaliado numa escala de 1 (nada ansiosa) a 10 (completamente ansiosa), foi em média de $4,19 \pm 2,67$. Os valores mínimo e máximo observados variaram entre o valor mínimo e máximo da escala (1 e 10). O primeiro quartil foi 2 e o terceiro quartil 6.

Para comparação dos grupos em relação à ansiedade materna percebida durante a experiência de amamentação foi avaliada a normalidade de distribuição, não se verificando a sua existência (grupo com intervenção: Shapiro-Wilk = 0,928; df = 29; Sig = 0,048 e grupo de controlo: Shapiro-Wilk = 0,908; df = 29; Sig = 0,015), não se verificando simultaneamente assimetria ou achatamento severos (grupo com intervenção: Skewness=0,506; Std. Deviation Sk=0,434; Kurtosis=-0,689; Std Deviation Kurtosis=0,845 e grupo de controlo Skewness=0,626; Std. Deviation Sk=0,434; Kurtosis=-0,360; Std Deviation Kurtosis=0,845) e observando-se homogeneidade de variâncias ($f=0,112$; $p=0,739$), pelo que se procedeu à comparação entre os grupos através do teste t student para amostras independentes. A aplicação do teste permitiu verificar que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Valor teste=0,835; Sig=0,407).

Assim, a comparação entre grupos não permitiu a verificação da hipótese enunciada, pelo que podemos afirmar que os encontros MPM, mediados por profissional de saúde, não contribuíram para diminuir o nível de ansiedade percebida durante a experiência de amamentação.

3.6. Efeito dos encontros mãe para mãe na satisfação com a amamentação

A última hipótese que sustentou a realização do estudo considera que as mães que participaram nos encontros em grupos de apoio de MPM apresentam níveis de satisfação mais elevados relativamente à amamentação.

A satisfação das mulheres com a amamentação foi avaliada com recurso à MBFES. A média da escala total foi $125,91 \pm 13,48$ e a mediana 127. No que se refere às sub-escalas, verificou-se que a média foi mais elevada no prazer e papel maternal e menos elevada no estilo de vida e imagem corporal materna: $62,6 \pm 6,94$ e $31,1 \pm 5,1$ respectivamente (quadro 10).

Quadro 10. Medidas de estatística descritiva da MBFES

Escala/sub-escalas	Medidas Estatísticas	
Sub-escala: Papel e prazer maternal (itens – 14)	Mínimo-Máximo Média±Sd Mediana	38-70 62,6±6,94 64
Sub-escala: Satisfação e crescimento da criança (itens – 8)	Mínimo-Máximo Média±Sd Mediana	15-39 32,12±4,64 33
Sub-escala: Estilo de vida e Imagem corporal materna (itens – 8)	Mínimo-Máximo Média±Sd Mediana	16-40 31,1±5,1 31,5
MBFES	Mínimo-Máximo Média±Sd Mediana	85-148 125,91±13,48 127

Verificou-se normalidade de distribuição para as sub-escalas “Percepção sobre a satisfação e crescimento da criança” (grupo com intervenção: Shapiro-Wilk=0,950; df=28; Sig=0,200 e grupo de controlo: Shapiro-Wilk=0,937; df=27; Sig=0,103) e “Percepção sobre o estilo de vida e imagem corporal” (grupo com intervenção: Shapiro-Wilk=0,974; df=28; Sig=0,690 e grupo de controlo: Shapiro-Wilk=0,952; df=27; Sig=0,235). Para estas sub-escalas verificou-se também a homogeneidade de variâncias ($f=1,343$; $p=0,251$ e $f=0,347$; $p=0,558$ respectivamente). Assim, para comparação dos grupos foi utilizado o teste t para amostras independentes.

Para a sub-escala “Percepção sobre prazer e papel maternal” verificou-se não existir normalidade de distribuição para o grupo de intervenção (Shapiro-Wilk=0,779; df=28; Sig=0,000), apesar de existir para o grupo de controlo (Shapiro-Wilk=0,945; df=27; Sig=0,165), observando-se distribuição leptocúrtica, pelo que se utilizou o teste U de Mann-Whitney.

Na avaliação da escala total constatou-se existir homogeneidade de variâncias, no entanto não se verifica normalidade de distribuição para o grupo de intervenção (Shapiro-Wilk=0,920; df=28; Sig=0,035), pelo que também neste caso foi aplicado o teste U de Mann-Whitney.

No quadro seguinte apresentam-se as diferenças entre os grupos para cada sub-escala, em função do teste adoptado:

Quadro 11. Análise das diferenças relativamente à satisfação com a amamentação

Escala/sub-escalas	Valor teste	Gl	Sig
“Percepção sobre a satisfação e crescimento da criança”*	0,258	55	0,797
“Percepção sobre o estilo de vida e imagem corporal”*	0,879	56	0,383
“Percepção sobre prazer e papel maternal”**	1,810	-	0,070
Escala Total **	0,851	-	0,395

*Teste t student para duas amostras independentes

** Teste U de Mann-Whitney

Não se verificaram diferenças entre as coortes, no entanto, quando consideramos $p < 0.1$, foi na sub-escala “Percepção sobre prazer e papel maternal” que se evidenciaram diferenças entre grupos. De facto, verificou-se que as diferenças não são estatisticamente significativas para 5%, mas se considerarmos 10% constatou-se que o grupo de intervenção apresentou ordenações médias superiores ao grupo de controlo (32,90 versus 24,96), o que denota efeitos marginais da intervenção relacionados com maior prazer com o papel maternal.

Neste caso, verificou-se a hipótese enunciada se considerarmos $p < 0.1$. Assim, no grupo com intervenção denotam-se sentimentos mais positivos relativamente à experiência de amamentação. Estes sentimentos positivos relacionam-se, quer com aspectos físicos e emocionais directamente relacionados com a experiência de amamentar (descrita como sensação maravilhosa, proporcionadora de satisfação interior de prazer etc.), quer com o afecto e envolvimento da díade: mãe-criança (afecto, confiança como mãe, ligação ao bebé, contribuir para o bebé ser saudável etc.).

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A Saúde e a Educação surgem como processos imbricados e pilares fundamentais na autoformação do ser humano e desenvolvimento sustentável das pessoas e comunidades (Antunes, 2008).

Na perspectiva salutogénica os indivíduos, em interacção dinâmica com o meio, perante factores perturbadores e potencialmente patogénicos produzem constantemente saúde, pela criação do sentido de coerência interna e pela capacidade de gestão de recursos individuais e comunitários, em resposta a estímulos promotores do desenvolvimento constante. Assim, ao longo do ciclo vital, e face a diferentes situações de vida (stress, doença ou outra), o indivíduo procura a (re)organização interna (bem-estar) de forma cíclica que lhe confere sentido à vida (Antonovsky, 1991 referido por Oliveira, 2004).

A intervenção ao nível da EPS, enquanto instrumento da PS, pressupõe a motivação, a (co)implicação e participação activa da pessoa e comunidade, a articulação de recursos e criação de sinergias, com a finalidade comum de promover o desenvolvimento e bem-estar individual e comunitário (Sánchez Moreno, 2000a).

A transição para a maternidade representa um período de crise desenvolvimental individual e familiar com necessidade de ajustamentos e aprendizagens (Relvas & Lourenço, 2001). Para a mulher, pressupõe a vivência de vários estadios na aquisição de tarefas e papéis maternos, numa evolução progressiva até à Consecução do Papel Maternal, que ocorre concomitantemente com o desenvolvimento da autoconfiança e autonomia no desempenho de papel (Mercer, 1981).

No processo de transição para a maternidade a experiência de amamentação, muitas vezes entendida como acto instintivo, representa, para a maior parte das mulheres, um desafio complexo que implica a necessidade de aprendizagem. Reportando-se às representações de mulheres sobre a amamentação Nakano (2003), Ramos & Almeida (2003b), Silva (2001) e Kuschnir (2008) concluíram que se trata de uma prática envolta de sentimentos positivos e negativos que oscilam entre o desejo e o fardo, entre o querer e o poder, entre a valorização social da maternidade e AM como dons da natureza e as dificuldades práticas como obstáculo à concretização individual desta tarefa.

A disponibilidade de apoio social facilita o processo de transição à maternidade (Rapoport & Piccinini, 2006) e a experiência de amamentação (Kuschnir, 2008). Assim, a necessidade de apoio emocional, informacional e instrumental extravasa, muitas vezes, as capacidades do núcleo familiar mobilizando recursos externos. Os profissionais de saúde assumem papel de relevo quer pela orientação prática nos cuidados, quer pela capacitação das mulheres e família para a gestão deste processo (Mercer & Walker, 2006).

Os enfermeiros, particularmente os especialistas em SMO, pelas competências que fundamentam a sua prática (Regulamento n.º 127/2011, 2011), assumem papel importante. Os cursos de preparação para o parto/parentalidade constituem uma das oportunidades fulcrais de intervenção a nível individual e comunitário (ARS Norte, 2008b; MS, 2006b).

Estes cursos, além da dimensão biológica devem perspectivar a visão sistémica, que sustenta a intervenção em EPS crítica, na promoção do AM, entendido como acto sócio-culturalmente condicionado (Almeida & Novak, 2004). Estes cursos devem responder às necessidades específicas das mulheres, favorecer a tranquilidade e confiança e diminuir medos e ansiedade, abordando-se, para além dos aspectos biofísicos, a componente psicossocial. Devem proporcionar interacção entre as mulheres, desenvolvimento de redes de apoio social e informação aos pais acerca do seu papel (Couto, 2006), contribuindo paralelamente para a saúde mental na gravidez e primeira infância (DGS, 2006), com impactos duradouros no ciclo vital individual e familiar (Relvas & Lourenço, 2001).

Além destes cursos, que se articulam no terreno com as consultas de vigilância da saúde individual (pré-natal e infantil), a promoção de uma cultura favorável ao AM pode ser incentivada pela criação de grupos de apoio constituídos por mulheres e profissionais de saúde ou leigos com formação específica na área do AM, que assumindo o papel de mediadores pela facilitação do processo de aprendizagem mútua estimulam o *empowerment* individual e comunitário.

Os grupos MPM permitem a criação de redes de apoio social informal, veiculado por mulheres em situação de vida similar, desenvolvem-se numa lógica de voluntariado e podem assumir um carácter formal (integrando organizações internacionais/nacionais com planos bem definidos) ou surgir de um movimento comunitário informal. Estes grupos têm demonstrado eficácia ao nível da melhoria das práticas de alimentação infantil em todo o mundo e apresentam maior eficácia e sustentabilidade quando emergem de grupos comunitários já existentes que integrem mulheres (USAID, 2011).

Em consonância com o referido, entendeu-se que o estímulo à constituição de grupos MPM poderia derivar da mediação da enfermeira especialista de SMO, centrada nos grupos de mulheres que frequentam os cursos de preparação para o parto/parentalidade, pela similitude da fase do ciclo de vida que as une e pela proximidade relacional, que deriva dos contactos e interacção continuados ao longo do respectivo curso. Foi neste contexto que se desenvolveu o estudo pré-experimental, baseado na metodologia quantitativa com design tipo “*comparação do grupo intacto*”, no qual um grupo de controlo que não recebeu tratamento foi utilizado como termo de comparação para um grupo submetido a tratamento (Tuckman, 2002).

Assim, um grupo de mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto/parentalidade no ACES do Alto Minho, e que pretendiam amamentar os seus filhos, foram integradas grupo MPM submetido a um encontro na fase pré-natal e outro encontro no pós-parto. Os encontros MPM foram mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM. O objectivo do estudo centrou-se na avaliação transversal do impacto desta experiência, nos percursos e vivências da amamentação, aos 3 meses de vida da criança, em comparação com um grupo de controlo que integrou o mesmo número de mulheres, com características idênticas, mas que não foram alvo da referida intervenção.

Os grupos de apoio MPM sustentam-se na promoção de um ambiente seguro, respeito mútuo, partilha de informação, disponibilidade de ajuda prática, partilha de responsabilidade, aceitação, ligação emocional e aprendizagem mútua (USAID, 2011). No estudo esta perspectiva acerca da dinâmica de grupo de apoio MPM foi evidenciada pela avaliação que as grávidas fizeram no final do primeiro encontro, onde enumeram aspectos que permitiram constatar a identificação do grupo como recurso de apoio social, nas vertentes emocional (expressões de conforto e cuidado), informacional (informações e orientações) e instrumental (provisão de recursos, serviços e solução de problemas) (Pierce et al., 1996 referidos por Rapoport & Piccinini, 2006), traduzido nas palavras resultantes da discussão de avaliação conjunta do encontro e salientadas com maior frequência nos subgrupos: amizade, entajuda, partilha e diálogo.

Os cursos de preparação para o parto/parentalidade, enquanto processo de EPS, se centrados na interacção entre mulheres, numa lógica participativa e democrática (Tones & Tilford, 1994), estimulam o *empowerment* individual, pela criação de redes de apoio social que remetem ao dispositivo de ajuda mútua (Ornelas, 2008), com potenciais reflexos a nível do *empowerment* no grupo de pertença (comunidade de mulheres que partilham o interesse comum de amamentar os seus filhos).

Os indicadores de avaliação dos serviços prestados no domínio da SMI deveriam reportar, além das taxas de cobertura global, os critérios de qualidade que sustentam as actividades realizadas, quer na prestação individual, quer na articulação multiprofissional ou interinstitucional e sobretudo o grau de envolvimento e participação dos cidadãos. No entanto, no âmbito do AM Portugal não tem indicadores específicos (MS, 2008), encontrando-se a taxa de lactantes em AM exclusivo com “*metodologia em análise*” (p. 7), daí que os dados estatísticos que nacionalmente se conhecem, em relação a taxas de AM, são desprovidos de transversalidade em relação a instrumentos e estratégias de recolha, o que dificulta e descredibiliza a comparabilidade entre estudos.

Para este estudo foi considerada a intervenção em EPS, centrada nas mulheres numa lógica participativa e interactiva, e avaliado o percurso e vivências da amamentação aos três meses de vida da criança, objectivo estratégico enquadrado nas metas do PNS 2004-2010 (MS, 2004).

As características sócio-demográficas das mulheres que integraram os grupos de controlo e intervenção são similares, portanto eventuais diferenças nos resultados não decorreram destas. A média de idades das mulheres foi de 30,8 anos. Este valor corrobora os dados do INE (2010) que afirma que as mulheres têm filhos mais tarde: a idade média da idade da mulher ao nascimento do primeiro filho passou, entre 2008 e 2009, de 27,4 para 28,6 anos e ao nascimento de um filho de 29,2 para 30,3 anos. A maior parte das mulheres que integraram o estudo enquadram-se na tipologia de gravidez de baixo risco, segundo a classificação de Goodwin.

As mulheres que integraram o estudo são maioritariamente casadas ou vivem em união de facto e, no que se relaciona com o tipo de família, vivem em famílias nucleares, o que corrobora também a tipologia nacional de famílias. De 2003 a 2009, a dimensão média da família apresentou uma tendência de diminuição, com um aumento do número de famílias constituídas por uma e duas pessoas e um decréscimo das constituídas por quatro e mais pessoas (INE, 2010).

No que se relaciona com a actividade profissional, após a reclassificação em profissões diferenciadas ou indiferenciadas, não se verificaram entre os grupos diferenças estatisticamente significativas, no entanto, a maior parte das mulheres integram profissões diferenciadas. Escobar, et al. (2002) verificaram maior prevalência de AM nas mães trabalhadoras com maior nível de escolaridade, comparativamente com mães não trabalhadoras, o que sugere, para além da actividade profissional, a relação positiva entre o grau de escolaridade e a manutenção do AM.

No que se relaciona com o nível de escolaridade, a maior parte das mulheres possui o ensino secundário ou maior grau de escolaridade. Não sendo consensual na literatura, o nível de

escolaridade mais elevado parece influenciar positivamente a prática do AM, pela possibilidade de maior acesso a informação sobre as questões relacionadas com a vigilância da gravidez e AM (Escobar, et al., 2002; Sandes, et al., 2007; Sarafana et al., 2006). Neste estudo verificou-se que as mulheres com grau de ensino superior amamentaram exclusivamente os seus filhos, nas 24 horas que antecederam a colheita de dados, em número superior comparativamente com as mulheres cujos níveis de escolaridade se situam ao nível secundário ou ensino básico (61,9% versus 47,8% e 43,75% respectivamente).

A maior parte das mulheres que integraram o estudo encontravam-se empregadas, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As condições que são criadas às mulheres trabalhadoras são determinantes para a manutenção da amamentação, sobretudo na forma exclusiva (Almeida, Fernandes, & Araújo, 2004; Vannuchi, et al., 2005; Vieira et al., 2004). No entanto, à altura da colheita de dados, se respeitado o período de licença de maternidade, nenhuma das mulheres deveria encontrar-se ainda a desempenhar actividade profissional, pelo que, o facto de desconhecermos o tipo de relação jurídica de emprego, nos impossibilitou de perceber a possibilidade de alguma das mulheres que integraram o estudo já se encontrarem a trabalhar, e isto ter condicionado a experiência de amamentação. Por outro lado, o desemprego, verificado num número considerável de mulheres (21,7%), também pode ter interferido negativamente na duração do AM pela necessidade de manter estratégias de ajuda financeira, nomeadamente o trabalho informal (Venancio et al., 2002).

Neste estudo 71,4% das mulheres eram primíparas, integrando sem diferenças estatisticamente significativas, o grupo de controlo e com intervenção. Esta característica enquadra-se na descrição do INE (2010), segundo o qual a proporção de famílias com filhos, em 2009, manteve-se perto dos 56% do total de famílias. Porém, numa análise da estrutura das famílias com base no número de filhos constatou-se que a proporção de famílias com um filho aumentou, passando de 31,3%, em 2008, para 32,2%, em detrimento das famílias com dois e três filhos, que perderam respectivamente, 0,7 e 0,2 pontos percentuais.

A primiparidade influencia positivamente o início do AM (Caldeira et al., 2007), no entanto, encontra-se associada a maior propensão para a introdução precoce de novos alimentos e desmame antecipado, condicionada por crenças e factores culturais (Soares et al., 2003; Vannuchi, et al., 2005; Venancio et al., 2002; Vieira et al., 2004). Todas as múltiparas que integraram os grupos amamentaram os filhos, o que pode ter condicionado a experiência actual, visto que as mulheres com experiência anterior positiva têm mais facilidade em repeti-lo com os filhos seguintes

(Gonçalves et al., 2003; Hamer et al., 1999; Lopes & Marques, 2004; Ramos & Almeida, 2003b; Spinelli et al., 2002). De salientar que não existiram diferenças estatisticamente significativas na distribuição pelos grupos de controlo e com intervenção das mulheres com e sem experiência anterior de amamentação, independentemente do tempo de duração dessa experiência, daí considerarmos que esta variável não parece ter influenciado os resultados do estudo.

A vigilância da gravidez foi efectuada, pelo menos em parte, para 81,6% das mulheres nos CS respectivos. Uma parte significativa efectuou ou articulou a vigilância no CS com o Hospital (15%), o que está previsto no circuito da rede de referência materno-infantil, em função do grau de risco da gravidez. Paralelamente a este circuito, um número significativo de mulheres conjugou a vigilância no CS/hospital com o recurso à medicina privada (31,7%), ou efectuou a vigilância exclusivamente nos serviços privados (10%). Podemos afirmar que, das mulheres que recorreram exclusivamente a serviços privados, a maior parte (83,3%) possuía profissão qualificada. Também nos casos das mulheres que conjugaram serviços públicos com privados, a maior parte (88,5%) possuía profissão qualificada, o que pode justificar, pela disponibilidade económica, o recurso a estes serviços. No que se relaciona com a vigilância exclusivamente no CS a disparidade entre pessoal qualificado e não qualificado não foi tão acentuada (61,9% versus 38,1%).

Se para 81,6% das mulheres, que efectuaram a vigilância no CS respectivo, e que integraram sem diferenças estatisticamente significativas os grupos de controlo e com intervenção, a vigilância pré-natal (e intervenções no domínio do AM) se processou em articulação com os profissionais dos CSP, desconhecemos outras influências sobre as atitudes ou comportamentos das mulheres em relação ao AM que tenham resultado da intervenção da medicina privada.

No domínio do AM, a ARS Norte (2011) tem contribuído para a formação profissional no âmbito da IHAB, e os serviços da ULSAM têm desenvolvido esforços no sentido de responder ao desafio de certificação. Se é facto que a transmissão de informação sobre a temática do AM não significa o desenvolvimento de habilidades e competências para a gestão da experiência de amamentação, as estratégias utilizadas podem não facilitar aprendizagens, quando demasiado centradas na transmissão de informação e mudança de comportamentos (Sánchez Moreno et al., 2000b), que caracteriza as algumas práticas profissionais actuais neste domínio (Almeida & Novak, 2004). É, também, de considerar que o alargamento do horário dos CS, a disponibilização de cursos de preparação para o parto/parentalidade e a criação de cantinhos de amamentação, proporcionados pela formação e alocação de enfermeiras especialistas de SMO aos CSP, vieram alargar a oferta de serviços na ULSAM com intervenção no domínio do AM. Paralelamente vieram

aumentar os recursos disponíveis para a mulher (no âmbito do serviço público), disponibilizar estruturas de aproximação da mulher, família e comunidade aos serviços de saúde e favorecer a consecução das metas e objectivos estratégicos propostos no PNS 2004-2010.

As práticas profissionais, nomeadamente a intervenção pré-natal (Sarafana et al., 2006) e os cuidados no pós-parto são importantes e parecem adquirir potencialidades superiores de influenciar o comportamento materno relativamente ao AM, se enquadrados na IHAB (Almeida et al., 2004). Existem, no entanto, práticas profissionais desenvolvidas em maternidades certificadas como HAB que não se adequam às respectivas exigências e que condicionam negativamente a prática do AM (Galvão, 2006).

As características da criança, nomeadamente a idade gestacional e o peso à nascença muitas vezes associado a prematuridade ou outros factores de morbilidade, podem condicionar negativamente a prática do AM (Mancini & Meléndez, 2004; Parizotto & Zorzi, 2008; Vieira et al., 2004). Neste estudo, apenas existiram dois casos de partos ocorridos antes das 37 semanas, que integraram o grupo de controlo, sem reflexos estatisticamente significativos entre os grupos.

O tipo de parto para a maior parte das mulheres ocorreu via vaginal (85%), com uma taxa de cesarianas de 15%, sem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e com intervenção, o que se encontra em concordância com a meta considerada pela ARS Norte (2010) para manter a taxa de cesarianas abaixo dos 25% e com as preocupações do PNS em reduzir a taxa global de cesarianas (MS, 2004).

Portugal integrou preocupações com a via de parto no PNS 2004-2010 (MS, 2004), considerando *“(...) a preparação para o parto, tanto física como psiquicamente, [como medida] para contrariar a elevada percentagem [de cesarianas] actual”* (p. 15). Esta orientação produziu efeitos nos cursos de preparação para o parto/parentalidade que se encontram contratualizados com os CS (ARS, 2008b), que ao nível das actividades descritas continuam a valorizar os aspectos transicionais do ponto de vista biofísico, nomeadamente as técnicas de respiração e relaxamento para controlo do desconforto resultante do trabalho de parto e parto. Esta intervenção merece, no entanto, destaque se tivermos em consideração a relação entre a cesariana e as suas potenciais implicações negativas no contacto precoce mãe-filho, na iniciação do AM e na introdução de outros alimentos ou líquidos antes de iniciar o AM (Boccolini et al., 2008; Carvalhaes & Correa, 2003), aspectos considerados na fundamentação do relatório que perspectiva a sua redução na zona Norte (ARS Norte, 2010).

Neste estudo todas as mulheres amamentaram os seus filhos, o que denotou uma taxa de iniciação de 100%, compatível com a expectativa estabelecida antes do parto e que constituiu critério de inclusão no estudo. Todas as mulheres abandonaram a maternidade a amamentar, o que demonstra uma taxa de AM à saída da maternidade superior a outro estudo, realizado no mesmo distrito, em que a prevalência ao momento da alta hospitalar foi de 97,5% (Lopes & Marques, 2004), ou ao estudo de Sandes et al. (2007) em que as taxas de AM e de AM exclusivo verificadas à saída da maternidade foram de 91% e 77,7% respectivamente.

Pela avaliação diacrónica da alimentação da criança, verificou-se que a oportunidade de amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida, em consonância com o passo 4 da IHAB, ocorreu em 81,7% dos casos, ou seja numa percentagem inferior ao número de partos por via vaginal. Não foram apurados os motivos pelos quais este passo não foi concretizado, o que nos impossibilitou a reflexão acerca de eventuais causas.

O passo 4 da IHAB assenta no facto de se reconhecer que as competências e o estado de vigília do recém-nascido, nos primeiros momentos de vida, são facilitadores da primeira mamada e que a esta experiência se associa a maior envolvimento da mãe-bebé (Figueiredo, 2003), satisfação com a amamentação e duração do AM (Galvão, 2006).

Neste estudo verificou-se que os grupos MPM não tiveram efeito no que se relaciona com as taxas de prevalência do AM, o que contraria os resultados obtidos por Dennis (2006), que constatou que o apoio de outras mulheres com filhos teve impacto positivo na auto-eficácia materna e na taxa de duração do AM na primeira semana após o parto.

A introdução de água ou chá constituem-se preditores da cessação precoce do AM exclusivo e do AM (Susin et al., 2005), sendo as práticas de EPS importantes na medida em que podem condicionar a introdução de outros líquidos (Escobar, et al., 2002), sobretudo se forem contraditórias ou imprecisas (Moran et al., 2005).

Tendo em consideração a avaliação diacrónica das práticas de alimentação, neste estudo, constatou-se que 65% das crianças ingeriu água ou chá até aos 3 meses de vida, o que os enquadra na definição de AM predominante. Este tipo de alimentação decorre da introdução de água ou chá, que é influenciado pelas práticas geracionais e pela rede de suporte social, e são oferecidos às crianças, ainda nos primeiros dias de vida, com o intuito de acalmar e de aliviar a dor e principalmente a sede (WHO, 1991), o que colide com o objectivo de praticar o AM exclusivo até aos 6 meses de vida (WHA, 2001).

Paralelamente, verifica-se também que ao longo dos primeiros três meses de vida foi oferecido leite artificial a mais de metade das crianças que integram o estudo (51,6%), e que para 58,1% destas este procedimento ocorreu antes do primeiro mês de vida. Por outro lado, a 43,3% das crianças foi oferecido leite materno pelo biberão ao longo dos primeiros três meses de vida.

Quando a criança mama não está apenas a obter o alimento de que necessita mas a efectuar um exercício muscular promotor do crescimento ósseo facial, que permite a remodelação das articulações temporo-mandibulares, além de coordenar a sucção com as funções de respiração e deglutição (Gomes, 2005; Gutierrez et al., 2006). Importa referir que, as mães que ao longo dos três meses administraram leite materno à criança utilizaram o biberão, o que pode ter concorrido para o desenvolvimento de problemas na amamentação e desmame precoce. Gutierrez et al. (2006), afirmaram acreditar-se que *“(...) experiências orais prematuras, nas quais se usam mecanismos de sucção diferentes da amamentação ao peito sejam causadores de imprópria pega e problemas subsequentes na amamentação”* (p. 23).

A avaliação diacrónica permitiu constatar que 73,3% das crianças foram alimentadas com leite materno, 26,7% de forma exclusiva e 21,7% de forma predominante. O aleitamento misto e o aleitamento artificial foram opção para 25% e 26,7% respectivamente, o que se compatibiliza com diversos estudos publicados que sugerem que as taxas de iniciação do AM são em geral elevadas, com uma queda acentuada nos primeiros meses de vida da criança (Levy & Bértolo, 2008).

Em consonância com o referido anteriormente, quando se procedeu à avaliação das taxas de AM, tendo por base a alimentação da criança nas últimas 24 horas de vida, constatou-se que aos 3 meses de vida 51,7% das mulheres praticou AM exclusivo, 18,3% AM predominante, 15% aleitamento misto e 15% aleitamento artificial sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que denota a queda das taxas de AM ao longo do tempo referida noutros estudos (Levy & Bértolo, 2008), uma prática que contraria a recomendação mundial do AM exclusivo até aos 6 meses de vida (WHA, 2001) e que em nada se assemelha à avaliação efectuada pelo Observatório Nacional de Saúde entre a década de 1995/1996 e 2005/2006 (www.amamentar.net).

A descida das taxas de AM e AM exclusivo ao longo do tempo é também verificada noutros estudos (Galvão, 2006, Lopes & Marques, 2004; Sandes et al., 2007; Sarafana et al, 2006).

Graça (2010) num estudo efectuada no distrito de Viana do Castelo, com mulheres que frequentaram os cursos de preparação para o parto/parentalidade, constatou que a taxa de prevalência do AM exclusivo ao primeiro mês foi de 41%, com uma descida acentuada das taxas de AM e AM exclusivo ao longo do tempo. Trata-se de uma taxa superior à encontrada neste estudo se

tivermos em consideração a análise diacrónica, mas inferior se levarmos em consideração a alimentação da criança nas 24 horas que antecederam a recolha de dados, em concordância com o estudo está a descida verificada das taxas de AM. Face a isto importa relevar que as taxas referentes às 24 horas anteriores se reportam a um período de tempo limitado, pelo que a interpretação que possa ser feita deve ser enquadrada neste período.

A segunda hipótese que orientou o estudo considerou que as mães que integram os grupos de apoio MPM apresentam menor prevalência de dificuldades/problemas da mama. Neste estudo denotou-se que as dificuldades/problemas com a mama são muito frequentes, afectando ambos os grupos, embora os problemas mamilares, manifestados por mamilos dolorosos/gretados, afectem de forma mais significativa o grupo com intervenção, o que pode encontrar-se relacionado com outras características maternas, nomeadamente o tipo de pele ou a efectividade da pega à mama que não foram avaliadas. Os resultados demonstram que os grupos de apoio MPM não contribuíram para diminuir a prevalência de dificuldades/problemas com a mama. Pereira (2006) salientou a correcção da pega na primeira mamada como factor que aumenta o sucesso do AM exclusivo, por outro lado a pega incorrecta é considerada factor de risco para a prevalência de dificuldades/problemas com a amamentação (Levy & Bértolo, 2008).

Uma rede alargada de apoio social contribui para uma maternidade mais responsiva (Rapoport & Piccinini, 2006), e o sucesso do AM depende, em grande parte, do apoio social recebido pela mulher durante todo o processo de lactação, que surge dos profissionais de saúde, de amigos ou familiares e, sobretudo, do marido ou companheiro (Ramos & Almeida, 2003b) e do tipo de problemas que preocupam a mulher durante a gravidez (Pereira, 2006). De salientar que, embora sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, 43,3% das mulheres referem ter conseguido resolver os problemas ou dificuldades com se debateram durante a amamentação, o que pode ter sido potenciado pelo curso de preparação/parto/parentalidade.

Neste processo de aprendizagem as mulheres procuram modelos maternos conhecidos (frequentemente inexistentes no contexto familiar), bem como serviços que facilitem a vivência de uma gravidez saudável e o desempenho com competência do novo papel (Lederman & Lederman, 1984; Colman & Colman, 1994), onde os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, assumem papel de relevo (Mercer & Walker, 2006). Neste estudo verifica-se que 48,3% das mulheres salientam o profissional de saúde como recurso para a resolução de dificuldades ou problemas com a mama, não se denotando diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e com intervenção.

A família e o marido/companheiro constituem-se os principais recursos durante o processo de transição para a maternidade (Kitzinger, 1996; Kuschnir, 2008). Neste estudo, o apoio do marido/companheiro é salientado em 15% dos casos, sem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e com intervenção. Para esta actividade foi nacionalmente assumida a importância da presença do marido/companheiro (MS, 2006b), enquadradas preocupações com a implicação transicional para ambos os membros do casal (ARS Norte, 2008b) e com a saúde mental na gravidez e primeira infância (DGS, 2006) de onde decorre a necessidade de centrar as práticas profissionais no casal, enquanto elementos do microsistema (sistema que exerce maior influência na consecução do papel) no processo de Consecução do papel maternal.

O envolvimento da família na prestação de cuidados, e apoio à mulher na fase pré e pós-natal, constitui uma estratégia de intervenção que deve ser usada pelos profissionais no sentido de alargar a rede de apoio no processo de transição à maternidade e amamentação (Silva, 2001). De facto, o que decorre da realização deste estudo é que, apesar de uma percentagem significativa de mulheres elencar a família (mãe, irmã) ou o marido/companheiro como recursos de apoio na resolução de dificuldades/problemas, não se verificou a presença generalizada nas sessões de preparação para o parto/parentalidade. Importa relevar a importância de ajustar as práticas profissionais à sua fundamentação teórica, e proceder à respectiva avaliação em função de objectivos e metas claros, que contemplem a complexidade da intervenção a que se propõem.

A influência positiva ou negativa da história familiar de amamentação é recuperada e ressignificada pela mulher, em função das expectativas individuais. A mãe constitui um elemento central neste tipo de influência que, por vezes, pode ser substituída por irmãs mais velhas ou outras familiares mais próximas como exemplos desejados ou rejeitados de amamentação (Kuschnir, 2008). Neste estudo, embora sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, 13,3% das mulheres referem ter recorrido à mãe ou irmã para resolver os problemas ou dificuldades com que se debateram. Importa salientar que este recurso foi mobilizado em menor escala do que o marido/companheiro, o que pode relacionar-se com a tipologia familiar predominante.

A maior parte das mulheres deste estudo integravam famílias nucleares o que pode ter diminuído os recursos de apoio disponíveis no contexto familiar e condicionado as mulheres a procurarem uma rede social de proximidade informal, que incluiu amigas/conhecidas com experiência actual ou prévia de amamentação. Para além destas, para efeitos de tratamento de dados, foram também incluídos na rede social de proximidade informal o marido/companheiro e a família. O recurso a esta rede foi superior no grupo com intervenção o que vem corroborar a

hipótese de que os grupos MPM promovem o *empowerment* individual, que se manifesta pela maior mobilização de recursos informais para resolver dificuldades ou problemas da mama. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Couto (2006) que afirmou que os cursos de preparação para o parto devem proporcionar interacção entre as mulheres e desenvolvimento de redes de apoio social. Assim, entendem-se os cursos de preparação para o parto/parentalidade como espaço/tempo que, ao reunir mulheres em torno de objectivos comuns, pode ser mediado por profissional de saúde numa lógica interactiva e participativa, favorecendo o estreitamento das relações sociais (pela partilha e entreaajuda) como estímulo ao *empowerment* individual e trampolim à constituição de grupos informais de apoio MPM ou, pelo envolvimento comunitário, a criação de associações de carácter voluntário (Andrade & Vaitsman, 2002).

Denotou-se que a maior parte das mulheres enumerou mais do que um recurso no apoio à resolução das dificuldades/problemas com a mama. De facto, segundo Sandes et al. (2007) a articulação dos recursos familiares, amigos e profissionais de saúde parece influenciar a prática mais duradoura do AM do que o recurso exclusivo aos profissionais de saúde. Verifica-se, paralelamente, o recurso a fontes de informação escritas no apoio à resolução de dificuldades/problemas, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Face à incapacidade de resolver os problemas com que se debateram 5% das mulheres abandonaram o AM antes do primeiro mês de vida da criança. Numa perspectiva salutogénica, considera-se que seria pertinente determinar o conceito de sucesso para estas mulheres e conhecer as suas representações acerca da experiência de amamentação, nomeadamente em relação ao papel dos profissionais e serviços de saúde, para respostas clínicas centradas na mulher

De facto, o AM constitui um dos focos de intervenção profissional no âmbito da transição para a maternidade, no qual o conceito de sucesso deve passar, para além da perspectiva profissional, directamente relacionada com as taxas e factores de morbimortalidade (Galvão, 2006; Graça, 2010), pela promoção da saúde mental prevista ao nível das políticas de saúde (DGS, 2006) e sobretudo pela perspectiva da mulher face à satisfação e concretização de objectivos e metas individuais (Abuchaim & Silva, 2006; Dennis, 2006; Hauck & Reinbold, 1996), que podem resultar do apoio informal recebido ou percebido através das redes que resultam dos grupos MPM.

Neste estudo constatou-se que o nível de ansiedade materna percebida, durante a experiência de amamentação, foi em média de $4,19 \pm 2,67$, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, não se confirmando a hipótese de que as mães que participam nos encontros de grupos de apoio MPM apresentam níveis mais baixos de ansiedade percebida.

Embora os níveis tendencialmente baixos de ansiedade ao longo da experiência de amamentação não decorram da intervenção, é importante considerar que não foi utilizado um instrumento específico para proceder a esta avaliação, o que condiciona a interpretação dos resultados. Para Mercer (2004), por volta dos quatro meses a mulher já redefiniu o seu self, incorporando a maternidade e sentindo-se competente no desempenho de papel, pelo que aos três meses de vida da criança o nível de perícia desenvolvido pela mulher no desempenho de papel pode ter condicionado a avaliação global do nível de ansiedade percebida durante a experiência de amamentação.

O processo de adaptação à maternidade e Consecução do Papel Maternal é longo e individual, enquanto o ajustamento fisiológico ocorre entre a 6.^a e 8.^a semana pós parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Rezende & Montenegro, 2005), a transição psicossocial é um processo moroso e complexo, iniciando-se antes da concepção e prolongando-se pelos primeiros meses (Mercer, 2004) ou anos de vida da criança (Glade et al., 2005). O conjunto de tarefas a que a mulher tem de dar resposta leva a mudanças no estilo de vida e acarreta exaustão física e emocional (Darvill et al., 2010; Nyström & Öhring, 2004), que merecem dos profissionais de saúde o cuidado humano que passe além da avaliação biofísica pontual e transmissão vertical de conhecimentos e englobe a componente psicossocial.

A mediação dos grupos de apoio MPM centra o processo educativo e cuidativo na mulher e pressupõe o seu envolvimento activo que, embora previsto ao nível das políticas de saúde, não se reflecte universalmente nas práticas profissionais nem constitui preocupação basilar na construção de indicadores da intervenção dos diversos intervenientes. De facto, envolver as pessoas é, na perspectiva de Sakellarides (2009), conceito basilar de um novo Contrato Social da Saúde, que pressupõe uma cidadania informada, pela capacitação das pessoas como subscritores do mesmo.

A experiência da amamentação afecta a percepção de cada mulher acerca das dimensões relacional, sexual, profissional e físico-corporal (Kuschnir, 2008). No estudo efectuou-se a avaliação materna da experiência de amamentação (que procura enquadrar a perspectiva de sucesso na óptica da mulher), focada na complexa percepção das mulheres acerca da qualidade da experiência, considerando como parte integrante o comportamento da criança. Assim, a avaliação materna da amamentação integrou a percepção da mulher acerca do prazer e papel maternal, da satisfação e crescimento da criança e do estilo de vida e imagem corporal.

A satisfação com a amamentação foi elevada, encontrando-se próxima dos valores máximos da escala, o que corrobora os estudo de Galvão (2006) e Graça (2010).

A percepção sobre o prazer e papel maternal representa a satisfação da mulher com o seu desempenho e foca-se no envolvimento com a criança. No processo vincutivo mãe-bebé interferem dimensões de cariz biológico, psicológico e sócio-cultural, que se relacionam com o período gravídico, parto e pós-parto e se referem à mãe, ao bebé, mas também ao pai (Figueiredo, 2003), daí que a percepção sobre o prazer e papel maternal sofre múltiplas influências. Foi a este nível que se denotaram efeitos marginais da intervenção. O sentimento de competência e confiança transferido pelo apoio do grupo de mulheres (entendido como grupo de pertença) pode ter contribuído para aumentar a satisfação da mulher com o seu desempenho, associado à capacidade inata de cuidar, nutrir e se relacionar com a criança, que por si já constituem factores de prazer e satisfação com o desempenho de papel (Graça, 2010).

Os grupos de apoio MPM são experiências centradas na mulher (Rogers, 1976), que valorizam o seu papel enquanto Pessoa que vive em permanente interacção com o meio na procura da (auto)realização. A partilha de informações e experiências e a disponibilidade prática de ajuda num ambiente seguro, de respeito mútuo, aceitação, partilha de responsabilidades e ligação emocional são factores que contribuem para aumentar a auto-estima, a confiança e aceitação de si própria (USAID, 2011) e que estimulam o *empowerment* individual, pelo envolvimento activo das mulheres na gestão do processo de saúde a partir da cooperação com outros, nomeadamente os profissionais de saúde, podendo contribuir para aumentar a percepção com o prazer a papel maternal.

A satisfação foi menor com o estilo de vida e imagem corporal materna, o que corrobora o estudo de Graça (2010) e que pode decorrer da demora em retornar à forma física anterior à gravidez (Abuchaim & Silva, 2006). A amamentação pode, ainda, interferir com a gestão do tempo, nomeadamente com a limitação do tempo disponível para a mulher, com a sobrecarga de trabalho e conseqüente exaustão física e emocional (Darvill et al., 2010; Nyström & Öhrling, 2004). Paralelamente importa considerar as alterações no relacionamento conjugal, identificadas pelos homens e mais acentuadas nos três primeiros meses de vida da criança (Brito e Oliveira, 2006) e no relacionamento sexual (Conceição, 1997; Hentschel, 1993), que decorrem da amamentação.

A satisfação menor com o estilo de vida e imagem corporal releva a necessidade de intervenções que se iniciem na gravidez e se prolonguem pelo pós-parto (Graça, 2010), envolvam o marido/companheiro enquanto elemento fulcral no processo de transição familiar (Relvas & Lourenço, 2001), tenham por base preocupações com a componente psicossocial e saúde mental da grávida (ARS Norte, 2008b; DGS, 2006), através da EPS crítica (Sánchez Moreno et al., 2000b),

com recurso a estratégias *bottom-up* (Laverack, 2008), centradas na mulher (Rogers, 1972, 1976) e que estimulem o *empowerment* individual e, paralelamente, perspectivem o desenvolvimento comunitário (Sánchez Moreno et al., 2000a). Neste enquadramento, enfatizam-se os aspectos promocionais da EPS, ou seja, a tónica não é colocada primordialmente nos resultados obtidos, mas antes no processo de capacitação que lhe subjaz e enquadram-se no modelo baseado nos pressupostos de *empowerment* (Tones e Tilford, 1994).

Os grupos de apoio MPM informais ou as associações de carácter voluntário de apoio ao MPM podem derivar da intervenção em EPS que se enquadra nos princípios referidos, e os cursos de preparação para o parto/parentalidade surgem como oportunidade de espaço/tempo para a sua mediação pela enfermeira especialista de SMO.

Os grupos informais de apoio ao MPM permitem o desenvolvimento de redes sociais e fortalecem os seus aspectos positivos, como a partilha de informação e entreeajuda em momentos de crise (Andrade & Vaitsman, 2002), onde se enquadra a transição para a maternidade (Relvas & Lourenço, 2001). A organização de grupos MPM na comunidade pode ser estimulada com a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente da enfermeira especialista de SMO, uma vez que são reconhecidos efeitos da intervenção destes grupos, muitas vezes mediados por conselheiros leigos, na prática do AM (Sikorski, 2003; USAID, 2011; WHO, 2003) e constitui um estratégia de intervenção proposta pela UE (2004).

A ambivalência de sentimentos entre a satisfação e confiança, a ansiedade e tensão experienciadas durante o processo de amamentação, sobretudo quando o apoio do marido/companheiro e da rede familiar e de proximidade social é escasso, quando a pressão social é forte e quando a auto-confiança e auto-estima são abaladas (Kuschnir, 2008), enquadram a necessidade de um modelo de colaboração interinstitucional e multiprofissional para dar resposta às necessidades das mulheres, no qual profissionais de saúde, comunidade e defensores do AM voluntários possam trabalhar colaborativamente (Moran et al., 2005), pois a promoção, protecção e apoio ao AM enquanto componente da vigilância da alimentação infantil, segundo Ferreira (1994), “(...) não é apenas da responsabilidade dos familiares e médicos, mas, directa ou indirectamente, de todas as pessoas envolvidas no desenvolvimento comunitário e agrícola e na extensão do ensino local e da educação geral”, numa clara relação de interdependência de todos os factores condicionantes (p. 955).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

As conclusões da investigação procuram realçar aspectos mais importantes do estudo, elencando aspectos centrais da pesquisa bibliográfica efectuada no percurso investigativo. Assim, são realçados aspectos relacionados com a Saúde e a Educação e respectivas implicações nas práticas de EPS e promoção do AM que decorreram do estudo. Abordam-se implicações dos resultados da investigação e, no final, apresentam-se as principais sugestões para futuras investigações/intervenções.

Da conceptualização aos resultados do estudo empírico

A Saúde, entendida como recurso para a vida, pressupõe a perspectiva salutogénica, na qual o indivíduo, em constante interacção com o meio, desenvolve ciclicamente mecanismos adaptativos e de produção de bem-estar, mesmo perante factores perturbadores. Neste processo, a Educação emerge como estratégia promotora de potencialidades criativas individuais e colectivas, que permitem a orientação de cada Pessoa na procura do seu sentido de felicidade e bem-estar inserida na respectiva comunidade(s).

A PS enquanto veículo de transformação social engloba a EPS como ferramenta potenciadora da autodeterminação das pessoas para a acção e mudança. Neste domínio, salientam-se as potencialidades da EPS crítica, que assenta no recurso a estratégias *bottom-up*, baseadas na interacção e mediação, promotoras da participação individual, do grupo e da comunidade, enquanto agentes do processo educativo e de produção de saúde e bem-estar.

Assim, da interacção dinâmica entre necessidades, desejos e competências individuais e colectivas e as oportunidades de participação efectiva nos respectivos contextos resultam as condições para o *Empowerment*. Esta perspectiva implica a realidade contextual, como promotora do desenvolvimento de competências individuais, e a criação de estruturas e ligações entre os indivíduos e o sistema social, incluindo família, vizinhos, associações de vários tipos ou outras entidades, na procura da auto-regulação e autonomização progressiva face a estruturas formais de suporte, nomeadamente os profissionais e instituições de saúde e educação.

Na perspectiva salutogénica este processo aplica-se na regulação da própria vida e, portanto, na facilitação de todas as etapas do ciclo vital, nomeadamente em fases de transição

potencialmente stressantes e perturbadoras, como é o caso da transição para a maternidade e durante a Consecução do Papel Maternal.

A transição para a maternidade representa uma fase desenvolvimental de crise individual e familiar com implicações irreversíveis, contemplam a reestruturação e reavaliação da própria identidade. Este processo transicional engloba a dimensão biológica (6 a 8 semanas), mais previsível e alvo preferencial dos profissionais, e a dimensão psicossocial, mais longa e duradoura com implicações irreversíveis, alvo de menor atenção directa dos profissionais.

A Consecução do Papel Maternal (Mercer, 2004) é entendida como um processo complexo de autonomização progressiva que inicia na fase pré-natal (fase antecipativa), pelas aprendizagens e definição de expectativas e fantasias, e continua após o parto, com o início do processo formal de desempenho de papel, onde a intervenção dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, assume função de relevo. Este processo continua posteriormente, pela autonomização progressiva face ao sistema social (fase informal), para se concretizar, ao longo dos quatro meses seguintes, na Consecução do Papel Maternal, caracterizado por sentimentos de harmonia, confiança e competência em relação ao novo papel.

Os momentos de transição, entendidos como crise e oportunidades de desenvolvimento, podem representar necessidade de intervenção dos enfermeiros, tendo o tipo de cuidados que a mulher recebe durante a transição para a maternidade efeitos duradouros para ela e para a criança.

O cuidado transicional (de enfermagem) visa os cuidados prestados pelo enfermeiro, enquanto elemento privilegiado da equipa de saúde na interacção com a mulher ao longo do ciclo vital, nos períodos antecipatórios e formais à mudança de papéis e a prevenção de potenciais efeitos negativos destes. Neste domínio, o enfermeiro especialista em SMO, pela especificidade das competências que sustentam a sua intervenção no sistema de saúde, assume responsabilidades acrescidas no cuidado transicional à maternidade, particularmente na promoção do AM.

O AM, enquanto tarefa básica de cuidado à criança, importa grande desafio à Consecução do Papel Maternal. Trata-se do método de alimentação considerado ideal, de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, facilita a transição e adaptação à vida extra-uterina e apresenta benefícios, cientificamente reconhecidos, a nível da saúde infantil com implicações na vida adulta, saúde materna, familiar, sociedade e meio ambiente.

A experiência de amamentação, mais do que um acto biologicamente determinado, é condicionada por factores sociais, culturais e económicos, daí que a promoção, protecção e suporte ao AM impõem a necessidade de articulação entre orientações internacionais, nacionais, regionais e

institucionais e a sua transposição para os contextos e práticas profissionais, cuja tónica deve centrar-se nas mulheres, enquanto agentes de gestão do seu processo de saúde.

A experiência da amamentação é condicionada pelas experiências e contexto de vida de cada mulher, daí que os conhecimentos, atitudes e a auto-confiança para amamentar devem ser desenvolvidos e apoiados. Importa considerar que para esta fase transicional concorrem outras experiências e oportunidades educativas ao longo de todo o ciclo vital, nomeadamente a infância e adolescência. Assim, o recurso a estratégias de EPS baseadas no processo unidireccional de transmissão de informação, orientadas para a mudança de atitudes e comportamentos, através de orientações ou normas prescritivas, numa perspectiva assistencialista, não se coadunam com a complexidade deste processo e correm risco de cair no insucesso, concorrendo para o desmame precoce.

O sucesso do AM depende do apoio social recebido pela mulher, constituindo-se os grupos de apoio MPM propostos pela UE, e existentes em vários países com diferentes níveis de organização, oportunidades de (auto)realização no percurso e vivências da amamentação, através da mediação por profissional de saúde, ou leigo com formação específica em AM, que integre as perspectivas pessoal (satisfação) e profissional (taxas de AM e factores de morbimortalidade) de sucesso.

Em Portugal, além dos serviços de saúde, existem outras estruturas de apoio à maternidade e amamentação. Um exemplo a relevar é a Maternar, uma associação de voluntariado, assente na filosofia de grupo MPM, que surgiu com o objectivo de criar uma rede nacional de apoio comunitário às mulheres e famílias ao longo do processo transicional da maternidade (onde se enquadra a amamentação), pela partilha de conhecimentos e de experiências. Esta associação permite a cada membro dar o seu contributo formativo e vivencial, numa tentativa de suprir a falta de apoio condicionada pelas características actuais da estrutura familiar, maioritariamente constituída por famílias nucleares muitas vezes afastadas das famílias de origem, que dificultam a aprendizagem e apoio fornecido por outras mulheres com experiência. Não existe, no entanto, evidência científica que demonstre ganhos em saúde das intervenções desta associação, dinamizada e coordenada por profissionais de saúde.

A tese que orientou este estudo centra-se, precisamente, no pressuposto de que os grupos de apoio MPM podem contribuir para melhorar aspectos relacionados com a história de amamentação (percurso e vivências) e constituem uma oportunidade de intervenção que se enquadra na EPS crítica, centrada na mulher e com recurso a estratégias interactivas e

participativas, que estimulam o *empowerment* individual e perspectivam a autonomia progressiva da comunidade de mulheres, face aos serviços e profissionais de saúde. Daqui decorrem aspectos promocionais da EPS, cuja tónica, para além dos resultados obtidos, acentua o processo de capacitação que lhe subjaz (Tones & Tilford, 1994).

O estudo foi desenvolvido no ACES do Alto Minho onde nas dinâmicas profissionais de enfermagem, no âmbito da SMI, contemplam de forma transversal a consulta individual dirigida à mulher e recém-nascido (realizada no âmbito das actividades funcionais da USF ou UCSP), a visita domiciliária realizada em situações de risco (no âmbito das mesmas unidades funcionais) e o curso de preparação para o parto/parentalidade (desenvolvido no âmbito da UCC ou UCSP), em função da fase de reorganização de cada CS. Para além das referidas actividades, as aulas de recuperação pós-parto, numa lógica de continuidade do curso de preparação para o parto/parentalidade, e os cantinhos de amamentação são projectos desenvolvidos em alguns CS do ACES, que integram na equipa enfermeiras especialista de SMO.

Os grupos informais de apoio MPM favorecem o desenvolvimento de redes sociais, assentes na partilha de informação e entreajuda, durante o processo transicional da maternidade e experiência de amamentação. A iniciação à sua organização na comunidade pode ser estimulada e mediada por profissionais de saúde ou conselheiros leigos (com formação específica na área). Perspectivou-se o curso de preparação para o parto/parentalidade, desenvolvido pelas enfermeiras especialistas de SMO, enquanto espaço/tempo de encontros entre as mulheres que favorecem a proximidade social e afectiva, como trampolim para a constituição de grupos de apoio MPM mediados numa lógica interactiva e participativa, enquanto estratégia de EPS crítica que estimule o *empowerment* individual e a promova a (co)construção de redes de proximidade e apoio informal.

A opção pelo estudo prendeu-se, também, com o facto de não existirem no distrito de Viana do Castelo iniciativas formalizadas neste sentido, não se conhecerem, a nível nacional, estudos publicados sobre ganhos em saúde decorrentes das redes de apoio informal à transição para a maternidade e amamentação e por se considerar que os momentos de intervenção formal, particularmente dos profissionais de enfermagem, desde que fundamentados em princípios de EPS crítica (que perspectivem a verdadeira inclusão das mulheres na gestão do seu processo de saúde) estimulam o *empowerment* individual e perspectivam o envolvimento e desenvolvimento comunitário.

Assim, o objectivo geral do estudo foi avaliar comparativamente efeitos dos encontros MPM sobre os percursos e vivências (história) da amamentação aos 3 meses de vida da criança.

Para tal optou-se por um estudo quantitativo, enquadrado num “*design pré-experimental*”, no qual os percursos e vivências de um grupo com intervenção foi comparado com um grupo de controlo com características idênticas, não sujeito a intervenção (Tuckman, 2002).

Para tal, foram seleccionados os quatro CS que disponibilizavam cursos de preparação para o parto/parentalidade e que integravam maior número de grávidas com data provável de parto entre o dia 1 de Fevereiro e 31 de Março de 2011. Posteriormente foram constituídos grupos de grávidas que, em cada CS, integraram o grupo com intervenção. Estas grávidas foram submetidas a um encontro MPM na fase pré-natal e outro na fase pós-natal, mediados por enfermeira especialista em SMO e conselheira em AM, e foram avaliados numa perspectiva diacrónica os seus efeitos sobre os percursos e vivências da amamentação aos 3 meses de vida da criança, em comparação com o grupo de controlo. Integraram a amostra 60 mulheres, distribuídas de forma igual pelos grupos de controlo e com intervenção, que preencheram o instrumento de colheita de dados aos 3 meses de vida da criança, na consulta de vacinação.

As mulheres que integraram o grupo de controlo e com intervenção não apresentavam diferenças, estatisticamente significativas, ao nível das características sócio-demográficas e de história obstétrica, que possam ter interferido nos resultados do estudo. A gravidez enquadrou-se, segundo o índice de Goodwin, em baixo risco (84,7%), apresentavam-se maioritariamente casadas ou em união de facto (91,7%), com escolaridade igual ou superior ao ensino secundário (73,3%), maioritariamente empregadas (75%) e a viverem em famílias nucleares (91,7%). Constatou-se que eram maioritariamente primíparas (71,7%), que efectuaram a vigilância pré-natal no CS ou hospital respectivo, ainda que conjugada com a medicina privada, que foi opção exclusiva para 10% das mulheres. A maior parte teve parto de termo (96,7%) por via vaginal (85%), todas amamentaram e 81,7% das mulheres iniciaram esta prática na primeira hora de vida. As múltiparas (26,7%) amamentaram os filhos anteriores durante períodos de tempo diversos, no máximo o ano de vida.

O estudo foi desenvolvido com base na hipótese de que os encontros MPM facilitam a gestão do percurso e vivências da amamentação. Mais especificamente, colocaram-se as hipóteses de que as mães que participam nos encontros em grupos de apoio MPM apresentam, taxas de prevalência do AM superiores aos 3 meses de vida da criança, menor prevalência de dificuldades/problemas da mama, que mobilizam menos recursos formais de saúde para a sua resolução, que apresentam níveis mais baixos de ansiedade percebida e níveis de satisfação mais elevados relativamente à experiência de amamentação.

A avaliação diacrónica permitiu constatar que 73,3% das crianças foram alimentadas com leite materno, 26,7% de forma exclusiva e 21,7% de forma predominante. O aleitamento misto e o aleitamento artificial foram opção para 25% e 26,7% respectivamente. Quando se procedeu à avaliação das taxas de AM, tendo por base a alimentação da criança nas últimas 24 horas de vida, constatou-se que aos 3 meses de vida 51,7% das mulheres praticava AM exclusivo, 18,3% AM predominante, 15% aleitamento misto e 15% aleitamento artificial, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que se compatibiliza com outros estudos que referem taxas de iniciação elevadas e uma queda acentuada nos primeiros meses de vida.

Podemos considerar que, neste estudo, não se verificou a hipótese de que os grupos MPM melhorem as taxas de prevalência do AM aos 3 meses de vida da criança. Também não se confirma a hipótese de estas mulheres apresentarem menor prevalência de dificuldades/problemas com a mama.

A hipótese de que as mulheres que integram os grupos MPM mobilizam menos recursos formais de saúde é aquela em que se observou efeito decorrente da intervenção, manifestada pelo recurso significativamente superior, no grupo com intervenção, a uma rede social de proximidade informal constituída por amigas ou conhecidas em situação de vida similar ou com experiência prévia de amamentação para a resolução de dificuldades/problemas. Na análise inicial foi possível constatar que na rede de proximidade informal o recurso a amiga/conhecida em situação de vida similar merece relevo, comparativamente com os outros recursos incluídos na referida rede. A verificação desta hipótese revela que os grupos MPM estimularam o *empowerment* individual e o reconhecimento de sentido de comunidade de pertença, que remete ao espírito de ajuda mútua entre as mulheres e que perspectiva o envolvimento e desenvolvimento comunitário.

Não se verificou a hipótese de que as mulheres que integram os grupos MPM apresentem níveis de ansiedade percebida mais baixos, o que pode decorrer da fase de Consecução do Papel Maternal em que estas mulheres se encontravam no momento de preenchimento do instrumento de colheita de dados. A análise diacrónica associada à perícia que entretanto desenvolveram pode ter condicionado a percepção sobre os níveis de ansiedade experimentados ao longo da experiência de amamentação.

Relativamente à hipótese de que as mulheres que integram os grupos MPM apresentam níveis de satisfação mais elevados relativamente à amamentação verifica-se, na componente percepção sobre o prazer e papel maternal, efeitos marginais decorrentes da intervenção, o que

revela aspectos positivos relacionados com a experiência pessoal, fortalecedores da relação mãe-criança.

A verificação, ainda que marginal, da implicação dos encontros MPM na percepção sobre o prazer e papel maternal parece acentuar a ideia de que o conceito de sucesso do AM tem, também do ponto de vista das práticas profissionais, que ser perspectivado enquanto experiência única e individual, que concorre para o desenvolvimento da mulher enquanto Pessoa na procura constante de equilíbrio e, portanto, de saúde e bem-estar na relação com todos os sistemas que a envolvem e concorrem para a Consecução do Papel Maternal. Esta reflexão transporta a importância da saúde mental da mulher, enquanto factor equilibrador da interacção dinâmica entre os diferentes sistemas que condicionam a Consecução do Papel, que decorrem e são alvo de atenção das políticas e que têm que ser integrados nas práticas profissionais.

Nesta perspectiva, parece condição basilar centrar a EPS na mulher, enquanto agente do processo cuidativo e não como objecto de práticas normativas e prescritas, que colidem com a realização de necessidades e metas individuais. Por outro lado, a democratização da informação e a conscientização das mulheres e famílias acerca dos seus direitos e papel na defesa e concretização dos mesmos, parece condição essencial. É da interacção dinâmica entre a criação de condições institucionais e sociais e da capacidade e autodeterminação para a participação activa e informada que resulta o processo de *empowerment* individual, com potencial para o envolvimento e desenvolvimento comunitário, e que pode derivar dos grupos MPM.

A criação de redes de apoio informal e, eventualmente, associações voluntárias no âmbito da transição para a maternidade e AM promovem a coesão e participação social e constituem uma oportunidade para troca de experiência e conhecimento, pela cooperação entre as participantes. Neste domínio, o *empowerment* significa permitir às mulheres uma postura mais activa na gestão da sua história (percursos e vivências) da amamentação, assumindo responsabilidade pelas decisões pessoais e um papel de agente do sistema de cuidados de saúde, o que aliás se compatibiliza com o respeito pelos direitos dos utentes. A colaboração interinstitucional e multiprofissional é fundamental, podendo os profissionais de saúde e defensores do AM voluntários devem trabalhar colaborativamente com a comunidade para o desenvolvimento de infra-estruturas de promoção, protecção e apoio ao AM.

Os cursos de preparação para o parto/parentalidade têm-se generalizado no ACES do Alto Minho, reconhecendo-se como actividade fundamental na promoção da transição para a maternidade, onde se enquadra a experiência de amamentação, que deve ser rentabilizada para a

utilização de estratégias de EPS que reconheçam e maximizem o potencial criativo das próprias mulheres. A mediação dos grupos de mulheres, por profissionais de saúde (ou conselheiros leigos) com formação específica na área AM, assente na lógica da EPS crítica, com recursos a estratégias participativas e interactivas, favorece o processo de capacitação individual e social, na medida em que concorre para a transformação das relações de poder que sustentam o paradigma assistencialista.

O processo de reestruturação dos CSP, no qual se encontra também o ACES do Alto Minho, com a criação das diferentes unidades funcionais que partilham responsabilidades na área da SMI e no processo de transição para a maternidade, se por um lado pode representar garantia da melhoria dos indicadores em saúde (resultante das condições contratuais), por outro, força da ânsia de concretização numérica das actividades contratualizadas, pode fragilizar a qualidade que deve sustentar as práticas profissionais. Se constituem oportunidade para a conjugação de esforços, capacidades e competências profissionais, representam, também, pela existência de responsabilidades transversais, um desafio à definição e aplicação clara de objectivos e metas estratégicas para cada unidade, que diminuam a possibilidade de diluição ou demissão dessas responsabilidades.

Neste processo de reestruturação parece relevante o papel da UCC, enquanto unidade funcional dinamizadora da intervenção e desenvolvimento comunitário. Salientamos o papel da enfermeira especialista em SMO, em articulação com outros sectores da saúde, educação e comunidade no planeamento de acções de EPS, dirigidas a diversos actores e contextos, que permitam o desenvolvimento de uma cultura de AM, construída pela intervenção ao longo do ciclo de vida, tal como preconizado no PNS 2004-2010, e que concorram para a PS comunitária.

Implicações do estudo empírico

As conclusões decorrentes desta investigação sugerem algumas implicações para as práticas profissionais, para a formação dos profissionais de saúde em geral, para a definição de políticas de saúde e para a Educação e Saúde das grávidas e famílias em processo de transição à maternidade, onde se inclui o AM, enquanto tarefa básica do cuidado à criança.

- a) Os efeitos decorrentes da intervenção permitem afirmar que, ainda que de forma marginal, os grupos MPM mediados com base na EPS crítica, influenciam de forma positiva os percursos e vivências da amamentação aos 3 meses de vida da criança.
- b) Os resultados sugerem que os grupos MPM, mediados com base na EPS crítica, estimulam a criação de redes de apoio informal, demonstrada pelo recurso a amigos ou

conhecidas, em situação de vida similar, para a resolução de dificuldades/problemas, o que denota o processo de *empowerment* individual.

- c) Os grupos MPM, embora de forma marginal, parecem favorecer a satisfação materna com a amamentação, sobretudo no que se relaciona com a percepção sobre o prazer e papel maternal e, portanto, concorrem para o sucesso do AM na perspectiva individual.
- d) Os cursos de preparação para o parto/parentalidade podem ser encarados como trampolim para a iniciação e dinamização de grupos informais de apoio MPM, se mediados com base na EPS crítica com recurso a estratégias *bottom-up* interactivas e participativas, que estimulem o *empowerment* individual.
- e) A EPS crítica, que sustenta o estímulo à criação de grupos informais de apoio MPM fundamenta-se no envolvimento activo das mulheres e comunidade e perspectiva o desenvolvimento comunitário, enquanto condição fundamental à PS.
- f) A falta de clareza na construção dos indicadores no âmbito do AM, no que se refere à definição dos tipos de alimentação e momento para a recolha de dados, dificultam a avaliação transversal das práticas e comparabilidade entre estudos, pelo que a sua definição clara e aplicação transversal parece urgente.
- g) Os indicadores no âmbito do AM, normalmente focados na perspectiva profissional de sucesso, devem contemplar também critérios do conceito de sucesso na perspectiva das mulheres.
- h) A definição clara de critérios de qualidade da intervenção dos profissionais, para as diversas actividades associadas à contratualização, poderá constituir linha orientadora da intervenção profissional e facilitar a construção de instrumentos de avaliação da mesma.
- i) A definição de políticas locais de saúde que envolvam o sector da saúde, educação e comunidade no apoio e suporte ao AM e a constituição de associações de voluntariado, no apoio à transição para a maternidade e AM, podem fomentar uma cultura de AM, contribuindo para o desenvolvimento comunitário.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações/intervenções

O estudo desenvolveu-se no ACES do Alto Minho, local de prática profissional da investigadora, e resultou de uma actividade dirigida intencionalmente ao grupo de mulheres que frequentavam o curso de preparação para o parto/parentalidade, para dar resposta aos objectivos previamente definidos. Considera-se que o facto de se tratar de uma actividade desenvolvida no âmbito da investigação, ainda que cuidadosamente orientada para não produzir alteração na dinâmica habitual das sessões de preparação para o parto/parentalidade (e nos próprios resultados do estudo), representa uma alteração imposta aos seus moldes habituais de desenvolvimento, retirando a espontaneidade e naturalidade com que a actividade poderia decorrer se integrada no próprio curso e sustentada nos pressupostos teóricos que serviram de base ao estudo.

Assim, considera-se que o facto de esta actividade se desvincular das estratégias de EPS habitualmente utilizadas nas sessões de preparação para o parto/parentalidade e apenas ter sido dinamizada em dois encontros entre as mulheres, pode ter condicionado os resultados do estudo, minimizando os efeitos da intervenção sobre a história (percursos e vivências) da amamentação.

O *Empowerment* é um processo complexo que resulta da participação, pressupõe a reflexão crítica, o suporte e a motivação para participar. Implica a auto-confiança e convicção individual para tomar decisões sobre a própria vida e influenciar a esfera familiar, comunitária ou política. Reconhecem-se nos grupos de apoio MPM, mediados por profissionais de saúde ou leigos com formação específica na área do AM, potencialidades para estimular o *empowerment* individual, desde que baseados na EPS crítica, com recurso a estratégias *bottom-up*, num processo interactivo e participativo, continuado e prolongado no tempo e com recurso a diversos contextos. O desenvolvimento da proximidade social, da consciência crítica e a criação de laços afectivos mais fortes decorre do número e tipos de contactos propiciados entre as mulheres, daí considerarmos que a intervenção dirigida ao grupo, baseado em dois encontros promovidos com base nestes pressupostos, parece insuficiente. Se ao longo de todo o curso de preparação para o parto/parentalidade esta metodologia de EPS fosse utilizada, os efeitos sobre os percursos e vivências da amamentação, enquanto experiência individual, e sobre a comunidade enquanto experiência colectiva poderiam ser mais evidentes.

A análise profunda de motivações, convicções, expectativas e sentimentos de cada mulher ou família, em relação ao percurso e vivências da amamentação, implicariam um contacto estreito com cada mulher ou família e o recurso a uma metodologia e tipo de estudo diferentes. Por outro lado, poderiam ser avaliados aspectos relacionados com os contributos desta metodologia de EPS para o estímulo ao *empowerment*, ou seja, contributos do estudo para aumentar o controlo, a consciência crítica e a participação das mulheres na promoção da transição para a maternidade e amamentação, bem como o respectivo nível de satisfação face à estratégia utilizada. A metodologia do estudo empírico de natureza qualitativa, com recurso à entrevista ou relato de experiência, por exemplo, poderiam enriquecer o estudo(s) dirigido(s) nesta perspectiva.

A dimensão da amostra não permite a generalização de resultados, devendo ser analisados na estreita relação com a população em estudo.

Não se controlou nem os conteúdos nem estratégias de abordagem do tema do AM nas sessões de preparação para o parto/parentalidade em cada um dos CS.

O instrumento construído para o estudo permitiu resposta para as hipóteses enunciadas. No entanto, poderiam ter sido explorados outros aspectos (relacionados com os factores determinantes do AM) que influenciam a experiência de amamentação, mas que o tipo de questões utilizadas não permitiu. Para a avaliação da ansiedade materna poderia ter-se utilizado um instrumento validado.

Face aos resultados deste estudo e à reflexão efectuada em torno das práticas profissionais, propõem-se algumas sugestões para futuras investigações e intervenções neste domínio:

- a) A continuidade de estudos que analisem as estratégias de EPS utilizadas na ULSAM para promover a transição para a maternidade e o AM.
- b) O desenvolvimento de estudos de investigação focados na perspectiva (individual) de sucesso das mulheres, que permitam convergir as práticas profissionais (avaliadas com base em taxas e indicadores de morbimortalidade) com critérios individuais de sucesso, numa lógica salutogénica.
- c) Utilizar a investigação, nomeadamente com recurso a estudos experimentais com intervenções estruturadas em protocolos que derivem de projectos dos CS ou ACES da ULSAM, em articulação com o respectivo hospital de referência, com base na EPS crítica para estimular a criação ou criar grupos de apoio MPM informais e avaliar, de forma mais consistente, os ganhos em saúde decorrentes.
- d) Promover a construção de projectos de intervenção no âmbito da PS, que enquadrem a EPS crítica, enquanto instrumento fundamental na transição para a maternidade e promoção do AM, pela articulação do papel central das mulheres e comunidade com os profissionais do sector da saúde e educação.
- e) Promover a formação de profissionais de saúde e iniciar a formação de leigos na área do aconselhamento em AM, segundo cursos padronizados, que permita a conjugação de esforços no desenvolvimento de actividades comunitárias de EPS e promoção do AM, nomeadamente os grupos MPM.
- f) Promover a criação de associações sem fins lucrativos que integrem profissionais de saúde ou outros sectores, leigos com formação específica em AM e mulheres da comunidade que actuem em diferentes contextos numa lógica de parceria com os serviços de saúde, para promover, proteger e apoiar o AM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuchaim, É. S., & Silva, I. A. (2006). Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidade: "dividiéndose entre ser madre y mujer". *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (2), 220-228.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2011). *Relatório de Actividades 2010*. Porto: ARS Norte.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2010). *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na Região Norte de Portugal*. Recuperado em 20 Março, 2011 de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2008a). *Relatório de Actividades 2007*. Porto: ARS Norte.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2008b). *Preparação para o parto e parentalidade saudáveis*. Recuperado em 15 Março, 2011 de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Institui%C3%A7%C3%B5es/Viana%20do%20Castelo/Prepara%C3%A7%C3%A3o%20para%20o%20parto%20e%20para%20a%20parentalidade%20saud%C3%A1veis9>.

Albernaz, E., Giugliani, E. R., & Victoria, C. G. (1998). Supporting breastfeeding: a successful experience. *Journal of Human Lactation*, 14 (4), 283-285.

Albuquerque, R. M. (2001). Aleitamento materno: Um ato ecológico. In J. D. Rego, *Aleitamento materno* (pp. 313-320). São Paulo: Atheneu.

Almeida, J. A., & Novak, F. R. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl.5), 119-124.

Almeida, N. A., Fernandes, A. G., & Araújo, C. G. (2004). Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Disponível em www.fen.ufg.br, 6 (3), 358-367.

Alves, A. M., Gonçalves, C. S., Martins, M. A., Silva, S. T., Auwerter, T. C., & Zagonel, I. P. (2007). A enfermagem e puerperas primigestas: Desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 12 (4), 416-427.

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. (1999). Breastfeeding and Cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70 (4), 525-535.

Andrade, G. R., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 7(4), 925-934.

Angelsen, K., Jacobsen, G., & Bakketeig, L. S. (2001). Breast-feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Archives of Disease in Childhood*, 85(3), 183-188.

Antunes, M. C. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.

Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Berra, S., Sabolsky, J., Rajmil, L., Passamonte, R., Pronsato, J., & Botinof, M. (2003). Correlats of breastfeeding duration in a urban cohort from Argentina. *92* (8), 952-957.

Birk, L., & Silvertown, J. (1984). *More than the parts: Biology and politics*. London: Pluto Press.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal* (2.^a ed.). Lisboa: Padrões Culturais.

Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I., Leal, M. d., & Carvalho, M. S. (2008). Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11), 2681-2694.

Brito, R. S., & Oliveira, E. M. (2006). Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27(2), 193-202.

Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 685-699.

Calvano, L. M. (2002). O poder imonológico do leite materno. In R. d. Marcus, & R. N. Tamez, *Amamentação: bases científicas para a prática profissional* (pp. 88-95). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Carvalhaes, M. A., & Correa, C. R. (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante a aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*, 79(1), 13-20.

Chevrier, J. (2003). Especificação da problemática. In B. Gauthier, *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados* (pp. 54-76). Loures: Lusociência.

Clark, K. M., Castilho, M., Calatroni, A., Walter, T., Cayazzo, M., Pino, P., et al. (2006). Breastfeeding and mental and motor development at 5 ½ years. *Ambulatory Pediatrics*, 6(2), 65-71.

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.

- Conceição, I. S. (1997). A sexualidade e a gestação. In M. Zugaib, J. Tedesco, & J. Quayle, *Obstetrícia psicossomática*. (pp. 231-242). São Paulo: Atheneu.
- Couto, G. (2006). Conceptualização pelos enfermeiros de preparação para o parto. *Tese de Doutoramento*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cracel, C. (2000). Paradigma holístico. *Trajectos e Projectos*, 2, pp. 31-35.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26 (3), 357-366.
- Dennis, C.-L. E. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 29 (4), 256-268.
- Direcção Geral da Saúde. (2008). *Código Internacional dos substitutos do leite materno*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância: manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde. (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde. (1993). *Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério*. Lisboa: DGS.
- Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion. Models and values* (2 nd ed.). Oxford: University Press.
- Dyson, L., Renfrew, M., McFadden, A., McCormick, F., Herbert, G., & Thomas, J. (2006). *Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing*. United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Escobar, A. M., Ogawa, A. R., Hiratsoka, M., Kawashita, M. Y., Teruya, P., Grisi, S., et al. (2002). Aleitamento materno e condições sócio-económico-culturais: factores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2 (3), 253-261.
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting Health. Models and values* (4th ed.). London: Baillière Tindall.
- Ferreira, F. (1994). *Nutrição Humana* (2.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, I. (2005). Composição do leite de mulher, do leite de vaca e das fórmulas de alimentação infantil. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36, 277-285.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de psicologia clínica y de la Salud* , 3 (3), 521-539.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Galvão, M. D. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.

Gibson-Davis, C. M., & Brooks-Gunn, J. (2006). Breastfeeding and verbal ability of 3 years olds in a multicity sample. *Pediatrics* , 118 (5), 1444-1451.

Gigante, D. P., Victoria, C. G., & Barros, F. C. (2000). Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas. *Rev. Saúde Pública* , 34 (3), 259-265.

Gillman, M. W., Rifas - Shiman, S. L., Carmargo, C. A., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Rockett, H. R., et al. (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *Journal of the American Medical Association* , 285 (19), 2461-2467.

Giugliani, E. R. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* , 76 (Supl 3), 238-252.

Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy* , 33 (4), 319-336.

Gomes, C. F. (2005). *Avaliação eletromiográfica dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento materno e artificial*. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu.

Gonçalves, M. B., Padula, J., Hayashi, K., Ito, D. L., & Silva, M. M. (2003). Prevalência do aleitamento materno entre crianças nascidas no hospital Universitário de Maringá no período entre 1999-2000, Miringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum Health Sciences* , 25 (6), 115-124.

González, C. (2008). *Manual prático do aleitamento materno*. Parede: Mama Mater.

Graça, L. C. (2010). Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno : um estudo quasi-experimental. *Tese de doutoramento em Enfermagem* . Lisboa: Universidade de Lisboa.

Graça, L. C., Figueiredo, M. C., & Conceição, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 19 (2), 429-436.

Gutierrez, L., Delgado, S. E., & Costa, A. P. (2006). Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 22-31.

Hamer, L. D., Bryson, S., & Agras, S. (1999). Development of feeding practices during the first 5 years of life. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153 (2), 189-194.

Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (9), 1132-1143.

Hauck, Y., & Reinbold, J. (1996). Criteria for successful breastfeeding: mother's perceptions. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, 9 (1), 21-27.

Hediger, M. L., Overpeck, M. D., Kuczmarski, R. J., & Ruan, W. J. (2001). Association between infant breastfeeding and overweight young children. *Journal of the American Medical Association*, 285 (19), 2453-2460.

Heining, M. J. (2001). Host Defense Benefits of Breastfeeding for the Infant: Effect of Breastfeeding Duration and Exclusivity. *Pediatric Clinics of North America*, 48 (1), 105-123.

Hentschel, H. (1993). Puerpério e lactação. In F. Freitas, S. H. Costa, J. G. Ramos, & J. Magalhães, *Rotinas em obstetria* (2.^a ed., pp. 43-56). Porto Alegre: Artes Médica.

Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo.

Hoddinott, P., Britten, J., Prescott, G. J., Tappin, D., Ludbrook, A., & Godden, D. J. (2009). Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1-10. Recuperado em 15 Julho, 2011, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635594/>.

Instituto Nacional de Estatística. (2001). *A mortalidade infantil em Portugal: resultados definitivos 2000*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Indicadores Sociais 2009*. Lisboa, Portugal: INE.

International Council of Nurses. (2008). *Nursing perspectives and contribution to primary health care*. Switzerland: ICN.

International Lactation Consultant Association. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Jones, M. E., Swerdlow, A. J., & Gill, L. E. (1998). Pre-natal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus. A record linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 27 (3), 444-449.

Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade* (2.^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Koelen, M. A., & Van den Ban, A. (2004). *Health education and Health Promotion*. Netherlands: Wageningen Academic .

Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, s., et al. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of American Medical Association*, 285 (4), 413-420.

Kuschnir, K. (2008). Maternidade e Amamentação - Biografia e relações de género intergeracionais. *Sociologia, Problemas e Práticas* (56), 85-103.

Labbok, M. H., Wardlaw, T., Blanc, A., Clark, D., & Terreri, N. (2006). Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *Journal of a Human Lactation*, 22 (3), 272-276.

Labonte, R. (1993). *Health Promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion/Participation.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2007). *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Lalonde, M. (1981). *A new perspective on Health of Canadians. a working document*. Canada: Minister of Supply and Services.

Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusociência.

Lederman, R. P., & Lederman, E. (1984). *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Lee, S. Y., & Kwon, I. S. (2006). A Comparative Study on Maternal Role Confidence and Parenting Stress according to the Infant's Feeding Method. *Korean Journal Women Health Nursing*, 12 (3), 231-239.

Leff, E. W., Jefferis, S. C., & Gagne, M. P. (1994). The Development of the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale. *Journal of a Human Lactation*, 10 (2), 105-111.

Léon-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). *Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Lima, T. M., & Osório, M. M. (2003). Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses, da região Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3 (3), 305-314.

Lopes, B., & Marques, P. (2004). Prevalência do Aleitamento materno no distrito de Viana do castelo nos primeiros 6 meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 539-544.

Lourenço, R. (2009). Aleitamento materno, uma prioridade para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 344-346.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7.ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Maccio, C. (1967). *Psicologia e Pedagogia. Animação de Grupos*. São Paulo: Editores Moraes.

Malcova, H., Sumnik, Z., Drevinek, P., Venhacova, J., Lebl, J., & Cinek, O. (2006). Absence of breast-feeding is associated with risk of type 1 diabetes: a case-control study in a population with rapidly increasing incidence. *European Journal of Pediatrics*, 165 (2), 114-119.

Maldonado, M. T. (2000). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério* (15.ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Mancini, P. G., & Meléndez, G. V. (2004). Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em bercário de alto risco e os factores associados a essa prática. *Jornal de Pediatria*, 80 (3), 241-248.

Marques, A. M. (2011). Aleitamento materno: os afectos ao peito. *O Nosso Bebê* (2), 30-33.

Martim, R. M., Gunnell, D., Owen, C. G., & Smith, G. D. (2005). Breastfeeding and childhood cancer: a systematic review with metaanalysis. *International Journal of Cancer*, 117 (6), 1020-1031.

Meighan, M. M. (2004). Ramona T. Mercer: Consecução do papel maternal. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (7.ª ed., pp. 521-541). Loures: Lusociência.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4.ª ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger, D. M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232.

Mercer, R. (1995). *Becoming mother: research on maternal identity from rubin to the present*. New York: Springer.

Mercer, R. T. (1981). A Theoretical framework for studying the factors that impact of the maternal role. *Nursing Research*, 30 (2), 73-77.

Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582.

Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde: avaliação de indicadores 2001-2007 - metodologia*. Lisboa: MS.

Ministério da Saúde. (2006a). *Organização Perinatal Nacional*. Lisboa: MS.

Ministério da Saúde. (2006b). *Preparação para o parto – Método Psicoprofi lático*. Lisboa: Ministério da Saúde. ARS Norte.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: MS.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar: carteira de serviços das unidades de saúde familiar*. Lisboa: MCSP.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde: Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa: MCSP.

Montrone, A. V. (2002). *Formação de Agentes Comunitários para a promoção do aleitamento materno e de estimulação do bebé*. Barueri: Manole.

Moran, V. H., Dykes, F., Edwards, J., Burt, S., & Whitmore, M. (2005). An evaluation of the breastfeeding support skills of midwives and voluntary breastfeeding supporters using the Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Maternal & Child Nutrition*, 1 (4), 241-249.

Morley, R., Fewtrell, M. S., Abbott, R. A., Stephenson, T., Macfadyen, U., & Lucas, A. (2004). Neurodevelopment in Children Born Small for Gestational Age: A Randomized Trial of Nutrient-Enriched Versus Standard Formula and Comparison With a Reference Breastfed Group. *Pediatrics*, 113 (3), 515-521.

Morrow, A. L., Guerreiro, M. L., Shults, J., Calvo, J. J., Luter, C., Bravo, J., et al. (1999). Efficacy of home based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *353*(9160), 1226-1231.

Naidoo, J., & Wills, J. (1994). *Health Promotion - Foundations for Practice*. London: Baillière Tindall.

Nakano, A. M. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites do ser "corpo para o filho" e de ser o "corpo para si". *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2), 355-363.

New Zealand Breastfeeding Authority. (2008). *BFHI/ BFCI Breastfeeding Training and Education Requirements*. Wellington: Ministry of Health.

Nobre, E. B., Issler, H., Ramos, J. L., & Grisi, S. J. (2010). Aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor: uma revisão da literatura. *Pediatria*, 32 (3), 204-210.

Norris, J. M., & Scott, F. W. (1996). A meta-analysis of infant diet and insulin dependent diabetes mellitus: Do biases play a role? *Epidemiology*, 7(1), 87-92.

Nyqvist, K. H., & Ewald, U. (2006). Avaliação electromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: Identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. *Jornal de Pediatria*, 82 (2), 85-86.

Nyström, K., & Öhrling, k. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.

Oliveira, M. C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Porto: Ariadne.

Organização Mundial de Saúde. (2005). *A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado*. Bangkok: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Declaração do México: Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Cidade do México, México: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Mexico.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1997). *Declaração de Jacarta: Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Jacarta, Indonésia: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (1993). *Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (1991). *Conferência de Sundsvall: Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde*. Sundsvall, Suécia: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1988). *Declaração de Adelaide: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Adelaide, Austrália: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá: OMS. Recuperado a 20 Fevereiro, 2011, de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Conferência de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS: OMS. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

PAHA, & Dewey, K. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Parizotto, J., & Zorzi, N. T. (2008). Aleitamento materno: factores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo. *O Mundo da Saúde*, 32 (4), 466-474.

Pereira, I. M., Penteado, R. Z., & Marcelo, V. C. (2000). Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *Mundo Saúde*, 24 (1), 39-44.

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação-Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusodidacta.

Pérez-Escamilla, R. (2003). Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 1), 119-127.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (2.ª ed.)*. Lisboa: Silabo.

Peterson, C., & Da-Vanzo, J. (1992). Why are teenagers in the United States less likely to breast-feed than older women? *Demography*, 29 (3), 431-450.

Pettitt, D. J., Forman, M. R., Hanson, R. L., Knowler, W. C., & Bennett, P. H. (1997). Breastfeeding and the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Pima Indians. *Lancet*, 350 (9072), 166-168.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Raj, V. K., & Plitcha, S. B. (1998). The Role of Social Support in Breastfeeding Promotion: A literature review. *Journal of Human Lactation*, 14 (1), 41-45.

Ramos, C. V., & Almeida, J. A. (2003a). Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(3), 315-321.

Ramos, C. V., & Almeida, J. A. (2003b). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 385-390.

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência de maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.

Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 142-146.

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Relvas, A. P., & Lourenço, M. d. (2001). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Maternidade. Perspectiva Sistémica. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 105-133). Coimbra: Quarteto.

Rezende, J., & Montenegro, C. A. (2005). *Obstetrícia Fundamental* (10.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

Rogers, C. R. (1972). *Liberdade para aprender* (2.^a ed.). Belo Horizonte: Interlivros.

Rogers, C. R. (1976). *Grupos de encontro* (4.^a ed.). Lisboa: Moraes.

Rogers, C. R. (1979). *Poder pessoal* (1.^a ed.). Lisboa: Moraes.

Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 2, 101-108.

Sakellarides, C. (2009). *Novo Contrato Social da Saúde*. Loures: Diário de Bordo.

Sánchez Moreno, A., Ramos García, E., & Maset Campos, P. (2000a). Participación comunitaria en la salud. In L. Mazarrasa Alvear, A. Sánchez Moreno, C. Germán Bes, A. Sánchez García, A. Merelles Tormo, & V. Aparicio Ramón, *Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 417-454). Madrid: McGRAW- HILL Interamericana.

Sánchez Moreno, A., Ramos García, E., & Maset Campos, P. (2000b). Paradigmas y modelos en educación para la salud. In L. Mazarrasa Alvear, A. Sánchez Moreno, C. Germán Bes, A.

Sánchez García, A. Merelles Tormo, & V. Aparicio Ramón, *Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 455-479). Madrid: McGRAW Interamericana.

Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., et al. (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200.

Santos, V. L., Soler, Z. A., & Azoubel, R. (2005). Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 283-291.

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução da última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 9-14.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

Sears, M. R., Greene, J. M., Willan, A. R., Taylor, D. R., Flanner, E. M., Cowan, J. O., et al. (2002). Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet*, 360, 901-907.

Shu, X. O., Linet, M. S., Steinbuch, M., When, W. Q., Buckley, J. D., Neglia, J. P., et al. (1999). Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *Journal of National Cancer Institute*, 91(20), 1765-1772.

Sicoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-122.

Sikorski, J., Renfrew, M. J., Pindoria, S., & Wade, A. (2003). Support for breastfeeding mothers: A systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17(4), 407-417.

Silva, D. R., Schneider, A. P., & Stein, R. T. (2009). O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Medica*, 19(1), 35-42.

Silva, I. A. (2005). A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 641-646.

Silva, I. A. (2001). O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática de aleitamento materno. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(1), 7-14.

Simões, S. (29 de Março de 2010). Viver a maternidade de forma segura e plena. *Diário de Aveiro*, p. 12.

Soares, M. F., Giugliani, E. R., Braun, M. L., Salgado, A. C., Oliveira, A. P., & Aguiar, P. (2003). Uso de Chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), 309-316.

Spinelli, M. G., Sesoko, E. H., Souza, J. M., & Souza, S. B. (2002). A situação do aleitamento materno de crianças atendidas em creches da secretaria da assistência social do município de São Paulo- Região freguesia do Ó. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2 (1), 23-28.

Stefanello, J. (2005). A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães. *Dissertação - Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública*. Ribeirão Preto, Brasil: Universidade de São Paulo.

Susin, L. R., Giugliani, E. R., & Kummer, S. C. (2005). Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, 39 (2), 141-147.

Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity* (2nd ed.). London: Stanley Thornes Ltd.

Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação* (2.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

União Europeia. (2004). Protecção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: Um Projecto em Acção. Dublin: UE.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2009). *Global Report on Adult Learning and Education*. Hamburg: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001864/186431e.pdf>.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1997). *Adult Education: The Hamburg Declaration - Fifth International Conference on Adult Education*. Hamburg: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5eng.pdf>.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1990). *Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*. Jomteim: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1985). *Quatrième Conférence Internationale sur l' education des adultes: Rapport final*. Paris: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/paris_f.pdf.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1976). *Recommendation on the development of adult Education*. Nairobi: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de http://www.unesco.org/education/pdf/NAIROB_E.PDF.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1972). *Troisième Conférence Internationale sur l' Education des Adultes: Rapport final*. Tokyo: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/tokyo_f.pdf.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1960). *World Conference on Adult Education*. Montreal: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0002/000245/024536eb.pdf>.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1949). *Summary Report of the International Conference on adult Education*. Elsinore: UNESCO. Recuperado em 2 Março, 2011 de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/elsino_e.pdf.

United States Agency for International Development. (2011). *Mother-to-Mother Support Groups: Facilitator's Manual with Discussion Guide*. Washington: USAID.

Valero, J. M. (2009). Fisiología de la lactancia. In J. Aguayo Maldonado, A. Gómez Papi, & C. R. Pallás Alonso, *Manual de Lactancia materna: De la teoría a la práctica* (pp. 75-82). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Vannuchi, M. T., Thomson, Z., Escuder, M. M., Tacla, M. T., Vezozzo, K. ..., Castro, L. M., et al. (2005). Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(2), 155-162.

Venancio, S. I., Escuder, M. M., Kitoko, P., Réa, M. F., & Monteiro, C. A. (2002). Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(3), 313-318.

Vieira, G. O., Almeida, J. A., Silva, L. R., Cabral, V. A., & Netto, P. V. (2004). Factores associados ao aleitamento materno e desmame em feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(2), 143-150.

Vogel, A. M. (2003). Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict breastfeeding outcome. *Acta Paediatrica*, 92(3), 270-271.

Volpini, C. C., & Moura, E. C. (2005). Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Revista de Nutrição*, 18(3), 311-319.

Wold, A. E., & Hanson, L. A. (1994). Defense factors in human milk. *Current Opinion in Gastroenterology*, 10(6), 652-658.

World Health Assembly. (2006). *59.21 - Infant and young child nutrition 2006: The Fifty-ninth World Health Assembly*. Geneva: WHO. Recuperado em 10 Fevereiro, 2011, de http://www.who.int/nutrition/topics/WHA59.21_iycn_en.pdf.

World Health Assembly. (2002). *55.15 - Infant and young child nutrition - global strategy on infant and young child feeding: The Fifty-five World Health Assembly*. Geneva: WHO. Recuperado 10 Fevereiro, 2011, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha55/ea5515.pdf.

World Health Assembly. (2001). *54.2 - Infant and young child nutrition: The Fifty-fourth World Health Assembly*. Geneva: WHO. Recuperado em 27 Fevereiro, 2011, de http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_en.pdf.

World Health Assembly. (1992). *45.34 - Infant and young child nutrition and status of implementation*. Geneva: WHO. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011, de http://www.who.int/nutrition/topics/WHA45.34_iycn_en.pdf.

World Health Assembly. (1990). *43.3 - Protecting promoting and supporting breast-feeding: The Forty-third World Health Assembly*. Geneva: WHO. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011, de http://www.who.int/nutrition/topics/WHA43.3_iycn_en.pdf.

World Health Assembly. (1974). *27.43 - Infant nutrition and breastfeeding: The Twenty-seventh World Health Assembly*. Geneva: WHO. Recuperado em 20 Fevereiro, 2011 de http://www.who.int/nutrition/topics/WHA27.43_iycn_en.pdf.

World Health Organization. (2011). *Infant and young child feeding data by country*. Geneva: WHO. Recuperado em 02 Março, 2011, de <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html>.

World Health Organization. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. Nairobi: WHO. Recuperado em 2 Março, 2011 de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

World Health Organization. (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1 definitions*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2003). *Community based strategies for breastfeeding promotion and support of developing countries*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2000). Collaborative Study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. How much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases? A pooled analysis of six studies from less developed countries. *Lancet*, 355, 451-455.

World Health Organization. (1991). *Breastfeeding and use of water and teas*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1984). A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion. In WHO, *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences* (pp. 29-31). Copenhagen: WHO.

Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.

Zorzi, N. T. (2005). Práticas utilizadas pelas puérperas para a resolução de problemas mamários no domicílio. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Decretos, Leis e Regulamentos:

Decreto-Lei n.º 413/71. (1971). *Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas*. Portugal: Diário da República, 1.ª série, 228 (27 de Setembro de 1971).

Decreto-Lei n.º 157/99. (1999). *Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 108 (10 de Maio de 1999).

Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). *Estabelecimento do regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde*. Diário da República, 1.ª série, 38 (22 de Fevereiro de 2008).

Lei n.º 111/2009. (2009). *Procede à primeira alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril*. Diário da República, 1.ª Série, 180 (16 de Setembro de 2009).

Lei n.º 48/90. (1990). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 195 (24 de Agosto de 1990).

Lei n.º 55/79. (1979). *Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.ª Série, 214 (15 de Setembro de 1979).

Portaria n.º 1368/2007. (2007). *Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF)*. Diário da República, 1.ª Série, 201 (18 de Outubro de 2007).

Regulamento n.º 127/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República, 2.ª série, 35 (18 de Fevereiro de 2011).

Resolução de Conselho de Ministros n.º 60/2007. (2007). *Reestruturação dos centros de saúde através da criação das Unidades de Saúde Familiar*. Diário da República, 1.ª Série, 180 (24 de Abril de 2007).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. (2005). *Define a estrutura de Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. Diário da República, 1.ª Série, 196 (12 de Outubro de 2005).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007. (24 de Abril de 2007). Prevê a reestruturação dos centros de saúde através da criação das USF. Portugal: Diário da República n.º 80 1.ª Série.

ANEXOS

Anexo I. Escala de avaliação materna da amamentação

Parte II - Avaliação materna da amamentação (Ellen W. Leff, 1994)

(Versão Portuguesa de Galvão, 2000)

22. Se já amamentou filhos anteriores, baseie as suas respostas na **experiência mais recente/actual**. Considere toda a experiência de amamentação e, por favor, responda a todas as perguntas. Indique o seu acordo ou desacordo **colocando um círculo na resposta que considerar mais adequada para a sua situação**.

	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1. A amamentação deu-me satisfação interior	DT	D	SO	C	CT
2. A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé	DT	D	SO	C	CT
3. O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar	DT	D	SO	C	CT
4. O meu bebé adorou mamar	DT	D	SO	C	CT
5. Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé	DT	D	SO	C	CT
6. Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei	DT	D	SO	C	CT
7. O meu bebé mamava avidamente (sófrego)	DT	D	SO	C	CT
8. A amamentação foi fisicamente esgotante	DT	D	SO	C	CT
9. Para mim foi importante poder amamentar	DT	D	SO	C	CT
10. Durante a amamentação o crescimento do meu bebé foi excelente	DT	D	SO	C	CT
11. Eu e o meu bebé trabalhamos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente	DT	D	SO	C	CT
12. A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal	DT	D	SO	C	CT
13. Enquanto amamentei senti constrangimento em relação ao meu corpo	DT	D	SO	C	CT

	Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
14. Enquanto amamentei senti-me demasiado presa todo o tempo	DT	D	S0	C	CT
15. Enquanto amamentei preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé	DT	D	S0	C	CT
16. A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava	DT	D	S0	C	CT
17. A amamentação era como uma espécie de êxtase (grande prazer)	DT	D	S0	C	CT
18. O facto de poder produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante	DT	D	S0	C	CT
19. No princípio o meu bebé teve problemas com a amamentação	DT	D	S0	C	CT
20. A amamentação fez-me sentir uma boa mãe	DT	D	S0	C	CT
21. Gostei muito de amamentar	DT	D	S0	C	CT
22. Enquanto amamentei ansiava por retomar a minha forma física	DT	D	S0	C	CT
23. A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe	DT	D	S0	C	CT
24. O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação	DT	D	S0	C	CT
25. A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro	DT	D	S0	C	CT
26. Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades	DT	D	S0	C	CT
27. A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca	DT	D	S0	C	CT
28. O meu bebé não relaxava enquanto mamava	DT	D	S0	C	CT
29. A amamentação foi emocionalmente desgastante	DT	D	S0	C	CT
30. A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim	DT	D	S0	C	CT

Muito Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICES

Apêndice I. Pedido de Autorização à Unidade Local de Saúde do Alto Minho



COMISSÃO de ÉTICA

Handwritten signature

21.1.11
Franklin Ramos
Presidente do
Conselho de Administração

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C. A. o pedido de parecer, de um Trabalho, sendo a investigadora, **Sandrina Maria Araújo Lopes Alves**, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia a desempenhar funções no serviço de Obstetrícia, que se encontra a frequentar o Mestrado em Ciências da Educação, área de Especialização de Educação para a Saúde na Universidade do Minho e cujo Trabalho de investigação tem o título de: **"Grupos de Apoio mãe para mãe – impacto na história de amamentação e implicações na educação para a Saúde"**. Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 12 de Janeiro de 2011

O Presidente da C. E.

Handwritten signature
.....
(Dr. Pedro Meireles)

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia – VIANA DO CASTELO - N.I.P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €-
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 – 4901-871 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 – Linha Azul: 258 828 888

Apêndice II. Declaração de Consentimento Informado

PROJECTO DE INVESTIGACAO: ENCONTROS *MÃE PARA MÃE* – Percursos e Vivências da Amamentação e Implicações na Educação para a Saúde

DECLARACAO DE CONSENTIMENTO

O projecto de investigação “ENCONTROS *MÃE PARA MÃE* – Percursos e Vivências da Amamentação e Implicações na Educação para a Saúde”, realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na Área de Especialização de Educação para a Saúde, a desenvolver no Instituto de Educação da Universidade do Minho, tem como principal objectivo investigar os efeitos dos encontros *mãe para mãe* na experiência de amamentação de um conjunto de grávidas/mulheres aos três meses de vida da criança.

Neste sentido, pedimos a sua colaboração para participar no estudo. O seu contributo é fundamental, na medida em que, paralelamente ao contributo que pretendamos dar para melhorar a sua experiência de amamentação, nos permite obter informações que podem ser relevantes para que no futuro se possam planear políticas/práticas que melhor se adequem às necessidades das mulheres/família e/ou comunidade nesta fase do ciclo de vida. Se aceita participar agradecemos, desde já, a sua colaboração e pedimos-lhe que assine esta declaração:

1. Declaro que me foi explicado o objectivo geral do estudo e retirei todas as dúvidas que me surgiram sobre ele, sobre a minha participação nos encontros *mãe para mãe*, sobre o questionário de avaliação da experiência de amamentação e sobre a forma como os dados do questionário irão ser recolhidos e tratados. Fiquei consciente que a informação recolhida é estritamente confidencial e será apenas utilizada para fins de investigação.

2. Declaro que a minha participação é voluntária e que me foi garantido que a minha decisão de participar, ou não, não afectará as relações que tenho com os profissionais dos serviços implicados, nem terá implicações nos cuidados que me são prestados. Também sei que em qualquer momento posso anular o consentimento agora prestado.

Tomei conhecimento do estudo acima descrito e aceito participar no mesmo.

Assinatura _____

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2011

Apêndice III. Instrumento de colheita de dados – Parte I

QUESTIONÁRIO

Avaliação dos percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde

SANDRINA MARIA ARAÚJO LOPES ALVES

VIANA DO CASTELO - CONTACTO: 93 3595737

Data de preenchimento do questionário ___/___/_____

Cara mãe:

O presente estudo integra-se no mestrado em Ciências da Educação do Instituto de Educação da Universidade do Minho. Pretende-se conhecer a sua história da amamentação e dar contributos para as práticas profissionais neste domínio.

O questionário que apresentado é constituído por perguntas abertas (com linhas) em que deverá escrever a sua situação, e perguntas fechadas (com) que deverá assinalar com uma cruz.

Trata-se de um questionário anónimo e confidencial. A sua opinião é importante, por favor não deixe nenhuma questão por responder. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, o que é importante é que nos descreva com sinceridade e clareza a sua situação actual face às questões colocadas – só desta forma tem sentido

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração, sem a qual este estudo não seria possível.

Parte I

I- Dados sócio-demográficos

1. Idade ____ anos
2. Estado civil: Solteira Casada/União de Facto Separada/Divorciada
3. Escolaridade:
Ensino Básico: (1.^a- 4.^a classe) (5.^o - 6.^o ano) ... (7.^o - 9.^o ano)
Ensino Secundário:.... (10.^o-12.^o ano)
Ensino Superior: ...Bacharelato . Licenciatura Mestrado Doutoramento

4. Profissão: _____
5. Situação profissional:.. Empregada Desempregada Outra
Qual? _____
6. Com quem vive? Marido/Companheiro Outros filhos Outras pessoas
Quem? _____

B – História obstétrica

7. Quantos filhos teve, antes do nascimento deste bebé? 0 1 2 ou mais
(Se respondeu 0 passe à pergunta 10)
8. Amamentou os filhos anteriores? Sim Não
9. Quanto tempo amamentou o seu filho anterior (o último?) _____
10. Onde efectuou a vigilância desta gravidez? (pode seleccionar mais do que uma resposta)
- Centro de saúde
- Hospital.....
- Médico Particular.....
- Outro:..... Especifique: _____
11. Com quantas semanas de gravidez nasceu o seu bebé? _____ semanas
12. Qual foi o tipo de parto?... Vaginal Cesarina

C - Alimentação da criança

13. Iniciou a amamentação na primeira hora de vida do seu bebé? Sim Não
14. Recorde os **alimentos que deu ontem ao seu bebé durante as 24 horas**, assinale-os nas quadrículas abaixo. Pode seleccionar mais do que uma resposta.
- a. Leite materno (directamente da mama)
- b. Leite materno (oferecido pelo copo)
- c. Leite materno (oferecido pelo biberão)
- d. Leite artificial (de lata)
- e. Chá ou água
- f. Vitaminas ou outros medicamentos.....
- g. Outro
- O quê?: _____

15. Se o seu bebé tomou ou toma **água ou chá**, que idade tinha quando o fez pela 1.^a vez?

- a. Menos de 1 mês (até 29 dias).....
- b. 1.º mês (entre 30 e 59 dias)
- c. 2.º mês (entre 60 e 89 dias)
- d. 3.º mês (90 a 95 dias)

16. Se o seu bebé tomou ou toma **leite artificial** (de lata), que idade tinha quando o fez pela 1.^a vez?

- a. Menos de 1 mês (até 29 dias).....
- b. 1.º mês (entre 30 e 59 dias)
- c. 2.º mês (entre 60 e 89 dias)
- d. 3.º mês (90 a 95 dias)

17. Se o seu bebé tomou ou toma **leite materno pelo biberão**, que idade tinha quando o fez pela 1.^a vez?

- a. Menos de 1 mês (até 29 dias).....
- b. 1.º mês (entre 30 e 59 dias)
- c. 2.º mês (entre 60 e 89 dias)
- d. 3.º mês (90 a 95 dias)

18. Se já não amamenta, que idade tinha o seu filho quando lhe deu **leite materno** pela última vez?

- a. Menos de 1 mês (até 29 dias).....
- b. 1.º mês (entre 30 e 59 dias)
- c. 2.º mês (entre 60 e 89 dias)
- d. 3.º mês (90 a 95 dias)

D - Experiência de amamentação

19. Considere as situações que abaixo se descrevem, refira se aconteceram consigo depois do momento da alta da maternidade:

Dificuldades/Problemas	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Mamas muito cheias e dolorosas				
2. Bloqueio dos ductos				
3. Mastite				
4. Mamilos dolorosos ou gretados				
5. Pouco leite				
6. Outra (s)				
Qual: _____				
Qual: _____				

Se assinalou, pelo menos uma das dificuldades/problemas anteriores responda à questão seguinte:

20. Para resolver o(s) problemas que referiu qual ou quais as estratégias que utilizou?

- a. Consegui resolver o problema sozinha
- b. Consegui resolver com a ajuda do marido/companheiro.....
- c. Consegui resolver com a ajuda da família (mãe, irmã...)
- d. Consegui resolver com a ajuda de uma amiga/conhecida que também se encontrava a amamentar ou que já tinha experiência anterior de amamentação
- e. Consegui resolver procurando a ajuda de um profissional de saúde.....
- f. Consegui resolver com a ajuda de informação que recolhi em revistas, livros, internet ou outros documentos.....
- g. Outro
Especifique _____
- h. Não consegui resolver o problema

21. Durante o período em que amamentou o filho actual sentiu-se:

Nada ansiosa

Completamente ansiosa

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Apêndice IV. Pedido de autorização para utilização da MBFES

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão
Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra
Rua 5 de Outubro
Apartado 7032 S. Martinho
3041-801 Coimbra

Exma. Senhora Enfermeira
Sandrina Maria Araújo Lopes Alves

Em resposta ao pedido que me formulou, tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a Escala de Avaliação Materna da Amamentação no âmbito da Dissertação de Mestrado “Encontros mãe para mãe – Impacto na História de Amamentação e Implicações na Educação para a Saúde” que se encontra a desenvolver.

Desejando o maior sucesso para a sua pesquisa, peço que aceite os melhores cumprimentos.

Coimbra, 19 de Janeiro de 2011



Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

(Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão)

Apêndice V. Plano de acção e avaliação do primeiro encontro mãe para mãe

PLANO GERAL DO 1.º ENCONTRO: MEDIAÇÃO DO GRUPO MÃE PARA MÃE (36-38 SEMANAS DE GESTAÇÃO)

O plano geral para o 1.º encontro constitui um guia orientador para a mediadora, a ajustar em função das necessidades e especificidades de cada subgrupo, em cada centro de saúde, tendo em conta que a facilitação da expressão dos sentimentos e pensamentos por parte das mulheres é o principal objectivo.

A concentração da mediadora deve assentar na dinâmica das interacções pessoais enfatizando a liberdade mútua de expressar sentimentos reais, positivos e negativos, num clima de confiança e aceitação (Rogers, 1976).

Elencam-se alguns passos orientadores dos encontros centrados nas mulheres, numa lógica participativa e interactiva:

1. Preparar a sala para o encontro dispondo as cadeiras em círculo, para facilitar o contacto visual entre todas as participantes.
2. Utilizar meios audiovisuais (projector) para manter projectadas e visíveis as principais questões orientadoras da discussão entre as grávidas.
3. Apresentação do mediador do encontro “mãe para mãe”.
4. Apresentação dos objectivos centrais do mediador/grupo:
 - 4.1. Promover um ambiente de respeito mútuo, confiança, sinceridade e empatia;
 - 4.2. Clarificar que o encontro não se trata de uma aula ou palestra, mas antes um espaço onde cada uma tem um papel activo;
 - 4.3. Estimular o espírito de grupo entre as mulheres.
5. Propor a apresentação de cada uma das grávidas:
 - 5.1. Focar aspectos que considerarem importantes: nome, local de residência, profissão, paridade, local de vigilância da gravidez, experiência prévia de amamentação ou outros.

6. Apresentação do objectivo geral do encontro:
 - 6.1. Partilha de experiências, conhecimentos, dúvidas ou receios relativamente à teoria e prática sobre o aleitamento materno e experiência de amamentação;
 - 6.1.1. Reforçar o papel de mediação e incentivar a participação activa de cada uma das grávidas;
 - 6.1.2. Enfatizar o espírito de grupo, com base no interesse e situação de vida similar: grávidas que pretendem amamentar os filhos e que têm datas de parto similares;
 - 6.1.3. Disponibilizar apoio na resolução de dificuldades ou dúvidas emergentes que o grupo autonomamente não consiga resolver.

7. Avaliar a disponibilidade de tempo de cada uma das grávidas, e adequar a duração do encontro à disponibilidade do grupo, com os objectivos de:
 - 7.1. Evitar que o tempo de encontro colida com actividades primárias das grávidas;
 - 7.2. Promover o espírito de integração e cooperação para que todas colaborem e participem plenamente.

8. Propor algumas regras às grávidas no sentido de as vincular ao objectivo geral do encontro:
 - 8.1. Cada grávida tem o direito de se expressar, dar sugestões, propor actividades ou temas para discussão relacionados com o tema do AM;
 - 8.2. Todas têm o direito de ser ouvidas e o dever de ouvir as outras;
 - 8.3. Qualquer experiência pessoal ou informações partilhadas durante o encontro não devem ser discutidas fora do grupo (assegurar a confidencialidade da informação partilhada);
 - 8.4. O mediador deve ser entendido como recurso de apoio e orientação para resolver dúvidas ou dificuldades para as quais o grupo não encontre resposta.

9. Iniciar por uma actividade “quebra gelo” intitulada: “Conhecendo-me a mim com os outros” com o objectivo de facilitar o processo de acção recíproca ou interacção do grupo.
 - 9.1. Objectivos:
 - 9.1.1. Apresentar a actividade “conhecendo-me a mim com os outros”,
 - 9.1.2. Facilitar no grupo a partilha e conhecimento de características individuais que potenciem a aproximação social.

9.2. Estratégias:

- 9.2.1. Explicar ao grupo que lhes será pedido que formem subgrupos ou fila indiana, em função de diversas características;
- 9.2.2. Face a cada característica e estratégia sugerida, o grupo pode organizar-se autonomamente;
- 9.2.3. Determinar o tempo disponibilizado para cada característica, em função do tempo de disponibilidade total do grupo, e adequar o número e tipo de características ao tamanho e grau de envolvimento demonstrado pelo grupo.
 - 9.2.3.1. Para fomentar o estreitamento do contacto social propõe-se que formem subgrupos (durante cerca de 1 minuto para cada característica) de acordo com:
 - 9.2.3.1.1. A primeira letra do nome previsto para o bebé,
 - 9.2.3.1.2. A fruta preferida,
 - 9.2.3.1.3. A cor dos olhos de cada uma,
 - 9.2.3.1.4. A actividade doméstica preferida.
 - 9.2.3.2. Para fomentar o estreitamento do contacto físico propõe-se que formem subgrupos (durante cerca de 1 minuto para cada característica) de acordo com:
 - 9.2.3.2.1. O tamanho das mãos,
 - 9.2.3.2.2. O tamanho das barrigas.
 - 9.2.3.3. Para fomentar a partilha de aspectos mais íntimos, em função de interesses individuais propõe-se que formem subgrupos (durante cerca de 3-5 minutos para cada característica) de acordo com:
 - 9.2.3.3.1. Receios em relação ao parto,
 - 9.2.3.3.2. Um desejo de uma característica do bebé,
 - 9.2.3.3.3. Uma situação de vida em que se sentiram muito apoiadas explicando porquê.

10. Para dar resposta ao objectivo geral do encontro, propor que voltem ao grupo inicial e retomem o lugar nas cadeiras para iniciar uma discussão centrada em três grandes questões (propor uma duração global aproximada de 20-45 minutos e ajustar às características de cada grupo):

- 10.1. Que expectativas têm relativamente à alimentação dos vossos filhos?
- 10.2. Que objectivos têm definidos em termos de duração?
 - 10.2.1. Que recursos de apoio ou ajuda têm disponíveis?

10.3. Qual o maior receio relativamente à experiência de amamentação?

10.3.1. Que medos? Porquê?

11. Lançar a seguinte questão para debate final: O que é que cada uma pode fazer em relação às outras (e a si mesma) para continuarem a partilhar sentimentos, dúvidas e receios e se ajudarem mutuamente a partir de hoje, em relação aos aspectos discutidos?

12. Propor que façam a avaliação do encontro:

12.1. Discutindo no grupo (durante cerca de 2 minutos) a seguinte questão:

12.1.1. Como me senti neste encontro? Que avaliação global faço dele?

13. Propor que escrevam em folha de papel (cedida nesse momento) seis palavras que caracterizem a opinião geral do grupo.

14. Propor que elejam, voluntariamente, um porta-voz para apresentar e fundamentar as palavras seleccionadas, no momento anterior.

15. Estimular e reforçar no grupo o espírito de entreatajuda, pela partilha de contactos no respeito pelas respectivas decisões e opções (telemóvel/telefone, e-mail).

16. Incentivar a participação das mulheres no segundo encontro de grupo, a agendar depois do parto:

16.1. Apresentar o objectivo geral do encontro: Partilha de experiências e necessidades relativamente à situação de cada uma, com recurso a uma estratégia similar.

AVALIAÇÃO DO 1.º ENCONTRO: MEDIAÇÃO DO GRUPO MÃE PARA MÃE (36-39 SEMANAS DE GESTAÇÃO)

A avaliação do 1.º encontro foi efectuada de forma transversal a todos os centros de saúde, na perspectiva da mediadora e tendo por base o objectivo geral da mediação. O objectivo do 1.º encontro parece ter sido atingido, tendo em conta que em todos os centros de saúde se verificou o envolvimento e participação activa das grávidas. A concentração da mediadora assentou sobretudo na dinâmica das interacções pessoais, pelo estímulo à expressão livre de sentimentos reais, positivos e negativos, num clima de confiança e aceitação (Rogers, 1976).

Elencam-se alguns aspectos resultantes da avaliação transversal do 1.º encontro:

1. Em todos os centros de saúde foi preparado e utilizado um espaço adequado: sala onde habitualmente decorriam as sessões de preparação para o parto/parentalidade.
2. O projector foi utilizado para o momento de discussão mais alargado, mantendo projectadas apenas as três questões centrais do encontro.
3. A apresentação do mediador, dos objectivos do encontro e de cada uma das grávidas despertaram a atenção, participação e interacção.
4. Todas as grávidas demonstraram disponibilidade para participar e nalguns casos pelo grau de envolvimento demonstrado foi alargado o tempo inicialmente definido pelo grupo de grávidas (com acordo mútuo entre as grávidas e respeitando interesses individuais).
5. A sugestão das regras do encontro pareceu terem despertado nas grávidas a confiança.
6. A actividade “quebra gelo” funcionou como estímulo para o estreitamento do contacto social e para acentuar a participação e envolvimento efectivo do grupo (espírito de grupo).
7. Na discussão das três grandes questões sugeridas surgiram diversos temas que em termos gerais podemos englobar nos seguintes tópicos:

- 7.1. O aleitamento materno (AM) como expectativa de alimentação da criança,
 - 7.2. Vantagens do AM,
 - 7.3. Medos/receios relacionados com a experiência: (medo de não ser capaz, medo que o bebé não pegue na mama e receio que o leite seja insuficiente/fraco),
 - 7.4. Partilha pelas multiparas da sua própria história anterior de amamentação, face a medos e receios explorados no grupo,
 - 7.5. Dificuldades e problemas com a mama,
 - 7.6. Mitos relacionados com a amamentação,
 - 7.7. Utensílios de suporte à resolução de dificuldades/problemas com a mama,
 - 7.8. O marido/companheiro, mãe e irmãs salientados como recursos de ajuda em experiências anteriores e como expectativa de ajuda na experiência seguinte.
8. Face à questão: O que é que cada uma pode fazer em relação às outras para continuarem a partilhar sentimentos, dúvidas e receios e se ajudarem mutuamente a partir de hoje em relação aos aspectos discutidos?
- 8.1. Espontaneamente as grávidas trocaram endereços de morada, endereços electrónicos, e contactos telefónicos.
9. Na avaliação do encontro foram salientados pelo porta-voz, com a participação dos restantes elementos do grupo, aspectos importantes passíveis de serem enquadrados nos três tipos de suporte social: informacional, afectivo e instrumental que foram posteriormente escritos em folha de papel pelas grávidas (para submeter a análise de conteúdo).
10. Todas as grávidas demonstraram interesse e entusiasmo para a participação no segundo encontro.

Apêndice VI. Plano de acção e avaliação do segundo encontro mãe para mãe

PLANO GERAL DO 2.º ENCONTRO: MEDIAÇÃO DO GRUPO MÃE PARA MÃE (8 a 30 dias após o parto)

O plano geral para o 2.º encontro constitui um guia orientador para a mediadora, a ajustar em função das necessidades e especificidades de cada subgrupo, em cada centro de saúde, tendo em conta que a facilitação da expressão dos sentimentos e pensamentos por parte das mulheres é o principal objectivo.

A concentração da mediadora deve assentar na dinâmica das interacções pessoais enfatizando a liberdade mútua de expressar sentimentos reais, positivos e negativos, num clima de confiança e aceitação (Rogers, 1976).

Elencam-se alguns passos orientadores dos encontros centrados nas mulheres, numa lógica participativa e interactiva:

17. Preparar a sala para o encontro dispondo as cadeiras em círculo para facilitar o contacto visual entre todas as participantes.
18. Utilizar meios audiovisuais (projector) para manter projectadas e visíveis as questões orientadoras da discussão entre as mulheres.
19. Efectuar a recepção às mulheres/recém-nascidos e reforçar os objectivos do mediador:
 - 19.1. Promover um ambiente de respeito mútuo, confiança, sinceridade e empatia;
 - 19.2. Clarificar que o encontro não se trata de uma aula ou palestra, mas antes de um encontro onde cada uma tem um papel activo, e que pretende dar continuidade ao trabalho iniciado no encontro anterior;
 - 19.3. Renovar o estímulo ao espírito de grupo entre as mulheres.
20. Propor a cada uma das mulheres uma breve abordagem dos seguintes aspectos:
 - 20.1. A experiência individual de parto (em função de interesses individuais),
 - 20.2. Apresentação dos respectivos bebés, focando o nome, o peso, a idade e o comportamento geral.

21. Apresentação do objectivo geral do encontro:

21.1. Partilha de experiências, conhecimentos, dúvidas ou receios relativamente à teoria e prática sobre o aleitamento materno e experiência de amamentação.

21.1.1. Reforçar o papel de mediação e incentivar a participação activa de cada uma das mulheres,

21.1.2. Enfatizar o espírito de grupo com base no interesse e situação de vida similar: maternidade e AM,

21.1.3. Disponibilizar apoio na resolução de dificuldades ou dúvidas que o grupo não consiga resolver.

22. Avaliar a disponibilidade de tempo de cada uma das mulheres e adequar a duração do encontro a disponibilidade do grupo, com o objectivo de:

22.1. Evitar que o tempo de encontro colida com actividades primárias das grávidas;

22.2. Promover o espírito de integração e cooperação para que todas colaborem e participem plenamente.

23. Reforçar as regras propostas no sentido de as vincular ao objectivo do encontro:

23.1. Cada mulher tem o direito de se expressar, dar sugestões, propor actividades ou temas para discussão relacionados com o tema do AM;

23.2. Todas têm o direito de ser ouvidas e o dever de ouvir as outras;

23.3. Qualquer experiência pessoal ou informações partilhadas durante o encontro não devem ser discutidas fora do grupo (assegurar a confidencialidade da informação partilhada);

23.4. O mediador apenas participa como recurso para resolver dúvidas ou dificuldades para as quais o grupo não encontre autonomamente resposta.

24. Para dar resposta ao objectivo geral da actividade, propor que iniciem a discussão com base nos dois tópicos sugeridos:

24.1. Como me sinto no papel de mãe?

24.1.1. Como tem corrido a experiência de alimentação do meu filho?

24.2. Que objectivos tenho definidos em relação à alimentação do meu filho?

24.2.1. Quais as minhas dificuldades ou receios?

25. No sentido de reforçar o espírito de grupo propor a reflexão sobre:
- 25.1. O que é que cada uma pode fazer em relação às outras para continuarem a partilhar sentimentos, dúvidas e receios e se ajudarem mutuamente (e cada uma individualmente) a partir de hoje em relação aos aspectos discutidos?
26. Agradecer a presença de todas as mulheres, com base no estímulo e reforço da importância do apoio social para o cumprimento de metas e objectivos individuais. Estimular no grupo o espírito de entreaajuda pela continuidade de contactos formais ou informais, no respeito pelas respectivas decisões e opções.
27. Relembrar o preenchimento do questionário (anónimo e confidencial) na consulta de vacinação aos 3 meses de vida do bebé.

AVALIAÇÃO DO 2.º ENCONTRO: MEDIAÇÃO DO GRUPO MÃE PARA MÃE

(8 a 30 dias após o parto)

A avaliação do 2.º encontro na foi efectuada de modo transversal para todos os centros de saúde, na perspectiva da mediadora. O objectivo de facilitação da expressão dos sentimentos e pensamentos por parte das mulheres foi cumprido num clima de confiança e aceitação (Rogers, 1976).

Apresentam-se aspectos de avaliação global do 2.º encontro:

1. O encontro decorreu na mesma sala onde haviam decorrido os encontros anteriores.
2. Foi utilizado o projector apenas para projecção contínua das questões centrais do encontro.
3. O facto de se tratar do segundo encontro, pela proximidade anteriormente estabelecida entre as mulheres, e de já existir um objectivo geral previamente definido facilitou um ambiente de respeito mútuo, liberdade e empatia.
4. Foi reforçado o objectivo geral do encontro como estímulo à orientação da discussão e partilha no grupo, avaliada a disponibilidade individual de cada mulher, discutido o tempo de duração do encontro e reforçadas as regras de funcionamento do grupo.
5. Perante o desafio inicial de abordagem de aspectos relacionados com a experiência de parto e com a apresentação dos respectivos bebés iniciou-se espontaneamente um espaço de partilha de experiências e sentimentos positivos e negativos entre as mulheres.
6. Procurando não interferir na orientação própria do grupo e expressão individual de cada mulher, mas no sentido de facilitar a discussão em torno de questões relacionadas com o objectivo geral do encontro, foram projectadas as questões centrais para discussão, face às quais o grupo (re)orientou a discussão durante mais tempo do que havia sido planeado (em todos os grupos) devido ao grau de envolvimento que no global foi demonstrado. Surgiu discussão muito rica que pode ser agrupada nos tópicos:
 - 6.1. O parto enquanto experiência marcante para a mulher/companheiro,
 - 6.2. Os primeiros dias pós-parto e a sua influência na adaptação ao novo papel,

- 6.3. Os desafios individuais, conjugais e familiares da transição para a maternidade,
 - 6.4. A amamentação como tarefa fácil para muitas mulheres e como tarefa angustiante para outras e a partilha de estratégias de ajuda,
 - 6.5. O apoio fornecido pelas amigas ou conhecidas,
 - 6.6. O papel dos profissionais de saúde,
 - 6.7. A criança como ser individual com necessidades próprias.
7. Reforçando o espírito de entreajuda, todas as mulheres demonstraram interesse em manter contactos formais ou informais, no respeito pelas respectivas decisões e opções individuais e disponibilidade para preencher o questionário na consulta de vacinação aos 3 meses de vida da criança.