



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Joana Maria Oliveira Vilas Boas

Educar para Cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Joana Maria Oliveira Vilas Boas

**Educar para Cuidar: O papel do
enfermeiro de família na promoção,
proteção e apoio ao aleitamento materno**

Relatório de Estágio
Mestrado em Educação
Área de Especialização em Educação de Adultos e
Intervenção Comunitária

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Clara Costa Oliveira

outubro de 2013

Nome:

Joana Maria Oliveira Vilas Boas

Endereço electrónico: joanapintarola@gmail.com Telefone: 927993824

Número do Bilhete de Identidade: 11876770

Título relatório de estágio

Educar para Cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

Orientador: Prof. Doutora Clara Costa Oliveira

Ano de conclusão: 2013

Relatório de Estágio do Mestrado em Educação

Área de Especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES RELATÓRIOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 24/10/2013

Assinatura: _____

Agradecimentos

Obrigado...

Por vezes torna-se difícil encontrar palavras para expressar o que sentimos...

Tentamos usar palavras dos outros mas, no fundo, sabemos que só as nossas são verdadeiramente genuínas, fiéis ao que nos vai na alma. Por isso, sirvo-me das minhas próprias palavras e aqui as redesenho em forma de afeto e de agradecimentos a todos, que de uma forma sincera, me ajudaram e apoiaram neste momento formativo tornando este percurso de aprendizagem válido e gratificante!!

Aos meus pais pelo amor incondicional e incentivo constantes nos momentos de desânimo e pela compreensão da minha falta de disponibilidade.

À minha irmã, cunhado e sobrinho porque sempre acreditaram em mim, mesmo nos momentos de maior cansaço.

Ao Alexandre pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Prof. Doutora Clara Costa Oliveira, pelo seu apoio incondicional, pelas críticas construtivas, pela disponibilidade total, pelos desafios que me lançou a novas experiências, pela compreensão que sempre manifestou e pela motivação em fazer melhor.

À enfermeira Elisabete Vilaça e a toda a equipa multidisciplinar da instituição de saúde, pela confiança depositada, pelo profissionalismo, pela amizade.

A todos os participantes, os verdadeiros protagonistas e sem os quais seria impossível construir e desenvolver um projeto desta natureza.

À Iris pela amizade incondicional e sincera que vence a barreira da distância geográfica, pela disponibilidade em me ouvir e por confiar nas minhas capacidades. As tuas palavras de incentivo impulsionaram um novo fulgor e deram-me uma motivação extra para continuar.

A todos que fizeram parte deste longo percurso académico e profissional e que contribuíram para os sucessos até agora alcançados.

É a vocês que dedico mais esta etapa vencida!

Educar para Cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

Joana Maria Oliveira Vilas Boas

Relatório de Estágio
Mestrado em Educação – Área de Especialização Educação de Adultos e Intervenção Comunitária
Universidade do Minho

2013

Resumo

Embora esteja comprovada a importância do aleitamento materno e dos seus benefícios, constata-se que o seu abandono é precoce, mesmo entre mulheres bem informadas, dado que podem ser múltiplos os fatores que podem interferir negativamente na decisão da mãe. Assim, a promoção e suporte ao aleitamento materno devem ser encaradas como uma prioridade nas políticas de saúde pública. O enfermeiro, em exercício nos cuidados de saúde primários, e enquanto educador comunitário, têm um papel fundamental no incentivo, ensino e esclarecimento sobre o aleitamento materno, principalmente nas mulheres jovens e nas que são mãe pela primeira vez. Concentrado neste caminho e como parte integrante do Sistema de Saúde, o enfermeiro de família deve assumir o sério compromisso de intervir no sentido de implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno, procurando assim dar resposta a esta responsabilidade social e profissional, garantindo a cada mãe, uma escuta ativa de forma a compreender e esclarecer todas as suas dúvidas e crenças com vista a tornar a amamentação num ato mútuo de prazer. A ação dos profissionais de saúde na comunidade deve inscrever-se num ambiente de coparticipação com o utente-família / grupo-comunidade e de respeito mútuo na procura das soluções para as necessidades apresentadas.

A pertinência deste projeto justifica-se pelas recomendações da OMS acerca do aleitamento materno uma vez que se aconselha a sua exclusividade até ao sexto mês de vida e ser complementado até aos dois anos de idade e tem como objetivo proporcionar às mães/famílias condições que permitam promover comportamentos de adesão à amamentação e apoiar as mães/ famílias nas dificuldades surgidas durante o aleitamento materno. Neste sentido foram desenvolvidas atividades em permanente interação com o binómio mãe (família) / bebé no sentido de colmatar dificuldades detetadas aquando o levantamento de necessidades.

No desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária optou-se pela metodologia investigação – ação participativa por se considerar que é a que melhor se adequa à prossecução das atividades, uma vez que se torna difícil conhecer o público-alvo sem interagir com ele e consequentemente promover modificações de comportamentos.

Educating to Care: the role of the family nurse in promoting, protecting and supporting the breastfeeding.

Joana Maria Oliveira Vilas Boas

Professional Practice Report

Master in Education– Specialization area in Adult Education and Community Intervention

University of Minho

2013

Abstract

Research has shown the importance and positive effects of breastfeeding but women, even the most educated, tend to stop breastfeeding very early. Multiple factors seem to contribute negatively to this early decision, therefore its support and encouragement should be taken as a priority in public health policy. Nurses working in primary health care and in the community have a crucial role to the encouragement, education and information about breastfeeding, mainly among young women and first time mothers. Focused in this, and as integrant part of the Health System, the family nurse have to be committed in intervening and implementing tools that enhance the success of breastfeeding, thus carrying out this social and professional responsibility. By this way, the nurse will actively listen to every mother in order to understand and clarify all the questions and beliefs about breastfeeding, thus helping in making breastfeeding an act of mutual pleasure between mother and baby. The action of health professionals in communities should be grounded in an environment of co-participation with the patient-family/group-community as well as in a mutual respect attitude towards the search of solutions to the needs reported.

The recommendations of the World Health Organisation on breastfeeding justify the pertinence of this project, suggesting that it should be exclusive until the sixth month of birth and complementary until the two years old of age. This project aims to give mothers/families conditions that promote adherence behaviours to breastfeeding and give support on difficulties felt during this process. Therefore, a set of activities were implemented, in permanent interaction within the binomial mother/family and baby, in order to respond to difficulties detected during the process of assessing the needs of these mothers/families.

The research methodology used in this project was participatory action research. This was considered the most adequate research option to the aims and activities of this project, as it sets the ground for the interaction with the target group, increasing the knowledge about this group and consequently promoting behavioural changes.

Índice

1-Introdução	1
2-Enquadramento contextual do estágio	3
3-Enquadramento teórico da problemática do estágio	7
3.1- Investigação realizada subordinada à temática do aleitamento materno	7
3.2- Educação e saúde- complementaridade nos conceitos	14
3.3- O <i>empowerment</i> na prática de enfermagem	22
3.4- Aleitamento materno	27
3.4.1- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo	29
3.4.2- Papel do enfermeiro de família no apoio à prática do aleitamento materno	32
3.4.3- Evolução histórica do aleitamento materno	39
3.4.4- Composição do aleitamento materno	41
3.4.5- Aleitamento materno exclusivo e abandono precoce- uma definição	42
3.4.6- Vantagens do aleitamento materno	43
3.4.7- Vantagens para o bebé	44
3.4.7.1- Vantagens nutricionais	44
3.4.7.2- Vantagens imunológicas	45
3.4.7.3- Vantagens psicológicas	46
3.4.8- Vantagens para a mãe	47
3.4.9- Vantagens socioeconómicas	48
3.4.10- Vantagens para o meio ambiente	49
3.4.11- Contra- indicações do aleitamento materno	49
3.4.12- Fatores que influenciam a prática do aleitamento materno exclusivo	50
3.4.12.1- Idade materna	51
3.4.12.2- Nível socioeconómico/ habilitações literárias	51
3.4.12.3- Atitudes/ experiências durante a gravidez	51
3.4.12.4- Efeitos da comunicação social	52
3.4.12.5- Alteração na estrutura da sociedade e das famílias	52
3.4.12.6- Situação profissional da mãe	53
3.4.12.7- Motivos emocionais e experiências anteriores	54
3.4.12.8- Dificuldades maternas fisiológicas	55
3.4.12.8.1- Mamilos dolorosos e fissuras	56

3.4.12.8.2- Ingurgitamento mamário	56
3.4.12.8.3- Mastites	57
3.4.12.8.4- Obstrução dos ductos	57
3.4.12.8.5- Mamilos invertidos ou retraídos	67
3.4.12.9- Dificuldades relacionadas com o bebé	58
3.4.12.9.1- Pouco leite/ choro do bebé	58
3.4.12.9.2- Recusa em mamar	60
3.4.12.9.3- <i>Nipple confusion</i>	60
3.4.12.10- Motivos estéticos por parte da mãe	61
3.4.12.11- Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde	61
3.4.12.12- Introdução de leites artificiais muito precocemente	62
3.4.13- O direito a amamentar – legislação em Portugal	62
4- Enquadramento metodológico	65
4.1- Apresentação e fundamentação metodológica	65
4.1.1- Definição do paradigma de intervenção investigação	65
4.1.2- Metodologia de intervenção/ investigação	67
4.1.3- Métodos e técnicas de investigação	68
4.1.4- Métodos e técnicas de educação / formação	71
4.1.5- Métodos e técnicas de avaliação	72
4.2- Identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo	73
4.2.1- Recursos mobilizados	73
4.2.2- Limitações do processo	74
5- Apresentação e discussão dos resultados do processo de intervenção	77
5.1- Apresentação do trabalho de investigação/ intervenção desenvolvido	77
5.2- Descrição das atividades	77
5.3- Apresentação e discussão dos resultados obtidos	89
6- Considerações finais	93
6.1- Os resultados numa perspetiva crítica	93
6.2- Implicações do estágio a nível pessoal, institucional e de conhecimento para a área da educação de adultos e intervenção comunitária	94
7- Bibliografia	99
Anexos	109

Anexo 1	111
Anexo 2	1117
Apêndices	123
Apêndice 1	125
Apêndice 2	129
Apêndice 3	133
Apêndice 4	147
Apêndice 5	141
Apêndice 6	145
Apêndice 7	149
Apêndice 8	153
Apêndice 9	157
Apêndice 10	161
Apêndice 11	173
Apêndice 12	177
Apêndice 13	181
Apêndice 14	185
Apêndice 15	189
Apêndice 16	193
Apêndice 17	199
Apêndice 18	203
Apêndice 19	207
Índice de tabelas	
Tabela 1	90
Tabela 2	91
Tabela 3	135
Tabela 4	135
Tabela 5	139
Tabela 6	143
Tabela 7	143
Tabela 8	147

Tabela 9	147
Tabela 10	151
Tabela 11	151
Tabela 12	155
Tabela 13	155
Tabela 14	159
Tabela 15	159
Tabela 16	175
Tabela 17	175
Tabela 18	179
Tabela 19	179
Tabela 20	183
Tabela 21	183
Tabela 22	191
Tabela 23	191
Tabela 24	201
Tabela 25	201
Tabela 26	205
Tabela 27	205
Tabela 28	209
Tabela 29	209

Índice de gráficos

Gráfico 1	89
Gráfico 2	90
Gráfico 3	135
Gráfico 4	143
Gráfico 5	147
Gráfico 6	151
Gráfico 7	155
Gráfico 8	159
Gráfico 9	175

Gráfico 10	179
Gráfico 11	183
Gráfico 12	191
Gráfico 13	201
Gráfico 14	205
Gráfico 15	209

Siglas e abreviaturas

CSP- Cuidados de saúde primários

DVD- Dico digital versátil

OMS- Organização Mundial de Saúde

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para as Crianças

n.º- número

art. - artigo

1 - Introdução

O presente relatório surge no âmbito do estágio profissional do Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária. Decorreu numa instituição de saúde no período de Outubro de 2012 a Junho de 2013 tendo como destinatários grávidas, puérperas, recém-nascidos e suas famílias. O fato de já trabalhar na comunidade e para a comunidade influenciou a minha escolha querendo deste modo tentar inovar num meio que já me era familiar.

A proteção, promoção e apoio do aleitamento materno devem ser uma prioridade nos cuidados de saúde. As baixas taxas de aleitamento materno, ou mesmo o seu abandono precoce, tem implicações negativas para a saúde da criança, sendo também responsável pelo aumento das despesas do Serviço Nacional de Saúde. O sucesso do aleitamento materno depende de fatores que o podem influenciar positiva ou negativamente. Alguns destes fatores estão relacionados com a própria mãe, com a sua personalidade e a sua atitude face ao ato de amamentar, outros referem-se à criança e ao ambiente, como por exemplo as suas condições de nascimento e o período pós-parto, havendo, também fatores circunstanciais que podem interferir no sucesso do aleitamento materno até aos seis meses, como por exemplo o trabalho materno.

Embora seja incontestável a importância do aleitamento materno e dos seus benefícios, o desmame precoce é ainda bastante frequente, mesmo entre mulheres bem informadas. É aqui que os enfermeiros enquanto educadores comunitários têm um papel fundamental no incentivo, ensino e esclarecimento sobre o aleitamento materno, principalmente nas mulheres jovens e nas que são mãe pela primeira vez. Neste sentido, esta intervenção intitulada “Educar para Cuidar” procurou desenvolver atividades que de um modo muito prático e dinâmico contribuíssem para a promoção e manutenção do aleitamento materno.

O presente relatório encontra-se organizado em vários capítulos nomeadamente: enquadramento contextual do estágio, enquadramento teórico da problemática do estágio, enquadramento metodológico, apresentação e discussão do processo de intervenção/ investigação, considerações finais, bibliografia e por fim anexos e apêndices.

O enquadramento contextual consistirá numa descrição da instituição, na caracterização do público-alvo com identificação das suas necessidades e expectativas bem como a justificação da problemática em estudo e dos objetivos do estágio.

No enquadramento teórico serão apresentados alguns trabalhos desenvolvidos na área do aleitamento materno, assim como algumas das correntes teóricas que fundamentam a minha intervenção ao longo do estágio nomeadamente a educação permanente e comunitária; a promoção e

educação para a saúde; o *empowerment* na prática dos cuidados de enfermagem; o aleitamento materno que foca aspetos desde a sua evolução histórica até aos aspetos legais e a figura do enfermeiro de família.

No enquadramento metodológico serão apresentados o paradigma, a metodologia, os métodos e técnicas, a avaliação e por fim os recursos mobilizados e limitações do processo.

No capítulo apresentação e discussão do processo de intervenção serão apresentadas as atividades e discutidos os resultados obtidos com a sua implementação.

Nas considerações finais será efetuada uma avaliação crítica dos resultados e as suas implicações a nível pessoal, institucional e a nível de conhecimentos para a área da educação de adultos e intervenção comunitária.

Termino o presente relatório de estágio com a bibliografia e os anexos e apêndices relevantes para a investigação/intervenção.

2 - Enquadramento contextual do estágio

O dinamismo e a evolução rápida são características dos tempos atuais, repercutindo-se em modificações sociais e conseqüentemente na abordagem dos cuidados de saúde. Esta transformação tem afetado, ultimamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conduzindo para esta área a atenção e o investimento das políticas de saúde, pretendendo-se dar resposta às atuais e reais necessidades da população, que neste momento ultrapassam as portas das instituições de saúde, remetendo-nos obrigatoriamente para intervenções na comunidade, onde a população vive, estuda, trabalha, descansa, e se isola.

A ação dos profissionais de saúde dos CSP deve inscrever-se num ambiente de coparticipação com o utente-família /grupo-comunidade e de respeito mútuo na procura das soluções para as necessidades que ele apresenta. A declaração de Alma-Ata, resultante da conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou como primeira prioridade em CSP a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a saúde.

Os CSP são um elemento-chave de um sistema de saúde, orientam-se para a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras estruturas ou profissionais no domínio da saúde.

Os centros de saúde são parte integrante do sistema de saúde português, emergindo como um alicerce no desenvolvimento da comunidade, ao garantirem o primeiro nível de contato na assistência ao nível da prevenção da doença e da promoção da saúde, constituindo um local de intervenção no contexto individual e simultaneamente coletivo. Baseiam-se numa prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas conseqüências mais incapacitantes, dando particular importância à educação para a saúde sendo, esta a prática promotora de saúde por excelência. Estes são uma fonte de ajuda contínua aos pais, tanto no esclarecimento quanto às formas de promover a saúde dos seus filhos, com o objetivo de desenvolver conhecimentos e habilidades, no sentido da sua autonomia no processo de saúde.

Sem dúvida que as crianças representam o nosso futuro, e do presente, numa ação individual e comunitária, exige-se a responsabilidade de os educar, de promover um ambiente que propicie um crescimento e desenvolvimento físico/psicossocial saudável, capaz de gerar os homens e as mulheres do amanhã!

Na verdade, cuidar de crianças na comunidade, representa uma experiência impar, que aclama a sensibilidade mais profunda dos profissionais que aí trabalham, porque nela se exercita o amor, enobrece-se o saber e floresce-se a esperança!

Os atuais conhecimentos científicos comprovam o que as mães já intuitivamente conheciam, que o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido. Daí que a promoção do aleitamento materno até aos seis meses de idade seja uma prioridade a nível mundial. Para além do elo de cumplicidade mãe – filho, o aleitamento materno constitui também um autêntico seguro de saúde e de desenvolvimento da criança. O fato de as crianças serem alimentadas através de leite materno faz ainda com que haja uma redução de morbilidade e mortalidade, “[...] constituindo um seguro de saúde e de vida para os filhos dos pobres” (Campos, 2007, p. 33) e “[...] diminui muito os custos para a sociedade pelo fato de conferir mais saúde à criança” (Loureiro, 2005).

A amamentação bem-sucedida depende de uma opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras, e requer apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar e para cuidar do filho, um bebé capaz de mamar eficazmente, que cresce e se desenvolve, e assistência por profissionais de saúde capazes de atuar de forma motivadora e de ensinar a agir, de modo a torna-la um êxito e a propiciar prazer em amamentar e em mamar.

É preconizado pela OMS que as puérperas amamentem até aos 6 meses de idade (Ramos & Almeida, 2003), no entanto e dados recentes publicados pelo observatório do registo do aleitamento materno dão conta que apenas 14,7% dos bebés são amamentados em exclusivo até essa idade.

A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade nas políticas de saúde pública em toda a Europa e tem como referência a estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças na 1ª Infância, adotada por todos os estados-membros da OMS na 55.ª Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2002.

O aleitamento materno é algo natural, mas não instintivo ou inato, é sim uma habilidade que necessita de aprendizagem e uma cultura humana que necessita de ser recuperada.

Em Portugal, apesar das múltiplas medidas para fomentar o aleitamento materno junto dos profissionais de saúde e da comunidade, a sua prevalência não é de todo satisfatória. Não obstante os elevados valores ao nascimento, os dados epidemiológicos disponíveis revelam uma rápida diminuição da duração da amamentação, pelo que muitas crianças continuam a receber pouco, ou mesmo nenhum, leite materno.

A promoção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida é portanto um processo lento que exige uma eficaz intervenção dos profissionais de saúde.

Neste sentido a finalidade deste projeto é a estimulação, incentivo e apoio do aleitamento materno, para que de uma forma esclarecida e fundamentada, munidos das ferramentas necessárias, os pais decidam amamentar os seus filhos e que tenham sucesso.

Foram delineados como objetivos gerais: proporcionar às mães/famílias condições que permitam promover comportamentos de adesão à amamentação e apoiar as mães/ famílias nas dificuldades surgidas durante o aleitamento materno; e como objetivos específicos: capacitar as mães/famílias sobre a amamentação; promover a partilha de experiências entre pais; promover a formação/ educação ao longo da vida; contribuir para um aumento na prevalência do aleitamento materno e promover a vinculação entre pais e bebé.

De um modo geral este projeto teve como público-alvo 15 mães inscritas na unidade de saúde. Os companheiros também estiveram presentes em algumas atividades, sempre que era possível, mas como regressam ao trabalho mais cedo não serão aqui caracterizados. As mulheres tinham na sua maioria entre 27 e 35 anos, havendo duas com menos de 25 anos e a mais velha de todas com 38 anos. Todas foram mães de bebés de termo não se verificando nenhuma gravidez gemelar. Em 10 dos casos o parto foi eutócico ao passo que nos restantes 5 houve a necessidade de se efetuar uma cesariana. Relativamente às habilitações literárias da mãe apenas 3 mães referem ensino superior ou equivalente, 5 mães referem possuir ensino médio ou técnico inferior (equivalente a 8 a 9 anos de estudo) sendo que as restantes 7 possuem apenas 6 anos de estudo, ou o ensino primário completo. Relativamente à atividade profissional as respostas foram mais díspares no entanto, a maioria e apesar de terminologia diferente trabalha no setor têxtil. No grupo estava presente uma professora, uma farmacêutica e uma bancária. Na maioria dos casos era o primeiro filho e apenas 3 mães estavam a viver a maternidade pela segunda vez. No que se refere ao estado civil são todas casadas.

As conversas informais possibilitaram a obtenção de informações importantes para o diagnóstico de necessidades, interesses e expectativas, assim como o inquérito por questionário, as notas de diário de bordo, a entrevista semiestruturada à acompanhante e análise documental. Pela análise destes métodos foi possível identificar que as mães necessitam de apoio no esclarecimento de dúvidas quer na unidade de saúde e de preferência num local afastado da parte curativa, quer no domicílio por se sentirem mais confortáveis nesse espaço. Esperam que a unidade de saúde possa fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do seu filho auxiliando nas dificuldades surgidas em tempo útil. Esperam ainda que os profissionais de saúde mantenham uma atitude disponível para responder às suas dúvidas para que mantenham o leite materno pelo máximo tempo possível. Desejam de igual modo ser surpreendidos com iniciativas inovadoras.

3- Enquadramento teórico da problemática do estágio

Neste capítulo serão apresentados alguns trabalhos desenvolvidos na área do aleitamento materno, bem como algumas das correntes teóricas que fundamentam a minha intervenção ao longo do estágio. Deste modo será abordada a educação permanente e comunitária; a promoção e educação para a saúde; o *empowerment* na prática dos cuidados de enfermagem; o aleitamento materno desde a sua evolução histórica até aos aspetos legais e a figura do enfermeiro de família.

3.1 - Investigação realizada subordinada à temática do aleitamento materno

A temática do aleitamento materno tem sido foco de investigação na área ciências da saúde, sociais e humanas, sendo inúmeros os trabalhos e artigos científicos encontrados. Passarei a descrever de uma forma sucinta 3 teses de doutoramento e 10 dissertações de mestrado. Foram ainda encontrados alguns relatórios realizados no âmbito de mestrados profissionalizantes na área da enfermagem de saúde infantil e pediatria e comunitária, que apenas fazem de algum modo referência à temática do aleitamento materno de uma forma muito breve e decorrente de iniciativas desenvolvidas no estágio pelo que não se encontram elencadas nesta lista.

- O sucesso no aleitamento materno. Contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento de Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque Almeida apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa, 1996.

Tratou-se de um estudo prospetivo e experimental com aleatorização e dupla ocultação, que pretendia avaliar a eficácia de duas intervenções efetuadas à nascença no sucesso do aleitamento materno (precocidade da primeira mamada e esclarecimento das mães acerca da importância do bebé se encontrar alerta no momento da mamada), e avaliar as determinantes do sucesso do aleitamento materno. No final do estudo, Almeida (1996, p. 203) concluiu que:

“ o aleitamento materno é um processo complexo, exigindo [...] a implementação de medidas de vários níveis. [...] Como determinantes na decisão de amamentar, sugere-se a importância das consultas [...] e a frequência das aulas de preparação para o parto. [...] Para o suporte da amamentação, é especialmente importante a disponibilidade e a competência dos profissionais de saúde, nos domínios dos conhecimentos, atitudes e gestos com especial realce para o diagnóstico de bons e maus padrões interactivos entre mãe e bebé durante a mamada.

Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados vários questionários e a observação, que permitiram aferir a importância da “[...] aquisição de competências durante os cursos pré e pós graduados no domínio dos conhecimentos [...] pelos profissionais de saúde, [...] a fim de poderem promover e suportar uma boa prática do aleitamento materno (Almeida,1996, p. 197).

- Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes. Tese de doutoramento de Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, orientada pelo Professor Doutor Eduardo Sá e co-orientada pelo Professor Doutor Nuno Grande e apresentada na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ramo Ciências de Enfermagem), 2002

Este estudo descritivo- correlacional que envolveu 607 díades (mãe/bebé), socorreu-se da pesquisa direta para avaliar a influência de algumas variáveis no sucesso da amamentação e deste modo identificar de que modo a atuação dos profissionais de saúde e em particular os enfermeiros se repercute nesse sucesso. Foram utilizados vários questionários para a recolha de informação bem como a aplicação de escalas internacionais entretanto validadas para a população portuguesa.

Este estudo pretendeu dar resposta, e perceber se os profissionais de saúde estão comprometidos com a promoção da amamentação bem-sucedida e se integram nas suas práticas assistenciais medidas favorecedoras para o seu sucesso. Verificou-se que foi ao centro de saúde que a maioria das mães recorreu quando sentiu dúvidas ou quando surgiram problemas relacionados com a amamentação.

- Contributos da intervenção de Enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno. Tese de doutoramento em Enfermagem apresentado por Luís Carlos Carvalho da Graça na Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Céu Barbiéri Figueiredo e co-orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Caetano Carreira Conceição, 2010

Este estudo quási - experimental, (correlacional, transversal e longitudinal) teve como objetivo a análise dos contributos da intervenção dos enfermeiros do Centro de Saúde de Viana do Castelo na promoção do aleitamento materno. A amostra foi constituída por 151 primíparas com vigilância no

centro de saúde, tendo sido aplicados vários questionários nomeadamente aquando a realização de consulta individual, em cursos de preparação para o parto/ parentalidade e na visita domiciliária. O estudo permitiu concluir que para a promoção do aleitamento materno “são necessários profissionais com sólida formação científica, sensíveis aos valores e crenças das mulheres e das famílias, políticas claras e projetos estruturados com objetivos a atingir, protocolos de intervenção e avaliação sistemática” (Graça, 2010, p. 194).

- Aleitamento materno numa população do Concelho de Chaves de Sandra Celina Fernandes no âmbito do mestrado em Promoção/ Educação para a Saúde sob a orientação do Professor Doutor Jacinto Vasconcelos Raposo na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, 1999.

Estudo quasi- experimental teve como amostra mães frequentadoras do Hospital distrital de Chaves em que foi aplicado um questionário sobre o aleitamento materno (para caracterização da amostra). Um dos objetivos deste estudo foi a criação de recomendações no âmbito da promoção/ educação para a saúde que contribuíssem para o aumento da prevalência e duração do aleitamento materno. As conclusões vão de encontro ao que está preconizado pela OMS recomendando a promoção do aleitamento nos primeiros 6 meses de vida, enquanto responsabilidade coletiva que envolve “ os pais, a família, a comunidade, o sistema de saúde, o sistema educacional e os governos” (Fernandes, 1999, p. 162).

- Aleitamento materno e asma. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem de Manuel Fernando da Silva Azevedo apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto sob a orientação do Professor Doutor Mário Queirós Rebelo de Carvalho, 2001

Este estudo retrospectivo que tinha como objetivo comparar o tempo de aleitamento materno em crianças asmáticas e não asmáticas, evidencia o aleitamento materno como “fator protector para o lactente, conferindo-lhe imunidade através das imunoglobulinas contidas no leite materno” (Azevedo, 2001, p. 21). Foi aplicado um questionário para a obtenção da informação relativa às variáveis em estudo.

- Os profissionais de saúde e o aleitamento materno. Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. Dissertação de mestrado de Carla Sofia Sousa Martins Marinho, sob a orientação da Prof. Doutora Isabel Pereira Leal apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2003

Este estudo exploratório, transversal e descritivo teve como objetivo a identificação das atitudes de técnicos de saúde em relação ao aleitamento materno tendo sido aplicado um questionário de autopreenchimento não presencial. Permitiu concluir que a área do aleitamento materno desperta interesse para a maioria dos profissionais em estudo e que estes “se sentem confiantes na sua abordagem com as mães e referem sentimentos de satisfação perante uma mãe que decidiu amamentar” (Marinho, 2003, p. 101).

- Aleitamento materno. Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Dissertação de mestrado de Lídia Cardoso sob a orientação do Professor Doutor José João Pinhanços de Bianchi apresentada no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2006

Este estudo exploratório de caráter descritivo pretendeu avaliar as condições de sucesso no aleitamento materno tendo por amostra 173 mães do concelho de Chaves, e sido aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados. Embora sejam inúmeros os progressos obtidos para o aumento da prevalência do aleitamento materno, o estudo conclui que ainda muito há a fazer para “ promover eficazmente o aleitamento materno exclusivo e prolongado. E [...] esse esforço de promoção terá necessariamente de se realizar, em grande parte, através de acções de educação para a saúde” (Cardoso, 2006, p. 127).

Foi ainda possível constatar, a:

“ [...] inseparável ligação entre as ideias e práticas referentes à saúde, à promoção da saúde e à educação para a saúde, ou mesmo, à educação em geral, sobretudo quando esta é percebida em toda a sua extensão e segundo o seu sentido mais genuíno, quer dizer, como humanização permanente” (Cardoso, 2006, p. 127).

- O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem de Maria José Cardoso Maia, apresentado na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar sob a orientação da Doutora Zaida Azeredo, 2007.

Este estudo de carácter exploratório descritivo teve como objetivos estudar a adesão ao aleitamento materno e identificar o papel do enfermeiro nesse âmbito. Foram utilizados o questionário e a entrevista estruturada como instrumentos de colheita de dados. Constatou-se que as participantes identificam o enfermeiro como um educador. À semelhança de outros estudos a nível nacional, a pesquisa revela uma grande incidência do aleitamento materno ao nascimento mas também a introdução precoce do leite artificial e no sentido de contrariar esta tendência negativa atribui importância às ações de educação para a saúde não só no sistema de saúde mas também em contexto escolar. Defende também, que os profissionais devem possuir conhecimentos específicos para poderem apoiar esta prática (Maia, 2007, p. 120).

- Ideias e práticas das mães face à amamentação. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde de Maria João Vieira dos Santos e Soares Catarino, apresentada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve sob a orientação da Professora Doutora Cristina Nunes, 2007

Este estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal - longitudinal teve como objetivo identificar os aspetos que influenciam a decisão da mãe em amamentar. Para tal foram utilizados um questionário e a entrevista telefónica como instrumentos de colheita de dados e a amostra constituída por 160 puérperas internadas no serviço de obstetria do Hospital distrital de Faro. Este estudo concluiu que os conhecimentos das mães sobre aspetos relacionados com o aleitamento materno não são suficientes para conduzir a uma prática adequada, reforçando a necessidade de investir em educação para a saúde e acompanhamento no período pré e pós parto. Sugere ainda a criação de grupos de apoio no sentido de desenvolver ou aumentar as competências para o exercício da maternidade, como prática facilitadora do aleitamento materno exclusivo.

- Aleitamento materno. Relactação e lactação induzida. Dissertação de mestrado de Joana Daniel Bordalo, apresentada na Faculdade de ciências da saúde da Universidade da Beira Interior sob a orientação da Dr.^a Celina Pires, 2008

Este estudo utilizou como metodologia a revisão bibliográfica de modo a avaliar o atual estado da arte no âmbito do aleitamento materno, bem como enfatizar a importância desta prática em todas as suas vertentes. Sugere a criação de uma equipa de apoio com múltiplas possibilidades de contato para facilitar o esclarecimento de dúvidas ou resolução de problemas, bem como a constituição de equipas que realizem visitação domiciliária para que “[...] as mães fossem visitadas nas suas casas e nos seus ambientes do dia- a – dia e [...] sejam ajudadas nos posicionamentos de modo a facilitar a pega (Bordalo, 2008, p. 81).

- Aleitamento materno. Estudo da prevalência e dura o na área de influência do centro de saúde de Belmonte. Disserta o de mestrado de Maria João Lima, apresentada   Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior sob a orienta o da Dr.^a Celina Pires, 2010

Este estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo foi realizado mediante a aplica o de um questionário a uma amostra constituída por 89 mães de crianças nascidas entre 2001 e 2006 na área de influência do centro de saúde de Belmonte. Tinha como objetivo determinar a prevalência e dura o do aleitamento materno, identificar os fatores associados a uma maior dura o bem como avaliar o impacto do programa de interven o na comunidade. Verificou-se que as taxas do aleitamento materno no período em análise foram elevadas e com evolu o positiva. Este resultado vem reforçar a “importância dos profissionais de saúde enquanto fontes de informa o, aconselhamento e apoio às grávidas e mães em fase de amamenta o” (Lima, 2010, p. 2).

- Vista domiciliária. Contributos da enfermagem na manuten o da amamenta o. Disserta o de mestrado de Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a orienta o do Professor Doutor Carlos Alberto Gonçalves, 2011

Este estudo quantitativo, correlacional nível II teve como objetivo avaliar o contributo da visita domiciliária na prevalência do aleitamento materno, mediante a aplicação de um questionário a mulheres com parto no período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010. A amostra foi composta por 108 mulheres, 51 das quais foram alvo de visita domiciliária e 57 que não foram. Uma das conclusões do estudo foi a constatação que apesar de a visita domiciliária não ser estatisticamente significativa na prevalência da amamentação exclusiva, esta foi mais elevada aos 6 meses no grupo de mulheres visitado, tendo até ter sido considerada uma estratégia de ensino de grande utilidade por metade da amostra estudada (Filipe, 2011, p. 6). Verificou-se também “que a visita domiciliária contribui para a adoção de comportamentos salutogénicos e para o estabelecimento de uma relação mais próxima entre o profissional de saúde e a família” (Filipe, 2011, p. 112).

- Grupos de apoio “Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na educação para a saúde. Dissertação de mestrado de Sandrina Maria Araújo Lopes Alves, apresentada no Instituto de Educação da Universidade do Minho sob a orientação do Prof. Doutor Almerindo Janela Afonso e co - orientação do Prof. Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça, 2011

Este estudo pré - experimental realizou-se no Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho no âmbito dos cursos de preparação para o parto, englobando 110 grávidas e recorreu à aplicação de um questionário para colheita de dados. Permitiu concluir que os grupos de apoio mediados pela educação para a saúde influenciam de forma positiva os percursos e vivências da amamentação, estimulando o *empowerment* individual. Defende ainda que:

“ A definição de políticas locais de saúde que envolvam o sector da saúde, educação e comunidade no apoio e suporte ao aleitamento materno e a constituição de associações de voluntariado, no apoio à transição para a maternidade e suporte ao aleitamento materno, podem fomentar uma cultura de aleitamento materno, contribuindo para o desenvolvimento comunitário” (Alves, 2011, p. 119).

Sugere ainda a:

“construção de projetos de intervenção no âmbito da promoção da saúde, que enquadrem a Educação para a Saúde crítica, enquanto instrumento fundamental para [...] a promoção do

aleitamento materno, pela articulação do papel central das mulheres e comunidade com os profissionais do sector da saúde e da educação” (Alves, 2011, p. 121).

3.2 - Educação e saúde – complementaridade nos conceitos

Os conceitos de educação e saúde foram-se alterando ao longo dos tempos, fruto das mudanças políticas, sociais e ideológicas, desenvolvendo-se quase em paralelo, demonstrando a estreita relação entre ambos. Atualmente as tentativas de definição destes conceitos fazem emergir como traço comum o desenvolvimento do ser humano nas suas dimensões fisiológica, cultural e espiritual. O que vai de encontro ao pensamento de Dias (2009, p. 23) que refere que “acompanhando a evolução acelerada do mundo nos últimos 60 anos e as profundas transformações a que se tem encontrado sujeito, o conceito de educação vem progressivamente integrando diversas dimensões”. Educação e saúde impõem uma visão holística, ao abordar a pessoa nas suas várias dimensões e em permanente interação com o meio envolvente.

A educação é um instrumento de progresso individual e social permitindo à pessoa o aperfeiçoamento das capacidades humanas, podendo também ser encarada como “um fenómeno humano em que as pessoas se relacionam dinamicamente e em que o protagonista corresponde ao educando” (Martínez-Otero, 2003, p. 27), e segundo Dias (2009, p. 27) “[...] provavelmente, o maior investimento a realizar na vida pessoal, comunitária, ecossistémica”.

Como resultado das rápidas transformações sociais e com a crise mundial da educação, ela deixa de estar circunscrita às crianças e jovens, passando a dirigir-se a todos, ao longo de toda a vida e representando para estes uma “construção contínua dos seus conhecimentos e atitudes e da faculdade de juízo e acção. Deve permitir a tomada de consciência de si mesmo e do seu meio e desempenhar a sua função social no mundo do trabalho e na vida pública” (Delors, 2003, p. 15). A educação é ainda, segundo Lima *in* Canário (2008, p. 56) “[...] indispensável ao desenvolvimento humano e social e à modernização económica”.

A declaração de Hamburgo surge como um dos mais importantes textos elaborados sobre a educação de adultos. Nesta declaração pode ler-se que a educação de adultos torna-se, então, mais que um direito, é uma chave para o século XXI. É, simultaneamente, uma consequência de uma cidadania ativa e uma condição para uma participação plena na sociedade.

Ainda nesta declaração foi definida a natureza da educação de adultos, realçando as preocupações de mudança social e de promoção de melhores condições de vida para os indivíduos e para a comunidade.

A educação permanente e a aprendizagem ao longo da vida vieram impulsionar a educação e formação de adultos para novos caminhos e novas formas de olhar a aprendizagem. Se o ensino de pessoas adultas tinha na base o referente académico da escola infantil, nos anos setenta e oitenta, encontramos um novo paradigma, em que a educação de adultos se assume como um processo de educação permanente, onde a referência já não é a escola, centrando-se sim na vida do adulto, nas necessidades sociais, na sua aprendizagem e na sua procura. Nos anos noventa, vários fatores de natureza cultural e económica transformaram assim a educação de adultos, num contexto amplo de aprendizagem ao longo da vida (Canário, 2008). A educação permanente atribuiu à educação de adultos uma identidade internacional e humanizante (Finger & Asún, 2003).

Se entendermos a educação como um processo amplo e contínuo, que se desenvolve a par do ciclo vital de cada indivíduo, e estando hoje no centro das políticas governamentais, pode concluir-se que a educação de adultos não é um processo recente tendo vindo a afirmar-se nas últimas décadas e emerge na continuidade dos ideais e da filosofia das luzes (Canário, 2008).

A educação de adultos na Europa surge com base em dois pilares – emancipação e compensação. No que respeita à primeira, a educação de adultos surgiu como resposta às lutas de diversos grupos e classes sociais, que desejavam a emancipação, na esperança de uma sociedade mais justa e democrática; por outro lado, as práticas de Educação de Adultos, como por exemplo, alfabetização, formação profissional e educação de base para adultos, constituíam em si mesmas uma componente compensatória, proporcionando uma educação a adultos não escolarizados, uma educação escolar para todos e não restrita apenas para as elites.

Assim sendo, a escola deixa de ter o papel até então exclusivo na prática educativa, passando a valorizar-se todos os conhecimentos e competências adquiridos nos diversos contextos de vida da pessoa – no trabalho, na família, na vida em sociedade, nos momentos de lazer. Torna-se então necessário rentabilizar estes mesmos conhecimentos, para que estes assumam cada vez mais um papel mais relevante no que respeita à educação e formação de adultos. Neste âmbito constata-se também uma maior diversidade dos atores sociais com intervenção direta e ativa no processo educativo, onde surge a figura do educador comunitário. Este é definido como um interlocutor que atua “ao nível de uma grande variedade de instituições públicas e privadas e numa panóplia de programas/ projectos desde a educação, a saúde, o desenvolvimento local, a intervenção e animação comunitária, a justiça, a protecção de menores, a prevenção ambiental, o apoio à terceira idade” e onde a sua ação se formaliza “na mediação de realidades culturais diferenciadas (Antunes, 2008, p. 86).

O objetivo principal do educador é

“ incitar, sensibilizar e motivar as populações à mobilização, à participação activa em acções/ programas/ projectos que a população considere interessantes e proveitosos para uma melhoria da qualidade de vida estimulando, assim, a emancipação de cada um e da comunidade em geral, incentivando uma participação activa na construção da história pessoal e colectiva”(Carrapós, 1994 *in* Antunes, 2008, p. 84)

Defende-se que as pessoas adultas aprendem tanto com a vida, como com as suas experiências, sendo a sua aprendizagem um *continuum*, que se inicia nas suas relações sociais e permanece ao longo da vida. O trabalho do educador centra-se em reconhecer, dinamizar e potenciar esse processo de continuidade num contexto de diálogo igualitário onde confluem, em igualdade de condições, as experiências do educador comunitário e dos educandos proporcionando um enriquecimento mútuo, pois e como reitera Freire (1976) todos nos educamos em comunhão.

O educador comunitário deve trabalhar numa perspectiva emancipatória e não assistencialista pois “ao educador não cabe resolver os problemas mas, em conjunto com a população encontrar formas de resolvê-los” (Antunes, 2008, p. 88).

Defende-se que a aprendizagem é realizada em todas as situações do quotidiano, quer sejam situações formais, não formais e informais, onde o indivíduo é o próprio centro da aprendizagem, tornando-se sujeito ativo da sua educação. Segundo Dias (2009, p. 35)

“ no horizonte da educação ao longo da vida, ela não se encontra reduzida a um tempo ou a um espaço, um edifício ou a uma instituição, não corresponde a uma fase da existência, mas abarca todo o tempo e todo o lugar em que o ser humano vive, convive, trabalha e se diverte, na medida em que pertence a todos ter ocupações e dispor de tempos livres, trabalhar e folgar.”

Ao encararmos o processo educativo como um *continuum*, que integra e articula diversos níveis de formalização da ação educativa, identificamos três níveis:

“Um nível formal de que o protótipo é o ensino dispensado pela escola, com base na assimetria professor - aluno, na estruturação prévia de programa e horários, na existência de processos avaliativos e certificados; Um nível não formal caracterizado pela flexibilidade de horários, programas e locais, baseados geralmente no voluntariado, em que está presente a preocupação de construir situações educativas “à medida” de contextos e públicos singulares. É justamente no campo da educação dos adultos, em regra mais activamente refractários a processos escolarizados, que estas modalidades se têm vindo a desenvolver; Finalmente nível informal que corresponde a todas as situações potencialmente educativas, mesmo que não conscientes, nem intencionais, por parte dos destinatários, correspondendo a situações pouco ou nada estruturadas e organizadas” (Canário, 2008, p. 80).

Segundo a UNESCO (1976) a educação de adultos é entendida como a totalidade dos processos organizados de educação formais ou não formais, independentemente do seu conteúdo, nível ou método, que se prolongam para além da educação escolar, e que permite aos adultos desenvolver e/ou orientar atitudes, conhecimentos, competência técnicas ou profissionais de modo a “satisfazer as necessidades e aspirações [...] em toda a sua diversidade” (Dias, 2009, p. 167). No entendimento de Antunes (2008, p. 56) “[...] a finalidade última de uma concepção de educação ao longo da vida é criar condições de desenvolvimento e aperfeiçoamento de todas as dimensões e potencialidades do ser humano no sentido de este se tornar capaz de resolver todos os problemas que enfrenta no dia-a-dia”.

A educação de adultos é um pólo do desenvolvimento comunitário, caracterizada como um processo de emancipação do ser humano onde “o homem é o agente principal, um sujeito activo que participa, se envolve nas dinâmicas e processos históricos e sociais” (Antunes, 2008: 84). A educação, particularmente a educação comunitária, deve respeitar “as culturas, os saberes e as experiências das pessoas e as características das próprias regiões ou comunidades” (Antunes, 2008, p. 97)

Na base da educação não formal podemos encontrar um dos princípios defendidos por Freire, a consciencialização, que o autor retrata como a capacidade e o despertar para o pensamento e consciência críticos capazes de transformar a realidade. Segundo Freire, a educação enquanto processo de aprendizagem baseia-se no diálogo, sendo necessário estarem reunidas condições para que o educando seja capaz de desenvolver as suas ideias e, deste modo, desenvolver-se a si próprio.

Na verdade, “a saúde de cada pessoa depende do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 11), perspectiva que vai além da satisfação das necessidades humanas básicas e do modelo biomédico, para se centrar numa abordagem baseada na promoção da saúde, na qual “o conceito de saúde evolui para uma dimensão integradora de uma multiplicidade de condições que se orientam para a autorrealização do indivíduo” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 12). Neste sentido, para se ter saúde não basta apenas a intervenção de políticas governamentais ou dos profissionais de saúde, mas sobretudo a capacitação e atitude pessoal que leva o indivíduo a desenvolver-se, a modificar-se e a adaptar-se. Para se obter um melhor estado de saúde é necessário um conjunto de requisitos básicos que segundo a OMS (1986) são: alimentação, igualdade de oportunidades, paz, água potável, saneamento básico entre outros. A educação é também mencionada como um requisito essencial, uma vez que constitui a base que permite o desenvolvimento do potencial individual e que fomenta

uma participação útil na sociedade, de modo a melhor compreender o que é a saúde, escolher os seus estilos de vida e responsabilizar-se pela saúde, tanto na esfera da sua ação, quanto da tarefa coletiva (Oliveira, 2012).

Neste sentido, a educação, ao estabelecer uma simbiose entre os étimos latinos *educare* (produzir, alimentar) e *educere* (fazer, sair, conduzir, guiar) (Sanvisens, 1984), cruza-se com a saúde, reconhecendo a verdadeira amplitude e complexidade do homem para se desenvolver de uma forma única e irrepetível (Santos, 1982).

Segundo Cracel (2000, p. 34), “Educação e Saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas dimensões biológica, psicológica, social e mental em constante interação com o mundo circundante”.

O conceito de promoção de saúde adquire um novo significado, conceptualmente distinto do conceito de prevenção da doença, embora sejam abordagens complementares para a consecução de ganhos em saúde e para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar. Neste sentido, enquanto que a prevenção é um conceito relacionado com a doença, a promoção é um conceito intimamente ligado com saúde e, conseqüentemente, mais amplo que o da prevenção, na medida em que, implica não só a proteção e a manutenção da saúde mas também a promoção de um ótimo estado físico, mental e social quer individual quer comunitário (Dias *et al*, 2004). A promoção da saúde é um processo através do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde e dirige-se não só a pessoas doentes no âmbito da prestação direta de cuidados, mas a toda a população em geral estando ou não na presença de doença (Paúl & Fonseca, 2001), com vista a práticas de comportamentos saudáveis. A promoção da saúde é então definida como um processo participativo e permanente possibilitando aos indivíduos a autonomia necessária ao seu desenvolvimento e tem como objetivo enfatizar os fatores protetores do contexto individual e ambiental de acordo com os pressupostos do paradigma salutogénico (Diegues, 2002)

A OMS tem tido um papel fundamental no avanço da Promoção da Saúde, expressando ao longo de diversas conferências e respetivas declarações que a promoção e a proteção da saúde das pessoas são essenciais para um desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e para a paz no mundo. A filosofia e os principais conteúdos do movimento de promoção da saúde inspiraram-se nas primeiras quatro conferências internacionais. De seguida serão apresentados alguns aspetos mais relevantes emanados nos vários documentos produzidos na sequência das diversas conferências internacionais sobre promoção da saúde desde Otava (1986) até Nairobi (2009).

Baseada na meta “Saúde para todos no ano 2000” e nos princípios da declaração de Alma Ata (OMS, 1978) a carta de Otava (OMS, 1986) definiu a saúde como um direito fundamental e um objetivo social, sustentada pela participação individual e comunitária e a pela responsabilidade fulcral dos governos enquanto princípios fundamentais à promoção da saúde. Na carta de Otava (OMS, 1986, p. 1), à saúde reiterada 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, rompendo com o modelo biomédico incentivando a participação.” Esta definição vai ao encontro do que já Déjours defendia ao dizer que, a saúde é “a capacidade de cada homem, mulher ou criança de lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direção ao bem-estar” (Déjours, 1993, p. 49).

A partir de Otava a saúde é perspectivada não como uma finalidade em si mesma mas como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades. Neste sentido os profissionais de saúde perdem o protagonismo, sendo prioritário o desenvolvimento das competências individuais e o reforço da ação comunitária (Feio, 2011). É também no seguimento da carta de Otava que a educação para a saúde é referida como um importante requisito para a promoção da saúde. Definições que se enquadram na perspetiva salutogénica na medida que defendem a capacidade de os indivíduos, em interação permanente com o meio, perante fatores perturbadores e potencialmente patogénicos produzirem saúde (encontrarem o seu sentido de felicidade) (Diegues, 2002). Neste modelo um aspeto fundamental a salientar é a existência de mecanismos de *coping* como a racionalidade, a prudência e a flexibilidade que capacitam e influenciam a forma como os indivíduos se adaptam (Fonseca, 2005).

O modelo de promoção da saúde, de orientação salutogénica, “foca as consequências positivas da adoção de um comportamento, mais do que os riscos associados à manutenção de outro, aplicando-se assim não só a indivíduos doentes mas também a pessoas saudáveis” (Paúl & Fonseca, 2001, p. 94). Antonovsky, citado por Fonseca (2005), defende que uma pessoa com o sentido de coerência interno forte sabe utilizar os recursos necessários para melhor se adaptar às mudanças que possam surgir e dar um novo sentido à sua vida. Oliveira (2012) afirma que segundo os pressupostos do modelo preconizado por Antonovsky, uma das funções mais importantes do educador é a promoção do sentido de coerência interno.

A sua conceção valoriza a procura de elementos que conduzam o indivíduo para a promoção ou manutenção da saúde e bem-estar (Oliveira, 2012), independentemente dos fatores desfavoráveis do meio físico e social.

A educação para a saúde pode ser uma estratégia da promoção da saúde, tradicionalmente associada à transmissão de conhecimentos, no sentido de prevenir a doença. Atualmente é reconhecida, pelos sistemas políticos e de saúde, como uma importante estratégia para conseguir a participação ativa e a parceria das responsabilidades na determinação da saúde e qualidade de vida (Amorim, 1999; Rodrigues, 2003). Deve ser encarada como um processo pedagogicamente orientado para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas que facilitem a tomada de decisões informadas, autónomas e responsáveis em defesa da saúde (Pestana, 1996; Amorim, 1999), uma vez que é feita com as pessoas e não sobre elas (Labonte, 1993), pressupostos que se coadunam com os modelos de investigação ação participativa e *empowerment* individual e comunitário.

Neste sentido, Tones e Tilford (1994, p. 11) propõem que educação para a saúde é

“toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

A educação para a saúde é entendida como um processo onde se criam laços importantes entre a comunicação e as práticas da educação com vista a melhorar a saúde dos indivíduos, e para isso é imprescindível que o projeto não se limite, unicamente, à prevenção das doenças mas que no seu desenvolvimento estejam incorporadas estratégias promotoras de comportamentos saudáveis, numa perspetiva salutogénica. Oliveira (2004) defende que os conceitos de educação e saúde, tem início e fim na comunidade, e conseqüentemente o processo de educação para a saúde deve ser encarado como permanente e comunitário e não confinado a uma instituição como a escola ou o centro de saúde numa perspetiva formal de educação. Deve ainda atender à viabilidade do seu planeamento e execução, a questões éticas, à informação, comunicação, treino, avaliação e investigação (Rogado e Teixeira, 1997).

A segunda conferência internacional sobre promoção da saúde (OMS, 1988), realizada em Adelaide sob o tema “Políticas para a saúde. Estratégias de acção” de onde foi emanado o documento “Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis”, reforçou a necessidade de eliminar as desigualdades em saúde e de garantir o princípio da equidade, pelo que todos os governos deveriam investir na saúde e bem-estar das populações (Morrondo, 2000).

A terceira conferência internacional sobre promoção da saúde (OMS, 1991), que decorreu em Sunswall, sob o lema “ Promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde”, chamou a atenção para as repercussões que o ambiente, físico e social, poderiam ter para a saúde das populações e para a situação das pessoas que vivem em condições de extrema pobreza.

Na quarta conferência internacional sobre promoção da saúde (OMS, 1997), realizada em Jacarta, subordinada ao tema “Novos actores para uma nova era - adaptar a promoção da saúde ao século XXI”, reanalisou-se as práticas na efetiva promoção da saúde e os determinantes da saúde, e identificou-se as prioridades para a promoção da saúde no sentido de fazer face aos novos perigos que ameaçam a saúde. Neste sentido pretendeu-se:

- 1) promover a responsabilidade social no que respeita à saúde;
- 2) reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde;
- 3) consolidar e expandir as parcerias em saúde;
- 4) aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo;
- 5) garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde.

Na quinta conferência global sobre promoção da saúde (OMS, 2000), que decorreu no México, sob o tema “Promoção da saúde: rumo a uma maior equidade”, a promoção da saúde foi identificada como prioridade fundamental das políticas e programas em todos os países na procura da equidade e de uma melhor saúde para todos.

Na sexta conferência internacional sobre promoção da saúde (OMS, 2005), realizada em Bangucoque sob a égide “ Promoção da saúde num mundo globalizado”, identificaram-se as ações e os compromissos necessários para abordar os determinantes da saúde num mundo cada vez mais globalizado, e estabeleceu-se como compromissos-chave, para atingir um estado de saúde mais elevado, a promoção da saúde enquanto :

- Requisito essencial ao desenvolvimento global;
- Responsabilidade política;
- Objetivo fundamental da comunidade e da sociedade civil;
- Requisito de boas práticas empresariais.

Na sétima conferência decorrida em Nairobi, sob o tema “Promover a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação” (OMS, 2009), reiterou-se a imprescindibilidade da capacitação individual e comunitária, a consolidação do trabalho intersectorial e a necessidade de manter a promoção da saúde nas agendas políticas.

O debate em torno dos marcos conceptuais de promoção da saúde, educação para a saúde, participação comunitária, meio ambiente, programas de ação, irá prosseguir, acompanhando a evolução e o dinamismo social e as várias ideologias que sustentam os conceitos de saúde e educação.

De fato, no paradigma salutogénico, torna-se cada vez mais importante efetivar a participação e capacitação individual e comunitária, através de processos de educação-aprendizagem em saúde, sendo que a educação surge como motor dessa capacitação.

Enquanto os cuidados de saúde diferenciados são providos de tecnologia e características mais direcionadas para o tratamento e cura de pessoas com doenças específicas, os cuidados de saúde primários desenvolvem a sua ação ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença e, conseqüentemente estão, mais implicados na conquista de ganhos em saúde das populações, dado que se constituem como contexto privilegiado à prática da educação para a saúde de forma organizada e sistematizada, pelos profissionais de enfermagem.

Ideia que é reiterada por Rodrigues, Pereira & Barroso (2005, p. 48), ao atribuir aos enfermeiros um papel de relevo entre o grupo de profissionais que contribuem para a eficácia da educação para a saúde, “considerando a sua predisposição histórica para o apoio às pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte de cuidar, quer numa perspetiva curativa quer preventiva”. Os enfermeiros promovem a autonomia e o direito à tomada de decisão (Carvalho e Carvalho, 2005) ajudando a pessoa a conhecer e a gerir recursos, visando a mudança de comportamentos com vista à adoção de estilos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2004). No contexto das equipas de saúde, os enfermeiros são historicamente educadores por excelência. Pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas áreas dos cuidados de saúde, são frequentemente chamados a intervir no campo da educação para a saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

3.3- O *empowerment* na prática de enfermagem

A eficácia dos cuidados de saúde dirigidos a mães que amamentem requer uma mudança do paradigma tradicional biomédico para um modelo mais participativo, tendo por base o conceito de *empowerment*, onde os cuidados estão centrados nos utentes, havendo lugar para uma relação de parceria e cooperação com os profissionais de saúde. Num período relativamente curto de tempo,

passou-se de um modelo predominantemente paternalista para um modelo centrado nos utentes, numa perspetiva holística e integradora do indivíduo, que tenta democratizar a tomada de decisão, tornar a informação acessível a todos e capacitar os utentes (Taylor, 2009). Deste modo, os utentes são chamados ao envolvimento na definição dos seus próprios objetivos, na tomada de decisões e na responsabilidade pelo seu próprio cuidado.

O conceito de *empowerment* deriva do latim *potere*, que significa ser capaz (Gibson, 1991). O *empowerment* não poderá ser definido de uma só forma, e são as várias as razões que contribuem para isso, havendo sempre a necessidade que seja definido tendo em conta o contexto utilizado. Dado que pode ser aplicado a uma imensidão de áreas científicas, a sua definição varia consoante as disciplinas que o usem: Saúde, Educação, Psicologia, Ciências Políticas, Direito, Economia, Sociologia, Gestão entre outras. Uma outra dificuldade apontada é o fato de ser considerado tanto um resultado como um processo (Gibson, 1991; Perkins & Zimmerman, 1995) ou seja, um indivíduo capacitado, consegue tomar decisões sobre assuntos que afetam a sua própria vida, fazer correspondência entre os seus objetivos de forma a conseguir atingi-los e exercer efetivamente a sua cidadania. Por último, realça-se o fato de o *empowerment* poder ser analisado em diferentes níveis nomeadamente individual, organizacional e comunitário (Zimmerman, 1995; Rappaport, 1984).

O conceito *empowerment* tem a sua base nos ideais da cidadania e da democracia, envolvendo valores humanistas, como a liberdade e a autonomia. A sua génese histórica remonta à década de setenta, associada à defesa dos direitos de minorias oprimidas ou perseguidas por razões político- ideológicas, étnicas, culturais, de orientação sexual ou de género (Lopes, 2008). *Empowerment* é assim, um processo através do qual as pessoas, organizações e comunidades ganham o maior nível de controlo sobre as suas vidas (Rappaport, 1984). Implica ganhos pessoais, aquisição de experiência e objetivos orientados para a intervenção social. Rappaport (1984) reforça, também, que o *empowerment* não é um bem escasso, mas sim, uma habilidade que todos temos em potencial e que precisa de ser explorada. Para Gibson (1991), o processo de *empowerment* promove uma maior capacitação e conseqüente satisfação dos cidadãos, permitindo a resolução dos seus problemas através da mobilização dos recursos necessários de forma a controlarem a sua vida. Pode então ser traduzido como um conceito dinâmico e sendo um processo que envolve interações com os outros e com o ambiente desenvolve-se atendendo a essas especificidades (Gibson, 1991; Zimmerman, 1995).

No campo educativo, o *empowerment* teve as suas raízes no conceito de conscientização crítica, do pedagogo brasileiro Paulo Freire (1976) que defende que há uma indissociabilidade entre as dimensões individuais e sociais do *empowerment*. De fato, segundo Freire (1970), o *empowerment*

individual é essencial mas não suficiente por si só para levar à transformação social, uma vez que apesar de promover no indivíduo experiências de autonomia e liberdade, pode transformar-se facilmente em atitudes individualistas. Freire (1997) postula que para a experiência ser educativa, a mesma terá que ser apropriada e desta forma pensada, refletida e interpretada pelo próprio sujeito. Ainda segundo este autor, o *empowerment* será então uma transformação ao nível da consciência pessoal do indivíduo sobre as suas circunstâncias pessoais mas também sobre o contexto social em que vive, dado que pertencem também ao seu mundo pessoal. Como refere Freire (1997, p. 52), “ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção”. Educar é então, preparar o caminho para que quem aprende seja totalmente autónomo; é tornar o educando num cidadão ciente dos seus deveres e direitos e não alguém que pense pela cabeça dos outros. A aprendizagem ao longo da vida contribui em muito para o *empowerment* individual, uma vez que consolida e amplia os seus conhecimentos, conferindo-lhe desta forma poder e competências para agir e controlar as vidas de cada educando de forma autónoma.

Como referido anteriormente, pode então falar-se de três níveis de *empowerment*.

O individual (ou intrapessoal ou psicológico) é fortemente marcado por fatores psicológicos como a autoestima, mas também simultaneamente relacional, na medida que resulta da perceção que os indivíduos têm das suas interações com o ambiente e com outras pessoas. Este tipo de *empowerment* pode ser associado ao desenvolvimento de capacidades pessoais (Lopes, 2008) e ocorre quando as pessoas sentem que são competentes, que a sua presença é relevante, que têm motivação para participar e que têm mais oportunidades e recursos para agir do que barreiras e limitações. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objetivos (Schultz *et al.*, 1995), numa atitude pró ativa em relação ao seu estado de saúde.

Recentemente o conceito está também interligado a estratégias de prevenção e intervenção comunitárias.

O *empowerment* organizacional é aquele que se constitui no interior de uma organização mediante processos liderança partilhada de uma forma democrática (Perkins & Zimmermann, 1995), permitindo o desenvolvimento de competências.

O *empowerment* comunitário desenvolve-se através da participação de um grupo de indivíduos ou a comunidade na construção de estratégias de modo a alcançar os objetivos delimitados. Pode ainda ser definido como o processo que permite que as pessoas tenham influência nas decisões determinantes na sua vida (Rappaport, 1984).

Vários são os teóricos de Enfermagem que enaltecem as competências de educação para a saúde deste grupo profissional, e segundo Watson (1985) esta é uma das suas atividades de excelência. A Educação para a saúde, é entendida como um processo de alternância de papéis resultando numa aprendizagem conjunta assente na partilha de experiências, conhecimentos e vivências (Peplau, 2003).

Orem (1987) atribuiu enorme valor à educação feita com o doente no sentido de promover o autocuidado. Vaughan (1991) apresenta o conceito de “educação terapêutica”, traduzido na relação de proximidade do enfermeiro e no estabelecimento de uma relação de afetividade a partir da qual se responde às necessidades do utente, numa perspetiva de envolvimento e de comprometimento que visa aproveitar e desenvolver as suas potencialidades, motivando uma atitude ativa na gestão do seu estado de saúde. Fica assim patente a ênfase atribuída à parceria como modelo efetivo da prática dos cuidados.

Não existe no entanto unanimidade relativamente à relação entre o conceito de *empowerment* e parceria, sendo que alguns autores os consideram conceitos sobrepostos e outros que entendem que o *empowerment* é um atributo da parceria. No processo de parceria, utente e profissional adotam uma posição de co-responsabilização e de partilha de esforços para a resolução de problemas, tendo ambos um papel ativo em todo o processo. O *empowerment* é pois uma consequência natural da parceria, percecionado como o aumento competências da pessoa para agir em próprio proveito, mediante controlo, confiança e auto-estima.

Neste sentido, estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento o utiliza como um instrumento de *empowerment*, num contexto de parceria com o doente/família.

Gibson (1991) considera que o conceito de *empowerment* na prática dos cuidados de enfermagem deve estar assente em alguns pressupostos:

- Cada pessoa é responsável pelo seu estado de saúde. Os profissionais de saúde tem a responsabilidade de promover a saúde e não a monopolizarem (Labonte 1989).
- Todo o indivíduo tem a capacidade para tomar decisões em proveito próprio, podendo no entanto necessitar de conhecimentos que auxiliem o processo. Ao profissional de saúde cabe a missão de motivar a participação dos utentes respeitando sempre as decisões tomadas (Labonte 1989).
- É necessário que haja respeito mútuo e confiança entre o profissional de saúde e o utente. Não é uma relação unilateral ou visionada em partes distintas, mas antes uma relação onde a simbiose de vivências e conhecimentos é profícua (Simmons & Parsons 1983).

O processo de *empowerment* conduz naturalmente à promoção da autonomia do utente e família, necessária para o processo de capacitação destes para a gestão do seu estado de saúde. Neste contexto o *empowerment* é fundamental para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os atores dos processos de promoção da sua saúde e da resolução dos seus problemas através da mobilização dos seus recursos.

Tradicionalmente, os profissionais de saúde olhavam para os doentes como elementos que necessitavam de ajuda, e não como parte integrante do processo de cuidado (Enehaug, 2000), mas a filosofia de *empowerment* defende o oposto, impondo uma alternância de poder dos profissionais de saúde para os utentes. Quanto mais o sistema de saúde envolver os utentes como parceiros, menos serão vistos como meros recetores de cuidados. E assim, quanto mais o sistema de saúde procurar responder às necessidades e preferências dos utentes, mais estes estarão informados e envolvidos no seu próprio cuidado (Bridges, Loukanova, & Carrera, 2008).

Em 1998 a OMS associa o conceito de *empowerment* em saúde à promoção de saúde. Esta organização define o *empowerment* como um processo através do qual as pessoas ganham um maior controlo sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde.

Gibson (1991) construiu um modelo de *empowerment* baseado na revisão da literatura, que pretende ser uma representação do processo de *empowerment* na prática de enfermagem. O modelo é constituído por três dimensões: o doente, o enfermeiro e a interacção entre o doente e o enfermeiro.

Tones (1994) defende que o conceito de *empowerment* é de importância vital na prática da promoção da saúde, sendo até considerado a chave para o alcançar os seus objetivos, uma vez que enaltece a educação para a saúde e reconhece a primazia das influências sócio ambientais nas escolhas de saúde positivas indo de encontro aos pressupostos do paradigma.

Em contexto comunitário desta investigação-ação, o foco de atenção do enfermeiro será a interação mãe-filho promovida através do aleitamento materno, sendo esta interiorizada e operacionalizada numa perspetiva de promoção para a saúde e portanto a intervenção do profissional de saúde será de educação, suporte, ensino e apoio. Neste sentido, o enfermeiro é percebido como um ator, no processo de educação para a saúde, devendo ter conhecimentos teóricos e habilidades, saber mobilizar estratégias que permitam à mãe autonomia para o autocuidado. O modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem realça a autonomia e centra-se no autocuidado, sendo o que mais se coaduna neste contexto de intervenção dos enfermeiros que é a educação para a saúde. Sendo assim, a sua premissa de autocuidado é contemporânea com o conceito de promoção e manutenção de saúde.

Todo o processo do auto cuidado está assente na partilha de saberes e experiências proporcionando um maior esclarecimento para que, a mulher/casal obtenham conhecimentos e mecanismos de suporte que possam adequar-se às especificidades tão peculiares deste momento que atravessam. Pretende-se também que possam efetuar escolhas conscientes, livres e esclarecidas (de forma autónoma),o que também vai de encontro ao pensamento de Collière (1999), que defende que não se trata de ensinar às pessoas, mas de aprender a descobrir com elas.

O *empowerment* decorre do desenvolvimento de competências individuais pressupondo que sejam favorecidas as condições necessárias para a aprendizagem e exercício dessas competências (Ornelas, 2008). Neste sentido, a criação e desenvolvimento desta intervenção a nível comunitário permite que as mulheres de uma forma ativa e participada possam partilhar as suas experiências sobre o aleitamento materno assim como obter apoio ou cimentar as suas atitudes e práticas (Alves, 2011). O profissional de saúde neste contexto deverá ser considerado um mediador no processo educativo enquanto que o protagonismo é assumido pelas mulheres (Tones & Tilford, 1994). As iniciativas desenvolvidas no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que fomentem a partilha de informação, conhecimentos e experiências entre pares, em parceria com profissionais de saúde é percecionada como uma estratégia que se coaduna com os pressupostos do *empowerment* (Alves, 2011).

3.4 - Aleitamento materno

O estudo sobre o aleitamento materno é multidisciplinar e abrangente. Diz respeito a várias ciências de saúde, desde a Enfermagem, à Medicina, à Bioquímica, à Psicologia e é um problema da mãe, do pai, da família, da sociedade, dos empregados, dos patrões, dos governantes, e é sem dúvida uma responsabilidade para todos (Pereira, 2006).

O aleitamento materno tem sido alvo de investigações nas diferentes áreas científicas, verificando-se um aumento de conhecimentos no que diz respeito às características, composição e vantagens do leite materno. Essas investigações demonstram, que as crianças alimentadas com leite materno são mais saudáveis, têm um padrão de crescimento e desenvolvimento superior e um risco diminuído para algumas doenças agudas e crónicas (Pereira, 2006).

“Pode-se afirmar que em qualquer país, independentemente do nível sócio-económico, o aleitamento materno contribui para a redução da mortalidade infantil. Para a mãe o aleitamento materno contribui

para uma redução do risco de neoplasia da mama, para além dos benefícios psicológicos no relacionamento mãe-filho, na sua auto imagem e nos benefícios económicos” (Albuquerque *et al.*, 1996, p. 107).

Verifica-se de uma forma pertinente que a abordagem desta temática tem sofrido algumas alterações, não se focando apenas nas vantagens do aleitamento materno sobre a criança, mas valorizando também as vantagens para a saúde da mulher, para a família, sociedade e meio ambiente.

O leite materno é o alimento mais adequado para as crianças nos primeiros meses de vida do ponto de vista nutritivo, imunológico e no plano psicológico, além de favorecer também o vínculo mãe – filho. A amamentação é, também, uma relação humana, inscrita na cultura e submetida à esfera social que ultrapassa a díade mãe – filho (Bosi & Machado, 2005).

A OMS recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses, e introdução de alimentos complementares seguros e apropriados a partir dessa idade mas mantendo a continuidade do leite materno, sempre que possível, até aos dois anos de idade.

Ao contrário do que muitas vezes é considerado, depois da introdução de novos alimentos e/ou do regresso da mãe ao trabalho é possível continuar a amamentar pelo menos de manhã e à noite. Desta forma, evita-se uma rutura repentina das rotinas do bebé. O desmame completo deve ser feito de uma forma gradual uma vez que pode ser comparado ao corte definitivo com o cordão umbilical (Esteves, 2005). Se nos primeiros meses de vida o bebé mama fundamentalmente para se alimentar, tal já não ocorre num fase mais tardia, em que o seio materno é visto como uma fonte de conforto e segurança.

O enfermeiro de família deverá intervir adequadamente na promoção do aleitamento materno ao longo das várias fases do ciclo vital da mulher/família, de modo a informá-la corretamente, permitindo a tomada de decisão consciente, fornecendo apoio e prevenindo complicações associadas à amamentação ou ajudando a lidar com situações mais complicadas que possam surgir.

A OMS e a UNICEF (1989) preconizam que as práticas de cuidados de saúde dirigidas às mães e seus filhos assumem-se como uma das formas mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração do aleitamento materno. Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde na promoção de comportamentos de adesão ao aleitamento materno, através do reforço de uma cultura de amamentação e do aumento da confiança das mulheres na sua capacidade para amamentar, assumem-se como primordiais para o sucesso do aleitamento materno.

A nível europeu, só a partir da década de 70, é que se verificou um aumento na adesão ao aleitamento materno, muito em parte pelo prolongamento da licença de parto, por um melhor

esclarecimento por parte das populações e pelo cumprimento de normas expressas no código de ética de comercialização dos substitutos de leite materno (Pereira, 2003).

Algumas investigações realizadas em Portugal revelam que 90% das mães portuguesas iniciam atualmente o aleitamento materno, mas que quase metade destas mães desiste durante o primeiro mês de vida do bebé (Galvão, 2006). Existem muitos fatores que poderão influenciar a duração da amamentação, contudo, é importante que os enfermeiros estejam sensíveis para a temática e que promovam intervenções que ajudem as mães a amamentar por mais tempo.

A relevância destas questões e das suas implicações relacionadas com o desenvolvimento são fulcrais, se considerarmos todos os aspetos que o aleitamento materno representa para a evolução da espécie humana, desde o limiar da sua história.

A prática do aleitamento materno faz parte da história da humanidade e das culturas atuais, resultando numa construção macrossocial que a identifica como uma medida prioritária de promoção da saúde pública em todas as políticas ocidentais.

3.4.1- Promoção, proteção e apoio do aleitamento materno exclusivo

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 20) a promoção da saúde é uma das competências do enfermeiro, pelo que o profissional tem que reconhecer “o potencial de educação para a saúde nas intervenções de enfermagem. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades e avalia a aprendizagem e a compreensão acerca da saúde”.

Desde a declaração de Alma Ata em 1978, o aleitamento materno é considerado uma ação básica de saúde, constituindo a sua promoção, proteção e apoio, sobretudo nos países em desenvolvimento, uma estratégia para a sobrevivência infantil, dado que pode salvar crianças.

O plano nacional de saúde de 2011 a 2016 pretende assegurar o acesso das mulheres aos cuidados pré-natais, ao fomento da amamentação e à redução das desigualdades de saúde neste âmbito. O documento enuncia, ainda, um conjunto de políticas saudáveis relativas a diferentes fases da vida, nomeadamente, a gravidez e o aleitamento materno, referindo que deverá ser promovida a articulação entre os ministérios da solidariedade e segurança social e da economia e do emprego, com o objetivo de aumentar o período de licença da maternidade para seis meses, de modo a favorecer o prolongamento da amamentação.

A promoção da amamentação tem sido uma constante devido à evidência científica dos seus benefícios e o impacto que pode ter a nível da saúde pública. Assim, ao longo dos anos, temos

assistido a inúmeras iniciativas que têm constituído marcos fundamentais no incentivo da iniciação e manutenção do aleitamento materno (Ferreira, 2006).

Os conceitos de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno são imprescindíveis para a compreensão deste fenómeno. A promoção pretende criar os valores e comportamentos culturais favoráveis ao aleitamento materno para que possa ser assumido como a norma, fato que depende de políticas nacionais e de recomendações dos serviços sociais e de saúde. Pode ser definida como o conjunto de atividades destinadas a fomentar a sua aceitação e a prática a nível local, regional ou internacional (Maia, 2005).

A proteção assegura o estabelecimento e o cumprimento de um conjunto de leis que permitem à mulher gozar o seu direito de amamentar e baseia-se no respeito pelo código internacional dos substitutos do leite materno, tendo por base a diretiva n.º 96/4/CE (Direção Geral da Saúde, 2008) e pela legislação da maternidade / paternidade. Em relação ao apoio, este consiste em fornecer informações corretas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições (Pinto, 2008).

A promoção do aleitamento materno exclusivo constitui uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa. Isto porque, o abandono precoce do aleitamento materno traduz-se em implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente. Segundo Cardoso (2006), o aleitamento materno é considerado uma prática económica e ecológica ao passo que a todo o processo inerente à produção e consumo de leites artificiais acarretam outros acessórios como biberões e tetinas que implicam um elevado gasto energético e originam desperdícios não biodegradáveis com impacto a nível ambiental. Os bebés amamentados adoecem menos vezes ocorrendo deste modo uma redução nos gastos em saúde bem como a diminuição do absentismo dos pais (Campos, 2007). O abandono precoce do aleitamento materno condiciona um aumento nas despesas do Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades na saúde.

Em 1990 várias organizações entre as quais a OMS e a UNICEF firmaram em Florença, a declaração de Innocenti, onde reconhecem que o aleitamento materno constitui um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, tendo assumido como código de conduta um conjunto de passos/medidas que são conhecidas como dez medidas para um aleitamento materno com sucesso (UNICEF, 2004). Estas dez medidas são (Levy & Bértolo, 2007, p. 14 -15):

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, 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 aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno 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 aleitamento 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 aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Em 1991, a OMS e a UNICEF, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância lançaram um programa mundial intitulado iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”, a ser implementada nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos (serviços de obstetria e pediatria dos hospitais e centros de saúde), cujos objetivos específicos são a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Lourenço, 2009).

Após a criação da comissão nacional iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés” em Maio de 1992, foram realizadas atividades que incluíram a divulgação das dez medidas nos estabelecimentos de saúde com maternidade, a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades, a comemoração da semana mundial do aleitamento materno e a edição e divulgação de um Manual de aleitamento materno.

Desde o início da iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés”, em Portugal existem já 11 hospitais /maternidades certificados (www.amamentar.net).

Dado o sucesso desta ação, surgiu a Iniciativa “Comunidade Amiga dos Bebés”, com vista ao alargamento do compromisso da promoção do aleitamento materno à comunidade. Inclui um conjunto de sete passos, recentemente discutidos e publicados em Portugal pela Direção Geral da Saúde (www.amamentar.net):

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno 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 aleitamento materno.

4. Apoiar as mães a iniciar o aleitamento materno.
5. Promover o aleitamento materno 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 OMS no programa “Saúde para Todos na Europa” (denominado “Começo saudável de vida”) propõe atingir até ao ano 2020 os seguintes objetivos que são referidos por Aguilar Cordero (2005):

- Os estados membros da UE devem ter acesso aos serviços de planeamento familiar, serviços pré-natais, perinatais e de saúde infantil. O aleitamento materno deve ser o único alimento do bebé durante os primeiros 6 meses de vida.
- Nesse ano, 2020, todas as crianças da UE devem ter uma melhor saúde e uma vida mais saudável e um menor índice de doenças crónicas e preventivas, pois todas elas podem melhorar com amamentação nos primeiros meses de vida.
- A taxa de mortalidade nos países europeus será inferior a 10 por cada 1000 recém-nascidos vivos, o leite materno é o alimento idóneo para diminuir o índice de mortalidade nos primeiros meses de vida.
- A mortalidade por acidentes, intoxicação e violência deve diminuir em 50% nas crianças menores de 5 anos. Através do aleitamento materno prevê-se um melhor vínculo entre a mãe e o seu filho, o que diminui a incidência de maus-tratos e violência.
- O índice de recém-nascidos com um peso inferior a 2,5 kg deve diminuir em 25%. O aleitamento materno para os recém-nascidos prematuros é um fator que diminui a incidência de infecção, o que se traduz numa menor morbidade.

Acarinhar o desejo da mãe em amamentar faz parte da profissão de enfermagem, bem como evitar preconceitos, receios e ansiedades, explicando formas de facilitar a amamentação. Todas as mulheres devem, portanto, ter acesso aos serviços de apoio ao aleitamento materno, incluindo o apoio de todos os profissionais de saúde especializados nessa área assim como a integração em grupos de apoio de mãe para mãe (Comité Português para a UNICEF, 2004).

3.4.2- Papel do enfermeiro de família no apoio à prática do aleitamento materno

Para que a iniciação e estabelecimento do aleitamento materno tenham êxito, as mães necessitam de um apoio ativo durante a gravidez e após o parto, não apenas por parte das suas famílias e comunidade, mas também de todo o sistema de saúde.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma crescente evolução da profissão de enfermagem. Segundo a OMS, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, desempenham um papel muito importante na promoção e no apoio ao aleitamento materno exclusivo. Deste modo, devem receber formação adequada acerca desta temática e estarem sensibilizados para a necessidade da implementação da prática do aleitamento materno exclusivo como política de promoção da saúde pública.

A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, assume como finalidade a prestação de cuidados ao indivíduo, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, incluindo os grupos sociais, nos quais se integra, na intenção de manterem, melhorarem e recuperarem a sua saúde e auxiliando-os no encontro da sua máxima capacidade funcional. Assim, facilmente emanam a singularidade associada ao enfermeiro de família, manifestamente habilitado de uma competência científica, técnica e humana, premente no atendimento da criança/família, inserida na comunidade, ao nível da prevenção primária (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Neste designio, convém não esquecer a imprescindibilidade do papel do enfermeiro nos cuidados de saúde primários, hoje em dia cada vez mais orientado para o cuidar, não do indivíduo em si, mas de um todo que o envolve num seio familiar e comunitário, cujo dinamismo é visionado de forma completa atuando como garante de cuidados cada vez mais qualificados.

Neste sentido, a política saúde 21 para a região europeia da OMS (2002), introduz um novo conceito de enfermeiro de cuidados de saúde primários, o enfermeiro de saúde familiar, que inserido numa equipa multidisciplinar, contribuirá de forma significativa, para o alcance dos 21 objectivos traçados para o século XXI.

Ao enfermeiro de saúde familiar compete ajudar os indivíduos e as famílias a adaptarem-se à doença e incapacidade crónica, ou durante os períodos de stresse, utilizando a estratégia de visitas domiciliárias à família como veículo que o permitirá conhecer e integrar na realidade da criança/família, promovendo o esclarecimento, aquisição e reforço de competências relativamente aos estilos de vida e aos fatores de risco comportamentais, e assim agir como elo de ligação entre a família/comunidade e as unidades de saúde (OMS, 2000).

A notícia de nascimento é um documento que no momento da alta da mãe é enviado por fax, preferencialmente, para o centro de saúde da área de residência da mãe ou para outro por ela indicado (Circular Normativa, 2002). Já presente desde há alguns anos nos serviços de saúde, a notícia de nascimento, constitui “um importante instrumento facilitador da comunicação entre os hospitais e os

centros de saúde após o parto [...] e a sua utilização corrente, por algumas instituições têm demonstrado a sua eficácia e pertinência” (Circular Normativa, 2002).

Assim, no momento da alta da mãe, este documento deverá ser enviado para o centro de saúde da respetiva área de residência, exigindo que os serviços de obstetria e de pediatria se organizem para garantir que todos os nascimentos sejam notificados. Compete igualmente às Unidades Coordenadoras Funcionais acompanhar e avaliar a correta utilização das notícias de nascimento, colaborando na eficácia da sua implementação (na rede de referenciação materno-infantil). Estas unidades surgiram para:

“facilitar a articulação funcional entre os dois níveis de cuidados [...], que se têm mostrado, na sua generalidade, instrumentos positivos no estabelecimento de uma metodologia dialogante entre instituições que devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer como garante da continuidade de cuidados” (Despachos 6/91, de 20 de Junho e 12 917/98 de 27 de Julho).

Na Constituição Portuguesa estabeleceu-se a Lei N° 142/99 Art.7°, de 31 de Agosto, declarando que:

“incumbe [...] ao Estado [...] promover e incrementar a visita domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde” (Diário da República I Série – A, 1999).

As orientações estratégicas descritas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 emanado pelo Ministério da Saúde citam como objetivo dar prioridade ao aumento de cobertura no período do puerpério, mencionando igualmente o incentivo aos centros de saúde para atividades de visita domiciliária (Plano Nacional de Saúde, 2004).

No contexto atual, onde os recursos humanos escasseiam, este instrumento revela-se capital no estabelecimento de mecanismos que “possibilitem a identificação rápida das situações de risco clínico ou social, que carecem de intervenção específica e adequada, sendo uma mais-valia no sentido de promover obtenções de ganhos evidentes em saúde” (Circular Normativa, 2002).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004) a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo para os profissionais e para os serviços. Tendo por base este propósito, reforço que a visita domiciliária constituirá uma das áreas privilegiadas para que o enfermeiro de família possa desempenhar fielmente o seu papel, contribuindo significativamente para a maximização

de várias metas da Saúde 21, num potencial completo de saúde para todos, entre as quais destaco a meta 3, que apela ao “Início de uma vida saudável” (uma vez que o investimento precoce na saúde é compensado mais tardiamente ao longo da vida) e a meta 13, que invoca a importância do crescimento em “Locais Saudáveis” (perspetiva o lar como uma unidade primária da sociedade onde os seus membros ditam as próprias políticas de saúde, criando um ambiente seguro para o seu desenvolvimento).

Neste desígnio, considero que a visita domiciliária representa uma atividade deveras imprescindível por assumir o domicílio como palco de atuação e lugar de excelência dos cuidados (terreno privilegiado na educação para a saúde).

Nos cuidados de saúde primários, o exercício desta autonomia pelos enfermeiros é o manifesto de que, ao permanecerem numa relação de proximidade com o recém-nascido/família no seu meio natural, possam prosperar mais facilmente a melhoria do seu nível de saúde, impulsionando a vigilância da sua condição, prevenindo possíveis situações de risco. Nunca esquecendo que “as principais necessidades de apoio à família de uma criança com necessidades em casa são o apoio físico para a prestação de cuidados e para as tarefas domésticas, assistência substituta e apoio psicossocial” (Kenner, 2001, p. 313).

No seio da equipa de saúde, o enfermeiro é, sem dúvida, o elemento que estabelece uma relação mais próxima com a grávida ou mãe que necessita de apoio na prática do aleitamento materno, devendo estar disponível para responder a todas as dúvidas, bem como identificar medos e inseguranças que possam demonstrar. O enfermeiro pode estar em contato com as mães, ou futuras mães, no centro de saúde, hospitais e clínicas, tendo assim uma abrangência de possibilidades com vista a auxiliar as mães na prática do aleitamento materno quer na fase pré-natal ou pós-natal. Todas estas instituições de saúde devem estar disponíveis para implementar regras que promovam, protejam e apoiem a amamentação, de uma forma uniformizada a fim de haver informação, práticas e rotinas coerentes. É fundamental que as orientações fornecidas pelos enfermeiros não sejam diferentes, nem contraditórias, porque aumenta a ansiedade e a angústia das mães (Pereira, 2006).

A promoção do aleitamento materno deve ser iniciada precocemente, ainda durante a gravidez, pois neste período a mulher encontra-se mais sensível a todas as informações e motivada para a adoção de práticas que promovam a saúde do seu filho. Contudo, essa informação e apoio devem ser dados em tempo oportuno (Franco, 2003). Durante a gravidez é importante incentivar também a família a participar em reuniões/encontros com outros casais com diferentes experiências que deverão assumir um caráter mais educativo do que informativo.

O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno não se prende apenas com as mães que decidem amamentar, mas também com aquelas que não o fazem, tomando uma atitude de apoio e informação não forçando a amamentar. Franco (2003, p. 13) refere que “nesta situação o enfermeiro deverá avaliar se é uma decisão esclarecida e consciente, e caso não o seja, deverá prestar os esclarecimentos adequados. Caso a decisão da mulher se mantenha, deverá apoiar esta decisão incondicionalmente”.

O Comité Português para a UNICEF (2004, p. 28) indica que “as mães que, tendo recebido informação completa, correta e atualizada acerca da alimentação da criança, decidam alimentar artificialmente as suas crianças, devem ser respeitadas na sua decisão e devem ter todo o apoio necessário para o fazerem eficazmente.”

O sucesso do aleitamento materno não depende apenas da aquisição de conhecimentos e práticas, mas também das atitudes dos profissionais de saúde (Pereira, 2006). O enfermeiro deve portanto, adotar uma atitude “[...] de apoio e informações constantes, nunca forçando as mães a amamentar, nem fazê-las sentirem-se culpabilizadas quando decidem não amamentar” assim como de ajuda a “[...] ultrapassar todas as dificuldades ou dúvidas que possam sentir por forma a incentiva-las a amamentar, ou caso amamentem, ajudá-las para que prolonguem o mais possível a amamentação” (Martins 2001, p. 23).

Moleiro *et al.* (2004, p. 113) defendem que na prática do aleitamento materno exclusivo o enfermeiro deve:

- Conhecer o desejo da mãe sobre a alimentação do filho;
- Ouvir e compreender as dúvidas;
- Esclarecer e acompanhar as práticas adequadas à amamentação;
- Desmistificar junto da mãe do recém-nascido de termo saudável o problema da hipoglicemia (este problema é 20 vezes menor do que nos recém-nascidos alimentados com leite artificial);
- Assumir como norma o aleitamento materno e como excepção o leite adaptado;
- Respeitar a mãe, sem culpabilizar;
- Iniciar o aleitamento materno logo após o parto e o recém-nascido esteja estável e vígil;
- O sucesso da primeira mamada é muito importante;
- Propor à mãe uma avaliação de peso aos 15 dias;
- Disponibilizar, se possível, um contacto telefónico para apoio à amamentação.”

Já Bobak *et al.* (2003) referem que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção do aleitamento materno, através de uma atuação direta na prestação de cuidados, nomeadamente no auxílio à amamentação nos pós parto imediato, na prestação de informações pertinentes sobre frequência e duração das mamadas e na preparação da alta, avaliando os conhecimentos dos pais sobre prevenção do ingurgitamento mamário, prevenção e tratamento dos mamilos macerados e os sinais de mastite.

Para a concretização de todos estes passos o enfermeiro deve, ao longo da sua formação, obter preparação no sentido de saber aplicar técnicas educativas e de sensibilização do aleitamento materno e não só preparação técnico-científica (Serrano, 1997). Os enfermeiros devem ainda participar em atividades de investigação pertinentes e intervir na formulação de políticas com vista a melhorar a qualidade e disponibilidade dos serviços de educação sobre o aleitamento materno, promovendo o seu prolongamento (Garcia, 1992).

Correia (1998) refere que o aleitamento materno é um processo que carece de aprendizagem para se iniciar e de reforço positivo para se manter. Reforço este, que deve ser dado não apenas pela família e amigos mas também pelos profissionais de saúde. Em suma, é papel dos enfermeiros assumir uma postura de segurança e autoconfiança, de forma a prestar apoio às dúvidas e dificuldades da prática da amamentação auxiliando a mulher na prática do aleitamento materno, fazendo segundo Franco (2003, p. 14):

- ensino sobre as vantagens do aleitamento materno;
- ensino sobre preparação dos mamilos, a partir do 7º mês;
- ensino sobre técnicas de aleitamento materno;
- alerta para efeitos benéficos sob o ponto de vista psicológico do contacto mãe-filho;
- esclarecimento sobre os direitos da mãe que amamenta."

A organização de uma série de normas rígidas que garantam o sucesso da amamentação para todas as mulheres e seus filhos, é impossível de concretizar, pois estas variam consoante as diferenças individuais. Assim, é fundamental que a família, a comunidade em que se insere, a sociedade em geral e os profissionais de saúde, estejam aptos a servir de facilitadores tanto no início como na manutenção da amamentação. Segundo Levy e Bértolo (2007, p. 9):

"O sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada. [...] pode ainda ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este

proporciona a oportunidade de contato físico e visual e a vivência de cooperação mútua entre a mãe e o bebê”.

Geralmente, tanto a mãe como o filho saem da experiência da amamentação mais enriquecidos e com uma maior segurança e auto-estima. Contudo, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas as vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao abandono precoce da amamentação.

Apesar da evidência científica revelar os inúmeros benefícios do aleitamento materno, nem todas as mulheres escolhem amamentar seus bebês, dado que podem ser múltiplos os fatores que, atuando em diferentes momentos, nomeadamente antes e durante a gravidez, durante e após o parto e ainda depois da alta clínica, podem interferir negativamente na decisão da mãe. Contudo, pode-se considerar para análise e conseqüente intervenção, que no sucesso do aleitamento materno interferem três fatores básicos: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

Levy (1994), refere que as experiências vivenciadas pela mulher durante o trabalho de parto, a sensibilidade e reações da equipa de saúde às necessidades apresentadas, nomeadamente o respeito pela sua dignidade e privacidade que contribuem igualmente para o seu conforto e bem-estar, afetam a sua motivação em relação ao aleitamento. Os enfermeiros promovem/ facilitam a interação mãe-filho incentivando e/ou possibilitando a participação da mãe/ família nos cuidados ao recém-nascido (banho, mudança de fralda, toque, carícias, colo, comunicar/conversar) fomentado em simultâneo o desenvolvimento de competências na mãe (pela informação/partilha de conhecimentos, pelo apoio e incentivo à autonomia) levando a um aumento da sua confiança para cuidar e amamentar o seu filho.

O aleitamento materno é algo natural, mas não instintivo ou inato, é sim uma habilidade que necessita de uma aprendizagem e uma cultura humana que necessita de ser recuperada. A decisão sobre o modo de alimentar um filho é tomada geralmente antes do parto (Royal College of Midwives, 1994), fruto das experiências, conhecimentos e atitudes acumuladas ao longo da vida, ainda que sujeita a muitas influências (tradições regionais ou familiares, opiniões de pessoas significativas, ...). Apenas uma minoria de mulheres deixa tal resolução para depois do parto, sendo este pequeno grupo suscetível de ser influenciado. Por esta razão, os profissionais de saúde (em especial os enfermeiros) têm um papel fundamental no incentivo, ensino e esclarecimento sobre o aleitamento materno exclusivo.

O aleitamento materno é uma capacidade que se aprende, podendo ser vulnerável à falta de informação, experiências negativas, inexperiência ou falta de apoio. Assim como a gravidez e o tipo de parto, a amamentação também deve ser orientada e acompanhada por profissionais experientes e aptos a dar todo apoio necessário à mãe e ao pai, para que eles consigam obter sucesso durante este período tão fundamental no desenvolvimento do recém-nascido (Galvão, 2006).

3.4.3 - Evolução histórica do aleitamento materno

Galvão (2006) refere que ao longo da história as mulheres sempre amamentaram os seus filhos com diferentes resultados consoante a época ou situação. Isto porque, a amamentação é decorrente de uma série de impulsos não apenas biológicos mas também instintivos e comportamentais e durante séculos foi o único alimento para os recém-nascidos.

Desde sempre o homem foi alimentado com leite materno, prova disso é a sobrevivência do próprio homem e sua espécie, existindo mesmo testemunhos materiais, pictóricos e epigráficos que remontam já ao ano 3000 antes de cristo (Morais, 2000). Acrescenta ainda que as sociedades matriarcas da Babilónia, do Egito e os Hebreus encaravam a possibilidade de criar e amamentar os filhos como uma dádiva de Deus (Morais, 2000). O povo hebreu considerava a amamentação materna um dever de tal modo sagrado que não incluía no seu vocabulário uma palavra que pudesse equiparar a expressão "ama mercenária", tão frequentemente usada pelos povos pagãos dessa época.

Posteriormente era comum observar-se no antigo Egito as representações da deusa Ísis, esposa fiel de Osiris e protetora de Horus, que era adorada pelo povo como deusa da magia e procurada pelos seus mortais seguidores, em situações de doença e agonia. Na maioria dessas representações da amamentação, a criança era segura sobre o braço esquerdo da mãe, mamando no seu seio esquerdo perto do coração. Alves e Almeida (1992) salientam que este costume permaneceu até tarde, durante a era cristã sob a designação de *Virgo Lactans*.

No século II os filósofos romanos já enalteciam as vantagens do aleitamento materno como o mais saudável e adequado, dando ênfase às vantagens psicoafetivas, afirmando que uma criança ao ser amamentada por uma ama quebrava o elo mãe/filho, podendo ter problemas futuramente (Pereira, 2003).

Ainda neste período (da república romana), as mulheres nobres orgulhavam-se de criar os seus próprios filhos. No entanto, ao chegar a época dos Césares, chega o esplendor do mais requintado luxo, sinal precursor da decadência das nações, com o deslumbramento dos seus

prazeres. Alves e Almeida (1992, p. 10) referem que “as damas romanas sacrificavam-lhes todos os momentos e esqueceram a família por toda a qualidade de infrenes gozos”.

O aleitamento materno é um procedimento muito antigo e necessário à sobrevivência de todos os mamíferos. Até há cerca de cem anos, quase todas as mães amamentavam os seus filhos e na sua impossibilidade a única alternativa consistia no recurso às amas (Levy, 1994). Era já consensual, que de todas as espécies de leite, o da mulher era o melhor para o lactente. Quando a mãe não podia amamentar, recorria-se ao aleitamento por amas ou ao leite de cabra, vaca ou jumenta (Serrano, 1997).

Posteriormente, o mesmo autor salienta que entre o século XVI e XVIII, as mulheres inglesas de boa condição não amamentavam os seus filhos, pois acreditavam que a amamentação deformava o seu corpo e as tornava velhas precocemente. Estas mulheres preferiam dar à luz o maior número de filhos do que ter que os amamentar.

Em nome da boa apresentação, Badinter (1980, p. 61) refere que “a amamentação foi declarada ridícula e repulsiva”. Situação que é referida por mães, sogras e parteiras, que desaconselhavam a jovem mãe a ser ela própria a amamentar, porque se trata de uma tarefa pouco nobre para uma senhora de boa condição.

Já a partir do séc. XVIII houve uma diminuição na procura das amas-de-leite, devido a uma forte mobilização pela parte médica, na promoção do aleitamento materno, sendo que nos finais do séc. XIX e início do séc. XX a opinião das mães mudou, tornando-se estas mais afetuosas aos seus filhos (Galvão, 2006).

Com o avanço dos conhecimentos científicos foi comprovado o fato que já na Antiguidade era intuitivamente conhecido que o leite materno é o melhor alimento para a criança (Morais, 2000).

Cordeiro e Carvalho (1990) referem que durante muito tempo se tentou enaltecer e incentivar o leite não materno como alternativa ao aleitamento materno e, um dos procedimentos utilizados foi a atualização de diferentes designações dadas aos leites não maternos como: leites maternizados, humanizados e adaptados. O sucesso do aleitamento artificial teve muito a ver com a agressividade das práticas promocionais dos produtores e comerciantes.

Segundo Levy e Bértolo (2007), inicialmente os leites não maternos eram chamados de fórmulas para lactentes, para os ultimamente chamados de leites adaptados, mantendo-se a designação de leites de transição, para os leites que têm sofrido menos alterações, tendentes a uma maior aproximação ao leite materno.

Em Portugal e noutros países europeus, com a revolução industrial e com o novo estatuto na mulher na sociedade, houve um declínio da prática do aleitamento materno até à década de 70/80. A partir desta década foram efetuados esforços por organismos europeus na promoção do aleitamento materno, surgindo associações para apoiarem e defenderem (Pereira, 2006).

O aleitamento materno não deve ser visto como responsabilidade exclusiva da mulher/família, mas também dos profissionais da saúde pois estes têm lutado contra os fracassos da amamentação, dando suporte nas questões biológicas e técnicas.

Atualmente sabe-se que o leite materno possui características como nenhum outro leite, pelo que deve sempre que possível ser proporcionado ao recém-nascido (Morais, 2000).

Embora o avanço da ciência a nível do leite artificial seja indiscutível, a importância do leite materno no bom desenvolvimento de uma criança é já uma prática ancestral (Pereira, 2003).

Face ao exposto é possível afirmar que a história demonstra que o ato de amamentar corresponde a uma decisão tomada pela mulher (de forma consciente), mas permeável a diversos fatores sendo eles culturais, sociais, económicos e também políticos.

3.4.4 - Composição do Leite Materno

Quando comparado a outros leites, naturais ou artificiais, o leite materno assume características específicas em termos qualitativos e quantitativos. Isto porque, a composição e a quantidade do leite materno vai-se modificando durante a amamentação de forma regulada pela própria interação mãe-filho. Nos primeiros dias de vida é produzido o colostro, depois o leite de transição e após a segunda ou terceira semana o leite maduro (Aguilar Cordero, 2005).

Parafraseando Pereira (2003), vários são os fatores que interferem na uniformidade da constituição do leite materno, como sendo: idade do bebé, tempo de gestação, horário do dia, início, duração e intervalo da mamada, estado nutricional e dieta materna.

A quantidade de leite produzido pela mãe reflete a combinação entre 3 fatores: capacidade intrínseca da mãe para amamentar, eficácia da sucção do lactente e resposta da mãe às determinantes sociais.

O colostro é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois a três dias depois do parto. É um líquido amarelado, de aspeto cremoso-espesso, é muito rico em proteínas, vitaminas e sais minerais, permite a proliferação de *Lactobacillus Bifidus* no lúmen intersticial, facilita a eliminação de

mecónio e tem importantes propriedades imunológicas (Aguilar Cordero, 2005; King, 1991; Levy 1994).

Relativamente ao leite de transição este é produzido a partir do segundo ou terceiro dia e pode durar uma semana a quinze dias. A concentração de imunoglobulinas e de vitaminas lipossolúveis torna-se progressivamente menor, em oposição às vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose, levando a maior aporte calórico. Nesta altura as mães podem apresentar cefaleias, hipertermia, congestão vascular, que se acompanham também dum aumento do volume das mamas, denominado popularmente por subida do leite. Este leite parece muito aguado, muito claro, causando alguma preocupação às mães desinformadas, que colocam em causa a sua qualidade desistindo facilmente de amamentar por pensarem que não é bom para a criança (Aguilar Cordero, 2005; Nascimento & Issler, 2003).

Por fim, o leite maduro, também designado por definitivo, surge por volta do décimo a décimo quinto dia, tem uma cor mais branca e um aspeto mais consistente. Possui maior teor lipídico e de lactose, apresenta menor quantidade de proteínas e contém a maior parte de minerais e vitaminas lipossolúveis. A produção de leite aumenta em função das necessidades da criança (Nascimento & Issler, 2003; Lothrop, 2000; Aguilar Cordero, 2005).

3.4.5 - Aleitamento materno exclusivo e abandono precoce – uma definição

A Secção de Amamentação da Academia Americana de Pediatria, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, a Academia Americana de Médicos de Família, a Academia de Medicina da Amamentação, a OMS, a UNICEF e muitas outras organizações de saúde recomendam a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida podendo prolongar-se até aos 2 anos, se complementado com outros alimentos. A amamentação exclusiva é, portanto, definida como o consumo de leite humano pela criança, sem suplementos de qualquer tipo (nem água, nem sumos, nem leite não humano, nem quaisquer outros alimentos), exceto vitaminas, minerais e medicamentos. A amamentação exclusiva mostrou fornecer proteção acrescida contra muitas doenças e contribui para aumentar a probabilidade de amamentação continuada pelo menos durante o primeiro ano de vida.

Considerando todas as vantagens do aleitamento materno, muitos têm sido os esforços feitos no sentido de promover o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses. Como exemplo, a OMS recomenda na estratégia global para a alimentação do recém - nascido e do bebé (OMS, 2002):

- O aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida, o que implica não oferecer nenhum outro alimento, sólido ou líquido, até essa idade (nem mesmo água).

- Dar continuidade ao aleitamento materno complementado com outros alimentos dos seis meses de vida até aos dois anos de idade, no mínimo.

Apesar destas recomendações, ainda se assiste atualmente à introdução do biberão ou outros alimentos artificiais antes dos seis meses. Isto porque, se hoje é um dado adquirido que o leite materno é o melhor para o bebé, a partir daqui os consensos quase que desaparecem.

De acordo com um estudo apresentado em Portugal existem elevadas taxas de adesão ao aleitamento materno nos primeiros dias de vida, no entanto, e durante o primeiro mês de vida, existe um declínio importante que se vai mantendo até aos seis meses da idade, embora menos acentuado. Também outro estudo revela que em Portugal a amamentação é uma prática corrente à nascença (cerca de 95%), mas que diminui nos restantes meses de vida. Ao fim de um mês, só 50% das crianças são amamentadas; aos três meses, este valor situa-se nos 33%, chegando a atingir os 11% aos seis meses (Martins, 2001). No relatório anual referente ao ano de 2012, apresentado pelo observatório do aleitamento materno é possível constatar que aos 6 meses de idade 53,9% das crianças são alimentadas com leite materno. O registo do aleitamento materno é uma base de dados a nível nacional que configura a monitorização da situação do aleitamento materno.

Aguilar Cordero (2005, p. 28) afirma que “a amamentação é, sobretudo, um processo relacional e portanto, há uma infinidade de opções impossíveis” pelo que a mãe não se deve sentir pressionada no sentido de ter de amamentar obrigatoriamente até aos seis meses de vida, ela deve sim sentir-se apoiada e descobrir sozinha como pretende amamentar.

3.4.6 - Vantagens do aleitamento materno

O leite materno constitui, sem dúvida, a forma mais natural de alimentar o recém-nascido nos primeiros seis meses de vida, fornecendo inúmeras vantagens não apenas para o bebé como também para a mãe, família, comunidade e até para a economia do país. As bases para um crescimento e desenvolvimento saudável devem ser construídas durante os primeiros meses de vida pois este, talvez seja, o período mais crítico e suscetível da vida. Será utópico o bebé crescer e desenvolver-se adequadamente sem a nutrição apropriada.

“O leite humano destina-se exclusivamente aos recém-nascidos humanos e é nutricionalmente superior a qualquer alternativa. Considera-se o leite materno, um tecido vivo, porque contém quase tantas células vivas como o sangue. É bacteriologicamente seguro e sempre fresco. Os nutrientes do leite materno, são mais facilmente absorvidos do que os do leite artificial” (Bobak *et al*, 2003, p. 433).

Levy (1994) salienta ainda que o leite materno contém também as proteínas e aminoácidos necessários para o desenvolvimento de todo o sistema nervoso central assim como propriedades anti-infecciosas e imunológicas.

Campos (2007, p. 23) afirma que “as vantagens do leite materno incluem benefícios para a saúde, nutricionais, imunológicos, para o desenvolvimento, psicossociais, económicos e ambientais” as quais, serão de seguida abordadas.

3.4.7 - Vantagens para o Bebé

Como já foi referido anteriormente e tal como indica Levy e Bértolo (2007, p. 7) “[...] a prática exclusiva do aleitamento materno é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida”. Isto porque, são inúmeras as vantagens do leite materno para o bebé.

O bebé deverá ter um regime alimentar adequado à sua idade no que se refere à composição, consistência, quantidade, horário das refeições, sem carência nem excesso, sendo que o aleitamento materno preenche esses mesmos requisitos.

As vantagens para o bebé recaem sobretudo sobre os valores nutricionais, fornecendo também uma maior proteção para algumas doenças assim como um adequado desenvolvimento psicomotor. É um alimento único, em que a amamentação prolongada reduz a morbilidade e a mortalidade infantil.

De seguida irei proceder a uma breve referência acerca das vantagens do aleitamento materno para o bebé.

3.4.7.1 - Vantagens nutricionais

O período mais crítico e vulnerável na vida do ser humano é porventura o período neonatal pelo que, é importante atender a algumas características específicas deste mesmo período no qual o leite será a única fonte de alimentação. Desta forma, é difícil compensar a sua alimentação com outro nutriente (Levy, 1996). “O leite materno é o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida” (Carvalho, 2002, p. 297) pois contém os nutrientes, energia, hidratos de carbono, gordura, proteínas, aminoácidos, lípidos, minerais e vitaminas, ideais para um bom desenvolvimento da criança (Lothrop, 2000; Levy, 1994).

Das suas características nutricionais, há a salientar:

- Lactose em quantidades necessárias ao desenvolvimento do sistema nervoso central do bebê (Bobak *et al*, 2003). Este é o hidrato de carbono mais abundante no leite materno e favorece a colonização intestinal com *Lactobacillus Bifidus* assim como o trânsito intestinal (Aguilar Cordero, 2005);
- Ácidos gordos importantes no desenvolvimento do sistema nervoso central assim como da formação da retina e dos centros auditivos (Tamez, 2002);
- Água capaz de garantir as necessidades hídricas do bebê considerando que 85 a 88% do leite humano é água (Nascimento & Issler, 2003);
- Alto teor de lípidos (em especial no final da mamada) que para além da sua função energética produzem a sensação de saciedade (Levy, 1994);
- Proteínas de fácil digestão o que favorece a motilidade do trato digestivo e conseqüentemente minimizam os episódios de vômitos, regurgitação e diarreia ou obstipação (Tamez, 2002; Aguilar Cordero, 2005);
- Fatores de crescimento biologicamente ativos, como o fator de crescimento epidérmico que estimula o crescimento do trato intestinal independentemente da idade gestacional ou do peso do bebê ao nascer (Levy, 1996).

É importante que nas primeiras horas de vida o bebê seja colocado frequentemente ao seio materno de forma a promover uma melhor adaptação do seu sistema digestivo assim como forma de garantir o sucesso da amamentação.

Levy e Bértolo (2007, p. 7) acrescentam ainda que “o leite materno faz com que os bebês tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, podemos referir também a importância do aleitamento materno na prevenção da diabetes e de linfomas.”

3.4.7.2 - Vantagens imunológicas

O risco de infeção para o bebê diminui consideravelmente quando este é alimentado ao seio materno. Isto porque, como refere Gil e Rueda (2002) o leite materno possui leucócitos e outros constituintes com elevada eficácia imunizante.

O leite materno não contém fatores alérgicos, tem uma composição perfeitamente adequada às necessidades do bebê, dado que a composição varia com a idade gestacional e protege de uma série de doenças através de anticorpos da mãe, quer já produzidos ao longo da sua vida em resposta a

agressões a microrganismos patogénicos, quer produzidos por reação a novos agentes de doença entretanto surgidos (Loureiro, 2005; Aguilar Cordero, 2005).

Carneiro (2006) refere que o aleitamento materno protege contra infeções respiratórias, gastrointestinais e urinárias, alergias comuns ao leite de vaca e ajuda o bebé a adaptar-se a outros alimentos. Ao contrário do que ocorre com as proteínas do leite de vaca, as proteínas do leite humano são reconhecidas como iguais o que diminui o risco de desencadear um processo alérgico e, caso este ocorra seja menos grave.

A UNICEF apresentou em 2004 um boletim informativo sobre as vantagens do aleitamento materno tendo por base estudos de investigação nesta área realizados após 1990 tendo concluído que tem sido produzida evidência significativa e fiável que mostra que a amamentação tem importantes vantagens, quer para o lactente, quer para a mãe.

De acordo com a UNICEF (2004) os bebés alimentados artificialmente estão em maior risco de desenvolver:

- infeções do foro gastrointestinal, respiratório e urinário;
- enterocolite necrosante;
- doenças alérgicas (como eczema, asma e dispneia);
- diabetes *mellitus* insulino dependente.

3.4.7.3 - Vantagens psicológicas

Dalai Lama (2003, p. 57) afirma que o amamentar baseia-se não apenas em dar alimento ao seu filho mas constitui também, e sobretudo “um acto que simboliza o amor incondicional” promovendo o vínculo precoce e os laços afectivos. A amamentação implica na mãe e no bebé uma relação profunda, intensa e envolvente que condicionará o futuro desenvolvimento somático e psicológico, proporcionando ainda sentimentos de mútuo prazer.

A proximidade entre mãe e filho, “[...] estimula o tacto e o olfato do bebé, transmitindo-lhe bem-estar, segurança e tranquilidade, fazendo com que o bebé chore menos.” (Campos 2007, p. 31).

A amamentação é uma experiência única quer para o bebé quer para a mãe. A verdadeira importância está na atitude total da mãe ao dar de mamar proporcionando uma relação completa com o seu bebé que promoverá o desenvolvimento de um forte vínculo afectivo mãe-filho o qual, segundo a OMS (1989) influenciará positivamente a criança na adaptação ao plano social e relacional assim como

na vida escolar. “As pessoas que se sentem mais seguras na vida são aquelas que tiveram uma ligação física e emocional muito saudável com a mãe na infância” (Northrup, 2004, p. 431). Existem ainda muitos sinais que sugerem que o leite materno poderá ter efeitos benéficos no desenvolvimento sensorial, motor, intelectual, cognitivo e da linguagem (Ferguson, 1998).

O aleitamento materno constitui pois uma valiosa oportunidade no estabelecimento de um contato muito especial entre mãe e filho que contribui para a vinculação desta díade. Para o estabelecimento deste vínculo afetivo contribuem fatores culturais, comportamentais e ainda psicológicos. Uma mãe motivada a amamentar e que tenha sucesso, sentir-se-á imprescindível ao seu filho, proporcionando-lhe bem-estar e vivenciará sentimentos de auto-estima e auto-realização.

Contudo, para que esta relação se estabeleça feliz e adequadamente, o aleitamento materno não deve ser encarado como um dever mas sim como um verdadeiro prazer, conduzindo a uma felicidade mútua.

3.4.8 - Vantagens para a mãe

De todas as vantagens que o aleitamento materno tem para a mãe aquela que parece assumir maior relevância é o papel que assume na sua recuperação fisiológica após o parto, isto porque facilita a involução uterina (devido ao aumento da ocitocina), diminui o risco de hemorragia e de infecções pós-parto (Campos, 2007; Galvão, 2006). O aleitamento materno, quando eficaz, contribui também para ajudar a mãe a recuperar o peso anterior à gravidez devido à produção da prolactina (Carvalho, 2002).

Tamez (2002) refere ainda que o aleitamento materno poderá ser uma forma de prevenção de depressões pós-parto já que a ocitocina libertada aquando da sucção do bebé, favorece não apenas o sentimento de proteção mas proporciona também à mãe um sentimento de tranquilidade e bem-estar. Considera-se ainda que a amamentação prolongada poderá diminuir a incidência de cancro da mama e de cancro do ovário (devido à inibição do ciclo menstrual) (Northrup, 2004; Galvão, 2006). Vários autores citados por Galvão (2006) referem que a amamentação contribui para a redução do risco de desenvolvimento de esclerose múltipla, artrite reumatoide e doenças cardiovasculares.

A amamentação poderá também servir como método contraceptivo, embora pouco seguro, não só pelos níveis elevados de progesterona que atrasam a ovulação mas também pelos estímulos provocados aquando da sucção, os quais impedem a secreção da hormona libertadora da gonadotrofina (necessária ao desenvolvimento dos folículos) (Tamez, 2002). Contudo, como refere Levy e Bértolo (2007) para que este efeito anticoncepcional se verifique é necessário que o aleitamento

materno seja praticado em regime livre, sem intervalos durante a noite, sem suplementos de outro leite nem complementado com qualquer outro tipo de alimento.

O aleitamento materno permite responder à necessidade que as mães sentem de começar um “namoro” com o bebé. Galvão (2006) defende que a amamentação favorece também o sentimento de sucesso e de auto-estima materno. Isto porque segundo Campos-(2007, p. 31)

“a amamentação proporciona um prazer único e a mulher que consegue amamentar com sucesso sente-se mais realizada e autoconfiante e tem menos depressão pós-parto. A mãe sente mais apego emocional e é mais afectuosa. Há estudos que demonstram que os bebés amamentados têm menor risco de serem maltratados e abandonados.”

3.4.9 - Vantagens socioeconómicas

Newman (1999) refere que o leite materno é economicamente o alimento mais barato. Levy (1996) acrescenta ainda que os custos com o leite artificial seriam incomportáveis para o orçamento de muitos países em desenvolvimento assim como de muitas famílias portuguesas que se confrontam com vencimentos reduzidos.

O aleitamento materno melhora a qualidade de vida da família pois é prático, está pronto em qualquer lugar e à temperatura adequada, não necessitando de nenhum equipamento para a sua preparação o que facilita em caso de deslocações, viagens ou passeios (Martins, 2001). Campos (2007) também reconhece as vantagens socioeconómicas associadas ao aleitamento materno, pelo que defende que:

“[...] pelo fato de os bebés amamentados adoecerem menos, há uma redução significativa nos gastos de saúde, em medicamentos e utilização de serviços de saúde e diminuição do absentismo dos pais. Nas comunidades de muito baixos recursos económicos, os custos com o leite artificial, leite de vaca, biberões, tetinas, energia para ferver a água, etc. podem representar cerca de 25% a 50% dos rendimentos familiares” (Campos, 2007, p. 33).

O fato de as crianças serem alimentadas através de leite materno faz ainda com que haja uma redução de morbilidade e mortalidade, “ [...] constituindo um seguro de saúde e de vida para os filhos dos pobres” (Campos 2007, p. 33) e diminui muito os custos para a sociedade pelo fato de conferir mais saúde à criança (Loureiro, 2005).

Ao nível da economia pública há menos gastos com a alimentação e saúde das crianças, sendo que o leite materno protege os bebés de doenças futuras, como a diabetes, hipertensão e

obesidade, diminuindo assim custos futuros com internamentos e consultas hospitalares (Loureiro, 2005).

3.4.10 - Vantagens para o meio ambiente

Para além das vantagens anteriormente citadas, o aleitamento materno tem também vantagens para o meio ambiente já que, “[...] o leite materno é ecológico, não necessita de ser fabricado, envasilhado, nem transportado, permitindo poupar muita energia e recursos naturais e diminuir a poluição do meio ambiente” (Campos 2007, p. 34).

Ao contrário do leite materno, a preparação do leite artificial implica gastos (não apenas com as embalagens de leite mas também com outros materiais como biberões, tetinas entre outros) e, como afirma Pedro (2002, p. 274) “[...] todo esse material acarreta desperdícios para o ambiente e a sua possível contaminação.” Albuquerque (2001) reforça esta ideia referindo que a produção dos materiais necessários no aleitamento artificial implica elevados gastos energéticos e de recursos, conduzindo a grandes desperdícios e à libertação de toxinas e gases poluentes para a atmosfera.

O aleitamento materno constitui assim uma forma de poupar energia ao planeta por tornar dispensável a produção de leites artificiais que são extremamente caros em termos de consumo de energia na sua produção, e caros ao consumidor, não gerando materiais de desperdício como latas, tetinas, biberões e outros produtos resultantes da confeção e restos de leites artificiais (Loureiro, 2005).

Por todas estas razões e como afirma Aguilar Cordero (2005) quando a mãe decide amamentar está a proteger o ambiente.

3.4.11 - Contraindicações do aleitamento materno

Levy e Bértolo (2007) referem que existem algumas situações que poderão impedir temporariamente o aleitamento materno até que sejam resolvidas como exemplos de algumas doenças infecciosas como a varicela ou a tuberculose em fase ativa e ainda situações em que seja necessário a mãe fazer algum tipo de medicação.

De acordo com a OMS (1989) são raras as razões fisiopatológicas em que o aleitamento materno está contra-indicado.

Existem ainda situações que constituem contra-indicações definitivas para o aleitamento materno. Levy e Bértolo (2007) dão como exemplo dessas mesmas situações mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana, com doenças graves ou crônicas que exijam tratamento prolongado com medicamentos nocivos para o bebê e ainda os bebês com algumas doenças metabólicas, congênitas ou hereditárias caracterizadas por deficiências enzimáticas específicas.

3.4.12 - Fatores que influenciam a prática do aleitamento materno exclusivo

Falar em sucesso no aleitamento materno pode ser gerador de contradições isto porque, como referem Levy e Bértolo (2007) implica atender ao projeto materno pois amamentar por um curto período de tempo pode ser considerado sucesso para a mãe de acordo com as suas expectativas.

A amamentação bem-sucedida depende de uma opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação e requer apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar e para cuidar do filho, um bebê capaz de mamar eficazmente, que cresce e se desenvolve, e assistência por profissionais de saúde capazes de atuar de forma motivadora e de ensinar a agir, de modo a tornar a amamentação um êxito e a propiciar prazer em amamentar e em mamar.

O sucesso do aleitamento materno depende pois em grande parte do desejo da mãe amamentar o seu filho do que de qualquer outro fator. Porém, para além da sua motivação pessoal, a mãe deve estar preparada para o fazer. O que, segundo Levy e Bértolo (2007) dependerá em grande parte do esclarecimento, apoio e encorajamento dado às mães pelos profissionais de saúde.

Para Carvalho (2002) a falta de reconhecimento pela sociedade do valor do aleitamento materno, o não cumprimento da legislação trabalhista de proteção à mulher, as dificuldades que surgem no processo da amamentação, a falta de preparação dos profissionais de saúde e das maternidades e ainda marketing inteligente (e muitas vezes não ético) das indústrias de alimentos infantis, biberões e chupetas são fatores que dificultam a amamentação levando desta forma ao seu abandono precoce.

Voggel *et al* (1999) admitem existir uma relação direta entre alguns fatores e a prática do aleitamento materno.

Apesar de todas as políticas de promoção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade este fica abaixo do recomendável (Levy *et al*, 1994). As razões apresentadas por vários autores para este sucedido, não considerando as situações em que a amamentação está contraindicada, serão de seguida apresentadas.

3.4.12.1 - Idade materna

Levy (1996) refere que é possível constatar que à medida que a idade materna aumenta se assiste a uma menor incidência e a um menor período de aleitamento materno até aos 3 meses de vida. Já Manzanares *et al.* (1997) num estudo intitulado Lactância Materna concluíram que a idade da mulher não influencia o início da lactação, mas sim, o seu abandono ao primeiro mês. Mulheres com menos de 20 anos e mais de 37 anos são as que apresentam maior taxa de abandono do aleitamento materno.

Levy *et al.* (1994) referem que uma das variáveis que segundo alguns autores parece influenciar o aleitamento materno é a idade da materna, sendo a prevalência maior em mães mais velhas. Estudos recentes têm vindo a demonstrar que as mães adolescentes apresentam uma menor probabilidade de amamentar com sucesso do que mães mais velhas.

Após toda a literatura revista, as opiniões acerca da influência deste fator é de longe unânime.

3.4.12.2 - Nível socioeconómico/habilitações literárias

Albuquerque *et al.* (1996) num estudo publicado sobre o aleitamento materno, concluíram que mães com um nível sociocultural mais elevado amamentam durante mais tempo. Também Levy *et al.* (1994) defende que o fato de a mãe pertencer a uma classe socioeconómica alta e ter uma boa escolaridade, parece favorecer uma maior duração do aleitamento materno.

Alguns estudos realizados revelaram uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do aleitamento materno, não tendo sido encontrada qualquer influência exercida pelo rendimento ou nível socioeconómico da família, na duração do aleitamento materno (Levy, 1996).

Relativamente às habilitações literárias este é um fator que justificadamente determina o sucesso do aleitamento materno pois influencia em grande parte da compreensão correta da informação que lhe é transmitida o que, pode contribuir de uma forma positiva para a sua adesão e duração (Susin *et al.*, 1999).

3.4.12.3 - Atitudes/experiências durante a gravidez

Manzanares *et al.* (1997), num estudo realizado sobre aleitamento materno, onde pretendiam identificar os fatores socioculturais e de saúde que influenciam o início e a evolução do aleitamento materno, concluíram que a paridade (número de filhos) não influencia o início do aleitamento materno

(92 % em primíparas e 90,3% em múltiparas). No entanto, ao primeiro mês, o número de primíparas (mães pela primeira vez) a amamentar é superior ao das múltiparas.

A motivação materna é também um fator determinante no sucesso ou insucesso do aleitamento materno pois determinará a forma como a mãe compreende e retém a informação que lhe é transmitida. Manifesta-se na execução de tarefas importantes na decisão de amamentar, como também na elaboração de planos e projetos, escolhendo os meios que conduzem a esse fim.

3.4.12.4 - Efeitos da comunicação social

É-nos impossível descurar a importante influência que os meios de comunicação social assumem atualmente. Aguilar Cordero (2005, p. 100) afirma que através dos meios de comunicação social é possível “[...] publicar-se uma informação que contribua para generalizar a prática do aleitamento materno, com vantagens para as mães, seus filhos, entre outros”. Porém, este mesmo autor sublinha que muitas vezes as informações/imagens transmitidas sobre esta temática poderão ter influência negativa.

A publicidade quando bem estruturada também pode contribuir para a promoção da amamentação. Um exemplo positivo da utilização da publicidade, neste sentido, foi observado nos Estados Unidos, onde uma campanha feita em prol da amamentação fez aumentar, em 40%, o número de crianças alimentadas ao seio materno (Cordeiro, 1987).

De fato, a influência da comunicação social tende a ser mais negativa do que positiva, no que respeita ao aleitamento materno. Mas o contrário não é impossível e é fundamental que se torne efetivamente mais frequente. O desafio talvez seja que, mediante a imaginação e a originalidade das iniciativas e das mensagens, se consiga que os meios de comunicação achem interessante e atrativa a transmissão de informações positivas para o aleitamento materno (Aguilar Cordero, 2005).

3.4.12.5 - Alteração na estrutura da sociedade e das famílias

Atualmente as sociedades estão organizadas de uma forma que não protegem suficientemente a maternidade e não proporcionam condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe (Cordeiro, 1987). Isto porque parece existir uma certa incompatibilidade entre a função de mãe e de mulher. É muitas vezes exigida à mulher, pela própria sociedade, o trabalhar fora de casa por razões económicas. A mulher, nas sociedades atuais é, assim, levada a sentir necessidade de uma independência, incompatível muitas vezes com o horário das mamadas (Serrano, 1997).

Por outro lado, cada vez mais se assiste a sociedades multirraciais em que, a raça ou etnia da mãe influencia na prática da amamentação. Como exemplo, temos as mulheres indianas que tradicionalmente não oferecem o colostro aos seus filhos, por acreditarem que ele era impuro e prejudicial (Okolo *et al*, 1999).

As transformações observadas na própria estrutura familiar podem também ter um efeito negativo na prática do aleitamento materno. Já que, na opinião de Santos *et al* (1988), até há algumas décadas atrás, o saber do aleitamento era transmitido de geração em geração, através das nossas mães e avós. As dificuldades das primeiras semanas resolviam-se muito facilmente no seio da família, não só pela informação transmitida mas também pelo apoio emocional dado. Hoje infelizmente tudo mudou. Muitas mães nunca viram uma mulher amamentar, nem na família, nem em público, onde esta prática se vai perdendo cada vez mais.

Lothrop (2000, p. 315), afirma que:

“[...] as mulheres têm vindo a adquirir uma melhor formação profissional e a alcançar, no trabalho, posições que lhes agradam e nas quais são bem sucedidas” contudo, por outro lado também “[...] tem-se cada vez mais consciência da importância para o desenvolvimento da capacidade de amar e para a formação da personalidade da criança, de alguém que constitua para ela uma referência constante. Assim, é necessário que na nossa sociedade, a mãe ou o pai possam dispor de um tempo livre para se dedicarem a elas.”

A profissão para algumas mulheres assume primordial importância, podendo até a maternidade e a atividade profissional, pelas exigências de tempo e de investimento pessoal que implicam, serem difíceis de conciliar (Figueiredo, 2001)

3.4.12.6 - Situação profissional da mãe

Relativamente a este aspeto, será feita apenas uma breve referência na medida em que será abordado mais exaustivamente num outro capítulo relativo à legislação de proteção ao aleitamento materno.

Embora atualmente se assista a uma atenção especial relativamente à legislação que protege a mãe trabalhadora e que amamenta, os problemas laborais são uma das principais razões apresentadas pelas mulheres, para o abandono precoce da amamentação. Isto porque, como referem Manzanares *et al* (1997) as leis de proteção à amamentação nem sempre são cumpridas pela entidade empregadora e a mãe vê-se obrigada a regressar precocemente ao trabalho. Por outro lado, a

mãe não tem disponibilidade de tempo necessária para o esvaziamento de leite e dessa forma manter a lactação (Rodrigues *et al*, 1998).

O tipo de vínculo laboral com a entidade patronal é muitas vezes fator determinante no abandono precoce da amamentação; por exemplo, contratos de trabalho com vínculo precário obrigam as mães a retomar o trabalho antes de estarem completamente recuperadas o que com certeza influenciará negativamente o processo de amamentação. Torna-se pois importante informar adequadamente as mães acerca da legislação que as protege.

De fato conciliar a amamentação com a vida laboral não é tarefa fácil sendo de grande importância a existência de estruturas de apoio. Um bom planeamento é a chave de êxito da amamentação para as mães que trabalham, o qual exige um esforço e trabalho de equipa entre toda a família (Rodrigues *et al*, 1998).

3.4.12.7 - Motivos emocionais e experiências anteriores

Segundo a OMS (1989), as razões mais frequentes para o abandono precoce estão relacionadas com o fato de a mãe acreditar que não tem leite em quantidade suficiente e/ou com qualidade ou de terem experiência anteriores negativas no processo de amamentação. Ainda nessa linha de pensamento, Nduwimana (1999) refere que a razão mais frequente para as mulheres desistirem de amamentar é a sensação errada de que não têm leite suficiente para alimentar o bebé, pensando que assim aumentam a quantidade disponível para a próxima vez. Por vezes saltam uma refeição e em vez dela dão um biberão ao bebé mas o efeito, porém, é precisamente o contrário.

Levy *et al* (1994) consideram que a ansiedade e insegurança materna podem também ser fatores desencadeadores do abandono precoce da amamentação. King (1991) vem reforçar esta opinião considerando que a ansiedade é uma das razões que, mais frequentemente, é apontada para o abandono precoce do aleitamento materno, para o começo de alimentação complementar antes da idade recomendada e para o não início do aleitamento materno. Atendendo a estes aspetos, o enfermeiro poderá assumir um importante papel, transmitindo a confiança necessária, o apoio emocional e ainda corrigindo alguns erros.

A ansiedade pode ser determinante quando se desconhece o valor do colostro, levando muitas mulheres a pensar que não têm leite (Ferreira, 2006).

É de salientar ainda, que a libertação da ocitocina, que é responsável pelo reflexo da descida do leite, pode ser inibida pela fadiga, dor ou ansiedade. Isto significa que muitas vezes o leite produzido

não chega à criança. Esta chora com fome e o estado de ansiedade materna aumenta, bloqueando, ainda mais, a libertação de ocitocina. Só com uma boa orientação à mãe é que se consegue interromper o ciclo vicioso formado, evitando assim o fracasso do aleitamento materno (Leone e Tronchin, 1996).

Outro aspeto a considerar são as experiências negativas vivenciadas durante a gravidez ou em gravidezes anteriores (em especial, uma experiência pouco satisfatória com outros filhos no que respeita à amamentação) (Davies, 1993).

A atitude da mulher antes da amamentação influencia o seu desejo de a iniciar e de a manter, dependendo de diversos fatores, tais como, influências culturais, experiências passadas de familiares ou de amigos e até mesmo da própria mulher; responsabilidades após o parto, nomeadamente o regresso à atividade profissional ou à escola. Se a mulher que amamenta considerar recompensa suficiente a saúde e a relação com o seu filho, facilmente lhe será possível iniciar e manter esse comportamento.

3.4.12.8 - Dificuldades maternas fisiológicas

Lothrop (2000) considera que as duas primeiras semanas de amamentação constituem um período de difícil adaptação, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, conduzindo a algumas situações complexas e sobretudo a muitas dúvidas e incertezas que poderão estar na origem do abandono precoce do aleitamento materno. Estas dificuldades na amamentação poderão surgir quando o processo fisiológico é modificado, por aplicação de regras e normas artificiais ou por não se conseguir colocar o bebé ao peito de modo adequado (pega incorrecta).

De acordo com o Levy e Bértolo (2007), estas mesmas dificuldades são designadas de dificuldades precoces sendo as mais frequentes:

- Mamilos dolorosos e fissuras;
- Ingurgitamento mamário;
- Mastites;
- Obstrução dos ductos;
- Mamilos invertidos ou retraídos.

3.4.12.8.1 - Mamilos dolorosos e fissuras

Os mamilos podem-se tornar dolorosos e sensíveis durante os primeiros dias da amamentação. A sensibilidade dos mamilos pode ser prevenida ou limitada usando uma posição correta e evitando o ingurgitamento da mama. A dor é um sinal claro de que é necessário observar se o bebé está a mamar corretamente (Pereira, 2006).

As gretas e fissuras surgem muitas vezes em simultâneo com a estase mamária, quando os bebés apenas abocanham o mamilo, exercendo sobre ele toda a sua força de sucção. São geralmente dolorosas para a mulher e provocam limitações no amamentar. A diminuição da duração das mamadas nos primeiros dias e a realização de exercícios nos mamilos durante o período pré-natal são recomendados como prevenção das dores e fissuras (Pereira, 2006).

3.4.12.8.2 - Ingurgitamento mamário

Trata-se de uma congestão dos vasos mamários produzindo edema, que pode aparecer logo no princípio da amamentação (vulgarmente chamada de subida do leite) ou mais tardiamente quando se começam a espaçar as mamadas. Deve-se a uma má sucção do bebé, ou a uma má contenção das mamas (soutiens pouco adaptados). Deve-se identificar a causa, fazer a criança mamar com a maior frequência possível e de maneira eficaz para que ela esvazie as mamas (Le Roy, 2000).

São os problemas resultantes da estase láctea que irão causar o ingurgitamento mamário, o desconforto e a reação dolorosa durante as mamadas. Este conjunto de sintomas leva frequentemente à interrupção do aleitamento materno (Carvalho *et al* 1992).

Para Bobak *et al* (2003), o ingurgitamento é a resposta das mamas às hormonas da lactação e à presença do leite. As mamas normalmente sentem-se firmes, tensas e quentes e a pele pode tornar-se brilhante e esticada. A aréola tensa dificulta ao bebé a tarefa de abocanhar firmemente o mamilo, podendo a amamentação tornar-se desconfortável e frustrante tanto para a mãe como para a criança, pelo que deve ser feito um tratamento eficaz.

O tratamento do ingurgitamento mamário consiste em favorecer o esvaziamento da mama. Extrair um pouco de leite antes da mamada, ajuda a diminuir a tensão na aréola e a favorecer a sucção do bebé (King, 1991).

3.4.12.8.3 - Mastites

King (1991) define mastite como sendo uma infecção mamária, ou seja, parte da mama fica vermelha, quente e edemaciada. Poderá surgir febre e a mãe não se sente bem. Este mesmo autor considera que o tratamento eficaz da mastite implica retirar o excesso de leite sendo que os antibióticos ou outros tratamentos serão em vão caso o esvaziamento não seja efetuado. A mãe deve ser estimulada a continuar a amamentação, pois isso não fará a criança adoecer. Se a mãe não quiser amamentar do lado infetado deve retirar o leite manualmente, várias vezes ao dia.

De acordo com Félix (2000), para que o tratamento desta situação seja eficaz é necessário um bom acompanhamento, para que a mãe continue a sentir-se motivada para o aleitamento materno. A mãe deve ser orientada no sentido de aumentar a frequência das mamadas, massajar suavemente a mama, aplicar água quente, verificar e corrigir a pega, alterar posições, facilitando a drenagem do leite de todos os quadrantes (Pereira, 2006).

3.4.12.8.4 - Obstrução dos ductos

Ocasionalmente, um ducto pode obstruir, originando uma área sensível na mama, que pode ficar granulosa e quente. Os ductos obstruídos podem resultar do inadequado esvaziamento das mamas, do uso de um soutien demasiado apertado e do incorreto posicionamento para o aleitamento materno (Galvão, 2006).

Félix (2000) propõe como medidas de tratamento para esta situação: aumentar a frequência das mamadas; dar primeiro a mama dolorosa para ser esvaziada completamente; verificar e corrigir a pega; fazer massagens suaves no local do nódulo direcionando-as para o mamilo e ainda aplicar compressas de água quente nas mamas, entre as mamadas, para aumentar a fluidez do leite.

3.4.12.8.5 - Mamilos invertidos ou retraídos

Muitas vezes, o fato de a mãe ter um mamilo invertido ou retraído pode constituir fator perturbador da amamentação isto porque, a mãe pensa que o seu mamilo é demasiado pequeno ou pouco adequado. Contudo, é importante informar a mãe de que o mamilo fica mais saliente na fase final da gravidez e/ou logo após o parto, podendo ainda a mãe tentar rodar o mamilo entre os dedos de modo a ficar mais saliente (Galvão, 2006).

O uso de moldadores de mamilos durante a gravidez é atualmente desaconselhado, uma vez que não é evidente que ajude a melhorar o formato do mamilo podendo ainda lesá-lo. O que é

realmente importante é que a mãe amamente o bebê logo após o nascimento e evite o uso de tetinas e de chupetas, para evitar que o bebê tenha maior dificuldade em pegar (Levy e Bértolo, 2007).

Tal como foi referido, para todas estas situações, a solução passa geralmente pela continuação na amamentação, corrigindo porventura a pega efetuada e/ou a posição a amamentar. Deste modo, torna-se imperioso a nossa intervenção neste período como o objetivo de promover o aleitamento materno.

3.4.12.9 - Dificuldades relacionadas com o bebê

A habilidade de mamar vigorosamente nas primeiras duas horas de vida é uma das capacidades neurológicas mais admiráveis do recém-nascido (OMS, 1989). As primeiras horas pós-parto são as mais importantes para estabelecer o vínculo mãe-filho e dar início a um processo de amamentação eficaz. A mãe terá maiores possibilidades de amamentar por tempo prolongado se a criança for colocada a mamar logo após o parto. Se ocorrer algum atraso em iniciar a amamentação, mesmo que seja por poucas horas, o aleitamento materno terá mais hipóteses de falhar (King, 1991). Para além de que o contato íntimo entre mãe e filho, imediatamente após o parto, e a sucção frequente na mama, são os melhores estímulos para a secreção do leite (OMS, 1989).

Um outro fator que é frequentemente referido como condicionador no sucesso da amamentação é o regime alimentar do recém-nascido. Deve-se ao fato de nos primeiros dias de vida o recém-nascido dormir quase a totalidade do tempo, despertando apenas por breves momentos, que deverão ser aproveitados para oferecer a mama. Um regime com esquema rígido, nomeadamente nos horários e na duração de cada mamada, vai alterar por completo a rotina do recém-nascido. Levy *et al* (1994) defendem que na amamentação se deve praticar o *rooming in* (alojamento conjunto) para facilitar o horário livre de mamadas. Deve-se valorizar um ambiente envolvente, pois o início da amamentação exige um ambiente de intimidade para que a mãe se sinta calma, despreocupada e sem medo de amamentar.

A OMS/UNICEF aponta ainda algumas dificuldades relacionadas com o bebê que surgem num período posterior nas quais há a destacar:

3.4.12.9.1 - Pouco leite/choro do bebê

Por vezes, o bebê tem ações que fazem com que a mãe pense que tem pouco leite, entre elas, o chorar mais do que o habitual, querer mamar mais frequentemente, demorar muito a mamar e

adormecer a mamar. Apesar destes sinais, na maior parte das vezes, as mães têm bastante leite, “mas sentem falta de confiança de que o leite é suficiente” (Levy e Bértolo, 2007, p. 37). De fato, alguns destes são sinais de que o bebé não ingeriu a quantidade certa de alimento, pois o horário das mamadas é rigidamente seguido pela mãe, o que faz com que a criança espere muito tempo para mamar. Por vezes também trocam de mama quando o bebé ainda não esvaziou por completo a primeira (não ingerindo a quantidade de gordura presente no final da mamada).

Nestas ocasiões, Pereira (2006, p. 130) refere que os sintomas e queixas das mães são:

“[...] o bebé não fica satisfeito após as mamadas, chora muito; as mamadas são muito longas ou muito frequentes; o bebé apresenta fezes duras, secas ou verdes; recusa-se a mamar; o leite não sai quando a mãe faz a expressão; as mamas não aumentaram durante a gravidez; o leite não desceu depois do parto.”

De fato, o choro é algo que preocupa a mãe levando-a a pensar que não tem leite suficiente e a iniciar o suplemento alimentar. A mãe deve ser esclarecida no sentido de que o fato de o bebé chorar muito pode ser apenas significado de desconforto, cansaço, dor, cólicas... pelo que não é razão para iniciar suplemento alimentar artificial.

A mesma autora refere ainda que existem apenas dois sinais de certeza de que o bebé não está a receber a quantidade correta de alimento: “o bebé ganha pouco peso (menos de 500 gramas por mês; ou o peso inferior ao peso ao nascer após 2 semanas de vida) e [...] a urina do bebé é muito concentrada e em pequena quantidade (menos de seis micções por dia, amarela e com cheiro intenso). Segundo a autora [...] é muito raro o bebé precisar de outros alimentos antes dos seis meses de idade” (Pereira 2006, p. 130).

Para produzir mais leite, a mãe deve ser ensinada a amamentar o bebé sempre que este tenha fome, deixá-lo esvaziar a mama até ao fim e só depois oferecer a outra, alternando na mamada seguinte; deve também acordar o bebé e não o manter muito agasalhado durante a mamada, de forma a não proporcionar o adormecimento. É também importante que a mãe seja orientada a amamentar também durante a noite, pois a libertação da prolactina é maior à noite. Pode também retirar o leite, manualmente ou por bomba, sempre que não esteja com o bebé.

3.4.12.9.2 - Recusa em mamar

Pereira (2006) acrescenta ainda como dificuldade tardia a recusa do bebê em mamar, sendo que este pode ser um fator causador de stresse na mãe, podendo-se sentir frustrada com o ato de amamentar, chegando mesmo a abandonar. Nestes casos, a autora refere que:

“[...] alguns bebês fazem pega correcta, mas o reflexo de sucção e deglutição é muito débil; por vezes o bebê debate-se na mama, roda a cabeça para um e outro lado à procura de fazer a pega e a mãe pensa que o bebê não quer mamar; às vezes o bebê mama durante uns minutos e depois interrompe bruscamente e faz isso repetidamente; às vezes o bebê mama numa mama e recusa a outra” (Pereira, 2006, p. 133).

3.4.12.9.3 - *Nipple confusion*

Levy (2007) refere que o biberão dado nos primeiros dias de vida provoca aquilo que se chama *nipple confusion*, ou seja, confusão do mamilo em que o bebê confunde a tetina/chupeta com o mamilo da mãe. Deste modo, o bebê pode dar a sensação de estar a recusar o peito quando na verdade, confunde a mama com a tetina/chupeta e conseqüentemente a forma de sucção, uma vez que são bem distintas. Esta situação ocorre porque existem diferenças mecânicas base entre o modo como o bebê adquire o leite do biberão e da mama. Administrar biberão ou dar chupetas a um recém-nascido, conduz à *nipple confusion*. O bebê vai tentar usar a técnica de mamar na tetina no mamilo, o que vai dificultar a pega e a sucção. O bebê fica frustrado, assim como a sua mãe. Sendo assim, na falta de apoio e inexperiência da mãe, esta deve, segundo Franco (2003), ter ensinamentos relacionados com o tema da amamentação, devendo ser ajudada nas primeiras mamadas e esclarecida de todas as dúvidas que possam surgir. Segundo Clay (2005), o fato de a amamentação ser um comportamento aprendido, a maioria dos bebês opta pela forma que exige menos esforço.

Em conclusão, o *nipple confusion* é um problema que surge nas primeiras semanas de vida, dificultando o estabelecimento da lactação. Relativamente à mãe, favorece não só o aparecimento de fissuras nos mamilos, mas também o ingurgitamento mamário e retira ao bebê a possibilidade de mamar o leite produzido no final das mamadas (rico em gorduras e calorias).

3.4.12.10 - Motivos estéticos por parte da mãe

Por vezes, as inúmeras vantagens do aleitamento materno são desvalorizadas face ao receio que a mãe sente em perder a beleza dos seus seios ao amamentar (Neto e Almeida, 1992). Contudo como afirma Lothrop (2000, p. 194):

“não se justifica o medo de muitas mulheres (principalmente quando já têm normalmente seios grandes) de que estes fiquem ainda maiores e mais pesados, talvez até “caídos”. Ficarão “caídos”, mais provavelmente, se o desmame for precoce ou se não houver amamentação, isto porque o corpo se preparou inutilmente durante nove meses [...] Depois de um longo período de amamentação, os seios ficam, geralmente, mais pequenos do que antes porque, com o alongamento dos canais lactíferos, o tecido gorduroso é parcialmente substituído [...] depois de algum tempo [...] esse tecido adiposo, que dava ao seio a forma original, é repostos.”

A mama é, também, muitas vezes encarada como objeto sexual o que poderá levar a mãe a sentir-se constrangida para amamentar em locais públicos ou junto de outras pessoas preferindo fazê-lo no seio da sua intimidade.

De fato, como refere Burroughs (1995), a adaptação à maternidade pode afetar o comportamento e a forma como a mãe se sente, em relação a si própria e ao seu corpo, nas primeiras quatro/seis semanas pós-parto. Assim sendo, é importante ajudar a mãe neste mesmo processo de adaptação com vista à promoção do aleitamento materno.

3.4.12.11 - Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde

King (1991) refere que um dos fatores potenciadores do abandono precoce do aleitamento materno é a organização e falta de apoio dos serviços de saúde e dos seus profissionais. Apesar de ser unânime a opinião de que o meio hospitalar é o mais seguro para a mãe e recém-nascido, também é sabido que as rotinas demasiado rígidas em muitas maternidades favorecem a introdução precoce de suplementos ou o abandono logo que a mãe volta para casa. No caso de haver a necessidade de o recém-nascido ser internado num serviço de neonatologia e na impossibilidade de a mãe se deslocar junto do mesmo, implica que a primeira mamada seja tardia, sendo este um dos fatores de abandono da amamentação precoce.

Galvão (2006) realça ainda como fatores que influenciam o declínio do aleitamento materno as experiências da mulher vivenciadas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e as reações da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo o respeito pela sua dignidade e privacidade que contribuem

para o seu conforto e bem-estar e afetam a sua motivação em relação ao aleitamento materno e à facilidade com que se inicia. Para Rodrigues *et al* (1998), o aleitamento materno tem que ser precoce, exclusivo (sem água, soro glicosado ou chupetas) e em regime de horário livre. Mãe e filho devem permanecer juntos até a alta hospitalar.

Aguilar Cordero (2005) refere que para além das rotinas hospitalares as próprias estruturas hospitalares prejudicam muitas vezes a aproximação da mãe ao bebé (com o uso de berçários) assim como a carente formação dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, não têm competências mínimas no apoio à mãe. Por outro lado, parece haver na sociedade atual uma sobrevalorização da medicina curativa face à preventiva, aliado a um progressivo aperfeiçoamento dos leites artificiais, conduzindo ao quase esquecimento de todos os aspetos relativos à amamentação por parte dos profissionais de saúde.

3.4.12.12 – Introdução de leites artificiais muito precocemente

O biberão é sem dúvida um engenhoso substituto do seio materno. Quando o aleitamento é misto pode mesmo tornar-se num competidor habituado ao triunfo (Carvalho, 2002).

Royal College of Midwives (1994), afirma estar provado que dar leite artificial aos bebés na primeira semana de vida é a variável mais importante que está associada ao término do aleitamento materno nas duas primeiras semanas pós-parto. Também Rodrigues *et al* (1998) referem que o uso de suplemento artificial, nos primeiros sete dias de vida, está associado a uma diminuição no período de aleitamento materno.

Como forma de reforçar estas opiniões, num estudo efetuado sobre a prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos seis meses, no Hospital Santa Maria, concluiu-se que a taxa de suplementação é exagerada (48%). Mães de crianças que não receberam suplemento durante o internamento amamentaram durante mais tempo. Para os autores, este foi o fator mais importante na determinação da duração do aleitamento materno, no estudo que realizaram (Albuquerque *et al*. 1996).

3.4.13 – O direito a amamentar – legislação em Portugal

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir em vários países a um empenhamento na promoção do aleitamento materno e na criação de condições que facilitem a sua manutenção prolongada.

Neste sentido, também em Portugal verificou-se uma modificação nas políticas de saúde de orientação, apoio e manutenção do aleitamento materno, tendo em conta o reconhecimento dos benefícios e das repercussões económicas favoráveis que dele advêm (nomeadamente em torno de uma redução da procura dos serviços hospitalares por mães e crianças, assim como o aumento da produtividade que advém de uma força de trabalho salutar).

Considero oportuno fazer referência à proteção da maternidade e paternidade, a qual é também contemplada no artigo 68^a da Constituição da República Portuguesa (Anexo 1)

4 - Enquadramento metodológico

Neste capítulo procederei ao enquadramento metodológico do projeto de estágio de promoção do aleitamento materno denominado educar para cuidar. Na sua constituição inserem-se a apresentação e fundamentação metodológica utilizadas, nomeadamente, o paradigma, a metodologia, os métodos e técnicas, a avaliação e por fim os recursos mobilizados e limitações do processo.

4.1 - Apresentação e fundamentação metodológica

Nesta secção será apresentado o paradigma de intervenção em que se baseou o desenvolvimento do projeto, bem como os métodos e técnicas de investigação e avaliação. Apesar da sua complementaridade e articulação, os métodos e técnicas serão descritos em separado para uma melhor compreensão, organização e facilidade na leitura.

A conceção, gestão, implementação e avaliação deste projeto de investigação/ intervenção assentou na metodologia qualitativa, sendo que a metodologia quantitativa foi igualmente utilizada. Assim, os métodos e técnicas utilizadas na metodologia qualitativa foram: a observação direta e participante, a entrevista, o diário de bordo, as conversas informais, a pesquisa e análise documental e a análise de conteúdo. A sua utilização permitiu uma compreensão mais aprofundada da realidade e do meio envolvente. A metodologia quantitativa foi utilizada sobretudo para a análise estatística dos dados decorrentes da aplicação de inquéritos por questionário.

4.1.1 Definição do paradigma de intervenção / investigação

Este trabalho de intervenção/ investigação assenta no paradigma interpretativo – hermenêutico uma vez que se irá trabalhar com a realidade social, onde estão em causa diversos fatores, como motivações, desejos, angústias, capacidades e dificuldades. As metodologias qualitativas fundamentam-se neste paradigma na medida em que se baseiam numa estratégia de interação entre os intervenientes para poderem compreender e interpretar o comportamento humano. Assim e, como refere Ander-Egg (1990, p. 34), “as vivências de experiências que expressam a sabedoria popular, não só comportam o conhecimento da realidade que é motivo de estudo, como também ajudam os investigadores e promotores da compreensão dos problemas estudados”.

Com base nos objetivos traçados, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que se busca uma compreensão particular do objeto em estudo, de forma a apreender a complexidade do fenómeno

do aleitamento materno. A metodologia qualitativa caracteriza-se pela proximidade com o contexto e com o sujeito, que assume um papel participativo e ativo, inserido no seu contexto natural. Neste tipo de metodologia o investigador interessa-se mais pelo processo do que pelos resultados, não pretende fazer generalizações antes pelo contrário, particulariza para entender os indivíduos e os acontecimentos a ele inerentes. Como postula Bogdan & Biklen (1994, p. 16) “ [...] a abordagem à investigação qualitativa não é feita com o objectivo de responder a questões prévias ou a testar hipóteses. Privilegia, essencialmente, a compreensão a partir da perspectiva dos sujeitos de investigação [...] em função de um contacto aprofundado [...] nos seus contextos ecológicos naturais.”

Apesar das especificidades inerentes à metodologia qualitativa e quantitativa, o cruzamento destas duas linhas complementares de investigação conduzirá a uma pesquisa mais fortalecida pela melhor compreensão da realidade. Assim, e como defende Fernandes (2009, p. 24) “O ideal é a aplicação de ambas, desta forma, o investigador conseguirá, além de uma melhor compreensão da realidade, ter a oportunidade de fazer o cruzamento das conclusões das diferentes análises”.

Neste sentido, a metodologia qualitativa foi predominante e transversal a todo o projeto, fortemente impulsionada pela participação ativa dos atores sociais. Assim, no âmbito qualitativo usaram-se as técnicas da entrevista semiestruturada, análise documental, observação direta e participante, notas de diário de bordo e conversas informais. A metodologia quantitativa foi aplicada, na avaliação dos inquéritos por questionário e na análise estatística dos dados, através das representações gráficas. De referir que a aplicação complementar destas metodologias possibilitou uma investigação/intervenção mais fortificada e completa.

A investigação qualitativa como forma de produzir conhecimento é hoje muito utilizada. A procura, por parte desta, de muitas verdades, ou seja, a “descoberta através de múltiplos modos de compreensão”, foi descrita por Streubert & Carpenter (2002, p. 18) e vai de encontro à importância destas metodologias.

O fenómeno do aleitamento materno enquadra-se numa metodologia qualitativa, dado que, ao tratar-se de uma experiência humana, subjetiva, ele reveste-se de múltiplas realidades e significados próprios, conforme os participantes. E como afirmam, Denzin e Lincoln (1994) citados por Streubert e Carpenter (2002, p. 2) “a investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido à vida humana”.

4.1.2 Metodologia de intervenção / investigação

Tendo em conta o paradigma adotado, a metodologia deste projeto de investigação/intervenção é a investigação – ação participativa por se considerar que é a que melhor se adequa ao âmbito do projeto, uma vez que se torna difícil conhecer a realidade social do público-alvo sem interagir com ele e levar os sujeitos a ter uma participação ativa na comunidade e maior autonomia no estudo.

Segundo Ander-Egg (1990), a investigação-ação participativa é um conjunto de procedimentos técnicos e operacionais que visam a busca de um conhecimento mais aprofundado da realidade social, implicando a população alvo como agente ativo nesse processo de transformação. Ainda segundo Ander-Egg (1990) para melhor compreendermos esta metodologia devemos começar por analisar os termos que a definem e a forma como se articulam entre si. Assim, a investigação enquanto processo reflexivo, controlado e crítico estuda a realidade social, com envolvimento dos atores sociais, no sentido de atuar sobre ela e a transformar. A ação permite aos intervenientes um conhecimento da sua realidade de modo a poderem alterá-la. Já a participação implica a contribuição conjunta dos investigadores, dotados de conhecimentos teóricos e metodológicos, e dos intervenientes com as suas vivências e experiências de vida.

A investigação-ação participativa constitui-se, portanto, como forma de democratização do saber, ao promover o intercâmbio de conhecimentos entre as partes, bem como o desenvolvimento da capacidade de atuação das populações. Fomenta, desta maneira, a participação das pessoas, cria condições de fortalecimento das organizações de base e pressupõe um projeto político e um modelo de sociedade a que Ander-Egg (1990, p. 33) apelida de “democrática e participativa”.

É um processo coletivo de pesquisa e intervenção sobre uma determinada realidade, visando a produção de conhecimento que possibilita uma modificação dessa mesma realidade social, com a participação ativa dos atores sociais, ou seja, esta metodologia consiste num trabalho cooperante entre o investigador e os atores sociais, pretendendo diagnosticar e solucionar um determinado problema social, isto é, a transformação da realidade por meio da inovação, bem como a formação de competências para uma mudança.

Esta metodologia é no fundo a que mais se adequa à educação de adultos, em que o próprio adulto se vê envolvido na sua autoformação, e o educador/investigador também tem um papel importante pois não poderá assumir uma postura de observador mas terá que viver as mesmas situações como membro integrante do grupo em estudo. Este deve saber trabalhar com a comunidade, fazendo com que os sujeitos se envolvam nas transformações sociais e culturais que poderão ocorrer, esforçando-se por fazer com que as pessoas se sintam integradas.

A investigação-ação participativa parte do pressuposto de que a comunidade é o principal agente das mudanças sociais e apenas é exequível quando se verifica uma participação efetiva da comunidade, dado que é ela que promove tanto o desenvolvimento como a educação dos sujeitos. Possibilita a abertura aos três pilares básicos na intervenção comunitária: uma intervenção integrada, coordenada e globalizada, uma intervenção sistematizada e planificada, e uma intervenção baseada na participação da comunidade (Garcia& Sánchez, 1997)

A investigação-ação participativa define-se pelo seu objeto de estudo ser do interesse de um grupo ou comunidade. Não se trata de estudar algo com interesse científico para o investigador, mas de situações/ assuntos que sejam do interesse do público-alvo, que envolvam questões relativas à sua vida. Percebe-se, assim, que a investigação-ação participativa implica um trabalho conjunto entre investigador e público-alvo, implicando convergência de interesses e atuações, possibilitando uma constante reavaliação da intervenção, dada a complexidade dos intervenientes, para que os resultados pretendidos e previamente delineados sejam alcançados.

Os projetos de intervenção comunitária implicam uma intervenção integrada, coordenada e globalizada dado que o desenvolvimento tem de ser visto como algo complexo e integral. Defende ainda que:

“uma intervenção baseada na participação da comunidade, ou seja, um processo interactivo de conquista de autonomia por parte das populações que tomando consciência das suas próprias necessidades e rentabilizando as suas capacidades e recursos tomam a iniciativa de um processo de promoção das suas condições de vida. (Antunes, 2008, p. 84).

A metodologia de investigação-ação participativa desenvolve-se numa perspetiva emancipatória e não assistencialista pois ao investigador “ [...] não cabe resolver os problemas mas, em conjunto com a população encontrar formas de resolvê-los” (Antunes, 2008, p. 88).

Ao trabalhar as questões relativas ao aleitamento materno, só uma intervenção baseada nesta metodologia seria a mais adequada uma vez que parte das reais necessidade da população e implica uma participação ativa proporcionando o seu desenvolvimento.

4.1.3 Métodos e técnicas de investigação

Os métodos e técnicas utilizadas abaixo apresentadas são na sua maioria de natureza qualitativa, sendo que a abordagem quantitativa foi utilizada sobretudo para a análise estatística.

Assim, ao longo deste projeto foram privilegiadas técnicas como: a observação direta e participante, a conversa informal, o inquérito por questionário, a entrevista semiestruturada, a análise documental (análise de documentos e pesquisas bibliográficas) e as notas de diário de bordo. A sua utilização foi transversal a todo o projeto complementando-se em função das necessidades metodológicas. Numa fase inicial possibilitaram o conhecimento da instituição e do fenómeno em estudo contribuindo para a construção de um diagnóstico de necessidades adequado à realidade. Posteriormente as diferentes técnicas possibilitaram a adequação da intervenção e na fase final permitiram identificar o impacto da intervenção.

A escolha do método de colheita de dados deve ser feita em função do que se pretende investigar, devendo por isso haver um conhecimento prévio de todos os instrumentos acessíveis.

As técnicas podem ser definidas como “um instrumento de trabalho que viabiliza a realização de uma pesquisa, um modo de se conseguir a efectivação do conjunto de operações em que consiste o método, com vista à verificação empírica” (Pardal & Correia, 1995, p. 48).

A análise documental foi transversal a todo o projeto e na fase inicial contribuiu para a caracterização da instituição e fundamentação teórica da temática. É uma técnica de recolha e verificação de dados que complementa informações obtidas por outras técnicas e que permite o acesso a fontes de informação pertinentes, tornando-se deste modo o primeiro passo para a obtenção de informação. Como defende Moreira (2007, p. 153) “O uso da informação disponível, qualquer que seja o seu carácter documental é praticamente indispensável em investigação social”. A análise da informação é praticamente simultânea à sua recolha, o que pressupõe uma reflexão sistemática sobre os documentos que vão sendo recolhidos e seleccionados. Só através do levantamento, análise e reflexão destes documentos me foi permitido realizar uma contextualização mais detalhada e fundamentada da instituição e da temática em estudo, nomeadamente sobre as questões que envolvem os enfermeiros e a sua atuação no aleitamento materno.

Também a observação direta e participante decorreram ao longo de todo o período na instituição e numa fase inicial permitiram uma aproximação aos utentes no seu contexto. Segundo Iturra (1986, p. 149) esta é uma estratégia de recolha de dados que pressupõe “[...] o envolvimento directo do investigador com o grupo social que estuda dentro dos parâmetros das próprias normas do grupo.” O contato estabelecido através da observação participante permitiu ter acesso a informações privilegiadas e criar uma relação de proximidade e de confiança. Este método permitiu ainda a possibilidade de captar no momento os comportamentos, acontecimentos e a veracidade dos mesmos e as dificuldades visto que não recorre a pessoas ou a documentos escritos, ainda que este método

seja complementado com outros. Em relação à observação participante, Moreira (2007) define que a mesma, na intervenção social e num sentido restrito, assenta, por um lado, na busca de realismo, e, por outro lado, na reconstrução de significados em que o investigador junta à sua perceção o ponto de vista do público-alvo.

O carácter informal associado a esta técnica permitiu a colocação de várias questões que respondiam a anseios pessoais, perceber algumas dificuldades e interesses e ainda a confirmação de informação obtida através de outras técnicas como a análise documental e as conversas informais.

As conversas informais revelaram-se um excelente instrumento de pesquisa, pois possibilitaram a obtenção de informações importantes para o diagnóstico de necessidades/ interesses. Este método permitiu um melhor conhecimento dos atores sociais bem como uma maior proximidade com determinantes socioculturais do contexto em estudo. Foram importantes numa primeira fase para o levantamento de necessidades e numa segunda fase como um complemento na apreciação das atividades implementadas.

O diário de bordo revelou-se um excelente aliado, no sentido em que nele se descreveu tudo o que se passou no decorrer da investigação. Permitiu registar de uma forma sistemática todas as informações, observações, ideias, estratégias e reflexões. No fundo, o diário de bordo é, um relato escrito de tudo o que o investigador experiencia no decorrer do projeto (Bogdan & Biklen, 1994).

Foi ainda utilizado o inquérito por questionário e para Fortin (1999, p. 249), “ é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”.

O questionário consiste num conjunto de questões elaboradas, que são apresentadas a uma conjunto de pessoas inquiridas, relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e/ou sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um fenómeno ou problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto de interesse dos investigadores (Quivy & Campenhoudt, 1998). Uma das grandes vantagens é privilegiar o anonimato facilitando a capacidade resposta, que verbalmente poderia causar alguns constrangimentos. O inquérito por questionário foi utilizado e aplicado ao longo de todo o processo de intervenção e na fase inicial com o intuito de recolher as informações necessárias ao diagnóstico de necessidades, na fase de implementação como apreciação em relação às atividades desenvolvidas permitindo deste modo um *feed back* e na fase final como avaliação do projeto. Optei pela utilização de questionários semiestruturados uma vez que tinha questões abertas, fechadas e semiabertas.

Como instrumento de colheita de dados, foi ainda utilizada a entrevista semiestruturada. Permite a obtenção de informações ricas e diversificadas, caracterizando-se, por um lado, pela relação direta que se estabelece entre o investigador e o participante e, por outro, pela fraca diretividade exercida pelo investigador (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Segundo Fortin (1999, p. 247), a entrevista semiestruturada é “aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à descrição do entrevistador”, ou seja, não é necessário haver uma ordem ou forma de colocar as questões, havendo, no entanto, um guião com as principais linhas orientadoras dos temas a abordar.

Numa fase inicial do projeto foi aplicada uma entrevista semiestruturada à acompanhante na instituição (Apêndice 1), no sentido de perceber quais as expectativas iniciais relativamente ao projeto e de que forma se iria conduzir a dinamização do mesmo. Na fase final possibilitou avaliar a intervenção do projeto em jeito de balanço, com as devidas alterações efetuadas ao longo do tempo, bem como da sua apreciação geral (Apêndice 2). Permitiu uma interação entre o entrevistado e o entrevistador, criando um ambiente de empatia e facilitando o aparecimento de informações espontaneamente, bem como captação de tensões e perspetivas individuais.

Após a aplicação dos questionários e da entrevista foi necessário proceder à sua análise. A análise de conteúdo é uma das técnicas mais comuns nas ciências sociais e segundo Bardin (2009, p. 33) “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Pretendeu-se com a aplicação deste técnica compreender criticamente o conteúdo das informações, uma melhor interpretação e compreensão dos discursos mas também articulá-los entre si identificando pontos em comum ou pontos de divergência.

Foram ainda utilizados registos fotográficos das atividades elaboradas que perpetuaram a participação dos utentes.

4.1.4 Métodos e técnicas de educação/ formação

Foi igualmente necessário definir os métodos e técnicas de educação/ formação que melhor se adaptaram a esta metodologia de intervenção no sentido de ir ao encontro das necessidades do público-alvo.

Com o desenvolvimento de dinâmicas de grupo pretendeu-se proporcionar um conjunto de experiências caracterizadas pela ajuda mútua entre os membros do grupo, permitindo desse modo uma maior comunicação e união entre o grupo num ambiente descontraído e motivador.

Com a utilização do brainstorming, pretendeu-se explorar a criatividade individual e de grupo, dando significado literal à expressão tempestade cerebral, mais como tempestade de ideias. Esta foi uma atividade que permitiu a exploração da criatividade de cada membro do grupo, através da qual foi possível identificar o nível de conhecimentos que cada participante possuía sobre os diversos temas incidindo a sua ação sobre os temas menos conhecidos em detrimento dos que eram mais consensuais. Foi uma técnica utilizada praticamente em todas as atividades, quase como quebra-gelo, permitindo que cada um expusesse o seu ponto de vista de maneira informal.

O método expositivo foi pouco utilizado, dado o seu caráter formal de transmissão de informações e conhecimentos num sentido vertical em que a participação do formando é diminuta. A discussão de grupo e as conversas, enquanto técnica de comunicação oral ao invés de se constituírem como uma mera transmissão bancária de conhecimento, como diria Paulo Freire, possibilitam um questionamento sobre o tema que permite uma maior conscientização e apropriação do mesmo, uma vez que há reflexão sobre a informação recebida e ela passa a ser percebida como significativa.

Outra técnica usada foi o *Workshop*, também definida como uma sessão ou curso de curta duração, em que através da metodologia do aprender fazendo, se aprende ou desenvolve uma arte, técnica ou saber, permitindo de igual modo uma troca de experiência e conhecimento entre participantes. Está descrita com uma técnica eficaz no que diz respeito à modificação de comportamentos e interiorização de conhecimentos.

4.1.5 Métodos e técnicas de avaliação

A avaliação como elemento fundamental num projeto de intervenção deve ser transversal e contínua em todo o seu processo, pois só desta forma reflete a realidade concreta, permitindo adaptações, de modo a ir ao encontro das necessidades dos utentes. Com refere Boutinet (1996), as avaliações devem acompanhar toda a elaboração e realização do projeto e não apenas na sua fase final. O mesmo autor (1996, p. 267) afirma ainda que a “avaliação acompanha qualquer prática. Ela não se apresenta, simplesmente, na fase terminal, mas através de diferentes avaliações pontuais, que constituem outras tantas avaliações intermédias, a prática toma melhor consciência daquilo que faz”.

A metodologia utilizada foi quantitativa e qualitativa com predominância da qualitativa. Neste projeto adotou-se a recolha de dados descritivos e dados quantitativos, através dos métodos enunciadas anteriormente como, a observação direta e participante, as conversas informais, o inquérito por questionário, a análise documental, a entrevista e as notas de diário de bordo. A metodologia

quantitativa foi utilizada, sobretudo, para a análise descritiva simples (análise estatística) utilizando o programa de *software Microsoft Office Excel 2013*

Na fase inicial a metodologia qualitativa bem como os métodos utilizados serviram como recurso ao diagnóstico de necessidades, sendo que estes métodos foram utilizados ao longo de todo o projeto.

O desenvolvimento deste projeto teve por base uma avaliação inicial, contínua e final. Numa fase inicial foi realizada uma avaliação inicial, em que com o recurso a diversos métodos e técnicas foi possível elaborar o plano de atividades tendo em conta as reais necessidades e expectativas do grupo. Para tal foi utilizado um inquérito por questionário, conversas informais, as notas de diário de bordo, entrevista semiestruturada à acompanhante e análise documental.

A avaliação contínua permitiu corrigir ou melhorar o projeto ao longo do seu desenvolvimento. Neste sentido foi aplicado um questionário após a realização de cada atividade que permitiu aferir a pertinência da minha intervenção, aliado às observações, conversas informais e notas de diário de bordo.

Numa fase final do projeto foi realizada uma avaliação final que permitiu fazer um balanço de toda a intervenção. Este processo contínuo de avaliação foi realizado com base na aplicação de um questionário bem como uma entrevista realizada à acompanhante na instituição. Os dados obtidos através dos diversos métodos e técnicas implementadas foram alvo de análise crítica.

4.2- Identificação dos recursos mobilizados e das limitações do processo

Nesta secção serão apresentados os recursos mobilizados no decorrer da intervenção bem como as limitações encontradas.

4.2.1 Recursos mobilizados

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi necessário mobilizar alguns recursos essenciais e colmatar algumas limitações.

De acordo com Serrano (2008, p. 6) “é conveniente ter conhecimento, desde os momentos iniciais do diagnóstico, dos recursos, tanto humanos como económicos, de que podemos dispor para a realização de um projecto”.

A previsão de recursos é uma antevisão aproximada dos recursos que serão necessários para a concretização do trabalho. Esta determinação fornece ao investigador uma ideia daquilo que terá necessidade de utilizar, permitindo-lhe um melhor planeamento da investigação. “Os recursos são meios que as organizações possuem para realizar suas tarefas e atingir seus objectivos: são bens ou serviços consumidos na realização das actividades organizacionais.” (Chiavenato 1995, p. 102)

Os recursos humanos mobilizados foram na sua maioria a comunidade que constituiu a equipa de profissionais da instituição, a estagiária responsável pelo projeto, a professora orientadora e a população alvo do projeto. Desde o início que o projeto foi muito bem recebido no seio da equipa, que ambicionava a prestação de cuidados efetiva, tendo esta demonstrado interesse e disponibilidade na participação e ajudado do desenvolvimento do mesmo. Criou-se deste modo uma relação de grande amizade, respeito e de entre ajuda. Senti-me verdadeiramente acolhida na escolha da temática a desenvolver e inebriada por um espírito de solidariedade profissional.

É de difícil cálculo a quantidade de material utilizada. Englobou material de papelaria (papel, canetas, lápis, borracha, afia, encadernações), material informático (computador, impressora, retroprojektor), fotocópias, telefone e veículo de transporte para as deslocações, tendo sido na sua grande maioria disponibilizados pela instituição.

Relativamente aos recursos físicos, foram utilizadas as instalações da unidade de saúde. No plano dos recursos humanos e físicos obtive por parte da instituição total disponibilidade e aprovação. O projeto decorreu de Novembro de 2012 a Junho de 2013. Em relação aos recursos financeiros, não se assinalaram grandes despesas, tendo sido suportadas sem sobrecarga pela estagiária.

4.2.2 Limitações do processo

Ao iniciar esta caminhada, tinha a noção de que poderia encontrar algumas dificuldades, mas que teria de encontrar forma de as ultrapassar. Neste sentido as maiores dificuldades foram de cariz pessoal. Embora os participantes se tenham disponibilizado de forma voluntária para participarem, senti que por vezes tiveram dificuldade em se expressar, na verdadeira aceção da palavra, talvez por receio, em que fossem emitidos alguns juízos em relação aos seus conhecimentos, formas de pensar ou atitudes. Também senti que alguns se sentiam constrangidos porque estavam a falar da enfermeira, à enfermeira. Logo que me apercebi da situação a minha preocupação foi em reiterar a minha posição isenta de qualquer tipo de juízo de valor, que já como profissional o meu dever é respeitar o utente com as suas convicções acima de tudo. No fundo o meu objetivo era tentar compreender de que

forma, e enquanto enfermeira de família, poderia ajudar as mães/ famílias a manterem o aleitamento materno pelo maior tempo possível. Como em qualquer projeto, o público-alvo a quem ele se destina é o principal responsável pela sua formação e a sua participação é imperativa. Ao longo do estágio, a adesão às diversas atividades foram a principal luta. Nem sempre foi possível ter o grupo completo quer por doença súbita dos bebês, quer por coincidir com datas de consulta (no primeiro ano de vida são periódicas e mais frequentes). Por vezes houve a necessidade de fazer pausas frequentes em função dos horários das mamadas dos bebês.

Outro aspeto, que para mim constituiu uma limitação, foi a grandeza do fenómeno em si, em comparação com a pouca disponibilidade de tempo, para mobilizar os conhecimentos necessários à sua compreensão. Esse fato dificultou aprofundar esta temática como gostaria que é simultaneamente tão atual, importante e de grande pertinência, na construção dos homens do amanhã. Apesar das limitações inerentes ao desenvolvimento do projeto faço um balanço positivo da intervenção tendo esta contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional tendo igualmente fortificado o espírito de equipa.

5- Apresentação e discussão dos resultados do processo de intervenção

Nesta secção serão apresentadas numa primeira parte as atividades que foram desenvolvidas durante o Estágio, decorrido entre Outubro de 2012 e Junho de 2013, bem como a sua avaliação contínua. Numa segunda parte serão apresentados e discutidos os resultados obtidos com a implementação das atividades.

5.1- Apresentação do trabalho de investigação/ intervenção desenvolvido

As atividades implementadas ao longo do projeto durante os nove meses de estágio curricular assentes na metodologia de investigação- ação participativa desenvolveram-se tendo em conta as fases de: integração, diagnóstico, implementação e avaliação sendo que esta última foi transversal a toda a intervenção. Na fase de integração e diagnóstico através da aplicação de questionários aos utentes, das conversas informais e da entrevista à acompanhante foram definidas as reais necessidades e expectativas dos utentes para ir ao encontro delas. Foram ainda realizadas observações diretas e participantes e pesquisa documental, transversal a todo o processo, de modo a melhor fundamentar o trabalho a realizar. Na fase de implementação foram desenvolvidas as várias atividades delineadas para dar resposta às necessidades anteriormente detetadas. Todas as atividades foram alvo de avaliação contínua.

A fase de avaliação, transversal a todo o projeto, foi operacionalizada pela aplicação de questionários e uma entrevista à acompanhante da instituição de modo a aferir o desempenho global da intervenção.

5.2- Descrição das atividades

De modo a facilitar a leitura, optei por apresentar para cada atividade: o nome, os objetivos a ela associados, o número de participantes, os recursos humanos e materiais utilizados, a data de realização e a avaliação contínua. As atividades foram avaliadas através de um inquérito de satisfação. Grande parte das atividades foi realizada na sala de formação da instituição pelo que será colocado um símbolo (*) no tema da atividade, enquanto que para as atividades desenvolvidas no cantinho da amamentação será atribuído o símbolo (#).

Atividade 1: Dinamização do cantinho da amamentação

Data: Decorreu de Dezembro de 2012 a Junho de 2013

Participantes: 15

O desenvolvimento desta atividade tinha como objetivo dar a conhecer o espaço físico (que permite a privacidade e onde de uma forma mais particular se esclarecem as dúvidas sobre a amamentação) e incentivar à participação e criatividade dos pais na sua decoração.

As unidades de saúde enquanto espaços - promotores de boas práticas no que respeita à temática do aleitamento materno - devem dispor de um espaço físico que permita acesso a informação individualizada e personalizada por profissionais especialistas e que ajudem no esclarecimento de dúvidas e na resolução de problemas. Formalizado o espaço, era necessário dar a conhecer a toda a comunidade a sua existência, e torná-lo acolhedor como se quer um espaço dedicado à saúde infantil. Neste sentido, a melhor publicidade foi aquela passada pelos pais que frequentaram o cantinho, que foram transmitindo informação a amigos, familiares e conhecidos. Deste modo, o espaço tornou-se conhecido e muito mais frequentado, e partiu de alguns pais a ideia de colorir aquele espaço, até então, povoado apenas por uma cor neutra. De entre as várias ideias lançadas optou-se pelas imagens em vinil dado que ninguém revelou apetência para pinturas infantis em parede. Nos vários encontros, os pais foram trazendo imagens que foram selecionando em casa, e após votação definiu-se quais seriam as escolhidas e os locais de afixação. A imagem de maiores dimensões, que ocupou o painel total da parede, foi patrocinada pela indústria farmacêutica que se responsabilizou pela aplicação no local. Dois pais com alguma experiência na área ficaram responsáveis pela limpeza da parede necessária à aplicação das figuras em vinil.

Recursos materiais: tela em vinil, cadeiras, mesa, material de limpeza

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais

Avaliação contínua:

Esta foi uma atividade muito dinâmica e foi sofrendo alterações ao longo do seu desenvolvimento. Os pais demonstraram-se muito participativos e com muitas ideias, e uma mãe referiu até que sente que “aquela parede tem um bocadinho de mim”. Nem todos demonstraram a mesma capacidade de expressão mas motivavam-se uns aos outros, sendo o resultado final positivo para todos os participantes. Por vezes, mesmo não necessitando agora do espaço para a amamentação, visitam-no, trazendo inclusive familiares para conhecerem o local a que “deram vida”. Os pais foram unânimes em verbalizar o agrado na participação desta atividade, e referem que o que aprenderam com a iniciativa foi a explorar mais o sentido criativo e a partilha (Apêndice 3).

***Atividade 2: Recolha de mitos associados à amamentação**

Data: 13 Dezembro de 2012

Participantes: 13

Num meio mais rural é comum existirem crenças e mitos associados à prática do aleitamento materno, sendo por vezes estes apontados como fatores dificultadores do seu sucesso. Pereira (2008) refere que a decisão de amamentar geralmente é tomada com base nos conhecimentos adquiridos e em questões culturais. Pretendeu-se com esta atividade proceder ao levantamento de mitos e crenças para posteriormente realizar uma sessão de esclarecimento para desmistificação dessas mesmas ideias.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, televisão, papel, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais

Avaliação contínua:

Esta atividade iniciou-se de um modo informal, começando por abordar questões genéricas e muito práticas relativamente ao aleitamento materno de forma a poder lançar a questão central que são os mitos e crenças associados a esta prática. Após colocada a questão “conhece algum mito ou crença associado ao aleitamento materno?” várias foram as respostas, muitas em uníssono. As principais ideias apontadas pelas mães, porque nesta atividade elas foram mais interventivas, foram: “o meu leite não é bom porque é muito claro”, “tenho mamas pequenas vou ter pouco leite”, “os meus mamilos não são bons para dar o peito”. Muitos outros mitos foram lançados em discussão (Apêndice 4) e ainda que não querendo dar respostas de imediato, porque o objetivo era a realização de uma sessão onde seriam esclarecidas todas essas dúvidas, foram dadas justificações ainda que menos elaboradas. Alguns homens revelaram algumas das ideias erradas que tinham sobre o aleitamento, para as quais foi apresentada uma justificação científica contrária à ideia inicial. Os pais gostaram da atividade referindo até que se sentiram muito à vontade para exprimir o que sentiam, uma vez que nem sempre tinham oportunidade de o fazer, e que aprenderam a respeitar as ideias que cada um apresenta (Apêndice 5).

Atividade 3: Realização de visita domiciliária à puérpera e recém – nascido

Data: Decorreu de Dezembro de 2012 a Junho de 2013

Participantes: 13

A visita domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. Assim, consegue-se ter uma perspetiva global da família e dos seus recursos, podendo atuar de forma holística. A visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido defendida pela OMS, pelo plano nacional de saúde e pelo programa de saúde infantil como uma medida para contribuir para a saúde da família, é ainda importante na promoção do aleitamento materno pela observação em contexto natural das dificuldades e poder intervir de imediato.

Ao longo do estágio foram sendo realizadas visitas domiciliárias a pedido das utentes, sempre que em contato telefónico se entendeu que a díade mãe/ bebé beneficiaria de uma intervenção personalizada e em contexto familiar. Foram realizadas 13 visitas

Recursos materiais: carro, saco de domicílios, papel, caneta, balança

Recursos humanos: estagiária, pais, bebé

Avaliação contínua:

Estas visitas foram realizadas num ambiente de grande ansiedade por parte dos pais, inseguros na sua nova condição de pais e sedentos de informação que lhes permitisse uma melhor prática do aleitamento. Assim, a visita domiciliária foi uma intervenção que aproximou os profissionais de saúde com a dinâmica familiar sendo considerado um meio privilegiado na prestação de cuidados e potenciador da educação e promoção da saúde. O papel da enfermeira foi ajudar/ capacitar a família a adquirir competências para o auto - cuidado e para as intervenções inerentes ao papel parental e transição para a parentalidade.

A visita domiciliária é um instrumento de humanização ao serviço dos cuidados de saúde. Logo após a comunicação do nascimento, tentou-se que a realização da primeira visita fosse o mais precocemente possível uma vez que o nascimento de um filho implica uma mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que possibilitem ultrapassar de uma forma saudável as crises. Foram grandes as dificuldades que eu encontrei por parte de algumas mães em manter o aleitamento materno como um ato prazeroso e não como uma mera obrigação. As principais dificuldades revelaram-se ao nível da postura e local da amamentação; daí a importância desta observação se dar em contexto domiciliário. Alertei para a necessidade da escolha de um local calmo com uma temperatura amena, bem como a escolha de uma cadeira confortável e a utilização de almofada de apoio de modo a evitar problemas posturais e cansaço fácil. Depois de ultrapassados

estes constrangimentos as preocupações centraram-se na colocação correta do bebé ao peito e na observação dos sinais indicadores de uma boa mamada. Detentoras agora de um conhecimento novo, após experimentarem novas posturas e com um bebé mais calmo, todas as mães foram unânimes em reconhecer que a visita domiciliária as ajudou em muito a ultrapassar as dificuldades iniciais inerentes à prática do aleitamento materno. O apoio do marido, pelo menos na fase inicial em que estão mais limitadas nos movimentos por causa do parto, também se revelou vital para o sucesso do aleitamento materno. Porque as maiores dúvidas sobre a qualidade do leite se podem desvanecer com o aumento ponderal, em todas as visitas foi efetuada a monitorização do peso verificando-se em todos os casos um bom desenvolvimento. Os pais revelaram que com a atividade aprenderam sobretudo a ser mais confiantes nas suas atitudes e definem-na como uma atividade educativa onde puderam tirar dúvidas *in loco*. (Apêndice 6)

***Atividade 4: Comemoração do dia da criança**

Data: 1 de Junho de 2013

Participantes: 14

Esta atividade foi desenvolvida no sentido de permitir uma partilha de experiência entre os pais e seus filhos num ambiente informal promovendo a participação dos irmãos para também eles se sentirem especiais.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, telas, fitas de cores, tinta corporal, toalhitas, adesivos autocolantes, balões, DVD

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés, irmãos

Avaliação contínua:

Tratando-se do primeiro dia da criança que estes bebés assinalavam, vários foram os pais que não quiseram faltar a esta iniciativa. Num ambiente descontraído e informal procedeu-se a uma reunião de pais na sala de formação para esclarecimento de dúvidas e para explicar em que consistiria a atividade. Foram feitas pinturas dos pés dos bebés numa tela que depois de identificada foi personalizada pelos pais para posteriormente decorar o cantinho da amamentação. Também os irmãos tiveram oportunidade de fazer uma pintura; neste caso, por maior facilidade, foi feita a das mãos. Os irmãos sentiram-se acarinhados por poderem participar e foram várias as manifestações de contentamento. Foram também lançados balões de hélio, gentilmente cheios pelo dono da garagem de veículos motorizados, e fizeram um pedido de desejo que ainda hoje mantém em segredo. Foi entregue uma flor a cada casal, um DVD com músicas infantis para o bebé e uma espetada de gomas para cada

criança. Os irmãos presentes verbalizaram agrado na participação da atividade sentindo-se integrados nesta dinâmica. A avaliação dos pais foi bastante positiva tendo sido obtida uma participação ativa por parte de todos eles. Consideraram que foi uma atividade importante no sentido de inclusão dos irmãos (em alguns casos) na dinâmica e em se realizar atividades que não estejam associadas a procedimentos dolorosos (Apêndice 7).

***Atividade 5: Formação aos profissionais de saúde sobre a promoção do aleitamento materno**

Data: 11 de Janeiro de 2013

Participantes: 12

Uma unidade de saúde que pretende ser “Amiga dos bebês” deve ter uniformizado um padrão de linguagem e protocolado uma série de procedimentos para não se verificar divergências nos ensinamentos a efetuar. A realização desta atividade surgiu no sentido de dar resposta a esse requisito.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, televisão, folhas, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, auxiliar de apoio e vigilância

Avaliação contínua:

Esta formação foi extensível a todos os profissionais e apenas o segurança, que não pertence à equipa de saúde, apenas prestando serviço por um período de 4 horas diárias não frequentou a formação. Enquanto conselheira do aleitamento materno e seguindo as recomendações preconizadas pela OMS e pela UNICEF, dinamizei uma formação em que se afluíram questões atuais na prática da educação para a saúde no aleitamento materno, no sentido da uniformização da linguagem. A principal dificuldade com que me deparei foi com a enorme dificuldade dos clínicos, com formação há muitos anos, em compreenderem as orientações mais recentes que recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Tinham enraizado um esquema bastante desatualizado de diversificação alimentar muito precoce mas com a minha persistência já efetuam os ensinamentos segundo as novas recomendações. Até a auxiliar participou na formação e uma das suas principais funções no que toca ao aleitamento é estar desperta para situações em que mães estejam a amamentar na sala de espera e encaminhá-las para o cantinho da amamentação. Os profissionais foram unânimes em reconhecer as mais-valias da iniciativa atribuindo enorme importância aos conhecimentos adquiridos. Entendem que foi uma atividade enriquecedora e muito pertinente abordando um tema muito atual. Aprenderam ou relembrou as *guide lines* da abordagem para a promoção do aleitamento materno (Apêndice 8)

***Atividade 6: Sessão de Educação para a Saúde sobre “ Mitos na amamentação”**

Data: 7 de Fevereiro de 2013

Participantes: 15

A realização desta sessão de educação para a saúde surgiu para tentar colmatar as necessidades detetadas aquando o levantamento dos mitos e crenças.

Após a recolha dos mitos, o objetivo foi esclarecer os pais sobre ideias e preconceitos que podiam influenciar a prática do aleitamento materno.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, televisão, folhas, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés

Avaliação contínua

Esta sessão teve como base a resposta aos mitos e crenças levantados anteriormente. Na sala de reuniões foi possível conversar com os pais e ajudar desmistificar determinadas ideias erradas. Os pais presentes foram muito participativos e interventivos trazendo à conversa alguns exemplos de mitos mais comuns e passados de geração em geração. O mais enunciado por todos era “o meu leite pode não ser bom”; “não tenho leite suficiente”

De uma forma simples, e com linguagem acessível, tentou-se esclarecer muitas dúvidas que ainda estavam presentes. Também os pais presentes quiseram manifestar a sua opinião e alguns já mais elucidados acabaram por fundamentar e justificar algumas ideias erradas.

Nesse sentido, destaco a importância dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, conhecerem o contexto sociocultural a que as mães/ famílias pertencem, as suas principais dúvidas, medos e expectativas, bem como os mitos e crenças relacionados com o aleitamento materno, para que os possam desmistificar. Desta forma, os profissionais de saúde poderão atuar de forma mais eficaz na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Os pais acharam que foi uma atividade dinâmica em que puderam exprimir as suas ideias e aprenderam novos conhecimentos que os ajudarão a justificar as suas posições face a preconceitos existentes (Apêndice 9)

Atividade 7: Criação de narrativas sobre a experiência da amamentação

Data: Maio e Junho

Participantes: 10

Esta atividade teve como objetivo a partilha das experiências, positivas ou menos boas, decorrentes do processo da amamentação e tentar perceber quais os fatores que contribuíram para o desenrolar do processo.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, televisão, folhas, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais

Avaliação contínua

Uma vez que cada pessoa teve uma vivência diferente desta experiência foi pedido que cada uma relatasse de uma forma muito pessoal e por escrito a sua experiência da amamentação. Nessa descrição poderiam aflorar sentimentos, dúvidas, dificuldades mas também as fontes de ajuda. Algumas mães, por não se sentirem muito familiarizadas com os sistemas informáticos apresentaram a sua narrativa em formato papel pelo que me responsabilizei pela transcrição integral que será apresentada em apêndice (Apêndice 10). No início pensei que iria ser uma atividade muito solitária, mas revelou-se participativa pois nos momentos de reunião aproveitavam para contar umas às outras o que estavam a escrever e no final até quiseram expor o seu testemunho. As mães referiram-se a esta atividade como inovadora uma vez que as colocou a escrever e de uma forma emocional aprimoraram o sentido de escrita como se um diário se tratasse. Aprenderam a valorizar as pequenas conquistas e cada dia a mais que amamentaram foi um motivo de alegria (Apêndice 11).

***Atividade 8: Projeção de um vídeo elucidativo sobre o regresso a casa**

Data: 13 de Dezembro de 2012

Participantes: 13

Dado que não podemos, enquanto profissionais de saúde, estar presente em todos os momentos em que surgem dúvidas aos pais, a divulgação de um vídeo elucidativo dos principais problemas e as soluções e técnicas a adotar nesta faixa etária pareceu ser uma solução viável.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, projetor, Leitor DVD, televisão, folhas, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés

Avaliação contínua

Apesar de em todos os contatos estabelecidos se privilegiar a educação para a saúde, vários são os conhecimentos transmitidos e nem toda a informação é assimilada. De modo a facultar aos pais a informação pertinente e adequada a esta faixa etária, foi realizado um pequeno vídeo que recorrendo a imagens transmitiu de uma forma clara e organizada os conhecimentos necessários sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido. Não pretendeu ser um substituto dos profissionais de saúde mas apenas mais um meio de informação que permitirá ter mais segurança nos cuidados a prestar.

Foi facultada uma cópia em DVD após visionamento e discussão do filme a cada participante para rever todas as vezes necessárias. Os pais foram colocando questões ou pedindo justificações para o que iam visionando, demonstrando muito interesse. Referiram que, de uma forma simples e organizada, a informação necessária estava toda compilada e que obtiveram novos conhecimentos nomeadamente nos tipos de choro (Apêndice 12).

***Atividade 9: Realização de um *Workshop* sobre “Aleitamento materno – um ato de amor”**

Data: 21 de Março de 2013

Participantes: 15

Com a realização desta atividade pretendeu-se em grupo permitir a partilha de experiências e das principais dúvidas decorrentes do processo da amamentação.

Recursos materiais: cadeiras, mesas, computador, televisão, folhas, canetas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés

Avaliação contínua

Na realização das consultas de enfermagem de saúde materna, e posteriormente nas consultas de saúde infantil, um dos cuidados antecipatórios de primordial importância a abordar é o aleitamento materno e os seus condicionalismos. Este ensino é feito individualmente a cada jovem grávida ou mãe, mas apercebendo-me que a interação com outras mães a atravessar as mesmas dificuldades facilitaria a expressão das dúvidas e sentimentos, optou-se então por realizar um *workshop*.

Iniciou-se a atividade com uma exposição oral que focava essencialmente os benefícios para a mãe, para o bebé, para o ambiente e até em termos económicos, características e composição do leite materno, e conselhos para uma amamentação correta. Teve desde o seu início um caráter informal em que os pais à medida que se iam abordando as diferentes temáticas colocavam as suas dúvidas ou iam demonstrando os seus pontos de vista. Em relação às posturas e posições facilitadoras da

amamentação várias foram as mães que quiseram experimentar posições que desconheciam. Também puderam avaliar o conforto proporcionado pela almofada da amamentação que permite elevar o bebê evitando posturas incorretas por parte da mãe. Uma das mães, costureira de profissão, prontificou-se a fazer almofada de amamentação para as que ainda não a tivessem adquirido. Em tempos de crise esta iniciativa foi muito bem aceite e com a articulação com uma empresa local foi possível arranjar os materiais necessários para a criação de 6 almofadas.

Como já referido anteriormente, a amamentação é um processo que requer empenho e motivação. Enquanto profissional de saúde e educadora, é meu dever esclarecer os pais elucidando-os para os benefícios da amamentação e dos comportamentos de procura de saúde ao longo de todo o processo. Foi um momento de partilha de experiências entre os presentes que os pais consideraram importante e muito pertinente. Referiram que a maior aprendizagem que se revelou ao nível das posturas corretas bem como das inúmeras vantagens do leite materno (Apêndice 13).

Atividade 10: O Correio dos afetos

Data: Decorreu de Janeiro a Junho de 2013

Participantes: 14

Com a criação desta atividade pretendeu-se recolher as principais dúvidas que assolam as mães neste período, no sentido de dar respostas às suas maiores dificuldades.

Recursos materiais: Caixa, postais, canetas de feltro, computador, impressora

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés

Resultados obtidos

Falar de afetos é falar de uma relação de carinho, implicando uma troca, em que se dá, mas também se recebe. Neste sentido foi elaborado um postal (Apêndice 14) com uma mensagem de reconhecimento e agradecimento do bebê para a mãe. No mês de Maio, e por ser o mês do dia da mãe a iniciativa serviu também para assinalar esta data comemorativa com a entrega de uma flor a cada mãe que deixasse a sua dúvida. Foi uma iniciativa que reuniu consenso por parte de todos os participantes que demonstraram muito à vontade na colocação das suas dúvidas e afirmando que todas as iniciativas que promovam as relações humanas são importantes (Apêndice 15).

Atividade 11 - Criação de um manual de apoio sobre a temática do aleitamento materno

Data: Decorreu de Janeiro a Junho de 2013

Participantes: 15

As mães que amamentam, por vezes, confrontam-se com dificuldades encontrando-se vulneráveis acerca dos seus papéis. Entendi que esta poderia ser uma atividade de partilha de saberes e esclarecimento de dúvidas para que se pudessem dedicar em exclusivo à prática do aleitamento materno de forma harmoniosa e não se perderem na busca de respostas nem sempre as mais adequadas.

Recursos materiais: computador, impressora, folhas

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais

Avaliação contínua

Os pais sentem muita necessidade de pesquisa frequente de informação mas nem sempre tem a certeza se os dados são fidedignos. Então sugeriram que fosse criado um manual que respondesse às suas principais dúvidas, algumas das quais referentes à recolha resultante da atividade anterior, e que estivesse ao alcance de todos. Sugeriram que fosse em formato de papel, que ficasse localizado no centro de saúde, na sala do cantinho da amamentação. À medida que os temas iam surgindo foram sendo trabalhados, e depois de uma pesquisa mais exaustiva, deram origem a um manual final. Foi facultado a cada participante uma cópia de cada documento que faz parte do manual (Apêndice 16 e Anexo 2). Consideraram que esta foi uma atividade educativa na medida em que mais uma vez permitiu esclarecer muitas dúvidas e ficaram muito agradados com os novos conhecimentos adquiridos nomeadamente na conservação do leite (Apêndice 17).

#Atividade 12- Concurso para criação do logótipo do Cantinho da amamentação

Data: Decorreu de Abril a Junho de 2013

Participantes: 15

Esta atividade teve como objetivo a participação dos pais na criação de um logótipo para um espaço que se pretende de partilha, de carinho entre mães/pais/filhos.

Recursos materiais: computador, impressora, folhas, vinil

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais

Avaliação contínua

A ideia inicial era a criação de uma imagem original, mas uma vez que os pais referiram não se sentir à vontade no desenho optou-se pela dinamização da atividade no sentido de escolherem uma imagem com que se identificassem e que fosse o símbolo do cantinho. A escolha da imagem foi unânime pelos pais e após a seleção do desenho e das cores decidiram o local da sua afixação. Como existia na sala um espaço de enormes dimensões vazio os pais entenderam que esse seria o melhor local para a afixação da imagem. Após alguns contatos estabelecidos por mim, foi possível efetuar a impressão e colagem do vinil no local pretendido. Os pais foram muito participativos, justificando todas as escolhas efetuadas e o que referem como maior aprendizagem foi a valorização do trabalho em equipa (Apêndice 18).

***Atividade 13 - Realização de Workshop sobre extração e conservação de leite materno**

Data: 18 Maio de 2013

Participantes: 15

Com a aproximação do regresso ao trabalho, muitas são as dúvidas que assolam as mães e este é um período crítico de abandono precoce do aleitamento materno. Pretendeu-se possibilitar às mães o contato e manuseamento com material de extração de leite bem como a elucidação sobre as regras de conservação.

Recursos materiais: computador, televisão, folhas, canetas, máquina extratora de leite, kit de conservação, biberão

Recursos humanos: estagiária, acompanhante, pais, bebés

Resultados obtidos:

Sendo já um grupo que se conhecia e que mantinha um contato frequente foi fácil iniciar esta atividade. Dispondo do material de extração e conservação vários foram os que quiseram manusear, incluindo os pais. Foram respeitando os tempos e colocando questões pertinentes denotando-se já algum à vontade na abordagem e colocação das perguntas. As principais dúvidas colocadas referiram-se aos tempos máximos de conservação e armazenamento do leite no congelador. Todos os pais gostaram da atividade porque para muitos foi a primeira vez que viram ou manusearam determinados materiais. Descreveram-na como uma atividade muito importante e enriquecedora. Os contributos foram acima de tudo os conhecimentos adquiridos no manuseamento dos materiais e em soluções face a problemas comuns (Apêndice 19).

5.3 – Apresentação e discussão dos resultados obtidos

A verdadeira pertinência da avaliação do projeto resulta da possibilidade de esta se assumir como um instrumento de autoanálise da ação, permitindo assim uma prática baseada numa reflexão partilhada e transversal a todo o processo. Desempenha um papel regulador num processo complexo e contínuo, onde confluem em igualdade de oportunidades as diferentes expectativas e modos de ver e sentir. Tal como postula Guerra (2000), este projeto desenvolveu-se em três momentos distintos de avaliação que, à semelhança da investigação-ação participativa, seguem uma espiral de ciclos de planificação, ação, observação e reflexão:

- Avaliação diagnóstica (com fins de planeamento): pretendeu conhecer e caracterizar o contexto de intervenção, permitindo uma melhor definição das atividades a desenvolver;
- Avaliação *on-going* ou contínua (com fins de acompanhamento): prolongou-se ao longo de todo o processo, permitindo verificar se os objetivos traçados estão a ser atingidos, assim como adequar as práticas de intervenção;
- Avaliação *ex-post* ou final (de impacte): pretendeu analisar os resultados esperados e não esperados, o grau de consecução dos objetivos, bem como a eficácia do projeto.

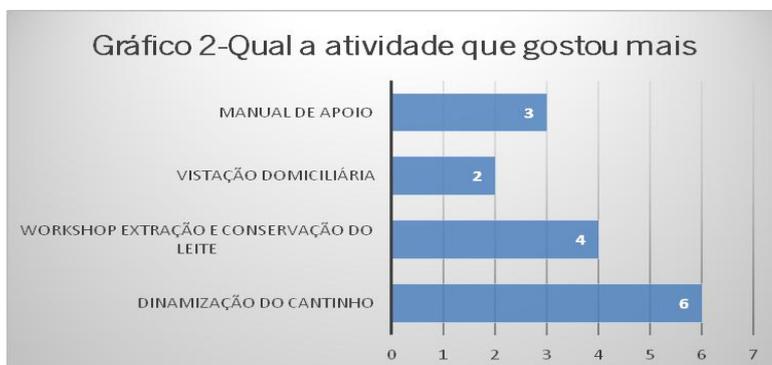
Serão apresentados e discutidos os resultados da avaliação final obtidos pela aplicação de um questionário após a intervenção.

Os casais participantes foram muito interventivos nas suas ações e muito dinâmicos. Revelaram interesse na participação das diversas atividades propostas. Pela análise dos questionários foi possível avaliar a satisfação da sua participação no projeto, já que todos responderam que gostaram das atividades porque aprenderam em todas elas coisas novas.



Quando questionados sobre qual das atividades tinha suscitado mais interesse as resposta já não foram tão unânimes. Identificaram a dinamização do cantinho da amamentação, a criação do

manual de apoio, o *workshop* sobre extração e conservação do leite e a visita domiciliar como as atividades que mais gostaram de participar.



A dinamização do cantinho foi referida porque permitiu desenvolver e expor o sentido criativo dos pais que deixaram uma marca e um cunho pessoal na unidade de saúde. As restantes atividades porque foram as que permitiram cimentar melhor os conhecimentos e esclarecer dúvidas que ainda existissem.

Quando questionados sobre a atividade que gostaram menos as respostas foram todas no sentido positivo não havendo referência a atividades em particular.

Relativamente ao enunciado “ Descreva numa palavra a sua avaliação deste projeto” os resultados foram dispares mas bastante positivos como se pode constatar na tabela abaixo apresentada.

Tabela1: Descreva a sua avaliação deste projeto

Importante	7
Prático	3
Enriquecedor	3
Dinâmico	2

Todas estas qualidades constituem por si só uma apreciação positiva do projeto, uma vez que se pretendia acima de tudo que fosse prático por envolver os participantes como sujeitos da sua ação de uma forma dinâmica e que desse modo contribuisse para o aumento dos seus conhecimentos. Assim, imbuídos do espírito do projeto, e como motores do seu desenvolvimento foram adquirindo pela

prática conhecimentos que fundamentam e alicerçam a prática do aleitamento materno. Aliás, o objetivo desta intervenção era o desenvolvimento de estratégias que fomentassem a prática do aleitamento materno pelo maior tempo possível. Neste sentido está já descrito que a transmissão vertical de conhecimentos não é de todo a melhor forma de o conseguir. Assim e quando questionados sobre o que tinham aprendido ao longo da intervenção várias são as situações descritas. Todos referiram que aprenderam alguma coisa, o que me deixa satisfeita uma vez que depreendo que a intervenção teve sucesso. Na tabela abaixo está discriminado o que os utentes referem ter aprendido.

Tabela 2: O que aprendeu de novo com a sua participação

Vantagens do aleitamento materno	4
Posições mais práticas	5
Regras de conservação do leite	4
Valorizar-me enquanto mãe	1
Respeitar crenças antigas	1

Por fim e quando questionados sobre se sentiram que os seus interesses e expetativas foram respeitados ao longo da intervenção todos responderam afirmativamente o que de algum modo me tranquiliza constatar que os participantes percecionaram uma atitude de respeito.

A avaliação efetuada pela acompanhante na instituição foi também bastante positiva na medida em que na entrevista refere que “[...] foi um projeto bem conseguido, que motivou a participação dos utentes e em que se verificou progressos em quase todos eles.” Foi perentória ao afirmar “[...]que todas as atividades foram de encontro aos utentes e às suas necessidades e interesses.”, e que “[...] este estágio apenas veio comprovar as excelentes capacidades comunicacionais e técnicas que possui e que são essenciais para quem cuida e trabalha na comunidade.” Esta apreciação positiva deixou-me satisfeita e convicta que marquei a diferença com esta intervenção inovadora nesta instituição. Quando questionada sobre se o estágio correspondeu às expetativas a acompanhante teceu um elogio rasgado referindo que “[...] superou as expetativas iniciais”. Referiu ainda que o projeto “[...] se revelou muito proficuo pois também serviu para responder a um dos objetivos da própria instituição que é a inovação na investigação.”

Pretendi com o desenvolvimento deste projeto contribuir para que a amamentação se prolongasse pelo maior tempo possível enquanto prática de interação mãe-filho e fonte de prazer para a diáde. Foi com enorme prazer que constatei que quase todos os bebés aos 6 meses de vida (12 no total) ainda eram alimentados ao seio materno, ainda que 3 deles não em exclusivo. Cada dia em que

a amamentação é possível, por si só é uma vitória e verificar que no grupo existem 3 casos que mesmo após a diversificação alimentar conseguiram manter o aleitamento materno na sua plenitude é sem sombra de dúvida um motivo de orgulho e satisfação. Estes sentimentos são partilhados pelos pais, que mais confiantes do seu valor se tornaram mais autônomos passando o seu testemunho a novos casais que experenciam esta vivência tão particular.

6- Considerações finais

Nesta secção é realizada uma análise e reflexão final sobre o projeto educar para cuidar, uma reflexão crítica dos resultados e apresentadas as implicações do estágio a nível pessoal, institucional e de conhecimento para a área de educação de adultos e intervenção comunitária.

6.1- Os resultados numa perspetiva crítica

O fato de realizar uma autoavaliação do estágio contribuiu igualmente para a reflexão sobre o trabalho desenvolvido ao longo de nove meses e que constituíram um percurso árduo. Através deste processo, pude limar algumas arestas, refletindo acerca deste percurso formativo, no qual desenvolvi um trabalho superior, em qualidade, ao que eu conjecturei no início do mesmo. Os meus receios eram imensos, mas no final e após um longo percurso, o resultado foi positivo e repleto de aprendizagens a nível profissional e também pessoal.

Só refletindo se podem encontrar as nossas fraquezas, para posteriormente superarmos as dificuldades e reforçarmos as habilidades adquiridas, tornando-nos profissionais mais aptos e despertos para a constante procura da excelência dos cuidados.

No término deste período formativo, e tendo em conta que o somatório dos objetivos definidos foi alcançado, reforço que nenhuma atividade foi sentida como irrelevante ou dispensável, porque todas elas, com maior ou menor labor, arquitetaram no seu conjunto o valor de uma aprendizagem construída, que se estende para além de fundamentos teóricos.

No fundo, cada ação realizada deverá ser vista como um amplo caminho aberto para o que desejo ser como educadora, denunciando a minha preocupação e vontade de aprender, face a um sentido humano que continuamente imprimo no ato de cuidar.

O estágio foi um momento singular e essencial para a consolidação de conhecimentos teóricos, representando uma forma de os pôr em prática, com toda a responsabilidade que advém de uma profissão onde a pessoa e neste contexto em particular – a díade mãe/bebé são os fatores primordiais.

A principal dificuldade com que me deparei ao longo do estágio foi o fato de por se tratar de uma instituição pública necessitar de muitas burocracias para dar início ao processo. Ultrapassada essa limitação e imbuída de um espírito de motivação iniciei este desafio impulsionador de ação.

Como reflexão global faço um balanço muito positivo desta experiência, pois não vejo esta fase como sendo simplesmente o cumprimento de um requisito, mas como um degrau para atingir um patamar mais elevado na minha vida profissional e pessoal, pois fez-me refletir criticamente acerca da minha atividade profissional atual e o que se espera do meu desempenho enquanto futura educadora

em exercício na comunidade. Determinantes para o êxito de todo este processo foram sem dúvida as preciosas orientações que me foram dadas, quer pela enfermeira Elisabete Vilaça, quer pela Doutora Clara Oliveira, assim como por todos os outros elementos com quem tive a oportunidade de contactar e de trabalhar em parceria.

Considero que fui capaz de alcançar positivamente os objetivos a que me propus no início do estágio. Estou certa que muito mais haveria para escrever, visto que há emoções e sentimentos vívidos neste contexto, que não são traduzíveis para o papel, mas que fazem parte de toda uma bagagem que segue nesta longa viagem que é a vida.

Somos aquilo que queremos ser e aquilo que fazemos, por isso acima de tudo, é importante que cada um se sinta motivado para aprender e ao mesmo tempo ensinar para que no final todos possamos dizer que atingimos o topo. Tal como Maslow defendeu, quando satisfazemos as necessidades do topo da pirâmide (as de valorização pessoal e satisfação profissional) sentimo-nos melhor, mais realizados, pois superamos os obstáculos e atingimos os objetivos a que nos propusemos. Um lugar no topo, não significa um grau mais elevado de poder ou de autoridade, mas antes um grau mais elevado de saber, de uma aliança equilibrada entre o conhecimento e a prática científica e académica e a reflexão.

6.2- Implicações do estágio a nível pessoal, institucional e de conhecimento para a área da educação de adultos e intervenção comunitária

Sem dúvida que neste período e de acordo com as atividades que fui desempenhando, denotei a minha evolução de um modo gradual e favorável, fortemente marcada pela dedicação e empenho, sentindo em cada momento um crescimento pessoal e profissional cujos contributos adquiridos neste espaço e neste tempo se farão ecoar com maior influência e intensidade num futuro próximo.

Por todas as opiniões aferidas, pela avaliação recolhida, estou convicta que desenvolvi um trabalho de intervenção que se repercutiu em mudanças significativas nas práticas e atitudes dos participantes. No entanto não sou idealista ao ponto de pensar a minha intervenção mudou ou mudará o mundo, mas tenho a certeza, de uma forma singela e não pretensiosa, contribuí para o aumento da prevalência do aleitamento materno, a nível local.

Considero os conhecimentos teóricos os verdadeiros alicerces, que aliados à prática fazem do educador um profissional competente. Sem dúvida que o conhecimento, a tecnologia, a arte, fazem

parte indissociável do processo de cuidar, mas todas estas possibilidades só fazem sentido quando estão ao serviço da vida e da pessoa como ser único e irrepetível.

Este estágio constituiu-se num grande desafio, implicando muita dedicação e empenho, bem como a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos. Foi sem dúvida muito significativo e trouxe inúmeros contributos para a minha formação: permitiu-me compreender a implicação dos diferentes contextos da prática de cuidados; aprofundar saberes articulando, mobilizando e integrando a teoria assimilada e desenvolver competências para a minha intervenção como educadora; aprofundar aprendizagens e competências nomeadamente a capacidade de organização e gestão do tempo, responsabilidade e escuta ativa; conceber e conhecer novas práticas e experiências com especial relevo para o desenvolvimento de habilidade na execução de trabalhos manuais; desenvolver competências de interação pessoal; aprender a gerir conflitos e estimular a criatividade; desenvolver capacidade de iniciativa, de negociação, de análise crítica e de autonomia.

Foi um período pautado por uma relação de respeito, confiança, e que possibilitou momentos de bem-estar a todos os participantes.

A conceção, implementação, gestão e avaliação do projeto Educar para Cuidar nem sempre foi fácil e fez-me confrontar com dúvidas práticas para as quais a teoria não me tinha preparado na totalidade, implicando um estudo exaustivo e adaptação a vários cenários. No entanto devo referir que ao nível dos referenciais teóricos e das metodologias a utilizar no contexto prático o Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária proporcionou uma base segura e que alicerça todo o projeto de investigação/intervenção.

Ao chegar ao fim do projeto, posso dizer que este foi muito estimulante e enriquecedor, apesar das dificuldades que foram sentidas.

A nível institucional, o projeto também teve impacto porque permitiu o envolvimento e a cooperação de todos nas atividades desenvolvidas. Foi encarado como um projeto inovador porque ainda não se tinha trabalhado as famílias de um modo participativo, tendo igualmente contribuído para dar visibilidade ao trabalho da instituição de saúde a nível comunitário. Permitiu desenvolver uma nova linha de investigação que é uma das metas norteadoras da instituição e só por esse fato foi reconhecido o impacto positivo da intervenção. Participar em eventos científicos de cariz nacional e internacional apresentados trabalhos baseados na prática foi sem dúvida um dos resultados mais visíveis desta intervenção a nível da instituição.

Pelo seu caráter pioneiro, não deixou de apontar estratégias e caminhos para eventuais atividades futuras a realizar pela instituição. Existe ainda um caminho longo a percorrer para que este

projeto consiga alcançar os seus frutos, mas foi lançada a semente para que este projeto se possa desenvolver da melhor forma.

É gratificante poder ter tido a oportunidade de participar ativamente na concepção e intervenção de um projeto de desenvolvimento comunitário que já começou a repercutir efeitos positivos na comunidade.

Considero que a minha timidez foi um entrave, numa fase inicial, ao relacionamento mais eficaz. No entanto, a falta de à vontade não prejudicou o meu desempenho enquanto estagiária, mas é um obstáculo que sempre tenho que ultrapassar quando me encontro num ambiente diferente, sendo que por vezes não ocorre tão rapidamente como eu gostaria. Espero no entanto que esta limitação que a minha personalidade me impõe não tenha sido entendida como antipatia.

Dentro da especialização de educação de adultos e intervenção comunitária, o desenvolvimento desta intervenção foi de extrema importância. A educação de adultos e intervenção comunitária possuem como pilares básicos de atuação a intervenção dirigida para a transformação de uma realidade, baseada na participação da comunidade. Alertar e capacitar as mães para a amamentação é a chave para salvaguardar um crescimento e desenvolvimento linear da criança. É importante impulsionar programas de promoção para a saúde infantil centrados nos significados que os pais atribuem à adoção de comportamentos saudáveis, sendo que estes devem ser ajustados aos seus valores, individualizados e pautarem pela criatividade. Esta intervenção reforçou a importância do trabalho em equipa (com os vários profissionais em exercício na comunidade) que deve ser sistematizado e organizado para se evitarem contrassensos nas informações fornecidas. O educador social é um profissional chave na organização da comunidade, no trabalho que desenvolve e na equipa multiprofissional que integra uma vez que tem que sensibilizar e motivar, estimular a emancipação e a participação ativa para o desenvolvimento da comunidade.

7- Bibliografia

Bibliografia referenciada

- AGUILAR CORDERO, M. J. (2005). *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier.
- ALBUQUERQUE, M. *et al.* (1996). Aleitamento materno: A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. *Nascer e Crescer*, vol. 5, nº2, Porto:107-111.
- ALBUQUERQUE, R. (2001). *Aleitamento Materno: um Acto Ecológico*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- ALMEIDA, M. L. Q. L. G. A. (1996). *O sucesso do aleitamento materno. Contributo de uma intervenção clínica*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- ALVES, S. M. L. (2011). *Grupos de apoio “ Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação.
- ALVES, A. M. N. & ALMEIDA, M. D. V. (1992). Aleitamento materno: breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*. Lisboa, vol.4, n.2, 8-33.
- AMORIM, C. (1999). Intervenção para autonomia de opção. *Trajectos e projectos*. (1), Viana do Castelo: pp. 17-21.
- ANDER - EGG, E. (1990). *Repensando la Investigación- Accion Participativa*. México: Editorial el Ateneo.
- ANTUNES, M. C. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- AZEVEDO, M. F. S. (2001). *Aleitamento materno e asma*. Dissertação de mestrado. Porto: Faculdade de medicina da Universidade do Porto.
- BADINTER, E. (1980). *O amor incerto: história do amor maternal*. Lisboa: Relógio D'água Editores.
- BARDIN, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOBAK, I. *et al.* (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência.
- BOGDAN, R & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOSI, M.L.M; MACHADO, M. T. (2005). Amamentação: Um resgate Histórico. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará*, vol. 1, n.º1 – Julho-Dezembro, 17-25. www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/.../4/2. Acedido em 18.11.2012

- BORDALO, J. D. (2008). *Aleitamento materno. Relactação e lactação induzida*. Dissertação de mestrado. Covilhã: Faculdade de ciências da saúde da Universidade da Beira Interior.
- BOUTINET, J. P. (1996). *Antropologia do projecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- BRIDGES, J. F. P , LOUKANOVA, S , & CARRERA, P (2008). *Patient empowerment in healthcare*.
- BURROUGHES, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CANÁRIO, R (2008). *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- CAMPOS, I (2007). *Aleitamento materno*. Coleção O Essencial da Saúde. Porto.
- CARDOSO, L (2006). *Aleitamento materno. Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- CARNEIRO, I (2006). *Aleitamento Materno em Portugal*.
http://jn.sapo.pt/2006/08/02/sociedade_e_vida/leite_materno_chega_a_minoriabebes.html. Acedido em 19.11.2012
- CARVALHO, A *et al.* (1992). Aspectos práticos do aleitamento materno. *Saúde Infantil*, vol.14, n.º1, 23-30.
- CARVALHO, A; CARVALHO, G (2005). Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>. Acedido a 15.04.2013
- CARVALHO (2002). Aleitamento Materno e Aleitamento Misto. *Revista Servir*, n. 59, 296-299.
- CATARINO, M.J.V.S. (2007). *Ideias e práticas das mães face à amamentação*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- CERVO, A. L. & BERVIAN, P. A (2002). *Metodologia Científica*. São Paulo: Prentice Hall.
- CHIAVENATO, I. (1995) *Administração de empresas: uma abordagem contingencial*. São Paulo: Editora McGraw-Hill.
- CIRCULAR NORMATIVA n° 02/DSMIA de 8 de Fevereiro de 2002
- CLAY, B. W. (2005). Nipple confusion. <http://www.medela.com/NewFiles/faq/nipconfus.html>. Acedido a 19.11.2012.
- COLLIÉRE, M.F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- COMITÉ PORTUGUÊS PARA A UNICEF (2004). *Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projeto em acção*. Documento apresentado na Conferência da EU sobre promoção do aleitamento materno na europa. no dia 18 de Junho de 2004 na Irlanda.
- CORDEIRO, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- CORREIA, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, Vol.16, n.º3, 365-371. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a02.pdf>. Acedido em 13.11.2012
- CRACEL, C. (2000). Paradigma holístico. *Revista trajectos e Projectos*. 31-35.
- DALAI LAMA (2003). *Ética para o novo milénio*. Editorial Presença.
- DAVIES, P. (1993). *O livro da amamentação*. Lisboa: Publicação Dom Quixote.
- DÉJOURS, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*, n.º216, 47-70.
- DELORES, J. (2003). *Educação um Tesouro a descobrir*. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Porto. Edições ASA.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, Despachos 6/91, de 20 de Junho e 12 917/98 de 27 de Julho.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, Lei N.º 142/99 Art.7.º, de 31 de Agosto.
- DIAS, J. R. (2009). *Educação – O Caminho da Nova Humanidade: das coisas às Pessoas e aos Valores*. Porto: Papiro Editora.
- DIAS, R. et al. (2004). Promoção da Saúde - O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, n.º22), 463-473.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). Diretiva n.º 96/4/CE.
- DIEGUES, J; GUEDES, M. (2002). *Promoção da saúde comunitária*. CRSP- Saúde publica, n.º 49.
- ENEHAUG I. H.(2000). Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*. vol.13, 178–181.
- ESTEVES, A. (2005). Contacto. *Pais & Filhos*, n.º168, 27-30.
- FAZENDA, I. (s.a.). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>. Acedido a 18.12.2012.
- FEIO, A. G. O. (2011). *O futuro no presente: Contributos do pensamento de Hans Jonas em Educação para a Saúde*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho – Instituto de Educação.

- FÉLIX, T. (2000). *Aleitamento Materno – Curso de nutrição infantil*. Organizado pelo Centro de Formação Permanente em Enfermagem do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha.
- FERGUSON, D. M. (1998). Breast-feeding and later cognitive development and academic outcomes. *Abstracts Pediatric*, vol.101, n.1, <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/1/e9>. Acedido a 24.11.2012.
- FERNANDES, S.C. (1999). *Aleitamento materno numa população do concelho de Chaves*. Dissertação de mestrado. Vila Relá: Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.
- FERNANDES, S. (2009). *Partilha de Saberes e afectos: um projecto de intervenção na comunidade do Centro Social Padre David de Oliveira Martins*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- FERREIRA, C.A. (2006). *A realidade do Aleitamento Materno*. Nursing, n.11.
- FIGUEIREDO, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 161-188.
- FILIPE, M.F.S.S. (2011). *Visitação domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- FINGER, M. & ASÚN, J. (2003). *A educação de adultos numa encruzilhada*. Porto Editora
- FONSECA, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FRANCO, J.J. (2003). Preparação pré-natal para a amamentação. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, n.4, 11-15.
- FREIRE, P. (1976). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, P. (1997). *Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- GALVÃO, D.M.P. (2002). *Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências da Biomédicas de Abel Salazar.
- GALVÃO, D.M.P. (2006) *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.
- GARCIA, R. R. (1992). Lactancia materna – antiga prática o nueva técnica. *Revista Rol de Enfermaria*, n.161.

- GARCIA, J.; SANCHEZ, M. (1997). Desarrollo Humano, participación y dinamización Sociocultura. In Carrasco, J.G. (coord). *Educación de Adultos*. Barcelona: Editorial Ariel. pp. 271-286.
- GIBSON, C. (1991) A concept analysis of patient empowerment. *Journal of Advanced Nursing* , 16 (3), 354-361.
- GIL, A. C. (1989). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- GIL, A. & RUEDA, R. (2002).Interaction of early diet and the development of the immune system. *Nutrition Research Reviews*, vol.15, n.2, 263-292.
- GRAÇA, L.C.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
- GUERRA, I. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*. O Planeamento em Ciências Sociais. Cascais: Principia.
- ITURRA, R. (1986). Capitulo VI Trabalho de Campo e Observação em Antropologia . *In* Silva, A. e Pinto J. (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- KENNER, C. (2001). *Enfermagem Neonatal*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- KING, F. S. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. Universidade Estadual de Londrina: Edições Revista.
- LABONTE, R. (1989). *Community and professional empowerment* .The Canadian Nurse.
- LABONTE, R. (1993). *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: University of Toronto.
- LEONE, C. R. & TRONCHIN, D. M. R. (1996). *Assistência integrada ao Recém-Nascido*. São Paulo: Editora Atheneu.
- LE ROY, J. (2000). Aleitamento Materno. *Servir*, n.º4, 8-13.
- LEVY, L. (1994). A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria* , Lisboa. nº 25, 191-204.
- LEVY, L. *et al.* (1994). Atitudes e conhecimentos dos adolescentes face ao aleitamento materno. *Revista Portuguesa de Pediatria*. Lisboa. nº 25, 205-211.
- LEVY, L. (1996). *O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. (2007). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

- LIMA, M.J. (2010). *Aleitamento materno. Estudo de prevalência e duração na área de influência do centro de saúde de Belmonte*. Dissertação de mestrado. Covilhã: Faculdade de ciências da saúde da Universidade da Beira Interior.
- LOPES, R. (2008). *Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica. A relevância do Empowerment, Participação e Dialogicidade*. Tese de Doutoramento. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica.: http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=12353@1. Acedido em 23.04.2013.
- LOTHROP, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paulinas Editora.
- LOUREIRO, I. (2005). *O seu Leite para o seu Filho*. <http://www.sosamentacao.org.pt/Amamenta%C3%A7%C3%A3o/Artigos/tabid/182/ctl/Details/mid/512/ItemID/29/Default.aspx> . Acedido a 24.10.2012.
- LOURENÇO, R. (2009). Aleitamento materno, uma prioridade para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.25 ,344-346.
- MAIA, O. (2005). Promoção do Aleitamento Materno entre mães adolescentes. *Revista Informar*. Porto. Ano XI, nº 34 (Jan.-Jun.),39-47.
- MAIA, M.J.C. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto.
- MANZANARES, L. *et al.* (1997). Lactancia materna. *Revista Rol de Enfermería*, n.20,79-82.
- MARINHO, C.S.S.M. (2003). *Os profissionais de saúde e o aleitamento materno. Um estudo exploratório sobre as atitudes dos médicos e enfermeiros*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- MARTÍNEZ-OTERO, V. (2003). *Teoría y Práctica de la Educación*. Madrid.Editorial CCS.
- MARTINS, M. J. D. F. (2001). Aleitamento Materno: um dom a não perder. *Sinais Vitais*, vol. 35, p. 21-27.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). Plano nacional de saúde 2004-2010 - orientações estratégicas. Direção Geral da Saúde.
- MOLEIRO, A. *et al.* (2004). Aleitamento Materno. Consensos nacionais em neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra.
- MORAIS, C. M. D. G. (2000). Resenha histórica do Aleitamento Materno. *Sinais Vitais*, vol. 20, 24-27.
- MOREIRA, C. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- MORRONDO, P. (2000). Promoción de la salud, In: MORENO, A (dir). *Enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw – Hill.
- NASCIMENTO, M. B. R.& ISSLER,H. (2003). Breastfeeding: making the difference in the development,health and nutrition of term and preterm newborns. *Revista Hospital Clínica Faculdade de Medicina S. Paulo*, n.58, 49-60.
- NETO, A. A. M. E ALMEIDA, M. D. V. (1992). Alimentação materna: breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, n.º2,8-33.
- NEWMAN, J. M. D. (1999). Vantagens do Aleitamento Natural. <http://www.aleitamento.org.br/guilt.htm.1p>. Acedido a 19.11.2012.
- NORTHRUP, C. (2004). *Corpo de mulher sabedoria de mulher*. Porto: Sinais de Fogo.
- NDUWIMANA, M. (1999). Aleitamento Materno: porque as mães param de amamentar prematuramente e como ajudá-las a continuar?.O Berço, n.º6, 2-4.
- OKOLO, S. N. *et al.*(1999). Current breastfeeding knowledge, attitude and practices of mothers on five rural communities in the Savannah Region of Nigéria. *Journal of Tropical Pediatrics*, n.º45, 323-326.
- OLIVEIRA, C. C. (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- OLIVEIRA, C. C. (2012). *Educação para a saúde versus promoção da saúde: mudança conceptual inocente?* No prelo.
- OMS (1989). *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genève: WHO.
- OMS (2002). *Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition*. International Conference on Nutrition. <http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>. Acedido a 19.11.2012.
- OMS (1978). Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados Primários. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo>. Acedido em 22.12.12.
- OMS (1986). Carta de Otawa sobre Promoção da Saúde. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo>. Acedido em 16.11.12.
- OMS (1988). Declaração de Adelaide sobre Promoção da Saúde. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo> Acedido em 22.12.12.
- OMS (1991). Declaração de Sundsvall sobre Promoção de Saúde. <http://saudemmovimento.com.br/conteúdo>. Acedido em 16.11.12.

- OMS (1997). Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde. <http://saudemovimento.com.br/conteúdo>. Acedido em 16.11.12.
- OMS (2000). *As metas da saúde para todos*. Loures: Lusociência.
- OMS (2002). *Saúde 21: saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusociência.
- OMS (2005). A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Bangkok: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acedido em 20.11.2012
- OMS (2009). *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*. Genebra: OMS.
- OMS/UNICEF (1989). *Promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS/UNICEF (1993). *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS.(2004). *Divulgar, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, (Conselho de Enfermagem)*. Lisboa: Sociedade Gráfica.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem-enquadramento conceptual-enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OREM, D. (1987). *Nursing concepts of practice*. New York.
- ORNELAS, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- PARDAL, L. & CORREIA, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- PAUL, C. & FONSECA, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- PEDRO, I. (2002). Amamentação Prolongada. *Servir*, vol.50, n.6,271-276.
- PEPLAU, H. (2003) *Interpersonal Relations in Nursing* . Palgrave Macmillan: New York.
- PEREIRA, M. A. (2006). Aleitamento materno: *Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação*- resultados de um estudo experimental. Loures: Lusociência.
- PEREIRA, M. A. (2003). Aleitamento Materno: da antiguidade até aos nossos dias. *Revista informar*. Ano IX, n° 30 (Jan./Agosto), 46-51
- PERKINS, D. D., & ZIMMERMAN, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal Community Psychology*, 23,569-579.
- PESTANA, M. T. (1996). A formação do enfermeiro e educação para a saúde num contexto multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem* , Lisboa: n.º13, 26-29.

- PINTO, T. V. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. *Arquivos de medicina*. vol.22 nº2/3. www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871. Acedido em 24.01.2013.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. (1995). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RAMOS, C. V. & ALMEIDA, J. A. G. (Set. /Out.2003) *Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S002175572003000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acedido em 25.10.2012.
- RODRIGUES, M., PEREIRA, A. & BARROSO, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra. Formasau, Formação e Saúde.
- RODRIGUES, V. (2003). *Hábitos de saúde e comportamentos de risco em estudantes do Ensino Básico/Secundário. Estudo da eficácia de um programa educacional de intervenção*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- RODRIGUES, C. *et al.* (1998). Lactancia materna: Retos y condicionantes sanitários y socioculturales. *Revista Rol de Enfermería*, nº234, 60-65.
- ROGADO, T.; TEIXEIRA, J. A. C. (1997). Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários. In *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*. Braga. Editor: Ribeiro, J.L.
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (1994). *Lactancia materna: Manual para profesionales*. Barcelona: Asociación Catalana Pro Aleitamento Materno. Madrid: Elsevier.
- SANTOS, N. T. *et al.* (1988). Amamentação no 1º ano de vida: estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. *Arquivos de Medicina*, nº2, 56-61.
- SANTOS, D. (1982). Fundamentação Existencial da Pedagogia. In *Obras Completas*. Volume II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp 427-499.
- SANVISENS, A. (1984). *Introducción a la pedagogia*. Barcelona. Barcanova.
- SERRANO, C. (1997). O aleitamento: diferentes caminhos para o mesmo fim. *Informar*, vol. 2, n.8, 15- 20.

- SERRANO, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais. Casos Práticos*. Coleção Educação e Trabalho Social. Porto: Porto Editora.
- SCHULZ, A. & ISRAEL, B. & ZIMMERMAN, M. & CHECKOWAY, B. (1995) *Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels*. Health Education Research.
- SIMMONS, C. & PARSONS, R. (1983) *Empowerment for role alternatives in adolescence*. Adolescence.
- SUSIN, L. R. *et al.* (1999). Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth*, vol.26, n°3,149-156.
- STREUBERT, H. J. & CARPENTER, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* . Loures: Lusociência.
- TAMEZ, R. N. (2002). *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- TAYLOR, K. (2009). Paternalism, participation and partnership -the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, n.º74, 150-155.
- TONES, K. (1994). Health education as empowerment. In KEITH, T. *Health promotion: how to measure cost-effectiveness*. London: Health Education Authority. Pp. 38-69.
- TONES, K. e TILFORD, S. (1994). *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson. United Kingdom. Thornes Ltd. Cheltenham.
- UNICEF (2004). *Health benefits of breastfeeding*. UNICEF UK Baby Friendly Initiative <http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>. Acedido a 19.11.2012.
- VAUGHAN, B. (1991) *.Patient education in therapeutic nursing*. London.
- VOGGEL, A. *et al.* (1999). Factors associated with duration of breastfeeding. *Acta Paediatric*, n.88, 1320-1326.
- ZIMMERMAN, M. A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal Community Psychology*, 23(5), 581-599.

Bibliografia consultada

- ALBARELLO, L., DIGNEFFE, F., HIERNAUX, J.P., MAROY, C., RUQUCY, D., SAINT- GEORGES, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* Lisboa: Gravida.
- ANTONOVKSY, A. (1994). *O Sentido Interno de Coerência: uma perspectiva histórica e futura*. Conferencia no III Curso de Sociologia da Saúde. Departamento de Educação Medica da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- CARAMÉS, E. *et al.* (1999) – Aleitamento no 1º ano de vida. Estudo descritivo de caracterização do aleitamento materno nas crianças nascidas em 1997 inscritos na Unidade de Saúde de Caxias- Vila do Conde. *Nascer e Crescer*. Porto: Vol. 8, nº 4, 247-250.
- CARVALHO, A. e CARVALHO, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Lisboa. Lusociência.
- ERASMIE, T. & LIMA, L.C (1989). *Investigação e Projectos de Desenvolvimento em Educação*. Braga: Universidade do Minho, Unidade de Educação de Adultos.
- FIGUEIREDO, B. (1996). A interacção mãe-bebé. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 117-132.
- 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* , n.º3, 521-539.
- FIGUEIREDO, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista População e Sociedade*. 83-102.
- GIUGLIANI, E. R.J. (2000). O aleitamento materno na prática. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro.nº76, 238-252.
- NAVARRO, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 77-83.
- OLIVEIRA, C. C. (1999). *A educação como proceso auto-organizativo. Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Lisboa: Horizontes pedagógicos.
- OLIVEIRA, C. C. (2006). A importância do sofrimento na educação para a saúde. *Pessoas e Sintomas*, 1, 22-28.
- OLIVEIRA, C. C. (2007). A Medicina é uma ciência? Uma interrogação filosófica. *Pessoas e Sintomas*, 3, 26-32.

- OLIVEIRA, C. C. (2007). Contributos educativos e comunitários do movimento epistemológico da auto-organização: Um método auto-organizativo na formação de educadores de adultos. *Revista Educação*, Vol. 1, n.º 61, 165-180.
- OLIVEIRA, C. C. (2008). Educação: Pesquisa, complexidade e contemporaneidade. *Reflexão e Ação*, vo. 16, n.º 2, 19-37.
- OLIVEIRA, C. C. (2009). Humanidades na formação médica: Realidade ou farsa? *Reflexão e Ação*, vol. 17, n.º 2, 225-242.
- OLIVEIRA, C. C. *et al.* (2012). *Aprendizagem e sofrimento: narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDNUISC.
- PHANEUF, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PINTO, C. (2001). Empowerment, uma Prática de Serviço Social. In Óscar Barata (coord), *Política Social*. Lisboa: ISCSP.
- SANDES, A. R. *et al.* (2007). Aleitamento materno: prevalência e fatores condicionantes. *Ata Médica Portuguesa*. n.º 20, 193-200.
- SARAFANA, S. *et al.* (2006). Aleitamento materno: evolução na última década. *Ata Pediátrica Portuguesa*. n.º 1, 9-14.
- SILVA, E. R. V. (2011). *Despertar Sorrisos à Vida. Um Projecto de Animação Sociocultural numa Instituição Particular de Solidariedade Social*.
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19240/1/Euarda%20Raquel%20Veloso%20Silva.pdf>. Acedido a 12.03.2013.
- UNESCO (1976). *Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos*.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001140/114038s.pdf#page=119>. Acedido em 12.03.2013.

Anexos

Anexo 1

Artigo 68.º da Constituição da República Portuguesa

1. Os pais e as mães têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação, com garantia de realização profissional e de participação na vida cívica do país.

2. A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

3. As mulheres têm direito a especial proteção durante a gravidez e após o parto, tendo as mulheres trabalhadoras ainda direito a dispensa do trabalho por período adequado, sem perda da retribuição ou de quaisquer regalias.

4. A lei regula a atribuição às mães e aos pais de direitos de dispensa de trabalho por período adequado, de acordo com os interesses da criança e as necessidades do agregado familiar.

Hoje está fixado um importante conjunto de direitos e deveres relativamente ao código de trabalho que visam a promoção do aleitamento materno os quais passo a destacar.

Relativamente à licença por maternidade:

- A trabalhadora tem direito a 120 dias consecutivos, 90 dos quais necessariamente a seguir ao parto, podendo os restantes ser gozados, total ou parcialmente, antes ou depois do parto (conforme nº1, art. 35º, Código do Trabalho);
- A trabalhadora pode optar por uma licença por maternidade de 150 dias, devendo neste caso informar o empregador até 7 dias após o parto, nos termos da lei de segurança social (conforme nº1, art. 68º, Regulamentação);
- Se a opção for a licença de 150 dias, o acréscimo deverá ser gozado, obrigatoriamente, a seguir ao parto e o montante diário dos subsídios de maternidade e paternidade é igual a 80% da remuneração de referência (conforme art. 1º, DL nº 77/2005, de 13 de Abril);
- Na falta de informação da trabalhadora acerca modalidade da licença, presume-se que a licença tem a duração de 120 dias (conforme nº 2, art. 68º, Regulamentação);
- A violação destas normas pelo empregador constitui ilícito-contrordenacional, exceto no âmbito da relação jurídica de emprego público que confira a qualidade de funcionário ou agente da Administração Pública (conforme art. 475º, Regulamentação).

Estão ainda contempladas as dispensas para consultas ou amamentação sendo de salientar que:

- A mãe que, comprovadamente, amamente o seu filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante todo o tempo que durar a amamentação (conforme nº 2. Art. 39º, Código do Trabalho);

- A dispensa para aleitação pode ser exercida pela mãe ou pelo pai trabalhador, ou por ambos, dependendo da condição de não estarem inibidos, ou impedidos, de exercer o poder paternal, e comunicarem a decisão ao empregador com a antecedência de 10 dias (conforme nº 2, art. 73º e art. 100º, Regulamentação);
- A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, e acrescida de 30 m por cada gemelar além do primeiro, salvo se outro regime for acordado com o empregador (conforme nºs 3 e 4, art. 73º, Regulamentação);
- No caso de os progenitores trabalharem a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respectivo período normal de trabalho (conforme nº 5, art. 73º, Regulamentação);
- As dispensas para consulta e amamentação não determinam perda de quaisquer direitos e são consideradas como prestação efetiva de serviço (conforme nº 2, art. 50º, Código do Trabalho);
- Durante o período da licença de maternidade, da dispensa do trabalho noturno, ou da prestação normal de trabalho por risco à segurança e saúde o trabalhador tem direito a um subsídio nos termos da legislação da segurança social (conforme artigos 35º, nº3 do art. 47º e Al. C), nº 4 do art. 49º, Código do Trabalho e nº 1, art. 103º, Regulamentação);
- O direito acima mencionado mantém-se, até um ano após o parto, no caso das trabalhadoras lactantes dispensadas do trabalho noturno às quais não for possível atribuir um horário diurno compatível e no caso de ser possível tomar medidas que evitem a exposição da trabalhadora a riscos para a sua saúde e segurança (conforme nº3 do art. 47º ou da Al. C), nº 4 do art. 49º, Código do Trabalho e nº 3, art. 103º e nºs 1 e 4, art. 112º, Regulamentação).

Assume-lhe ainda o direito à igualdade de oportunidade e de tratamento no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoções profissionais não deverá prejudicar a aplicação das disposições legais relativas à especial proteção da gravidez, maternidade, paternidade, adoção e outras situações respeitantes à conciliação da atividade com a vida profissional.

No que respeita à licença por paternidade, é obrigatório o gozo de uma licença parental de 10 dias úteis, seguidos ou interpolados, que são gozados no primeiro mês a seguir ao nascimento do filho, 5 dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir a este. Após o gozo desta licença parental exclusiva do pai, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, seguidos ou interpolados,

desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe. No caso de nascimentos múltiplos, à licença acrescem 2 dias por cada gémeo além do primeiro.

O pai tem ainda direito a licença, por período de duração igual àquele a que a mãe teria direito ou ao remanescente daquele período caso a mãe já tenha gozado alguns dias de licença, nos seguintes casos:

- a) Incapacidade física ou psíquica da mãe, enquanto esta se mantiver;
- b) Morte da mãe;
- c) Decisão conjunta dos pais (conforme art. 36º, Código do Trabalho).

O trabalhador que pretenda gozar a licença por paternidade, por decisão conjunta dos pais, deve informar o empregador com a antecedência de 10 dias e:

- a) Apresentar documento de que conste a decisão conjunta;
- b) Declarar qual o período de licença por maternidade gozado pela mãe, que não pode ser inferior a seis semanas a seguir ao parto;
- c) Provar que o empregador da mãe foi informado da decisão conjunta (conforme art. 69º, Regulamentação).

Anexo 2

Manual de apoio

Se...

Vai ser mãe

Se...

Já tem um bebé

Se...

Decidiu amamentar
o seu bebé

Precisa

**Saber mais sobre o
aleitamento materno
e como cuidar de si!**

**AMAMENTAR O SEU BEBÉ É
DAR-LHE O MELHOR E MAIS
EQUILIBRADO INÍCIO DE VIDA...**

Para si que decidiu amamentar o seu
bebé, este é um momento muito
especial entre ambos.

Não se esqueça de si própria e das
suas necessidades, o que trará
benefícios para ambos.

CONTACTOS ÚTEIS

- **Mama Mater** - Associação de
Aleitamento Materno de Portugal
TM: 919 422 852

- **SOS Amamentação**

Tel: 213 965 650

- **Enfermeira do seu Centro
de Saúde**



Direcção-Geral da Saúde - DSMIA
Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

Amamentação



**Como resolver
pequenos problemas**

INGURGITAMENTO

Quando se dá a “descida” do leite (2.º a 3.º dia), as mamas podem ficar tensas, quentes e dolorosas. A temperatura da mulher pode elevar-se até 38° C durante 24 horas.

Como prevenir

- Iniciar a amamentação logo após o parto;
- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser).

Como tratar

- Aplicar compressas quentes ou chuveiro com água morna e massajar suavemente a pele com movimentos circulares em relação ao mamilo;
- Colocar o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia;
- Se a mama continuar congestionada após amamentar, deve esvaziá-la manualmente ou com a ajuda de bomba extractora de leite, até sentir-se bem;
- No final, aplicar compressas frias ou gelo protegido por 5 minutos, suspender por 2 minutos e voltar a aplicar por mais 5 minutos;
- Na mamada seguinte repetir o procedimento anterior na outra mama.

MAMILOS GRETADOS

O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento tornando a amamentação dolorosa para a mãe.

Como prevenir

- Assegurar que o bebé pega bem na mama;
- Aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante, após o banho e cada mamada;
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis;
- Não interromper a mamada, deixar que seja o bebé a fazê-lo. Caso tenha mesmo de interromper, deve colocar suavemente um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia, no decorrer da higiene diária.

Como tratar

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Continuar a aplicar algumas gotas (2 a 3) de leite materno no mamilo e aréola, e esperar que seque.

MASTITE

(MAMA INFLAMADA)

A mastite pode ser ou não de origem infecciosa. A mastite não infecciosa pode ser devida ao bloqueio de ductos (canais por onde passa o leite). A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através de mamilos gretados.

Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, inchada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal-estar. Na mastite não infecciosa os sintomas passam em 24 horas, o que não acontece na infecciosa, em que há agravamento dos mesmos.

Como prevenir

- Tratar o ingurgitamento e os mamilos gretados;
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação;
- Evitar roupas que comprimam a mama.

Como tratar

- Continuar a amamentar;
- Pode começar pela mama não afectada;
- Após a mamada, esvaziar manualmente ou com bomba o lado afectado;
- Aplicar compressas frias como no ingurgitamento;
- Consultar a enfermeira ou médico;
- Repousar.

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

Pode conservar leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes próprios para alimentos:

☒ **Sacos de congelação**, para curtos períodos de tempo (72h).

☒ Recipientes de **plástico rígido** ou **vidro**, com tampa, para períodos de **tempo alargados**.

Quando não dispuser de frigorífico, ou precisar de transportar o seu leite:

- Utilize um saco térmico;
- Renove o gelo a cada 24h;
- Proteja o leite do contacto directo.

Com muitas aberturas da porta a temperatura do frigorífico torna-se menos estável

Pode ir extraíndo leite, mas:

- Conserve as pequenas porções, no frio em diferentes recipientes;
- O seu leite é precioso, logo que obtenha a **quantidade desejada, congele-o**;
- Pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- Nunca junte leite recém extraído ainda morno ao leite já frio ou congelado;
- Identifique os recipientes e registe a data de cada congelação;
- Mantenha todos os outros alimentos em caixas fechadas, para não contaminarem o seu leite.

RECOMENDAÇÕES PARA DESCONGELAÇÃO

Quando pretender descongelar leite:

- Consuma em 1º lugar, o guardado há mais tempo;

Prefira uma **descongelação lenta dentro do frigorífico**;

- Leite materno descongelado:
 - consuma nas 24h seguintes;
 - não recongele;
- O **microondas** continua a **não** estar indicado para descongelar ou amornar o leite humano;
- Se for imperioso, **acelerar a descongelação** pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro "fria" depois morna, mas esse leite será válido apenas para **consumo imediato**;

- **Inutilize**:
 - leite amornado, não consumido
 - leite com mau odor

PARA A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ/LACTENTE

- O leite materno pode ficar com um aspecto cremoso e espesso no cimo, e aquoso em baixo, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem;
- O leite materno pode ser oferecido, à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado;
- Pode ser oferecido por copinho, pequena colher ou biberão.

EXTRACÇÃO MANUAL DO LEITE MATERNO

Para recolher o seu leite apenas precisará de uma taça esterilizada ou escaldada.

Instale-se confortavelmente e siga estes passos:

- Faça um "C" com a sua mão colocando o polegar acima da aréola e o indicador abaixo;



- Mantenha a mama pressionada contra as suas costelas;
- Pressione, com o polegar e o indicador ao mesmo tempo;
- Em seguida alivie a pressão...
- Pressione novamente e...
- Volte a aliviar, repetindo estes passos num movimento rítmico.

Informações úteis:

- Evite que os seus dedos deslizem sobre a pele e saiam do lugar inicial;
- Quando o leite gotejar em menor quantidade experimente rodar gentilmente a posição da mão e extrair leite de outra área da mama;
- Ir alternando uma e outra mama pode facilitar a saída do leite;
- Com a prática a extração será mais fácil e mais eficaz;
- Alternar a hora do dia também pode ajudar;
- Extrair leite durante a noite contribui para aumentar a produção de leite.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4° C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10° C)	3/5 dias*
*Se temp.>5°C depois 3º dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4° C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10° C)	3/5 dias*
*Se temp.>5°C depois 3º dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

 **PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA CONTACTOS ÚTEIS**

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 Ent.ª _____
 Cantinho Amamentação _____

Este destacável pode ser colocado:

- No Boletim de Saúde do seu filho
- Afixado no frigorífico
- No infantário do seu bebé
- Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:

www.saudeprodutiva.dgs.pt
www.amamentar.net
www.mamamater.org
www.sosamamentacao.org

 **PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA CONTACTOS ÚTEIS**

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 Ent.ª _____
 Cantinho Amamentação _____

Este destacável pode ser colocado:

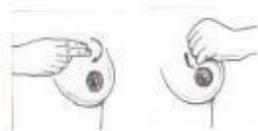
- No Boletim de Saúde do seu filho
- Afixado no frigorífico
- No infantário do seu bebé
- Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:

www.saudeprodutiva.dgs.pt
www.amamentar.net
www.mamamater.org
www.sosamamentacao.org

PARA FACILITAR A EXTRAÇÃO DO LEITE

- Escolha um local e momento adequados, procure relaxar, beba uma bebida morna, oiça música, olhe para o seu bebé (ou para uma foto dele).
- Pode massajar, suavemente a mama com os nós dos dedos, ou tocar levemente com as pontas dos dedos, em movimentos circulares e também em volta da aréola na direcção do mamilo.



UNICEF UK Baby Friendly Initiative

LAVAGEM/ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça, ou sob água corrente e sabão (não utiliza detergentes concentrados);
- Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados.

É fundamental que lave as mãos, antes de extrair o leite, e sempre que manusear os materiais.

ALTERNATIVAS PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

- Cada mãe deve escolher o material que melhor se adapta a si.
- As máquinas e os cones quando adaptados à mama, deverão permitir a maior eficácia, com um mínimo de desconforto.
- No mercado existem muitos modelos disponíveis.



Se o seu bebé nasceu doente ou prematuro, confirme com os profissionais de saúde os prazos de conservação praticados e os procedimentos do Serviço

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruh A, Lawrence, Robert M. Lawrence *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*. Hardcover 2010
- Harris A. Safe storage of expressed breast milk in the home. *NDHS Midwifery Digest*, vol. 13, sep 2003, p. 378-380
- Mortbacher N, Stock J 2003, *The Breastfeeding Answer Book* (3ª Ed.) La Leche League International
- The Breastfeeding Network
- The Academy of Breastfeeding Medicine, Protocol #6. Human milk storage information for home use for healthy full-term infants.
- Williams-Arnold LD. Human Milk Storage for Healthy Infants and Children. Sandwich, MA, Health Education Associates Inc., 2002.



EXTRACÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO



Quando necessário é possível recolher e conservar o leite materno em casa!

Apêndices

Apêndice 1

Transcrição da entrevista à acompanhante- fase de integração

1. Quais as necessidades e interesses dos utentes?

Pela minha experiência e dadas as exigências que se fazem cada vez mais aos pais, julgo que o que os pais mais procuram é uma fonte segura de conhecimentos, mas também um apoio para os momentos mais difíceis. E os primeiros tempos são complicados pelas grandes mudanças que ocorrem na estrutura da família e é fundamental que essa ajuda seja percebida pelos pais de uma forma efetiva e muito dirigida. Também procuram alguém que os ouça e compreenda nas suas dificuldades e acho que o grupo pode ser benéfico para isso.

2. Quais as expectativas que tem relativamente ao projeto?

Tanto eu como toda a equipa depositamos grande esperança neste projeto. Espero que seja uma lufada de ar fresco e que dê uma tônica diferente aos cuidados de saúde primários, muito associados à vertente curativa. Espero que seja pautado por muita participação do grupo.

3. Quais as lacunas que entende existirem a nível institucional?

O nosso trabalho é cada vez mais exigente e os registos absorvem a maior parte do tempo que temos disponível para a realização de cada consulta. Assim, como terá tempo para se dedicar em exclusivo ao grupo poderá dar a atenção que merecem mas que nem sempre é dispensada.

Apêndice 2

Transcrição da entrevista à acompanhante- fase de integração

Transcrição da Entrevista Realizada à Acompanhante de Estágio

1. Qual a sua apreciação, em termos gerais, do projeto cegonhas – perfeito é mamar ao peito?

Acho que foi um projeto bem conseguido, que motivou a participação dos utentes e em que se verificou progressos em quase todos eles.

2. Como avalia os utentes relativamente à motivação, interesse e expetativas?

Dado que todas as iniciativas de educação para a saúde nesta instituição tem estado mais voltadas para os grupos de risco, os utentes demonstraram grande interesse e curiosidade em participar. Já há muito que verbalizavam a necessidade da criação de um grupo de partilha e este projeto foi ideal para concretizar isso. E ao longo do projeto esse interesse não diminui.

3. Qual a sua opinião relativamente às atividades ao nível da conceção, gestão e implementação? Considera que as atividades atenderam às reais necessidades do público-alvo?

Sem dúvida que todas as atividades foram de encontro aos utentes e às suas necessidades e interesses. Quando verificou que alguma atividade poderia ser melhorada, não hesitou em fazer alterações de modo a obter excelentes resultados. As atividades foram definidas atendendo a uma problemática muito pertinente e atual. Acho que metódica na escolha das atividades porque procurou não só dar resposta a uma solicitação académica mas também contribuir para o aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos de todos os profissionais da nossa unidade.

4. Qual a sua apreciação do meu desempenho ao longo do projeto?

Considero que este estágio apenas veio comprovar as excelentes capacidades comunicacionais e técnicas que possui e que são essenciais para quem cuida e trabalha na comunidade. Conseguiu manter unido um grupo de pessoas tão diferentes, mas iguais nas dúvidas e claro que a formação académica que detém lhe deu mais segurança e confiança para desenvolver o trabalho da forma irrepreensível como o fez. Adaptou-se ao grupo conseguindo realizar dinâmicas que de outra forma seriam impossíveis de idealizar e acima de tudo adquiriu o respeito e a confiança de todos eles, afirmando-se perante a equipa como uma profissional de excelência. Na prossecução das atividades demonstrou enorme responsabilidade tendo em conta respeito pelos procedimentos inerentes a uma investigação. Para mim demonstrou sentido crítico e uma capacidade de análise reflexiva em função das dificuldades surgidas revelando muito empenho e interesse para que o projeto fosse um êxito.

5. Faria alguma alteração a este projeto? Se sim, qual e ou em que momento o faria?

Todas as alterações necessárias foram identificadas e modificadas no devido tempo pelo que não foi necessária a minha intervenção nesse sentido.

6. Considera que o estágio correspondeu às expectativas da Instituição?

Acho que superou as expectativas iniciais em função da participação dos utentes. Este foi um projeto que se revelou muito profícuo pois também serviu para responder a um dos objetivos da própria instituição que é a inovação na investigação. Não fiquei indiferente às críticas positivas verbalizadas pelos casais participantes assim como dos profissionais que também abraçaram esta causa. Um aspeto muito positivo foi a produção de conhecimento, que em nome da instituição foi apresentado quer sob a forma de póster quer sob a forma de comunicação livre em vários congressos de saúde materno- infantil. Foi sem dúvida importante dar a conhecer o que de bom se fez neste projeto. Só vejo vantagens em manter este ou outros projetos semelhantes em curso uma vez que a educação para a saúde é uma das vertentes a que os profissionais dos cuidados de saúde primários estão associados.

Apêndice 3

Resultados da avaliação da atividade 1

Gráfico 3 : Gostou da atividade " Dinamização do cantinho da amamentação?"

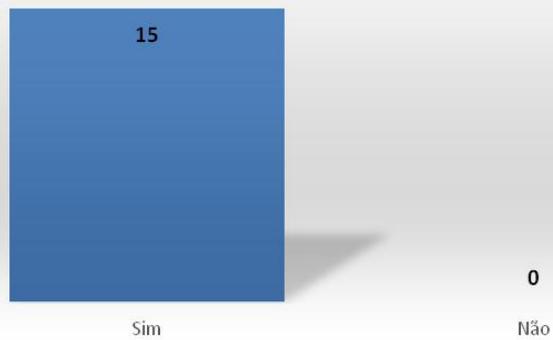


Tabela 3: O que achou da atividade

Muito Importante	3
Gostei porque consegui ser criativo	6
Divertida	5
Diferente do que estava à espera	1

Tabela 4: O que aprendeu com a atividade

Partilhar	3
Respeitar as ideias dos outros	6
Ser criativo	6

Apêndice 4

Tabela de mitos recolhidos

Tabela 5: Mitos recolhidos

O leite muito claro não é bom

Se tiver mamas pequenas não vou ter leite suficiente

Não tenho mamilos salientes, não vou conseguir dar de mamar

O álcool faz aumentar o leite

Quando nasceu a minha outra filha comi canja de galinha todos os dias para ter muito leite

Apêndice 5

Resultados da atividade 2

Gráfico 4 : Gostou da atividade " Recolha de mitos associados à amamentação?"



Tabela 6: O que achou da atividade

Pude exprimir o que pensava	1
Importante	10
Interessante	2

Tabela 7: O que aprendeu com a atividade

Não valorizar tanto os ditos antigos	3
Respeitar as ideias dos outros	10

Apêndice 6

Resultados da atividade 3

Gráfico 5 : Gostou da atividade " Realização de visita domiciliária à puérpera e ao recém nascido?"



Tabela 8: O que achou da atividade

Muito importante	7
Educativa	5
Pertinente	1

Tabela 9: O que aprendeu com a atividade

Ter mais confiança	4
Acreditar que sou capaz	3
Novas posições para amamentar	6

Apêndice 7

Resultados da atividade 4

Gráfico 6 : Gostou da atividade " Comemoração do dia da criança?"



Tabela 10: O que achou da atividade

Diferente	6
Divertida	5
Importante	3

Tabela 11: O que aprendeu com a atividade

Integrar o meu filho mais velho nos cuidados	4
Valorizar o centro de saúde	10

Apêndice 8

Resultados da atividade 5

Gráfico 7 : Gostou da atividade " Promoção do aleitamento materno?"

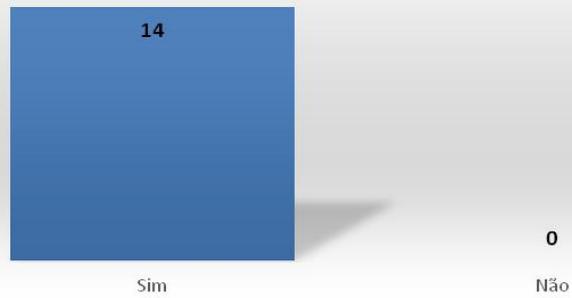


Tabela 12: O que achou da atividade

Pertinente e atual	5
Enriquecedora	5
Importante	4

Tabela 13: O que aprendeu com a atividade

Uma nova linguagem a adotar	2
Novos conhecimentos	10
Postura	2

Apêndice 9

Resultados da atividade 6

Gráfico 8 : Gostou da atividade " Sessão de educação para a saúde sobre mitos na amamentação ?"



Tabela 14: O que achou da atividade

Dinâmica	4
Diferente	6
Importante	5

Tabela15: O que aprendeu com a atividade

Novos conhecimentos	14
Questionar sempre o que tenho dúvidas	1

Apêndice 10

Narrativas recolhidas

H1

A minha experiência de amamentação foi muito negativa.

Inicialmente, enquanto estive na maternidade e com a ajuda das enfermeiras, até nem correu mal. O problema foi quando em casa, tive a famosa “subida do leite”.

A Carolina gostava muito de dormir, era muito preguiçosa e tinha dificuldade em agarrar a mama. Eu já estava muito cansada, não conseguia fazer com que a Carolina mamasse. A situação complicou-se de tal forma, que não aguentava com dores e por isso tive que recorrer ao serviço de urgência no hospital. Para além das mamas duras que nem pedras, tinha os mamilos já a sangrar...

Na urgência, depois de me terem massagado, esvaziado a mama e ajudado a Carolina a mamar e a pegar melhor na mama, até senti algum alívio, mas fiquei muito assustada com todo o sofrimento, não queria continuar...estava exausta...

Senti que tinha atingido o meu limite e, desesperada, pedi que me receitassem os comprimidos para secar o leite.

A Carolina tem hoje 4 meses e foi alimentada sempre com biberão. Não sinto, de maneira nenhuma, que a tenha prejudicado pela decisão que tomei.

Futuramente, num próximo filho, terei muito receio mas algumas dúvidas já me passaram e sei onde terei apoio desde o início.

H2

Sou mãe do Afonso com 6 meses de idade e ainda estou a amamentar.

Tem sido uma experiência fantástica, sinto-me uma mãe extraordinária por ter conseguido...

Inicialmente, estava com alguns receios, li imenso e tive uma enfermeira no centro de saúde que me tirou imensas dúvidas.

Quando o Afonso nasceu e, como estava tudo bem, as enfermeiras colocaram-o à mama e ele agarrou logo. Os meus mamilos também pareciam ajudar porque são bastante salientes.

A maior preocupação surgiu quando tive a subida de leite. Mas como o Afonso é um grande comilão, deu conta do recado. Nesta fase tive os mamilos um pouco doridos mas resolvi com a aplicação do meu próprio leite e de uma pomada.

Até regressar ao trabalho, amamentei sempre o Afonso e nunca foi preciso suplemento.

Agora, apesar do Afonso já ter começado com as sopas e as papas, ainda faz maminha de manhã e à noite. Durante o dia ainda consigo extrair leite no trabalho para deixar à minha mãe (que toma conta do Afonso) e que depois lhe dá sempre quando é preciso.

Espero poder continuar e, no próximo filho, gostava de conseguir repetir esta experiência.

H3

O nascimento do meu filho, o primeiro que espero de muitos, foi muito desejado. Não foi fácil engravidar e depois de sofrer um aborto senti que tinha de lutar com todas as minhas forças para levar a gravidez até ao fim. Deixei de trabalhar cedo por ameaça de aborto e não pude participar nas aulas de preparação para o parto. Portanto o que sabia foi o que fui lendo, pesquisando e o que me falavam nas consultas.

Logo após o nascimento colocaram-no ao peito e que mágico foi aquele momento em que ele mamou sem ninguém lhe ensinar. Pensei para mim, isto até vai ser fácil. Mas estava tão enganada. Em casa, sozinha e com um bebé chorão nos braços a perspectiva foi outra. Valeu-me o apoio da equipa que encontrei no centro de saúde. Disponibilizaram o telefone para poder ligar quando precisasse de ajuda e isso ainda aconteceu algumas vezes. A subida de leite foi a altura mais complicada mas como participei nuns encontros em que abordamos esses assuntos já me sentia mais à vontade embora fosse a primeira vez que passei por esta situação. A amamentação é muito agradável mas tenho de referir que é difícil e cansativo. Se não fosse a persistência da enfermeira e da minha mãe em estar sempre a falar das vantagens talvez já tivesse metido um leite de farmácia. É mais prático mas não é tão bom.

H4

O Afonso é o meu segundo filho. A Ana Luísa já há muito que me pedia um mano. Como amamenteei a minha filha durante 4 meses ainda me lembrava mais ou menos como tinha sido. E não dei mais peito porque tive de começar a trabalhar e como era longe e com tanto stresse acabou por secar logo. Desta vez quero que isso seja diferente. Já tenho mais um mês de licença e deixei as minhas férias para juntar o que vai fazer 6 meses com o Afonso antes de voltar ao trabalho.

Mesmo assim tive algumas dificuldades porque ele é um pouco desajeitado e preguiçoso. Como fui seguida no centro de saúde durante a gravidez fiquei logo com ligação ao grupo que me ajudou em algumas dificuldades. Estar com pessoas que estavam a ter as mesmas dúvidas que eu fez-me ficar mais tranquila. Tínhamos lá uma enfermeira que nos ajudou bastante nas dificuldades iniciais e o fato de pesar o meu bebe de vez em quando para eu comparar o peso ajudou bastante a que não tivesse medo que o leite fosse fraco.

Tive foi muita sorte porque os mamilos não gretaram como quando foi da Ana. Isso sim é difícil e numa situação dessas para deixar de mamar é o mais fácil.

H5

Sou uma pessoa com pensamentos negativos porque tive uma depressão. Mas desde sempre quis amamentar porque sou a mais velha de 3 irmãos e recordo-me de ver a minha mãe a dar a mama aos meus irmãos mais novos. Apesar de sermos pobres, a minha mãe era muito feliz e dizia que quando tivesse filhos também devia dar a mama porque era a melhor coisa do mundo.

Agora que o Rodrigo nasceu e que posso dar o peito vi que o que a minha mãe dizia era verdade. Realmente nada se compara a poder alimentar o meu filho com o meu leite. Para além de ser mais barato, o Rodrigo ainda não esteve doente nenhuma vez e até tenho um sobrinho da mesma idade que faz leite de farmácia e está sempre a correr para os médicos.

Também tenho tido a sorte de morar junto à minha mãe que me ajuda bastante e que me dá bons conselhos. O meu marido sempre que pode fica um bocado com o menino para eu poder descansar porque apesar de gostar muito dar o peito cansa.

Acho que todas as mulheres deviam experimentar porque é a coisa mais bonita que vivi.

H6

Quero começar o meu depoimento com uma agradecimento à enfermeira e aos meus colegas de grupo que me ajudaram a ultrapassar as dificuldades com a amamentação.

Sempre fui muito tímida e com medo de perguntar as coisas que tinha dúvidas para que não se rissem de mim. Neste grupo consegui perguntar tudo o que queria, porque todos tínhamos sempre qualquer coisa para perguntar e nunca ninguém se riu das minhas perguntas.

Gostei muito de dar o peito, de estar ali a olhar para a minha menina tão perfeitinha. Era um momento que era só meu e dela. Mas no início tiveram de apertar comigo porque como a menina era tão caladinha dormia horas seguidas e eu nem a acordava. É o que faz não ter experiência. Senti muito apoio da médica que me seguiu, mas como era longe e caro não podia ir lá todas as semanas nem todos os meses. Mas no centro de saúde encontrei a ajuda que precisava para as alturas em que tinha muitas dúvidas e que a minha sogra não sabia responder. Depois até percebi que algumas coisas que a minha sogra dizia não eram bem verdade como ela pensava.

A minha experiência foi um bocado traumática desde o início. Tive um parto muito longo e doloroso mas quando vi que o meu filho nasceu bem e saudável tentei esquecer.

Os pontos doíam e não me conseguia sentar direito. Só estava bem deitada mas para dar de mamar não era muito fácil. Bem, isso pensava eu até descobrir posições e maneiras de por o Guilherme a mamar sem me fazer doer e sem me alijar o peito.

Estar 3 dias a dar de mamar sem ser na posição correta foi o suficiente para me gretar o mamilo todo. Com sorte a enfermeira veio a minha casa fazer a picada do pézinho e como estava na hora de mamar ela aguardou para ver como ele fazia. E ainda bem. Eu não sabia das vantagens que uma almofada bem posta tinham no alívio das mamas. E os cuidados que estava a ter com as mamas após dar o peito não eram os mais corretos. A partir desse dia passei a fazer parte de um grupo de apoio que se ajuda e que coloca todas as dúvidas que tem. É engraçado e foi uma ajuda muito grande que tive que se calhar sem ela já teria deixado de dar de mamar mais cedo

Como a Francisca é a minha primeira filha acho que não estava preparada psicologicamente nem para o parto, nem para as dificuldades em dar de mamar. Pensei que seria tudo mais fácil. No início precisei de muito apoio e só tenho a agradecer aos profissionais do centro de saúde e ao meu marido que me consolaram nos momentos em que me fui abaixo. No hospital como tinha sempre as enfermeiras por perto chamava-as quando tinha dúvidas mas ao fim de dois vim para casa. E quando entramos em casa os três tive a sensação que não ia conseguir porque a Francisca era muito trapalhona e como não tinha mamilo saído para fora ela chorava logo muito. Quanto mais chorava mais agitada ficava e menos mamava. Como não mamava tinha fome e chorava. E eu ficava cada vez mais nervosa e os meus peitos cada vez mais cheios. Liguei para o centro de saúde quase em pranto a pedir ajuda. Como foi logo de manhã ainda recebi uma visita em casa no mesmo dia. E que alívio. Primeiro a minha bebé foi logo pesada e como vi que ela tinha engordado fiquei mais descansada. Depois a enfermeira ensinou-me umas técnicas para esvaziar o peito quando estivesse muito cheio.

Com as dificuldades passadas, e foram muitas, e olhando para trás acho que valeu a pena todo o esforço pois senti-me muito bem todas as vezes que amamentava a Francisca.

A minha experiência com a amamentação foi desde o início muito positiva. O meu bebé era muito calminho e sossegado. Só acordava para mamar e não teve cólicas. Tinha um espaço próprio para lhe dar de mamar e aproveitava aquele momento para me deliciar a olhar para aquela perfeição de bebé. Aquele momento era mágico e às vezes até parece que ele falava comigo. Ao contrário de muitas mães e pessoas que conheço não senti desconforto com a subida de leite e nem os meus peitos incharam a ponto de me doer.

Tenho a dizer que desde o primeiro dia que me sinto uma mulher diferente porque tive a oportunidade de dar de mamar ao meu filho e isso fez-me sentir especial.

Entretanto regresssei ao trabalho, mas como sempre tive muito leite aproveitei e congelei e quando precisei fui buscar as reservas. Ainda lhe dou de mamar de manhã e à noite e é tão bom. Se fosse biberão qualquer um podia dar mas como é o peito aquele é o nosso momento. Se algum dia voltar a ter filhos quero novamente dar de mamar e tenho passado a minha experiência positiva às minhas colegas de trabalho e amigas.

Estou a gostar bastante desta nova fase da minha vida. É sem dúvida uma sensação maravilhosa e sinto-me como se fosse a super mulher. Todas as mulheres deviam ter esta experiência nas suas vidas. Quando estava grávida estava muito sensível e ouvi várias experiências de colegas e familiares. Algumas não foram muito boas e nessa altura fiquei um pouco preocupada. Pensava para mim, será que vou ser capaz? Será que é assim tão difícil? E na realidade não foi. Claro que não é como nos filmes em que tudo é demasiado fácil e simples mas também não foi o bicho-de-sete-cabeças que me tentaram impingir.

No início e com muita ajuda que tive em casa consegui ultrapassar as primeiras dificuldades. Depois o prazer que obtinha em dar o peito era maior do que as dores e dificuldades e fez-me esquecer tudo isso e continuar na minha missão. Não me arrependo de nada e se fosse hoje voltava a repetir tudo. Tive a sorte de não ter gretado os peitos que dizem que dói bastante, mas segui sempre os conselhos que a enfermeira me deu e correu sempre tudo bem.

Apêndice 11

Resultados da atividade 7

Gráfico 9 : Gostou da atividade " Criação de narrativas sobre a amamentação ?"



Tabela 16: O que achou da atividade

Inovadora	4
Emocional	6

Tabela 17: O que aprendeu com a atividade

Valorizar pequenas conquistas	6
Ser criativa na escrita	2
Gostar de escrever sobre sentimentos	1
Aceitar os erros	1

Apêndice 12

Resultados da atividade 8

Gráfico 10 : Gostou da atividade " Projeção de video sobre o regresso a casa?"

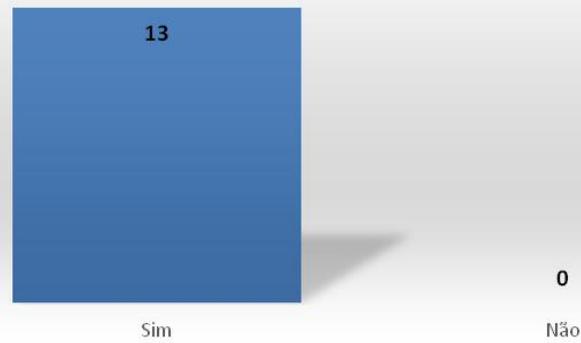


Tabela 18: O que achou da atividade

Simples	2
Original	6
Muito boa	3
Importante	2

Tabela 19: O que aprendeu com a atividade

Diferentes tipos de choro do bebé	3
Sinais de fome	6
Importância da vacinação	1
Medidas de segurança	3

Apêndice 13

Resultados da atividade 9

Gráfico 11 : Gostou da atividade " *Workshop* sobre o aleitamento materno?"

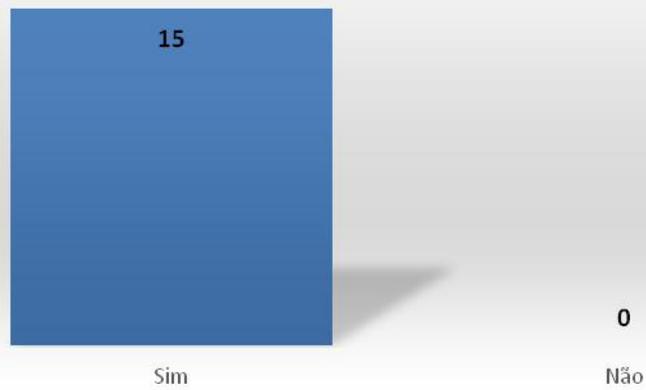


Tabela 20: O que achou da atividade

Organizada	1
Importante	7
Pertinente	3
Enriquecedora	4

Tabela 21: O que aprendeu com a atividade

Partilhar o meu conhecimento	1
Vantagens do aleitamento	8
Postura correta para amamentar	3
Cuidados a ter com as mamas	3

Apêndice 14

Postal

Mamã!
Quero oferecer-te....
quero oferecer-te um grande sorriso,
mas o que quero mesmo
é agradecer-te...
Por seres o que é o melhor para
mim,
por estares junto de mim,
E por procurares ajuda!
Gostaste...
Gostaste MAMÃ?



De mim

"O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todas as recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida."

Manual de Aleitamento Materno (2008)



Para ti mamã

Apêndice 15

Resultados da atividade 10

Gráfico 12 : Gostou da atividade " Correio dos afetos?"

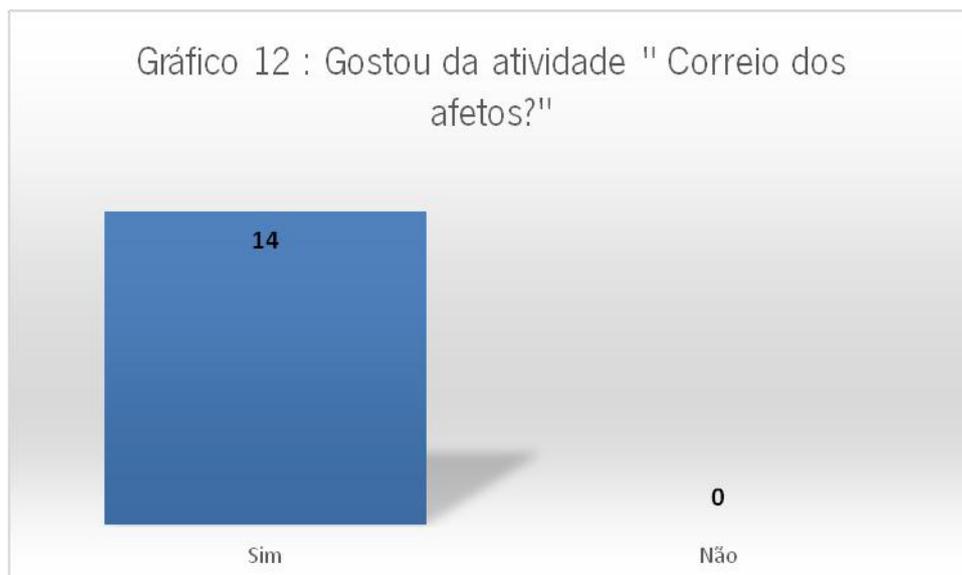


Tabela 22: O que achou da atividade

Original	6
Diferente	1
Engraçada	4
Muito boa	3

Tabela 23: O que aprendeu com a atividade

Perguntar sem medo	2
Não ter vergonha das minhas dúvidas	3
Aceitar que tenho dificuldades	2
Valorizar as relações humanas	7

Apêndice 16

Materiais do manual de apoio

O leite materno é o alimento ideal para os bebês.

É nutricionalmente equilibrado, com a quantidade certa de proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas e ferro para ajudar o bebê a crescer.

Para além disso, vai sofrendo alterações para se adaptar às diferentes necessidades do bebê, à medida que cresce.



Perfeito perfeito é dar de mamar ao peito

2013



ALEITAMENTO MATERNO



O leite materno é o alimento ideal para os bebês



Uma boa técnica de amamentação pode prevenir certas situações indesejáveis.

A mãe deve:

- Colocar a criança numa posição correcta;
- Verificar sinais de boa pega do bebé;
- Dar de mamar em horário livre (num máximo de três em três horas);
- Colocar uma gota de leite no mamilo após cada mamada;
- Lavar os mamilos com sabão neutro e uma única vez ao dia;
- Não interromper a mamada, o bebé deve deixar de mamar espontaneamente.

Se a mãe tiver de interromper, deve colocar o dedo, suavemente, na boca do bebé.

Várias complicações podem surgir na amamentação, os sintomas podem ser a mama ficar avermelhada, quente, com tumefacção (inchaço) e dolorosa.

Nestas situações a mãe deve retirar o leite que sobrar no peito depois que a criança mamar. Uma boa maneira de fazer isso é massajando os seios com água quente. Caso a situação não reverta deve consultar o médico.

POSIÇÃO CORRECTA

Existem várias posições para amamentar. Estas devem ser escolhidas pela mãe visando o seu conforto.

O bebé é colocado ao seio, não o seio levado ao bebé.



Sentada Cruzada



Deitada

Sentada



Sentada Inversa



PEGA CORRECTA

A boca do bebé deve:

- Apanhar a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela;
- Esticar o tecido da mama para fora, para formar um longo bico;
- Mamar na aréola e não no mamilo.



A técnica correcta da amamentação implica que o bebé mame de uma mama em cada mamada.

Muito importante na hora da mamada é a ausência de *stress*, pois este é inimigo do aleitamento, dado que impede a expulsão do leite, que fica assim retido na mama.

A mãe deve descansar o suficiente e manter-se confiante durante a amamentação.

Problemas relacionados com os seios

Fissura do mamilo

Prevenção:

- Efectuar massagem nos mamilos no último mês de gravidez;
- Colocar os mamilos ao sol;
- Verificar a técnica da amamentação;
- Não deixar que o bebé faça do mamilo chupeta;
- Evitar lavar com frequência os mamilos;
- Aplicar o seu próprio leite no mamilo após a mamada e deixar secar;



Tratamento:

- Corrigir a posição da mamada;
- Utilizar mamilos artificiais;
- Aplicar o seu próprio leite no mamilo após a mamada e deixar secar;
- Em casos mais graves, suspender a sucção directa.



Ingurgitamento mamário

Prevenção:

- Horários livres e posição correcta ao mamar;
- Esvaziar os mamilos após as mamadas se os sentir cheios;

Tratamento:

- Aplicar compressas quentes e massajar;
- Executar expressão manual;



- Usar soutien com bom suporte, próprio para a amamentação;

Mamilos rasos/invertidos

- Encorajar a mãe a amamentar;
- Aplicar técnica de exteriorização do mamilo (puxa mamilos);

- Executar técnica da amamentação;
- Evitar o uso de mamilos artificiais;

Higiene da mulher que amamenta

- Usar sabonetes neutros ou produtos adequados para o efeito;
- Lavar as mãos após cada mamada;
- Lavar as mãos sempre que mudar a fralda;
- Tomar banho geral diário de chuveiro.

Manual de apoio ao aleitamento materno

Problemas/Cuidados a ter com os seus seios



Apêndice 17

Resultados da atividade 11

Gráfico 13 : Gostou da atividade " Manual de apoio ao aleitamento materno ?"

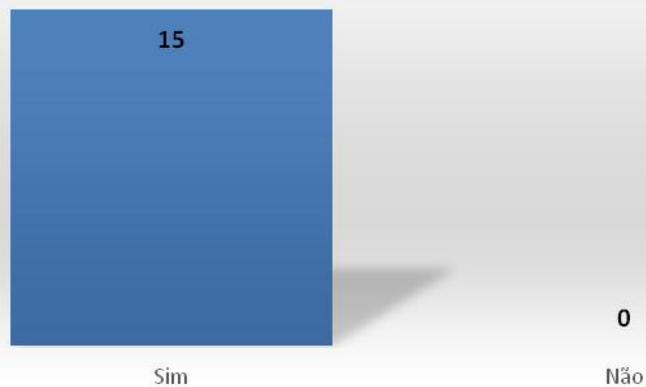


Tabela 24: O que achou da atividade

Educativa	3
Muito importante	7
Esclarecedora	1
Muito boa	4

Tabela 25: O que aprendeu com a atividade

Fazer pesquisa de temas	4
Trabalhar em equipa	3
Novos conhecimentos	7
Dar mais valor às pessoas	1

Apêndice 18

Resultados da atividade 12

Gráfico 14 : Gostou da atividade " Criação do logotipo do cantinho da amamentação?"

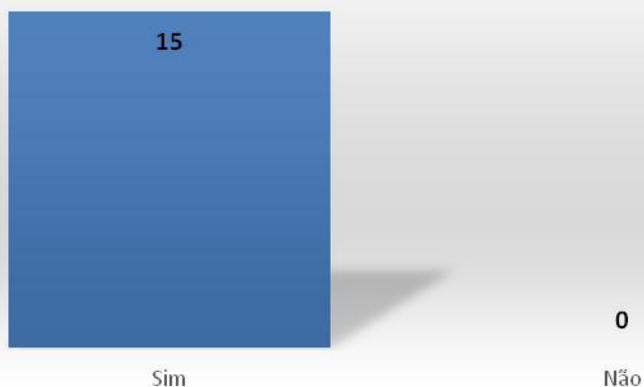


Tabela 26: O que achou da atividade

Muito original	6
Divertida	7
Agradável	1
Inovadora	1

Tabela 27: O que aprendeu com a atividade

Valorizar o trabalho em equipa	7
Aceitar as escolhas dos outros	6
A mexer melhor no computador	2

Apêndice 19

Resultados da atividade 13

Gráfico 15 : Gostou da atividade " Criação do logotipo do cantinho da amamentação?"

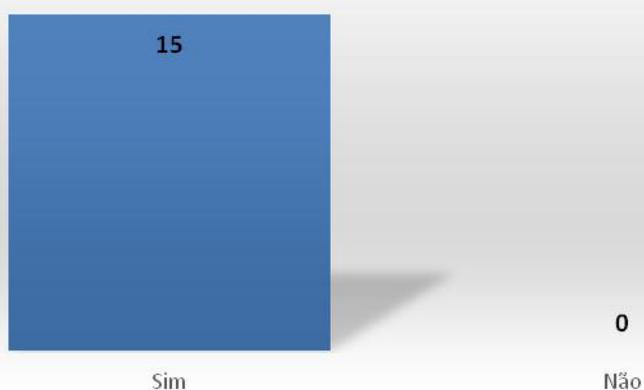


Tabela 28: O que achou da atividade

Muito importante	5
A repetir	1
Muito prática	8
Inovadora	1

Tabela 29: O que aprendeu com a atividade

Cuidados a ter quando tirar o leite	3
Como evitar problemas com as mamas	6
Usar máquina elétrica	2
Como congelar e descongelar leite materno	4

