



**VIVIANA EUSÉBIO OPINIÃO MATERNA SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO
PAI NO SUCESSO DO ALEITAMENTO
MATERNO**

Maternal opinion about the importance of the father's
participation in the success of breastfeeding



**VIVIANA FELÍCIO
EUSÉBIO**

**OPINIÃO MATERNA SOBRE A
IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO
PAI NO SUCESSO DO ALEITAMENTO
MATERNO**

Maternal opinion about the importance of the father's participation in the success of breastfeeding

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Doutora Marília dos Santos Rua, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha filha, e a todos os que contribuíram das mais diversas formas para a sua concretização.

O júri

Presidente	Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Arguente	Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Orientadora	Professora Doutora Marília dos Santos Rua Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos às orientadoras deste trabalho. À Professora Doutora Marília Rua, que me cativou desde o primeiro momento com a sua serenidade e segurança, pelo seu encorajamento e pelo suporte e tempo que me dedicou. À Professora Doutora Augusta Mata pela sua disponibilidade, boa disposição e saber. À Enfermeira Luciana Correia, enquanto minha supervisora, que esteve sempre ao meu lado, por todo o conhecimento e experiência partilhados, por todas as reflexões na procura da melhoria dos cuidados, por me indicar o caminho e por me incentivar a superar os meus objetivos. Foi uma honra tê-las no meu percurso profissional e levá-las-ei com carinho pela vida fora como referências e como seres humanos de grande valor.

A todos os profissionais da USF Águeda+Saúde e UCSP Águeda II por me terem acolhido, por terem contribuído para o desenvolvimento das minhas competências profissionais e por terem colaborado na realização do meu estudo.

A cada uma das mães que aceitou participar na minha pesquisa, pela sua disponibilidade, uma vez que sem elas os resultados não seriam certamente os mesmos.

Aos meus pais, família e amigos, por todo o tempo de convívio que perdemos e agravado pela pandemia, com um agradecimento especial à minha mãe por acreditar em mim incondicionalmente.

Ao meu marido, que foi o meu impulsionador, que me incentivou a abraçar este desafio desde o primeiro minuto, que não me deixou vacilar nos momentos de maior provação, pelo seu ânimo, compreensão e companheirismo.

À minha filha Mafalda, que por Ser quem é, empenhada e responsável, permitiu que não vacilasse nos tempos mais difíceis da pandemia e que cresceu a par comigo nas lides das telecomunicações. Foi por ela que concluí esta etapa, como exemplo de resiliência, que quero que leve na sua bagagem.

Palavras-chave Aleitamento Materno; Participação do Pai; Enfermagem Familiar

Resumo

O presente relatório apresenta o resultado das atividades efetuadas no Estágio de Natureza Profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar Águeda+Saúde, entre outubro e março de 2021. Tem como objetivos refletir criticamente sobre as aprendizagens resultantes da prática e o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar e apresentar o estudo de investigação desenvolvido no referido Estágio, intitulado: “Opinião materna sobre a importância da participação do pai no sucesso do Aleitamento Materno”.

O aleitamento materno (AM) é recomendado pela OMS e a UNICEF devido aos seus reconhecidos benefícios para o bebé, mãe, família e sociedade. A participação ativa do pai contribui para o sucesso do Aleitamento Materno, mantendo-se por mais tempo. A competência parental do AM quando partilhada pelo casal permite uma transição para a parentalidade mais saudável, pelo que o enfermeiro de família deve valorizar a envolvimento do pai nesta tarefa.

Este estudo teve como objetivos conhecer essa opinião materna e analisá-la segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM. Optou-se pelo método de investigação quantitativa, com um estudo observacional, descritivo e correlacional, com uma amostra acidental, constituída por 107 mães de recém-nascidos entre os 4 e os 12 meses, obtida entre janeiro e março de 2021. O tratamento dos dados, obtidos por questionário e cumprindo os princípios éticos, foi realizado com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*.

A opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM avaliada com a “Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação”, apresenta respostas na sua maioria importantes a extremamente importantes, com uma média de Fac de 81,4% na dimensão física, 96,1% na dimensão afetiva e 99% na dimensão doméstica. Os resultados da análise inferencial revelam diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas sobre a importância da participação do pai no AM segundo a escolaridade, na dimensão doméstica ($p=0,018$); segundo a classe social nas dimensões afetiva ($p=0,037$), doméstica ($p=0,002$) e global ($p=0,007$); segundo a condição de emprego do pai, na dimensão física ($p=0,035$) e global ($p=0,009$); segundo a frequência do pai às consultas pré-natais, na dimensão afetiva ($p=0,003$) e segundo a frequência de um curso de preparação para a parentalidade por ambos, na dimensão física ($p=0,004$), afetiva ($p=0,002$) e global ($p=0,001$). Os resultados obtidos revelam um elevado grau de importância atribuído pelas mães à participação do pai no sucesso do AM e que a sua opinião é diferente e mais favorável mediante a sua escolaridade, classe social, condição de emprego do pai do bebé e a participação deste nas consultas de vigilância pré-natal e curso de preparação para a parentalidade. Estes resultados mostram ao enfermeiro de famílias a importância de encontrar estratégias para o incentivo da participação do pai no AM nas várias dimensões, tendo em consideração o seu contexto.

Keywords

Breastfeeding; Father's participation; Family nursing

Abstract

This report presents the results of the activities that took place as part of the Professional Internship carried out at the USF Águeda+Saúde, between October and March 2021. Its objectives are to reflect critically on the learnings resulting from the practice and the development of specialized skills in Family Health Nursing, and to present the research study developed at the referred Internship, entitled: "Maternal opinion on the importance of the father's participation in the success of breastfeeding".

Breastfeeding (BF) is recommended by the World Health Organization and UNICEF because of its recognized benefits for the baby, mother, family and society. The active participation of the father contributes to the success and prolongation of BF. The parental competence of BF, when shared by the couple, allows for a transition to a healthier parenthood; as such the family nurse must value the father's involvement in this task.

This study aimed to determine this maternal opinion and analyze it according to sociodemographic variables and those related to pregnancy follow-up appointments, father's participation and previous experience in BF. We opted for the quantitative investigation method, with an observational, descriptive and correlational study, with an accidental sample, consisting of 107 mothers of newborns aged between 4 and 12 months, obtained between January and March 2021. Data analysis, obtained through a questionnaire and complying with ethical principles, was carried out using the Statistical Package for the Social Sciences program.

The maternal opinion on the importance of the father's participation in the BF assessed with the "Scale of Importance of Father's Participation in Breastfeeding", showed that the majority of answers ranged from important to extremely important, with an average of Fac of 81.4% in the physical dimension, 96.1% in the affective dimension and 99% in the domestic dimension. The results of the inferential analysis revealed statistically significant differences in the means of maternal opinions about the importance of father's participation in BF according to schooling, in the domestic dimension ($p=0.018$); according to social class in the affective ($p=0.037$), domestic ($p=0.002$) and global ($p=0.007$) dimensions; according to the father's employment status, in the physical ($p=0.035$) and global ($p=0.009$) dimensions; according to the frequency of the father participation in prenatal consultations, in the affective dimension ($p=0.003$), and according to the frequency of a parenting preparation course by both, in the physical ($p=0.004$), affective ($p=0.002$) and global ($p=0.001$) dimensions.

The results from this study reveal a high degree of importance attributed by mothers to the father's participation in BF for its success and that their opinion is different and more favorable depending on their education, social class, employment status of the baby's father and his participation in the prenatal consultations and parenting preparation course. These results show the family nurse the importance of finding strategies that encourage the father's participation in the BF in the various dimensions, considering their context.

Abreviaturas e/ou siglas	ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
	AM – Aleitamento Materno
	AME – Aleitamento Materno Exclusivo
	ARS – Administração Regional de Saúde
	CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade
	DGS – Direção Geral da Saúde
	EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
	EF – Enfermeiro de Família
	EIPPA – Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação
	ESSUA – Escola Superior da Saúde de Aveiro
	HIV – <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
	IRD – Instrumento de Recolha de Dados
	IPB – Instituto Politécnico de Bragança
	IPPA – Importância da Participação do Pai na Amamentação
	MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
	MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
	OMS – Organização Mundial de Saúde
	RAM – Registo do Aleitamento Materno
	RN – Recém-nascido
	SNS – Serviço Nacional de Saúde
	SPSS – <i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
	UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade
	UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
	USF – Unidade de Saúde Familiar
	UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

INDICE

INTRODUÇÃO.....	19
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	23
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO.....	39
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	41
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	43
2.1. O Aleitamento Materno e o Ciclo de Vida Familiar	43
2.2. O Papel do Pai no Sucesso do Aleitamento Materno	48
2.3. O Contributo do Enfermeiro de Família na Capacitação do Casal para Amamentar ..	50
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
3.1. Tipo de estudo	55
3.2. População e Amostra	56
3.3. Problemática e objetivos.....	56
3.4. Variáveis em estudo e hipóteses de investigação.....	57
3.4.1. Operacionalização de variáveis	58
3.5. Instrumento de recolha de dados	61
3.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	62
3.7. Procedimentos de análise dos dados	63
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	65
4.1. Caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares.....	65
4.2. Aspetos relacionados com a vigilância da gravidez, participação do pai e aleitamento materno	66
4.3. Opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM	68
4.4. Comparação da “opinião materna sobre a importância da participação do pai no sucesso do AM” segundo as variáveis independentes	69
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
6. CONCLUSÃO	81
6.1. Conclusões	81
6.2. Limitações do estudo.....	82
6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais.....	82
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....87

ANEXOS

ANEXO I – Certificados Seminários *Online*

ANEXO II – Autorização dos autores da Escala (EIPPA)

ANEXO III – Autorização do Diretor da ESSUA

ANEXO IV – Autorização da Coordenadora da USF Águeda+Saúde

ANEXO V – Autorização da Coordenadora da UCSP Águeda II

ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formulário de Colheita de Dados

APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Águeda+Saúde	24
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores Demográficos USF Águeda+Saúde	25
Quadro 2: Operacionalização das Variáveis Sociodemográficas	59
Quadro 3: Operacionalização das Variáveis relacionadas com a Vigilância da Gravidez e Participação do Pai.....	60
Quadro 4: Operacionalização das Variáveis relacionadas com o AM.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares	66
Tabela 2: Caracterização da vigilância da gravidez, participação do pai e aleitamento materno	67
Tabela 3: Convergência Interna da EIPPA.....	68
Tabela 4: Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens da escala EIPPA	69
Tabela 5: Opinião materna sobre a IPPA segundo o grupo etário.....	70
Tabela 6: Opinião materna sobre a IPPA segundo o estado civil	70
Tabela 7: Opinião materna sobre a IPPA segundo a escolaridade	71
Tabela 8: Opinião materna sobre a IPPA segundo a classe social	71
Tabela 9: Opinião materna sobre a IPPA segundo a condição de emprego do pai	72
Tabela 10: Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência de consultas pré-natais	73
Tabela 11: Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência do pai às consultas pré-natais	73
Tabela 12: Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência de um CPP por ambos os progenitores	74
Tabela 13: Opinião materna sobre a IPPA segundo a experiência anterior em AM	74

INTRODUÇÃO

O presente relatório diz respeito ao estágio de natureza profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Águeda+Saúde, integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), resultante do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), o Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), no ano letivo 2020/21. O referido estágio teve como finalidade o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro de Família (EF) e decorreu no período de 6 de outubro de 2020 a 29 de março de 2021, num total de 540 horas, sob a orientação da Professora Doutora Marília dos Santos Rua e supervisão da Sr.ª Enfermeira Luciana Isabel dos Santos Correia, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

Durante o estágio foi realizado um estudo empírico com o objetivo de conhecer a opinião materna sobre a importância da participação do pai no aleitamento materno (AM) e analisá-la segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM. Utilizou-se o método de investigação quantitativa, com um estudo observacional, descritivo e correlacional, com uma amostra acidental, constituída por 107 mães de recém-nascidos (RN) entre os 4 e os 12 meses, obtida entre janeiro e março de 2021.

O AM é reconhecido como a melhor prática de nutrição infantil, contribuindo para a saúde da criança e da mãe, para o vínculo afetivo da tríade mãe/pai/bebé e para o seu bem-estar enquanto família atendendo também à sua gratuidade e sustentabilidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que o AM se inicie na primeira hora de vida do bebé, continue exclusivamente durante seis meses e seja complementado até aos dois anos ou mais (OMS & UNICEF, 2018).

O processo de adesão e manutenção do AM é influenciado por múltiplos fatores, nomeadamente a participação do pai. A pesquisa sobre o “estado da arte” revela que efetivamente o pai é um suporte fundamental para o sucesso do AM (Abrantes, 2014; Almeida, 2015; Bich et al., 2019; Carvalho, 2018; de Montigny et al., 2018; Fazio et al., 2018; Ferraz et al., 2016; Lima et al., 2017; Rêgo et al., 2016; Rempel et al., 2017; Rêgo et al., 2016; Teston et al., 2018). Também a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015b) é apologista que o pai deve ser envolvido ainda durante a vigilância pré-natal de modo a adquirir conhecimentos sobre as vantagens e a prática do AM e que deve ser promovida a sua participação ativa neste âmbito. Esta participação é ampla, podendo ser percebida em várias dimensões, nomeadamente física, afetiva e doméstica (Franco & Gonçalves, 2014). Vários estudos admitem que a frequência do pai às consultas de vigilância pré-natal e/ou aos cursos de preparação para a parentalidade (CPP) permitem uma melhor perceção sobre a importância da participação do pai na amamentação (IPPA) aos vários níveis (Almeida, 2015; Amador, 2015; Leal, 2017).

O casal que vive a transição para a parentalidade deve adquirir múltiplas competências parentais, nomeadamente sobre o AM, devendo o EF, enquanto profissional de saúde privilegiado por estar mais próximo da família e conhecer melhor o seu contexto e as suas necessidades efetivas, ensiná-lo e motivá-lo para a sua adesão (Figueiredo, 2013) e capacitá-lo para a sua prática e para a partilha das demais tarefas (WABA, 2019). Espera-se que o estudo desenvolvido permita ao EF fazer uma análise das suas competências nesta área e melhorar as suas estratégias de incentivo e capacitação do casal para amamentar. Ao incentivar a presença do pai na vigilância da gravidez e a sua participação no AM nas várias dimensões, o EF colaborará para uma transição saudável do casal para a parentalidade (Meleis, 2012) e contribuirá para a melhoria da taxa de sucesso do AM.

Este relatório está dividido em três capítulos. O primeiro é constituído por uma contextualização do local de estágio e pela análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências durante o mesmo. O segundo capítulo corresponde à apresentação do estudo empírico desenvolvido, começando por uma contextualização do mesmo, seguindo-se o enquadramento teórico que o sustenta, nomeadamente sobre o AM e o ciclo de vida familiar, o papel do pai no sucesso do AM e o contributo do enfermeiro de família na capacitação do casal para amamentar. De seguida é apresentada a metodologia utilizada no estudo desenvolvido, com referência ao tipo de estudo, à amostra, à problemática e objetivos do estudo, ao instrumento de recolha de dados, às considerações éticas, aos procedimentos de recolha e análise dos dados. Este capítulo inclui ainda a apresentação e a discussão dos resultados obtidos e as respetivas conclusões, fazendo referência às limitações do estudo e às suas implicações para a prática profissional. O último capítulo constitui-se como síntese conclusiva do relatório.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este relatório diz respeito ao estágio de natureza profissional realizado na USF Águeda+Saúde, integrado no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, resultante do consórcio entre a ESSUA, o IPB e a UTAD, no ano letivo 2020/21. Teve como finalidade de desenvolvimento de competências gerais e específicas do EF e decorreu no período de 6 de outubro de 2020 a 29 de março de 2021, num total de 540 horas, sob a orientação da Professora Doutora Marília dos Santos Rua e supervisão da Sra. Enfermeira Especialista Luciana Isabel dos Santos Correia, Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

A USF Águeda+Saúde foi constituída de acordo com o Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto (Ministério da Saúde, 2007) que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USFs, iniciou atividade em 24 de setembro de 2013 e está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga e Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Encontra-se sediada na Avenida Dr. Calouste Gulbenkian, em Águeda, no distrito de Aveiro. Os profissionais de saúde que a integram são seis médicos, seis enfermeiros e quatro secretárias clínicas, organizados em 6 equipas de saúde familiar. Esta é uma USF Modelo-A, que corresponde a um primeiro nível de autonomia organizacional, o qual requer o aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar. Tem por missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, contínuos e de qualidade aos seus utentes, ao longo do seu ciclo vital; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância e seguimento de situações de doença do indivíduo, integrado na sua família e comunidade e promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, procurando a sua satisfação profissional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (SPMS, 2017).

No que diz respeito às áreas de atuação, cada equipa assegura cuidados globais aos três níveis de atuação, nas diferentes etapas do ciclo vital do indivíduo e família: Consultas Programadas de Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde Infantojuvenil e Doença Crónica, nomeadamente no âmbito dos programas de vigilância (Rastreio Oncológico, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantojuvenil, Vigilância da Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial), Consultas de Doença Aguda, Visitação Domiciliária e, ainda, Consultas de Intersubstituição.

Devido à situação de pandemia, que existe desde 11 de março de 2020, de forma a haver restrição de contacto entre as equipas, os horários foram reorganizados no sentido de não haver mais de três equipas a trabalhar em simultâneo, num período de funcionamento entre as 8 horas e as 20 horas, nos dias úteis.

Para além do referido, em relação aos cuidados de enfermagem, cada EF assegura cuidados no âmbito do tratamento de feridas e vacinação na unidade, dispondo de gabinete específico, mas também recorrendo à visita domiciliária.

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), a USF Águeda+Saúde tem 9706 utentes inscritos, a que correspondem 12745 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9º do Decreto-Lei nº 73/2017 (Ministério da Saúde, 2017). Destes utentes, apenas 46 (0,47%) não têm médico de família e EF atribuídos.

Quanto às características da população inscrita na USF Águeda+Saúde, ao analisar a sua pirâmide etária apresentada na Figura 1, verifica-se que segue a tendência nacional, isto é, o alargamento da zona central e o estreitamento da base e do topo, constatando-se o envelhecimento populacional que a nossa sociedade atravessa.

Observa-se que a distribuição de utentes por sexo está equilibrada, sendo que 52,58% são do sexo feminino e 47,42% são do sexo masculino. No que diz respeito aos grupos vulneráveis, 1508 utentes (15,54%) são crianças e adolescentes (até aos 18 anos), 2152 utentes são mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos) o que corresponde a 22,17% e 2235 utentes são idosos, ou seja, têm 65 ou mais anos, correspondendo a 23,03% dos utentes.

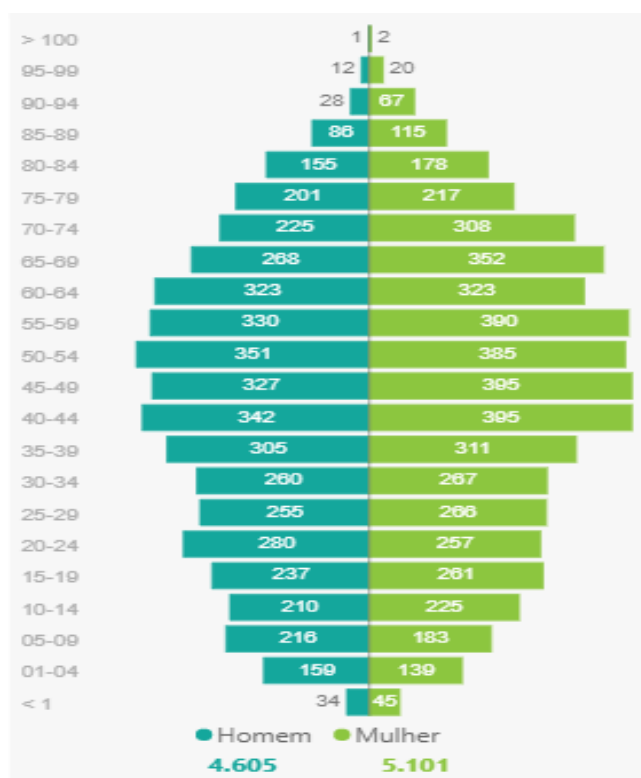


Figura 1

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na USF Águeda+Saúde (SPMS, 2017)

No que diz respeito aos indicadores demográficos da população inscrita na USF Águeda+Saúde, tendo por base a informação disponível no BI-CSP (SPMS, 2017), foi elaborado o Quadro 1 onde

se pode confirmar o envelhecimento que a população desta USF apresenta. Verifica-se um índice de dependência total de 55,05%, sendo o índice de dependência de jovens de 19,35% e o índice de dependência de idosos mais acentuado, correspondendo a 35,70%. O índice de longevidade é de 48,41% e o índice de envelhecimento alcança os 184,56%. Este elevado índice de envelhecimento, devido ao declínio da fertilidade (taxa de fecundidade geral – 36,71‰) e ao aumento da longevidade (48,41%), é alarmante no que diz respeito à sustentabilidade económica e à qualidade do envelhecimento populacional, com a necessidade premente de promover o bem-estar e a saúde na velhice e o aumento de redes de apoio.

Por sua vez, a população em idade ativa apresenta um valor de 64,50%, mas embora este número seja um indicador do número de utentes com potencial de mão-de-obra disponível e pareça animador, não podemos esquecer que este número inclui jovens ainda em idade escolar, desempregados, domésticos, reformados e incapacitados para o trabalho, pelo que não reflete o número de habitantes que contribui para a economia da zona em causa. Este número é muito aproximado do valor registado pelo INE/PORDATA para a população portuguesa que é de 64,58% (PORDATA, 2020). Também é importante referir que segundo a mesma fonte, na Região Centro, onde se localiza esta USF, a dimensão média das famílias em 2019 foi de 2,4 indivíduos e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em 2019 foi de 32,3 anos.

Quadro 1

Indicadores Demográficos USF Águeda+Saúde (SPMS, 2017)

Indicadores Demográficos	
Índice de Dependência Total [(pop. ≤14A + pop. ≥65A) ÷ pop. 15-64A] × 100	55,05 %
Índice de Dependência de Jovens (pop. ≤14A ÷ pop. 15-64A) × 100	19,35 %
Índice de Dependência de Idosos (pop. ≥65A ÷ pop. 15-64A) × 100	35,70 %
Índice de Longevidade (pop. ≥75A ÷ pop. ≥65A) × 100	48,41 %
Índice de Envelhecimento (pop. ≥65A ÷ pop. ≤14A) × 100	184,56 %
População em Idade Ativa (pop. 15-64A ÷ pop. total) × 100	64,50 %
Taxa de Fecundidade Geral (nº nados vivos num ano ÷ nº mulheres idade fértil) × 1000	36,71 ‰

Relativamente ao ficheiro de utentes com o qual tive oportunidade de trabalhar, é constituído por 1666 utentes, dos quais 884 utentes do sexo feminino e 782 do sexo masculino. No que diz respeito aos programas existentes na plataforma SClínico dos CSP, os utentes deste ficheiro estão integrados nos diferentes programas da forma seguinte: Planeamento Familiar: 23,47% (391); Saúde Materna: 0,42% (7); Puerpério: 0,06% (1); Saúde Infantil: 13,81% (230); Saúde

Juvenil: 8,82% (147); Diabetes: 8,88% (148); Hipertensão Arterial: 13,15% (219); Tratamento de feridas e úlceras: 0,30% (5) e Dependentes: 0,66% (11).

Desenvolver o meu estágio nesta unidade funcional revestiu-se de grande importância uma vez que os ganhos em saúde na área da amamentação, sensíveis aos cuidados de enfermagem, são satisfatórios. Embora não haja um procedimento de boa prática neste âmbito, segundo os dados obtidos através da plataforma *Mimouf*, no que diz respeito ao indicador contratualizado: “Proporção de crianças de 1 ano, com aleitamento exclusivo até 4 meses”, este apresentou um valor de 55,10%. Destaca-se este indicador, por ser sobre esta temática que desenvolvi o estudo empírico, ao longo do estágio. Este valor é ligeiramente superior ao valor no Concelho de Águeda, que foi de 51% para o mesmo período, conforme dados cedidos pela coordenadora da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC). Verifica-se ainda que estes valores são superiores aos valores a nível nacional apresentados no Registo do Aleitamento Materno (RAM) em 2013 que era de 35% (Orfão et al., 2014), mas não se pode deixar de ter em conta que o período de tempo entre a obtenção destes valores poder ter algum significado. Atendendo que a meta global para 2025 é de 50% de aleitamento materno exclusivo (AME) aos 6 meses (OMS & UNICEF, 2019), embora os valores registados sejam próximos, referem-se aos 4 meses de vida e dos quatro aos seis meses a percentagem pode variar consideravelmente, contudo não temos registo de dados deste período mais alargado, nem mais recentes que do RAM referido.

Com esta caracterização da USF Águeda+Saúde é possível obter uma visão abrangente da população inscrita e depreende-se que esta unidade funcional se revela como lugar privilegiado, facilitador do processo de aprendizagem, com vista ao alcance dos objetivos e ao desenvolvimento de competências preconizados para o referido estágio de natureza profissional.

Atendendo à legislação em vigor sobre a organização e suporte das USFs (Ministério da Saúde, 2007), às competências do EF enunciadas no Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018) e ao guia orientador de estágio (ESSUA, UTAD & IPB, 2020), foram delineados para este estágio os seguintes objetivos:

- Desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
 - Cuidar a família como uma unidade de cuidados.
 - Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.
 - Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.
 - Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar.
 - Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

- Elaborar o presente relatório de estágio onde se integra o estudo: “Opinião materna sobre a importância da participação do pai no sucesso do aleitamento materno”.

De forma a alcançar os objetivos anteriormente descritos, ao longo do estágio, foram realizadas atividades que levaram à mobilização de conhecimentos técnico-científicos obtidos ao longo da formação acadêmica e que, conseqüentemente, possibilitaram o desenvolvimento das competências específicas do EF, nomeadamente: “cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19355), bem como cada uma das suas unidades de competência. O desenvolvimento destas competências será alvo de reflexão no segundo ponto deste capítulo.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização do Estágio de Natureza Profissional constitui-se como a ponte para a prática profissional numa área especializada que faz emergir o conceito de enfermagem de família e, neste sentido, deu-me a possibilidade de desenvolver a mestria do EF. Foi a oportunidade de transitar para o terreno levando uma bagagem de conhecimentos essenciais para a prática, tendo sido necessário incorporar o quadro teórico referencial da licenciatura ao referencial teórico específico adquirido no mestrado.

O desenvolvimento de múltiplas atividades ao longo do estágio permitiu-me a consciencialização da família como centro dos cuidados, funcionando como sistema dinâmico composto por indivíduos em constante interação cujas relações estabelecidas interferem na saúde individual e familiar, reconhecendo-lhe forças, recursos e competências. Foi importante compreender como a dinâmica familiar e a evolução da doença se co-influenciam e enquadrar as famílias nas diferentes etapas do ciclo de vida, percebendo tanto as suas similaridades dentro de um mesmo estágio como as suas singularidades face ao seu contexto único de vida. Este “pensar de modo interacional” ou “pensar a família” como descrevem Wright & Leahey (2002, p. 15) promoveu a minha mudança da perspetiva de cuidados mais individualista e complementá-la a fim de assegurar ganhos em saúde quer para cada um dos elementos da família quer para a sua globalidade.

O entendimento sistémico da família requer que o EF seja competente na avaliação e intervenção nas famílias pelo que foi necessário transportar para a prática modelos teóricos, nomeadamente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), adotado pela Ordem dos Enfermeiros como referencial teórico e operativo para a prática do EF (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o qual permite avaliar a família a nível estrutural, de desenvolvimento e funcional e propor intervenções de modo a dar resposta às necessidades de cuidados das famílias, percebida como um todo. Este modelo dinâmico e flexível “permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar” (Figueiredo, 2013, p.12) e possibilita ao EF, em parceria com as famílias, identificar as suas necessidades, procurar as suas forças e potenciais internos e delinear intervenções que promovam a capacitação da família na resolução dos seus problemas.

Ao refletir sobre o desenvolvimento das minhas competências, não pude deixar de ter em conta a perspetiva de Schön (2000, p.37), ao referir que “a competência profissional consiste na aplicação de teorias e técnicas derivadas da pesquisa sistemática, preferencialmente científica, à solução de problemas instrumentais da prática”. O autor refere também que no exercício de uma profissão existe a partilha de um corpo de conhecimento profissional explícito e organizado de forma sistemática, onde se estabelecem normas de atuação, objetivos e diretrizes para a ação cujo cumprimento leva a uma conduta profissional aceitável.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) procurei desenvolvê-las ao longo de todo o estágio, de forma consistente. A primeira, a **responsabilidade profissional, ética e legal** é fundamental pelo que os princípios éticos e deontológicos da profissão estiveram na base das minhas tomadas de decisão face à implementação das melhores práticas, respeitando os direitos, os valores e as crenças dos utentes e das suas famílias. A **melhoria contínua da qualidade** foi valorizada pois integrei os meus conhecimentos nesta área na prestação de cuidados, identifiquei oportunidades e selecionei estratégias de melhoria. Participei na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional ao estar presente nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar da USF, colaborando na conceção e operacionalização de projetos institucionais, nomeadamente na implementação do Plano de Vacinação contra a Covid-19 no Concelho de Águeda, plano emergente do contexto de Pandemia por Covid-19 que se vivencia no momento. Participei ativamente nos vários passos definidos: admissão de utentes com identificação de contraindicações e precauções à vacinação, ensinamentos sobre a vacina e possíveis reações adversas, administração da vacina e respetivos registos de enfermagem, vigilância em recobro e agendamento da dose seguinte. Procurei garantir um ambiente terapêutico e seguro, prevenindo os incidentes e contribuindo para uma adequada gestão do risco, nomeadamente na execução do previamente instituído Plano de Contingência para a Covid-19. No domínio da **gestão dos cuidados** colaborei com a equipa a fim de otimizar as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das atividades planeadas, cooperei nas decisões da equipa de saúde com vista à tomada de decisão no processo de cuidar de forma informada e eficiente, reconheci os limites do EF e a necessidade de referenciar a outros profissionais de saúde. Utilizei os recursos com eficiência para promover a qualidade, reconheci os distintos e interdependentes papéis dos membros da equipa e fomentei um ambiente positivo e favorável à prática.

Quanto ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi necessário otimizar o meu autoconhecimento e assertividade reconhecendo os fatores pessoais que interferem no relacionamento terapêutico com os utentes e no relacionamento profissional com a equipa multidisciplinar. Reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais e procurei gerir sentimentos e emoções de forma a obter respostas mais eficientes. Baseei a minha prática na evidência científica, incorporando conhecimentos atuais e pertinentes.

Procurei colmatar dificuldades e lacunas no conhecimento quer através de pesquisa quer procurando formação (âmbito da parentalidade em tempo de pandemia e da vacinação contra a Covid-19). Neste contexto particular de pandemia procurei novas fontes de conhecimento, nomeadamente junto da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade e encontrei nos *webinar*, sobre diferentes temáticas, forma de colmatar as minhas necessidades formativas (Anexo I).

O *webinar*: “Saúde Materna em Contexto de Pandemia” permitiu-me refletir sobre a “preparação para a parentalidade e as novas tecnologias” uma vez que o EF deve ser promotor de famílias resilientes, informadas e que conheçam os recursos de saúde existentes, fazendo a ponte para

a UCC que desenvolve estes cursos. Também pude refletir sobre o papel do EF enquanto promotor da saúde mental da grávida e do casal neste tempo de pandemia, que interfere na transição para a parentalidade que é, por si só, um período de fragilidade e ansiedade para o casal e requer a atenção profissional. Refleti também sobre o papel do EF numa situação de alta precoce da maternidade em contexto pandémico pois é sobre ele que recai a vigilância e acompanhamento da família e do novo elemento imediatamente após a alta hospitalar, num período de regresso a casa onde as dúvidas emergem e para o qual deve estar capacitado.

Particpei também no *webinar*: “Vacinação contra a Covid-19: Partilha de experiências sobre a situação atual em Portugal”, um tema atual, cujo estado da arte está em construção de forma acelerada face à necessidade premente de encontrar respostas e medidas de atuação perante a imprevista situação de pandemia. Numa atitude de colaboração entre equipas e para garantir os recursos humanos necessários para a vacinação massiva da população, o EF participa nesta campanha de forma a garantir a sua eficiência e, conseqüentemente, a prevenção da Covid-19 às famílias do seu ficheiro. Para poder participar na campanha de vacinação centralizada no concelho de Águeda, senti a necessidade de pesquisar sobre todo o processo: características e modos de atuação das diferentes vacinas, cuidados, registos, estratégias, modos de preparação e conservação das mesmas, o que se revelou como uma mais-valia aquando da prática. De forma complementar, pude assistir ao *webinar* “Vacinação contra Covid-19 – Critérios de vacinação e abordagem de efeitos adversos” organizado pela USF-AN (associação nacional).

Ainda relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, também no campo da investigação contribuí para a evolução do conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada através do estudo realizado e apresentado neste relatório.

As competências específicas do EF requerem que todo o processo de cuidados, desde a avaliação à implementação de intervenções, seja embebido de uma maior sensibilidade, tendo em conta os valores e os princípios éticos e deontológicos da profissão, numa atitude colaborativa e de parceria com as famílias e exigem ainda a conjugação de conhecimentos, de capacidades e de atitudes envolvidas também pelo sentido da humanidade.

De forma a desenvolver as competências esperadas foi importante refletir a vários níveis, desde a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação propostas por Schön (2000). Deste modo pude utilizar o pensamento crítico-reflexivo para avaliar as atividades desenvolvidas, redefinir estratégias e avaliar a capacidade de resposta a situações inesperadas. A reflexão sobre a reflexão na ação foi fulcral para o aperfeiçoamento das minhas competências pois permitiu-me desenhar a ação futura no sentido da melhoria e da eficácia e repensar e redescobrir as competências já desenvolvidas e presentes nas minhas práticas. A discussão de casos clínicos com a minha supervisora também fomentou esta reflexão e aprendizagem.

De seguida, apresento uma reflexão sobre cada uma das unidades de competência desenvolvidas durante o estágio, propostas no Guia Orientador de Estágio (ESSUA et al., 2020) e preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) no Regulamento nº428/2018 – Regulamento

de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A primeira competência: **“Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”** é a base da prática do EF, pois a sua visão deve recair sobre a família como um todo sendo que, como já referido, cada um dos seus membros é influenciado pela família e a família é influenciada pelos seus elementos. O EF deve focar-se na família como unidade de cuidados, perceber as suas dinâmicas internas, as suas relações, a sua estrutura e o seu funcionamento ao longo das várias etapas do seu ciclo vital e as suas transições. Com este conhecimento da família poderá reconhecer as suas forças e promover a sua capacitação quer nas transições de desenvolvimento quer nas transições de saúde/doença, situacionais e/ou organizacionais.

Esta competência está subdividida em unidades de competência que tive oportunidade de desenvolver, nomeadamente: **“Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”**. O estabelecimento de uma relação profissional e terapêutica é por si só uma competência complexa. O EF deve estabelecer, logo à partida, uma relação de confiança, fundamental para que a pessoa e família consigam expor a sua história, os seus problemas e os seus receios. Enquanto recém-chegada a uma USF e num contexto complexo de pandemia, em que os receios comuns dos utentes de se deslocarem à unidade e em que a máscara esconde o nosso rosto, senti alguma dificuldade em estabelecer esta relação de confiança. Foi necessário fazer uso de uma linguagem funcional, postura, tom de voz e expressão facial restrita ao olhar. Ao longo das semanas fui-me adaptando e fui conhecendo vários elementos da mesma família, reconhecendo nomes, encadeando histórias. Assim, abordei as famílias com disponibilidade e criatividade, estimei-as no sentido de alcançarem os seus objetivos de saúde, estabeleci o diálogo familiar de forma a definir objetivos de saúde, reforcei os seus pontos fortes nesse âmbito e concebi, em parceria com elas, planos de ação direcionados para a promoção, manutenção e reforço da sua saúde.

No que diz respeito à unidade de competência: **“Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”** é imprescindível para uma adequada avaliação da família e o levantamento apropriado de diagnósticos de enfermagem. Para além de ter presente a matriz operativa do MDAIF supracitada, foi necessário conhecer e utilizar o SClínico-CSP. Estas duas ferramentas diferem em termos de linguagem e enunciado de diagnósticos e intervenções. A parametrização do SClínico-CSP não está organizada nas três dimensões do MDAIF o que poderia ser uma mais-valia no que se refere à organização do processo de enfermagem. A avaliação estrutural realiza-se com uma avaliação pormenorizada da habitação, com a Escala de Graffar e com a avaliação do tipo de família. A avaliação de desenvolvimento é feita através do Ciclo Vital de Duvall em vez do Ciclo Vital de Relvas utilizado no MDAIF. Também para avaliar o Risco Familiar existem mais duas escalas, uma de Garcia-Gonzalez e outra de Segóvia Dreyer mas que o EF não foi instruído a aplicar e que segundo Rebelo (2018) não se encontram validadas pelo que a sua aplicação não beneficia a avaliação da família.

A colheita de dados, através da entrevista individual e familiar, permitiu-me conhecer o histórico familiar, a estrutura da família, a sua fase de desenvolvimento, as suas crenças e valores, os seus padrões comunicacionais, os seus relacionamentos e interações entre si e com o meio, os seus recursos e a sua capacidade de tomar decisões em família e agilizar os processos de mudança, para além de permitir a identificação de riscos de saúde familiar, nomeadamente determinantes biológicos, ambientais, económicos e comportamentais, onde os hábitos adquiridos são influenciados por valores transmitidos e não existe percepção de risco de saúde. A colheita de dados permite identificar os pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida e levantar diagnósticos e possíveis intervenções, contudo é necessário que a família tome consciência dos seus problemas e compreenda a necessidade da mudança de estilos de vida com vista à saúde global da família. O EF deve antes de mais capacitar a família para se autoanalisar, identificar os seus problemas e procurar soluções de forma voluntária e consciente.

A unidade de competência **“Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”** está relacionada com a anterior pois ao colher dados sobre o estado de saúde da família é possível analisar quais as relações entre os diferentes membros e o seu potencial para responder a situações complexas. A capacidade de perceber os recursos familiares na resposta a estas situações e tomada de decisão requer uma certa perícia do EF, através da mobilização de múltiplos conhecimentos, não só de enfermagem, mas de outras disciplinas, nomeadamente, sobre ciências sociais como sejam a psicologia e a pedagogia.

Enquanto elemento facilitador das transições de vida da família, o EF procede à sua vigilância, nomeadamente aquando da deslocação dos seus elementos às consultas inseridas nos vários programas de saúde instituídos, e faz o seu acompanhamento. Quando verifica a existência de situações complexas, pode convocar os elementos da família envolvidos para refletirem sobre os seus recursos e delinearem estratégias com vista à sua resolução e à obtenção de ganhos em saúde para toda a família. A visitação domiciliária também facilitou esta monitorização pois permitiu uma melhor compreensão do contexto e facilitou a avaliação do complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente.

Neste estágio tive a preocupação constante de **“Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”**. Foi necessário adequar a minha visão da família como centro de cuidados, a sua globalidade, equifinalidade e capacidade de auto-organização, prever as suas transições de ciclo de vida e antecipar as situações de crise expectáveis a cada fase. Para além das transições desenvolvimentais também foram analisadas as transições de saúde/doença, as situacionais e as organizacionais como sendo geradoras de stresse e desequilíbrio familiar tal como preconizado por Meleis (2010). Para uma transição adequada, as famílias necessitam de encontrar novas formas de viver e estar no mundo e mobilizar os seus recursos de coping, que permitam incorporar as mudanças e lhes permitam reestabelecer o equilíbrio. Neste sentido, pude acompanhar as famílias atuando como parceira e facilitadora da transição. Analisei a influência da dinâmica familiar, do binómio saúde/doença e dos fatores ambientais sobre os cuidados à família e criei um ambiente seguro para a abordagem de temas

difíceis, capacitando as famílias para a definição de metas promotoras da sua saúde e colaborando no desenvolvimento de um plano de cuidados com vista a alcançar os resultados desejados. Nas consultas de enfermagem adstritas aos diversos programas de vigilância de saúde pude superar os cuidados individuais e prestar cuidados a famílias em transformação, centrando-os na avaliação do estado de saúde/doença e na fase de desenvolvimento de cada utente/família, adequando as intervenções às necessidades identificadas.

Para desenvolver a unidade de competência **“Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”** foi necessário colocar-me na posição das famílias, inteirar-me das suas necessidades efetivas e perceber os seus recursos internos e externos. De notar que nem todas as famílias carecem de uma intervenção mais ativa do EF por terem a capacidade de se ajustarem às situações complexas. Outras porém, nomeadamente as famílias multidesafiadas, precisam efetivamente de encontrar as suas potencialidades e recursos para a mudança (Pratas et al., 2017). Assim, tive a oportunidade de intervir, ou seja, interferir, participar na promoção e recuperação do bem-estar das famílias. Promovi um ambiente seguro e o diálogo como forma de facilitar a consecução dos seus objetivos, utilizei estratégias e técnicas motivacionais nomeadamente a demonstração de interesse, a valorização de ideias e mudanças de atitudes e comportamentos, o feedback positivo e o elogio. Co-desenvolvi e avaliei as intervenções de enfermagem de família definidas para alcançar mudanças efetivas, incorporando respostas comportamentais aos diversos níveis. Tive oportunidade de ajudar famílias a encontrar formas de lidar com emoções difíceis, nomeadamente em situações de doença crónica e degenerativa, institucionalização de familiares, separações e luto, com a perspetiva de reduzir os efeitos negativos sobre a família.

Quanto à unidade de competência **“Facilita a resposta da família em situação de transição complexa”**, tendo em conta o referido anteriormente, promovi a conscientização dos problemas de saúde das famílias e levei-as à reflexão e identificação das suas forças internas no sentido da mudança efetiva, da adoção de comportamentos saudáveis, do seu crescimento e restabelecimento do seu bem-estar. Para isso, foi importante explorar o conceito de sintoma familiar e as suas implicações na manifestação de problemas de saúde nos seus elementos de forma individual e/ou em parte ou no todo da família. Deste modo, pude explorar com as famílias estratégias para melhorar a dinâmica familiar e para a concretização dos seus objetivos. Quando detetada a necessidade de recorrer a recursos externos, agilizei a sua aquisição. Como interveniente no processo de cuidados foi essencial fazer um acompanhamento sistemático e dar feedback às famílias sobre o seu progresso, crescimento e superação de desafios.

A unidade de competência **“envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”** foi assumida por mim desde o início com uma postura empreendedora no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional contínuo e da melhoria de desempenho enquanto EF. Refleti sobre a prática na busca constante da sua melhoria. Analisei o meu contributo para a efetividade no progresso familiar e nos seus resultados com vista à obtenção de ganhos de saúde familiar. Pude também colaborar com outras colegas na resolução

de problemas mais complexos de enfermagem de saúde familiar. Sobre este ponto foi importante perceber que a discussão de casos com outros colegas permite a partilha de conhecimentos e de experiências que promovem um melhor discernimento sobre situações mais complexas e permitem encontrar estratégias de resolução de problemas mais adequadas.

A unidade de competência “**formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**” é uma forma de refletir sobre a eficácia e a eficiência da minha prática profissional, mas também sobre a satisfação das famílias face à relação terapêutica e colaborativa existente. É importante avaliar o que é esperado de mim enquanto EF pelas famílias e em simultâneo pelas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e agir em conformidade, sempre centrada no bem-estar das famílias e integrando a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem familiar.

A segunda competência enunciada no regulamento de competências do EEESF é “**lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**”. O desenvolvimento desta competência permitiu-me uma vasta aprendizagem neste campo tão específico, gerindo, articulando e mobilizando recursos necessários à prestação de cuidados à família, o que requer empenho e motivação do EF, que nem sempre tem ao seu alcance os meios necessários para apoiar as famílias e deve procurar colaboração interdisciplinar.

A primeira unidade de competência neste âmbito é precisamente: “**articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**”, onde pude promover a colaboração interdisciplinar nos cuidados de saúde à família, referenciá-la a outros profissionais de saúde, orientá-la para a melhoria da qualidade e do custo dos serviços oferecidos e gerir a continuidade dos cuidados com outras unidades funcionais e instituições.

Durante o estágio, vivenciei uma situação muito significativa relativamente à Sra. S. de 68 anos com um diagnóstico do foro oncológico e paliativo, que a deixou dependente de terceiros. Conscientes do problema de saúde da mãe e das complicações e exigências que daí adviriam, os seus dois filhos, homens, cada um com a sua família, decidiram não a institucionalizar e assumiram a responsabilidade de serem os seus cuidadores informais, mudando-se para sua casa em semanas intercaladas para se lhe dedicar em exclusivo e não a retirar do seu ambiente e conforto. Cada indivíduo interpreta a doença de uma maneira subjetiva, baseado nas suas crenças e vivências. O diagnóstico de uma doença exige adaptações quer por parte do doente, quer da família, levando a mudanças e alteração de atitudes e comportamentos na procura de estratégias para enfrentar os problemas. Esta família teve a capacidade de mobilizar os seus recursos e encontrar a solução mais viável para si, uma vez que a institucionalização da sua mãe não iria resolver o problema, mas sim complicá-lo, na medida que a Sra. S. iria ser retirada abruptamente do seu contexto, com a agravante de não poder receber visitas neste tempo de confinamento. Tomaram esta decisão atendendo aos seus valores e princípios, modificando conscientemente rotinas e papéis, com o apoio das suas esposas e espírito de sacrifício, de modo a favorecer o bem-estar da Sra. S. e, conseqüentemente, o bem-estar moral da família.

O EF teve aqui um papel fundamental enquanto parceiro facilitador deste processo, de modo que as respostas adaptativas da família fossem as mais eficazes. A visita domiciliária possibilitou o estabelecimento de uma maior relação de confiança. Contudo, perante o declinar da situação, foi necessário articular os cuidados com a UCC do respetivo ACeS – a UCC Grei, que por sua vez mobilizou a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Águeda a 25/11/20 para a prestação de serviços domiciliários de avaliação integral, de cuidados médicos e de enfermagem, de reabilitação e apoio social, de forma a manter a Sra. S. no conforto do seu lar. Pude participar nesta articulação de cuidados e no acompanhamento da situação à distância juntamente com a EF, que se manteve constante, nomeadamente através de email entre equipas. A 21/1/21, a UCC remeteu informação à USF por esta via justificando que, devido ao agravamento do estado clínico da Sra. S. e incapacidade dos cuidadores em continuar a realizar os cuidados necessários, esta foi internada em Unidade de Cuidados Paliativos. Nestas práticas colaborativas, que segundo Escalda & Parreira (2018) resultam em cuidados mais integrais e seguros ao utente e família, a coesão e a qualidade dos cuidados de saúde foram notórias. Após três dias, a Sra. S. faleceu, naquelas que foram consideradas as melhores e mais dignas condições para o seu fim de vida.

Toda esta articulação de cuidados, com as diversas valências do ACeS e, posteriormente, com os cuidados paliativos, permitiram que me inteirasse do que é feito pelo EF quando os cuidados ultrapassam as suas capacidades, desde a sua referência para outras equipas, mantendo a comunicação e não se perdendo a ligação, que se revela de grande importância. Efetivamente, após a morte da Sra. S., a família necessitou de novos cuidados para os quais foi necessária uma nova avaliação, o levantamento de novos diagnósticos e a planificação de intervenções em parceria com a família para que esta recuperasse o seu equilíbrio. Percebi efetivamente a noção de ciclo, de transição, de acompanhamento constante da família. É gratificante saber que o EF é alguém presente na vida da família, que a conhece, que está ali para a ajudar a encontrar o caminho, que não tem todas as soluções, mas que as procura com a família e para a família.

Finalmente, a unidade de competência: **“gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”** vem afirmar que as funções do EF excedem o papel de cuidador e colocam-no no papel de gestor, no sentido em que deve zelar pelo cumprimento dos objetivos dos cuidados de enfermagem de família e levar à sua consecução efetiva a nível organizacional. Neste âmbito, tive a oportunidade de cooperar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde relativamente à saúde familiar. Promovi a cultura organizacional, participando regularmente em reuniões de serviço multidisciplinares e formações em serviço no sentido da melhoria dos cuidados prestados às famílias, nomeadamente sobre os indicadores de saúde contratualizados e a definição de estratégias a adotar para a sua melhoria.

Quanto à utilização de sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar, esta é inerente à prática de cuidados do EF, desde o planeamento até à avaliação, e permite ter uma visão alargada e global do utente, da família, da comunidade, da região e até do país. Tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos relativos a

programas de utilização prática e diária como o indispensável SClínico-CSP, passando pelo sistema VACINAS, pelo SIIMA Rastreios (Sistema de informação para gestão de Programas de Rastreo Populacionais), pelo RNU (Registo Nacional de Utentes), pelo Trace COVID19 (ferramenta recente mas indispensável para a vigilância de utentes com contacto ou portadores do vírus SARS-CoV-2) e progredindo para outras plataformas de agregação de dados a diferentes níveis, como o MIM@UF (Sistema de monitorização das unidades funcionais) com exploração de dados a nível local, o SIARS (Sistema de monitorização das ARS) a nível regional e o SIM@SNS (Sistema de Informação e Monitorização do SNS) a nível nacional.

Com esta visão alargada da utilização dos serviços do SNS, preocupei-me também em aumentar o grau de literacia em saúde das famílias, com divulgação de informação pertinente, de modo a favorecer a sua capacitação na gestão da sua saúde e autocuidado. Pude, inclusivamente, incentivá-las a utilizar as tecnologias de informação disponíveis ao cidadão nomeadamente no Portal do SNS e o Registo de Saúde Eletrónico. Não obstante, o EF deve zelar pelos diversos níveis de prevenção, nomeadamente a prevenção quaternária que diz respeito à não utilização excessiva dos serviços de saúde e de procedimentos sem benefícios para a saúde, muitas vezes pela falta de esclarecimento de mitos. Neste sentido, tive em atenção que a comunicação efetiva e bidirecional sobre questões e dúvidas é essencial para a tomada de decisões conscientes, fundamentadas cientificamente, e para que as famílias se tornem agentes de negociação clínica.

Perante as atividades realizadas e as aprendizagens resultantes deste estágio, considero poder afirmar que os objetivos propostos foram alcançados e me tornei numa enfermeira com competências acrescidas no cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo das etapas do ciclo vital e das suas transições, aos diferentes níveis de prevenção e, ainda, na gestão, articulação e mobilização de recursos fundamentais à prestação de cuidados da família, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A enfermagem de família tem como unidade de cuidados a família e deve zelar pelo seu bem-estar ao longo das etapas do seu ciclo vital, numa atitude de parceria (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A amamentação é uma tarefa que surge como desafio quando nasce o primeiro filho, ou seja, quando o casal vive a transição para a parentalidade, uma fase de acentuadas mudanças, não só no seu relacionamento, mas também quanto aos múltiplos conhecimentos e capacidades que deve adquirir para cuidar do novo elemento da família (Figueiredo, 2013).

O EF destaca-se como profissional de saúde privilegiado no que concerne o conhecimento da família (Figueiredo, 2009) e é aquele que tem maior relação de proximidade e confiança com ela. Pela sua formação especializada tem um papel importante no incentivo à decisão de amamentar e capacitação do casal e no apoio efetivo da amamentação. Para além disso, reconhece que os dois membros do casal são importantes nesta prática, uma vez que a decisão de amamentar deve ser conjunta e consciente para que se adote uma atitude de “*empowerment*” e entreajuda.

A escolha por este tema emerge do interesse pessoal e profissional pela temática da amamentação. Como enfermeira e conselheira em AM a trabalhar num serviço de obstetrícia, na consulta externa e também no internamento de puerpério, tenho a oportunidade de acompanhar famílias “grávidas” e com bebés, constatando que o AM é um dos maiores desafios da maternidade que influencia o equilíbrio e o bem-estar da família. Apesar de amplamente divulgadas as vantagens do leite materno para os bebés, mães, família e sociedade, são perceptíveis as dificuldades inerentes ao AM e a falta de apoio que levam ao desmame precoce. Rêgo et al. (2016) afirmam que a valorização da participação paterna, desde o pré-natal, permite quebrar barreiras face à adaptação e cuidados ao filho e à companheira, contribuindo para a manutenção do AM e prevenindo o desmame precoce. Numa perspetiva sistémica, como prevê a Enfermagem de Saúde Familiar, pretende-se abordar o AM não apenas na díade mãe-bebé, mas destacar a importância da figura paterna e a sua influência no sucesso do AM.

A OMS (2017) refere que o envolvimento da família nos esforços de educação, aconselhamento e informação sobre os benefícios e a prática do AM é pouco estudado e refere também que os pais devem receber educação pré-natal sobre amamentação adaptada às suas necessidades individuais, que considere o seu contexto sociocultural, de forma a estarem preparados para enfrentar os desafios inerentes. Também a DGS (2015) refere a importância de envolver o pai durante a vigilância da gravidez para que tenha uma participação ativa nos cuidados ao filho e esteja a par das vantagens e da prática do AM para poder dar o apoio e o estímulo necessário.

Esta preocupação mundial em envolver o pai na amamentação foi o lema da Semana Mundial do Aleitamento Materno de 2019, intitulado: “Empoderar mães e pais, favorecer a amamentação: Hoje e para o futuro!” (WABA, 2019). Esta fonte afirma que “quando os pais/parceiros apoiam a amamentação e têm relações responsivas com os seus filhos, há uma melhoria nas práticas de amamentação e nas relações parentais” (p.4). Os pais devem ser ensinados sobre estratégias

de coparentalidade para apoiar o AM, indo ao encontro dos desejos e necessidades da mãe, e devem saber como dar apoio emocional, compartilhar tarefas domésticas e cuidar dos filhos.

Dada a elevada importância do AM para a saúde do bebé e da mãe e para o bem-estar da família, importa ao EF perceber se as mulheres estão conscientes da importância do envolvimento do pai no AM. Assim, foram definidas como questões de investigação: “Qual a opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM?” e “Há diferenças na opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM?”.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este enquadramento define o contexto teórico do estudo, inserindo-se na fase concetual do processo de investigação, permitindo compreender a sua relevância e em que medida é que o tema já foi tratado (Fortin, 2009). O investigador parte sempre de um corpo de conhecimento pré-estabelecido por outros investigadores que lhe permite melhor planificação, implementação e interpretação dos resultados da sua investigação (Coutinho, 2020).

Foi realizada uma revisão da literatura em diferentes bases de dados científicas de artigos e livros, nacionais e internacionais, privilegiando as fontes primárias, de forma a obter documentação atualizada sobre o estado de arte da temática em estudo.

Este capítulo é constituído por três subcapítulos, o primeiro referente ao AM e o ciclo de vida familiar, o segundo sobre o papel do pai no sucesso do AM e o terceiro sobre o contributo do EF na capacitação do casal para amamentar.

2.1. O Aleitamento Materno e o Ciclo de Vida Familiar

A amamentação é definida como a pedra angular da sobrevivência, nutrição e desenvolvimento infantil e saúde materna pela OMS (2017) que recomenda o AME nos primeiros 6 meses de vida, o que significa que nenhum outro alimento ou líquido deve ser oferecido à criança nesse período, nomeadamente a água. Após esta idade recomenda manter o AM associado a uma alimentação diversificada complementar até aos dois anos ou mais.

O leite materno é o alimento ideal para o bebé, completo e natural, fundamental para a sua saúde e desenvolvimento. Segundo a revisão da literatura realizada por Mosca & Gianni (2017), o leite humano é um bio fluído específico caracterizado por uma extrema variabilidade no que diz respeito à sua composição, tanto em componentes nutricionais como bioativos, a qual evolui ao longo do tempo para proporcionar ao bebé uma nutrição equilibrada e proteção contra agentes infecciosos enquanto o sistema imunológico neonatal não se desenvolve. É seguro, não requer preparação nem manuseamento de utensílios, está sempre à temperatura certa e disponível mesmo em ambientes com más condições de saneamento e água inadequada para consumo.

O leite humano oferece um ótimo suprimento de nutrientes e compostos bioativos que contribuem para os benefícios de saúde de curto e longo prazo associados ao AM. Muitos resultados de saúde foram relatados como diretamente correlacionados com a sua duração, sugerindo um efeito potencial cumulativo. O AM tem efetivamente múltiplas vantagens para o bebé, mas estas também se verificam para a mãe, família, comunidade e sociedade em geral.

As vantagens para o bebé são vastas porque o leite materno é mais do que um simples alimento, sendo rico em anticorpos que o protegem de várias doenças como infeções respiratórias,

otorrinolaringológicas e diarreias (UNICEF, 2016a). Estes benefícios são particularmente importantes em países pobres e com reduzidas condições sanitárias. Devido a esta comunicação imunológica entre mãe e bebé, a UNICEF chama ao leite materno de medicamento personalizado pois vai ao encontro das necessidades e ambiente particulares do bebé.

Victora et al. (2016) desenvolveram uma meta-análise sobre a relação entre o AM e os benefícios para as crianças e mães e verificaram que as crianças amamentadas por períodos mais longos apresentam menor morbidade, nomeadamente, diarreia, infeções respiratórias e otite média, assim como menor mortalidade por doença infecciosa, enterocolite necrosante e síndrome de morte súbita infantil. Constataram a redução da má oclusão dentária e um aumento da inteligência das crianças amamentadas comparativamente àquelas que são amamentadas por períodos mais curtos ou não foram amamentadas. Evidências crescentes sugerem que os benefícios do AM perduram numa fase mais tardia da vida, nomeadamente a proteção contra o excesso de peso, a diabetes tipo II e a redução da incidência da leucemia. A única consequência prejudicial da amamentação detetada neste estudo foi o aumento da cárie dentária em crianças amamentadas por mais de 12 meses, que pode ser minorado com o reforço da higiene oral.

Mosca & Gianni (2017) corroboram as vantagens descritas anteriormente e acrescentam que o leite humano é também a nutrição ideal para bebés prematuros, reduzindo as suas complicações nomeadamente a enterocolite necrosante, a retinopatia, a displasia broncopulmonária e a sépsis de início tardio. Promove também a sua tolerância alimentar, reduz o risco de re-hospitalização por doença infecciosa e promove o desenvolvimento cerebral. A estas vantagens, Sousa (2018) acrescenta a redução das malformações da dentição e o estímulo e exercício da musculatura que envolve o processo da fala, promovendo uma melhor dicção. Também afirma que, devido ao estabelecimento de laços afetivos com a mãe e ao contacto físico e de proximidade, promove o desenvolvimento emocional da criança e facilita o seu relacionamento com outras pessoas.

Relativamente às vantagens para a mãe, os estudos apontam a prevenção do cancro da mama e do cancro do ovário, a redução do risco de diabetes e o contributo para um maior espaçamento entre as gravidezes devido à amenorreia da lactação (Sousa, 2018; Victora et al., 2016) e a perda de peso pós-parto a curto prazo e a redução do risco de doença cardiovascular e artrite reumatóide a longo prazo (Shamir, 2016; Sousa, 2018). Mosca & Gianni (2017) afirmam que a amamentação protege contra a depressão embora esta possa afetar o AM pela negativa.

Quanto às vantagens para a família, o AM facilita o seu bem-estar e o seu orçamento, é seguro, económico, sem consumo de tempo na sua preparação, proporcionando momentos de prazer ao casal que “ao observar a criança a mamar, é inundado de sentimentos de tranquilidade, felicidade e fortalecimento do vínculo afetivo entre a tríade” (Abrantes, 2014, p.26).

Relativamente a vantagens para a sociedade, Victora et al. (2016) afirmam que a amamentação é essencial para a construção de um mundo melhor para as gerações futuras e que a promoção do AM é importante tanto nos países ricos quanto nos pobres. Também Abrantes (2014)

reconhece que por ser um ato ecológico o AM minimiza os danos ambientais e proporciona qualidade de vida às gerações atuais e vindouras.

Pelas vantagens enunciadas, Mosca & Gianni (2017) consideram que o apoio e a promoção do AM são uma questão de saúde pública. Esta opinião é corroborada por Orfão et al. (2014) que referem que o AM carece de mais apoio e que algumas instituições sociais e de saúde são obstáculos na sua iniciação e manutenção. As reduzidas taxas de AM e a sua cessação prematura têm implicações desfavoráveis “para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde” (p.4). A OMS (2017) também afirma que promover o AM e torná-lo num ato normalizado a nível mundial poderia prevenir por ano mais de 800 mil mortes de crianças menores de 5 anos e 20 mil mortes maternas provocadas pelo cancro da mama, o que evitaria o gasto de 0,5% do rendimento bruto mundial.

É importante lembrar que o AM se constitui como um direito da criança. Segundo a UNICEF (2016a), a forma como as crianças são alimentadas, em especial nos dois primeiros anos de vida, é fundamental para a sua saúde, desenvolvimento, sobrevivência e traz um impacto profundo nas suas vidas a curto, médio e longo prazo. Uma boa nutrição ajuda-as a exercerem os seus direitos de crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e de se tornarem membros produtivos nas suas comunidades, fazendo prosperar as nações, impulsionando o capital humano, tirando famílias da pobreza e permitindo um futuro mais sustentável. Para além de salvar vidas, a mesma fonte refere que tanto em países pobres como ricos, o AM é certamente a melhor opção. Contudo, a mãe também tem o direito de decidir amamentar, ou não, devendo essa opção ser respeitada pela família e sociedade (Rêgo et al., 2016).

Neste tempo de pandemia, face às múltiplas vantagens do AM, é inevitável o questionamento sobre a transmissão mãe-bebé da Covid-19, quer pelo contacto físico quer pelo AM. A OMS (2020), defensora da amamentação, do contacto pele a pele e do alojamento conjunto, apressou-se em examinar as evidências e responder a esta questão, atendendo aos riscos de morbidade e mortalidade associados à não-amamentação, ao uso inadequado de leites de fórmula e aos efeitos protetores do contacto pele a pele. Recomendou que as mães devem ser informadas que os benefícios do AM superam substancialmente os riscos potenciais de transmissão e que as mães com suspeita ou confirmação de Covid-19 devem ser incentivadas a iniciar ou a continuar a amamentar. A díade deve poder permanecer em alojamento conjunto e praticar o contacto pele a pele, especialmente imediatamente após o nascimento e durante o estabelecimento do AM.

Estas recomendações têm como suporte uma revisão sistemática onde se verificou que os anticorpos IgA com reatividade contra o vírus SARS-COV2 foram detetados no leite materno das mães previamente infetadas pelo vírus em causa e que, embora a sua resistência e durabilidade não tenham sido determinadas, vários componentes bioativos foram encontrados no leite materno, os quais protegem contra infeções e melhoram o desenvolvimento neurocognitivo e imunológico da criança. Embora os dados atuais não sejam suficientes para concluir a

transmissão vertical de Covid-19 através da amamentação, os benefícios do AM superam o risco de infecção em bebês, nos quais geralmente a infecção é ligeira ou assintomática, e a preocupação deve ser a prevenção da transmissão por contacto e gotículas (OMS, 2020).

Assim, é essencial apoiar a mãe a amamentar com medidas de segurança e de higiene respiratória (Galvão & Silva, 2020). A UNICEF (2020) enunciou essas medidas, nomeadamente: lavar as mãos com água e sabão antes e depois de tocar no bebê; usar máscara facial cobrindo o nariz e a boca durante as mamadas e evitar falar ou tossir nesses períodos; trocar de máscara em caso de tosse ou espirro e em cada nova mamada; evitar que o bebê toque no seu rosto (boca, nariz e olhos) e cabelo; lavar as mamas em cada mamada apenas se tiver tossido ou espirrado sobre elas. Os restantes cuidados ao bebê devem ser prestados por outra pessoa assintomática e é recomendado o uso de luvas descartáveis na troca da fralda. As superfícies devem ser desinfetadas e sugere-se que o berço do bebê fique a dois metros do leito da mãe.

Mediante o exposto, a decisão de amamentar é pessoal, mas está sujeita a diversas influências nomeadamente do companheiro, familiares, amigos e/ou profissionais de saúde (Joseph & Earland, 2019; Levy & Bértolo, 2012; Ramirez et al., 2019). Para algumas mulheres é uma decisão natural, ou por terem crescido num ambiente onde essa prática é comum, ou por terem tido uma experiência anterior positiva ou por conhecerem as suas vantagens em detrimento de outro tipo de alimentação. Prates, Schmalfluss & Lipinski (2015) também referem que a rede de apoio supracitada no período de AM é determinante na sua adesão e manutenção. Quanto ao estabelecimento e sucesso do AM, Levy & Bértolo (2012) também apontam os cuidados ligados ao trabalho de parto, parto e pós-parto como sendo decisivos, estando relacionados com os níveis de ansiedade, dor e emoção alcançados durante esse período.

Em Portugal, o RAM (Orfão et al., 2014), referente ao ano de 2013, indica uma taxa de iniciação do AM de 98,57%. Este valor vai ao encontro da tendência global, sendo esta superior a 90% como apresentado no estudo epidemiológico de Victora et al. (2016). Leal (2017, p.23) afirma que “quase todas as mulheres em Portugal iniciam o AM” contudo, também de acordo com o RAM, apenas 76,67% manteve o AM até ao dia da alta, o que compromete a duração do AM.

Em 2012, a Resolução 65.6 da Assembleia Mundial da Saúde elaborou um plano de implementação abrangente em nutrição materna e infantil, especificando seis metas globais de nutrição para 2025, uma das quais foi aumentar a taxa de AM nos primeiros 6 meses em pelo menos 50%, contudo apenas 37% das crianças menores de 6 meses de idade são amamentadas exclusivamente na atualidade a nível mundial (OMS, 2017). Este dado demonstra a necessidade de adequar as estratégias de apoio à prática do AM, tendo em conta as especificidades de cada país, nomeadamente o início tardio, as baixas taxas de AM e a curta duração da amamentação nos países mais desenvolvidos (Victora et al., 2016).

Ainda sobre a influência da família, é no seio desta que a criança nasce e surge o AM e o seu sucesso ou não. Nesta perspetiva, é necessário analisar a família, o seu contexto e entendê-la

como fator decisivo face ao AM, mas também compreender como o AM interfere sobre a família, ou mais particularmente sobre o casal, e como se enquadra no ciclo de vida familiar.

A influência da família sobre a prática da amamentação pode servir de estímulo e apoio ou de obstáculo em função das crenças, valores e princípios que a norteiam (Sousa et al., 2018). Portanto, esta não pode ser descurada pois “para uma mãe amamentar com sucesso, não basta apenas a opção pela prática do aleitamento materno, ela deve estar inserida em um contexto social que a ajude a levar essa decisão adiante” (Souza, Nespoli & Zeitoune, 2016, p.4).

É importante conhecer o ciclo de vida da família e perceber em que estágio se encontra quando um dos seus membros está a amamentar. Numa perspetiva sistémica, Relvas (2004) propõe cinco etapas para o ciclo vital da família: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos. Potter & Perry (2009) afirmam que tal como os indivíduos, a família também muda e cresce e, embora sejam distintas umas das outras, tendem a passar por certos estágios de desenvolvimento. Cada um destes estágios “possui seus próprios desafios, necessidades e recursos e incluem tarefas que precisam ser completadas antes de a família ser capaz de se mover com sucesso para o próximo estágio” (p.125). Contudo, Figueiredo (2009, p.101) afirma que “a mudança de uma etapa para a seguinte não implica que as tarefas específicas de cada uma sejam finalizadas no momento processual de transição”, o que pode ser aplicado ao AM.

O presente estudo incide na transição entre duas importantes etapas do ciclo vital, da formação do casal à família com filhos pequenos, ou da conjugalidade à parentalidade, em que a tarefa do AM surge como novo desafio para o casal. Na gravidez, o casal confronta-se com a necessidade da redefinição de papéis e aquisição de competências parentais para cuidar do novo membro da família. Efetivamente, a gravidez é um processo complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais com impacto em toda a família, constituindo-se como transição para a parentalidade como se verifica na Teoria das Transições (Meleis, 2010). Para a autora, esta transição é um processo de transformação individual, conjugal e social, em que pai e mãe desenvolvem a sua identidade e competências parentais para responderem às mudanças inerentes. Quanto ao AM, requer conhecimentos teórico-práticos e aquisição de habilidades, que motivem e capacitem para a sua adoção, iniciação e manutenção (Figueiredo, 2013).

Os fatores facilitadores e inibidores para uma adequada transição para a parentalidade foram estudados por Barimani et al. (2017), com base na Teoria das Transições de Meleis, tendo estes identificado como fatores facilitadores: a perceção de “normalidade” desta etapa da vida, o desfrutar do crescimento da criança, estar preparado e ter conhecimentos adequados, ter um bom suporte social, receber informação e apoio por parte dos profissionais de saúde e participar em grupos de educação parental com adequado funcionamento. Como fatores inibidores desta transição foram identificados: as expectativas irrealistas, a sensação de stresse e perda de controlo, a falta de horas de sono e a falta de informação e apoio pelos profissionais de saúde. Também as dificuldades relativas à iniciação e à manutenção do AM e a frustração que daí

advém, bem como o juízo de valor por parte dos profissionais de saúde e sociedade quando não obtêm sucesso ou decidem não amamentar são tidas como fatores inibidores desta transição.

“O nascimento de uma criança traz consigo uma multiplicidade de tarefas novas e extras, não respondendo a um padrão referencial” (Esteves, 2015). Deste modo, também o sistema conjugal fica sujeito a mudanças, que incluem a renegociação de tarefas domésticas, sendo que o relacionamento emocional e sexual deixa de ter o mesmo foco de atenção, existindo a necessidade de flexibilização da aliança conjugal em prol da aliança parental. A comunicação entre o casal é fundamental para a partilha de necessidades sentidas, experiências e anseios, de forma a promover a satisfação conjugal e bem-estar da nova família. Segundo Figueiredo (2013), independentemente do modo como as tarefas são divididas, o que importa é perceber a satisfação dos membros do casal face a esta divisão, o que se aplica ao AM.

2.2. O Papel do Pai no Sucesso do Aleitamento Materno

O papel de pai tem-se modificado nas últimas décadas como consequência das transformações mundiais, nomeadamente a nível político, económico, científico e cultural. A função do pai estava associada a prover a família das suas necessidades materiais e assegurar a ordem no microsistema familiar (Rêgo et al., 2016). Ainda hoje o homem é alvo do estereótipo masculino enquanto pai protetor, provedor material e sustento da família. Contudo, atualmente, este assume novas funções enquanto companheiro e cuidador, cada vez mais pró-ativo, participativo e integrante do processo da gravidez, envolvendo-se cada vez mais a nível comportamental e emocional, nomeadamente participando nas consultas de vigilância da gravidez e curso de preparação para a parentalidade e apoiando a mulher nas tarefas inerentes (Almeida, 2015). Este papel também se alterou no que se refere a um maior envolvimento na sua participação nos cuidados ao RN, devido à condição de trabalhadora da mãe, dos novos valores da sociedade e do atual enquadramento legal da paternidade. Este envolvimento do pai torna-se indispensável para o equilíbrio familiar (Potter & Perry, 2009) e, conseqüentemente, para o desenvolvimento harmonioso da criança. O pai e a mãe complementam-se.

No que concerne o AM, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015b, p.66) refere que “é fundamental que o pai e/ou outras pessoas significativas para a mãe/bebé também estejam a par das vantagens e das práticas do aleitamento materno para que possam dar o apoio e o estímulo necessário”. Efetivamente, o conhecimento do pai sobre AM e as suas vantagens bem como o seu apoio, compreensão e suporte são fundamentais e fatores encorajadores para a mãe amamentar. As consultas pré-natais e as aulas de preparação para a parentalidade são tidas como momentos oportunos para esclarecer sobre a melhor forma de alimentar o bebé e ajudar nessa decisão, contudo não devem ser impostas. A decisão consciente e informada de amamentar, ou não, deve ser do casal, em particular da mulher, e respeitada pelos profissionais de saúde e sociedade. Abrantes (2014) acrescenta que a decisão de amamentar deve ser tomada na gravidez ou até antes, sendo importante envolver o pai para que

tenha um papel ativo e colaborante com vista ao sucesso do AM. A sua atitude positiva, aprovação e incentivo são importantes no começo do AM e na sua prevalência.

No estudo realizado por Kohan, Heidari & Keshvari (2016), os cônjuges são indicados pelas mulheres que amamentam como determinantes no sucesso do AM e o seu apoio é classificado em 4 subcategorias: a) participação nos cuidados à criança; b) crenças e encorajamento do cônjuge em relação ao AM; c) manutenção de interações conjugais apropriadas que reforçam a sensação de estar acompanhada e de ser apoiada e d) participação na prevenção e resolução de problemas relacionados com a amamentação. As boas interações conjugais e o apoio psicológico por parte do pai revelaram proporcionar paz à mãe e ajudaram a melhorar o seu empoderamento no AM, pelo que os pais devem ser treinados para manter a tranquilidade e reduzir a ansiedade materna. O apoio e cooperação do cônjuge na prevenção e resolução de problemas relacionados com o AM influenciou também a sua continuação. As percepções das mães sobre a responsividade dos seus companheiros face ao AM e os relatos dos pais sobre a sua capacidade de resposta também previram intenções e duração do AM mais longas, segundo um estudo de Rempel, Rempel & Moore (2017).

Moreira et al. (2018) apontam o pai como elemento importante para o sucesso do AM pelo apoio, divisão de tarefas e sustentáculo emocional, nomeadamente a partilha de preocupações com a saúde dos filhos. A participação do pai é considerada um fator para a manutenção do AM pois o apoio e ajuda são tidos como mecanismos de proteção para as mulheres a amamentar, que se apresentam vulneráveis e inseguras quanto às habilidades que envolvem o AM, principalmente as mais jovens. Afirmam também que os pais demonstram mais satisfação em cuidar dos filhos e apoiar a mãe no AM quando os profissionais de saúde reconhecem as suas competências.

Ao estudar o papel do pai durante a amamentação, deMontigny et al. (2018) afirmaram que, é no contexto internacional de promoção de uma cultura de amamentação que, os homens de hoje estão a assumir os seus papéis de pai. Identificaram três variantes no papel de pai durante a amamentação, nomeadamente: a) atuar como parceiro na tomada de decisões; b) responsabilizar-se pelo funcionamento da família e c) dar apoio emocional à mãe, que quando assumidos pelos pais mostram o seu envolvimento ativo para o sucesso do AM, ao repensar o seu comportamento como casal e como família e restaurando o seu equilíbrio.

Quanto à capacitação do pai para o apoio no AM, no estudo quasi-experimental de Bich, Long & Hoa (2019), em que foi feita uma intervenção durante um ano com sessões de educação em grupo junto dos pais, constatou-se que aos 1, 4 e 6 meses após o nascimento, 34,8%, 18,7% e 1,9% das mães do grupo de intervenção estavam a amamentar exclusivamente os seus filhos em comparação com 5,7%, 4,0% e 0,0% das mães do grupo controlo. Comparando os pais que frequentaram sessões de educação sobre AM, serviços de aconselhamento durante a gravidez, no parto e puerpério e “clubes de pais” onde houve educação por pares e partilha de conhecimentos, com os pais que apenas tiveram cuidados de rotina durante a gravidez e pós-

parto, verificou-se que a intervenção junto dos pais e a sua capacitação permitiram um suporte substancial na prática do AME das suas companheiras, promovendo o AM.

No seu trabalho, Abrantes (2014) enumera cinco categorias de apoio paterno para a manutenção do AM: emocional, presencial, instrumental, informativo e de autoapoio. Para cada categoria descreve as respetivas práticas de apoio de forma exaustiva, que nos elucidam quanto à importância do apoio do pai na prática do AM. Neste âmbito, Gonçalves (2012) estudou a importância da participação do pai na amamentação e sentiu a necessidade de construir uma escala sobre este tema, em que categorizou o apoio do pai no AM em três dimensões, nomeadamente física, afetiva e doméstica. Os resultados obtidos mostraram que quanto maior o envolvimento do pai na gravidez e maior o seu conhecimento sobre AM, maior é a importância que atribui à sua participação no AM nas várias dimensões.

A opinião das mulheres face à participação do pai no AM também foi estudada por Ferraz et al. (2016), verificando-se segundo essa opinião que o pai exerce influência sobre o AM e que o seu apoio facilita o processo. O pai é reconhecido como apoiante e incentivador, o que aumenta a probabilidade de sucesso do AM. Carvalho (2018) também concluiu que os pais que participam no AM se sentem mais satisfeitos ao verificarem que podem ser ativos e relevantes no AM dos seus filhos, o que favorece o vínculo precoce não só entre pai-bebé mas também entre a tríade.

Todos estes estudos vêm reforçar a necessidade de investir no envolvimento do pai ao longo da gravidez, mas também no pós-parto. Participar nos cuidados ao bebé permite ao pai adaptar-se ao seu novo papel, aumentar o seu vínculo para com ele e aumentar a sua satisfação como tal. Assim, apoiar e incentivar a participação do pai no AM irá aumentar o seu sucesso, o que favorecerá a saúde e bem-estar do agregado familiar.

2.3. O Contributo do Enfermeiro de Família na Capacitação do Casal para Amamentar

Como descrito anteriormente, são múltiplos os fatores que interferem no sucesso do AM, sendo o apoio do pai fundamental na sua iniciação e manutenção, o que levará a um novo equilíbrio e ao bem-estar da família. Mas esta cooperação do pai, como vimos, também depende do desempenho dos profissionais de saúde em envolvê-lo, aconselhá-lo e orientá-lo durante toda a gravidez e no pós-parto. Como refere a DGS (2015b, p.7), “a presença pró-ativa do pai, sabe-se hoje, com toda a certeza, é fundamental ao longo de todas as semanas de gravidez. No início, nas consultas, no aconselhamento e no parto”.

A Enfermagem de Saúde Familiar, que tem na sua base as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar e que se apoia em diversas teorias para adotar uma abordagem integradora, tem neste âmbito um papel relevante uma vez compreende a família como unidade em transformação e promove a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu

desenvolvimento (Figueiredo, 2013). Também Potter & Perry (2009) afirmam que “a enfermagem familiar é o foco do futuro dentro de todos os conjuntos de práticas de saúde e é importante para todos os ambientes de promoção de saúde” (p.128).

De acordo com Figueiredo (2009), “o enfermeiro tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família” (p.32). Efetivamente, o EF desenvolve a sua atividade num contexto de grande proximidade da família, compreendendo e valorizando a sua singularidade e o seu contexto sociocultural. Este deve ser detentor de capacidades e competências relacionais que lhe permitam estabelecer uma relação de confiança com ela. Deste modo, tornar-se-á parceiro e colaborador nas suas transições de desenvolvimento. Conseguirá identificar e antecipar as suas necessidades de adaptação às novas etapas do ciclo vital e intervir de forma ajudar a família a reencontrar um novo equilíbrio e bem-estar.

O papel do EF tem vindo a ser discutido em diversas ocasiões, nomeadamente nas Metas da Saúde 21 (OMS, 2009), no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) com revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015a) e na reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Governo Constitucional, 2019) e é unânime que a sua intervenção deve ser feita junto com a família, numa relação de parceria, respeitando a sua autonomia, prestando cuidados globais em todas as fases do ciclo de vida e nos diferentes contextos em que ela se insere, cumprindo o Regulamento nº 428/2018, publicado em Diário da República (Ordem dos Enfermeiros, 2018) que vem regulamentar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Numa perspetiva sistémica, o EF deve perceber a transição da conjugalidade para a parentalidade como um momento de stresse familiar e deve preparar o casal grávido para que essa transição seja o mais saudável possível. A sua intervenção passa por explicar o processo de transição, informar e sensibilizar a díade para as modificações esperadas na sua dinâmica conjugal, incentivando o investimento no vínculo do casal, promovendo o diálogo e a expressão assertiva dos sentimentos, ajudando a identificar os seus recursos internos e externos e facilitando a escolha de estratégias adequadas para a resolução dos problemas ou desafios inerentes aos novos papéis (Figueiredo, 2013). Também Leal (2017) refere a transição para a parentalidade como um fator stressor na relação conjugal à qual o EF deve voltar a sua atenção, lembrando que a satisfação conjugal é uma área de atenção familiar nesta etapa de desenvolvimento. O estudo de Bennett et al. (2017) evidenciou a importância das intervenções de conectividade social durante esta etapa, de forma a prevenir o isolamento social do pai e potenciar o seu envolvimento no novo papel. Para tal, refere que o EF deve usar o seu conhecimento especializado para planear e implementar programas de inclusão e apoio ao pai.

No que diz respeito ao AM, o EF deve ser promotor da amamentação e estar capacitado para informar o casal sobre as vantagens do AM, motivando-o para a sua adoção e possibilitando uma tomada de decisão informada (Figueiredo, 2013). Também deMontigny et al. (2018) referem

que apoiar os pais nas suas várias funções referentes ao AM, transmitindo-lhes confiança e segurança, ajudará inegavelmente a criar uma experiência mais positiva para toda a família.

Na maioria das culturas, como afirma Abrantes (2014), a tarefa do AM é da responsabilidade quase exclusiva da mulher, tal como os outros cuidados ao bebé. Contudo, cabe a todos os profissionais de saúde incentivar o pai a participar ativamente no AM, “contribuindo para que a mulher compreenda que o pai não é apenas um incentivador da prática do aleitamento materno, mas sim o principal influenciador da amamentação” (p.34). É necessário motivá-lo, ensiná-lo e torná-lo capaz, o que irá influenciar positivamente o sucesso do AM e a sua prevalência.

No seu estudo, Rêgo et al. (2016) reconhecem o quão importante é o pai no processo de amamentação e afirmam que “faz-se necessário que os profissionais de saúde acreditem, os convidem a participar desde o pré-natal, e incentivem sua companheira a valorizar as iniciativas desse pai” (p.377). As mesmas autoras referem também que “o pai deve ser lembrado e incluído em todo o processo reprodutivo, nas consultas de enfermagem, na assistência hospitalar e domiciliar, uma vez que a amamentação é parte inerente dessa fase singular na vida da família” (p.379). Para além desta envolvimento do pai no processo da amamentação, o mesmo estudo conclui que, algumas vezes, é necessário fazer ver à mulher que o pai está presente e está a tentar prestar cuidados de modo eficaz, de forma a valorizar e lembrar a importância da sua participação. Efetivamente, “algumas mulheres percebem e demonstram satisfação quando os seus companheiros colaboram nos cuidados com os filhos e com elas”, contudo podem não estar atentas a estas iniciativas do pai, o que pode desmotivá-los. Reconhecendo que “o pai pode ser um importante aliado, verdadeiro parceiro na educação dos filhos e na amamentação” (p.379), é indispensável estimular a sua participação, quer por parte da mãe quer com o apoio e intervenção do enfermeiro. Para tal, é recomendada a ampliação de atividades de apoio aos casais de forma sistematizada, desde o pré-natal e após o nascimento do bebé, nos cuidados de saúde primários.

Outro aspeto a valorizar pelo EF é a ansiedade do casal face à expectativa do sucesso no AM (Rêgo et al., 2016), sentimento comum a ambos os elementos do casal que pode ser diminuído se receberem “orientações que possibilitem ampliar conhecimentos, habilidades e atitudes, assim como, na exposição de maneiras como o pai deve apoiar o aleitamento materno” (p.379).

Dada a referida importância da participação do pai no AM, a OMS (2017) afirma que este deve receber educação pré-natal sobre AM adaptada às suas necessidades individuais e que considere seu contexto sociocultural. Isso prepará-lo-á para enfrentar os desafios que possam surgir. Contudo, a mesma fonte aponta lacunas nos conhecimentos, habilidades de aconselhamento e na formação prática dos profissionais de saúde implicados no AM. Afirma que as evidências disponíveis sobre a educação em AM e treino de profissionais de saúde nos conhecimentos, atitudes, habilidades e competências necessárias para trabalhar com os pais que amamentam são limitadas e de baixa qualidade. Seriam necessários mais estudos para comparar diferentes durações, conteúdos teórico-práticos e modos de treino, a fim de atingir a competência mínima para enfrentar os desafios comuns e também os mais complexos do AM.

Um estudo de Radzyminski & Callister (2015), com enfermeiros, obstetras, pediatras e conselheiros em AM, verificou inconsistência no apoio e no comportamento dos profissionais de saúde, a falta de conhecimento sobre AM e a falta de habilidade na avaliação e gestão desta prática. Também Santos et al. (2018) referem que os profissionais de saúde “carecem de capacitação técnica de modo permanente, pois a maioria após algum tempo de formados ficam desatualizados” (p.151). Os enfermeiros mais capacitados têm melhores condições para exercer o seu papel de facilitadores da prática do AM junto do casal e contribuir para o seu sucesso.

Em Portugal, para instruir os profissionais de saúde sobre a temática do AM existem várias formações específicas, das quais se destaca o Curso de Formação de Aconselhamento em AM que reconhece os profissionais que o realizam como Conselheiros em Aleitamento Materno. É uma formação desenvolvida pela Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés (CNIAB), entidade promovida pela UNICEF e OMS que planeia, coordena e dirige as atividades relativas ao AM em Portugal, e consiste na aquisição de competências (capacitação) sobre AM para a prática profissional (Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés, 2016). Esta formação é preconizada nos termos da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), um programa mundial de promoção do AM criado em 1991 pela OMS e UNICEF, aplicado a entidades que disponibilizem serviços de obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos profissionais de saúde (UNICEF, 2017). As Entidades Amigas dos Bebés devem cumprir o Código Internacional de Marketing de substitutos do Leite Materno, ou seja, o AM deve ser encorajado, apoiado e promovido em detrimento dos substitutos de leite materno, a menos que tenha indicação clínica ou seja uma opção esclarecida dos pais.

Esta iniciativa foi posteriormente alargada às unidades de saúde não hospitalares, nomeadamente aos ACeS. Para se constituir como Unidade Amiga dos bebês, esta tem de cumprir as sete medidas preconizadas pela OMS e UNICEF, que garantem que as mães e bebês recebem informação e apoio adequado no período pré-natal e pós-natal sobre alimentação infantil e fomentar boas práticas para o sucesso do AM. Segundo a UNICEF (2016b), as sete medidas para ser considerada Unidade de Saúde Amiga dos Bebês são: 1) Ter uma política de AM, escrita, afixada para ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde; 2) Dar formação a toda a equipa para que implemente essa política; 3) Informar todas as grávidas e suas famílias sobre as vantagens e a prática do AM; 4) Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o AM até aos 6 meses; 5) Encorajar o AM após os 6 meses, e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada e segura; 6) Providenciar um ambiente acolhedor que favoreça a prática do AM; 7) Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao AM e a comunidade local. O EF deve estar ciente da Iniciativa Amiga dos Bebés e, mesmo que a sua instituição não cumpra os passos preconizados, deve perceber que a sua atitude de adesão à mesma irá influenciar o seu sucesso.

Quando se fala em importância da participação do pai no AM, esta é muitas vezes vista de forma global, o que pode dificultar a intervenção dos profissionais de saúde que querem ensinar os pais

nas suas áreas mais específicas. Compreendendo a importância da participação do pai no AM e verificando a ausência de instrumentos que permitissem a sua avaliação, Franco & Gonçalves (2014) desenvolveram a Escala de Importância de Participação do Pai na Amamentação (EIPPA), que será utilizada neste trabalho. Através dela, os autores perceberam que a participação do pai no AM pode ser categorizada em três dimensões distintas, nomeadamente física, afetiva e doméstica. Afirmam, assim, que “deve ser promovida a participação do pai na amamentação nas 3 dimensões, através de estratégias específicas para cada dimensão” (p.56), tornando-se as intervenções relacionadas com a formação e envolvimento do pai no AM mais objetivas e focalizadas. Cada dimensão assume um valor distinto e sobre cada uma delas poderá incidir um programa de educação para a saúde diferente, de forma a aumentar a efetividade da participação dos pais no AM e “poderem assumir um lugar tão importante que lhes cabe, como promotores do aleitamento materno na tríade mãe-pai-bebé” (p.60). Neste sentido, é importante que o EF tenha em conta estas diferentes dimensões e procure implementar estratégias específicas e de acordo com a realidade de cada casal.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o processo que define o caminho mais rigoroso e aceitável para se chegar a determinados objetivos, através de um conjunto de procedimentos ordenados, de forma a obter conhecimento (Fortin, 2009). Esta planificação é definida por Coutinho (2020) como “desenho de investigação” (p.47), tarefa fundamental para que os resultados da investigação sejam consistentes. O conhecimento científico obtido é essencial ao desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem e à melhoria da qualidade dos cuidados a prestar.

Este capítulo apresenta o processo metodológico definido para o estudo em causa e está dividido em seis subcapítulos, nomeadamente: o tipo de estudo; a população e amostra; a problemática e objetivos; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos de recolha de dados e considerações éticas e os procedimentos de análise de dados.

3.1. Tipo de estudo

O estudo apresentado foi desenhado no âmbito da metodologia de investigação de natureza quantitativa. Nesta perspetiva, a pesquisa é descritiva e correlacional uma vez que se centra na análise de factos observáveis e na objetivação da relação entre variáveis mensuráveis. O investigador assume uma atitude distanciada, neutra e científica, de modo a comprovar as hipóteses através de métodos estatísticos e compreender o fenómeno de forma objetiva (Coutinho, 2020).

É um estudo observacional pois não existe manipulação do objeto em estudo por parte do investigador, que pretende estudar a “situação como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população (...), de compreender fenómenos ainda mal elucidados (...) ou conceitos que foram pouco estudados (...)” (Fortin, 2009, p.236).

É ainda classificado de descritivo, pois os fenómenos são descritos e é fornecida informação sobre a população em estudo. O objetivo é “recolher dados que permitam descrever da melhor maneira possível comportamentos, atitudes, valores e situações” (Coutinho, 2020, p. 298).

Segundo a profundidade, é um estudo correlacional ou analítico, pois procura relações ou associações entre as variáveis e a sua magnitude, sem as manipular, utilizando para tal testes estatísticos que permitam confirmar ou não as hipóteses previamente formuladas (Coutinho, 2020). Para Ribeiro (2010), os estudos analíticos permitem responder ao porquê dos sujeitos apresentarem as características em estudo.

Quanto ao alcance temporal, é um estudo transversal uma vez que se estuda um aspeto da população num único momento definido.

3.2. População e Amostra

Este estudo foi realizado na Região de Aveiro onde, segundo dados do INE (PORDATA, 2020) a dimensão média das famílias em 2019 era de 2,4 indivíduos e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em 2019 era de 32,3 anos (média mais alta registada no país). Em 2011 as pessoas desta região viviam maioritariamente em pequenas povoações até 1999 habitantes (62,9%) face às que viviam em povoações com 10000 ou mais habitantes (20,7%). Apesar deste cariz rural, verificou-se em 2017 que é uma região com um rácio de empresas elevado (25) face ao rácio nacional (13,5), sendo o “comércio por grosso e a retalho” o setor de atividade económica com mais trabalhadores (20,29%). Verificou-se ainda que a maioria das mulheres (73,26%) trabalha no setor terciário.

A população de uma pesquisa refere-se ao “conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (Coutinho, 2020, p.89). A população alvo deste estudo são as mães com filhos até aos 12 meses inclusive, que amamentaram pelo menos 4 meses, utentes da USF Águeda+Saúde, onde decorre o estágio e da UCSP Águeda II sediada no mesmo edifício. Para conhecer esta população, foram solicitadas as listagens de utentes à enfermeira orientadora do estágio, nas quais se verificou um N= 134.

A amostra, por sua vez, é um subconjunto de pessoas pertencentes à população definida, a quem serão colhidos os dados (Coutinho, 2020). Para Fortin (2009), consiste numa réplica em miniatura da população alvo em estudo, na qual se pretende retirar conclusões para a população estudada. Devido às restrições temporais do estágio, mediante um processo de amostragem não probabilístico, procedeu-se a uma amostragem acidental, que consiste em obter uma amostra da população que seja acessível, sem ser selecionada por meio de um critério estatístico.

O processo de seleção da amostra requer que se apliquem critérios de inclusão e exclusão. Foram definidos como critérios de inclusão: ser mãe e ter tido uma experiência de amamentação nos últimos 12 meses inclusive, ter amamentado pelo menos 4 meses, ser utente da USF Águeda+Saúde ou da UCSP Águeda II e aceitar participar no estudo através do consentimento informado. Os critérios de exclusão definidos foram: mães com HIV ou outra doença/complicação impeditiva da amamentação e mães que não dominem a língua portuguesa falada e escrita.

Assim sendo, a amostra foi constituída por 107 participantes que foram incluídas no estudo à medida que se apresentaram na USF e na UCSP em questão para uma consulta agendada no período compreendido entre 04/01/2021 e 31/03/2021, período destinado à colheita de dados.

3.3. Problemática e objetivos

A primeira etapa do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação com interesse para a disciplina e para o investigador (Fortin, 2009). A formulação do problema

de investigação é fundamental para centrar a pesquisa nesse domínio concreto, organizar o projeto e apontar os dados que serão necessários obter (Coutinho, 2020). Uma vez que existe pouca investigação sobre a importância da participação do pai no AM em Portugal e porque se entende ser um tema pertinente para a melhoria do conhecimento do EF, enquanto prestador de cuidados à família como unidade de cuidados, e de forma a capacitar o casal face ao AM, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual a opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM?
- Há diferenças na opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM?

Para responder a estas questões foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer a opinião das participantes no presente estudo acerca da importância da participação do pai no AM.
- Analisar a opinião das participantes acerca da importância da participação do pai no AM segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM.

3.4. Variáveis em estudo e hipóteses de investigação

Tendo em consideração a problemática em estudo, na presente investigação é considerada como variável dependente a “opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM” e como variáveis independentes: a idade materna, o estado civil, o nível de escolaridade, o número de filhos vivos, a classe social da família, a coabitação do casal, a condição de emprego do pai, enquanto variáveis sociodemográficas, e a frequência do pai às consultas pré-natais, a frequência de um curso de preparação para a parentalidade pela mãe ou por ambos, a experiência anterior em amamentação e o tipo de AM.

Face às variáveis selecionadas para o presente estudo, e tendo em consideração o postulado por Fortin (2009) ao afirmar que as hipóteses são afirmações que predizem a relação entre variáveis, apontando para resultados esperados e permitindo verificar o efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – Existem diferenças na opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM segundo as características sociodemográficas da mãe e família (idade, estado civil, nível de escolaridade, classe social da família e condição de emprego do pai).

Hipótese 2 – A opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM é diferente segundo as variáveis relacionadas com a vigilância da gravidez, a participação do pai e a

experiência prévia em AM (frequência da mãe e do pai às consultas pré-natais, frequência de um CPP por ambos os progenitores e experiência anterior em AM).

3.4.1. Operacionalização de variáveis

Para iniciar uma investigação é fundamental que o investigador defina os conceitos alvos do estudo de forma clara e objetiva, ou seja, operacionalize as variáveis em estudo associando aos conceitos abstratos determinados atributos quantificáveis. A operacionalização das variáveis permitirá saber exatamente o que vai ser observado ou medido e obter resultados com rigor científico (Coutinho, 2020).

A variável dependente: “opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM”, por ser uma variável subjetiva, foi operacionalizada através da escala de tipo *Likert* construída e validada por Franco & Gonçalves (2014), que mede a importância da participação do pai no AM, tornando-se uma variável ordinal e escalar, ou seja, objetiva e mensurável. Esta escala será apresentada no ponto seguinte, referente ao Instrumento de Recolha de Dados (IRD).

As variáveis independentes deste estudo foram aqui agrupadas em três grupos tendo em conta o seu contexto: variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas com a vigilância da gravidez e participação do pai e variáveis relacionadas com o AM.

O primeiro grupo é constituído pelas variáveis sociodemográficas que também podem ser designadas de variáveis atributo. Estas permitiram conhecer as características das mães e famílias. O Quadro 2 refere-se à sua operacionalização.

Quadro 2

Operacionalização das Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	Operacionalização	Escala de Medida	Categorização e codificação no SPSS
Idade materna	A idade materna é um dos indicadores para calcular o risco da gravidez através da Escala de Gravidez de Risco de Goodwin modificada (DGS, 2015b). O risco aumenta dos 30 aos 39 anos e ainda mais a partir dos 40 anos. Não foi considerada a faixa abaixo dos 18 anos por ter sido um critério de exclusão da amostra. Os dados serão recolhidos de forma numérica (escalar) e convertidos em grupos etários (ordinal).	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 18 aos 29 anos = 1 • 30 aos 39 anos = 2 • 40 ou mais anos = 3
Estado civil	“Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as seguintes situações: a) solteiro; b) casado; c) viúvo; d) divorciado” (PORDATA, 2020). “A união de facto é a situação jurídica de duas pessoas que, independentemente do sexo, vivam em condições análogas às dos cônjuges há mais de dois anos, e beneficia de proteção social nos termos previstos na Lei” (DRE, 2021). Esta condição foi associada à situação de casada.	Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Casada/União de facto = 1 • Solteira = 2 • Viúva = 3 • Divorciada = 4
Nível de Escolaridade	“Nível ou grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respectivo certificado ou diploma” (PORDATA, 2020). Posteriormente, e considerando o tratamento estatístico a efetuar, foi operacionalizada em:	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro Ciclo = 1 • Segundo Ciclo = 2 • Ensino Básico = 3 • Ensino Secundário = 4 • Ensino Superior = 5 ▼ • Ensino básico = 1 • Ensino secundário = 2 • Ensino superior = 3
Número de filhos vivos	O número de filhos vivos permite calcular o índice sintético de fecundidade que é o número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade. Para assegurar a substituição de gerações, é necessário que cada mulher tenha em média 2,1 filhos (PORDATA, 2020).	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 1 = 1 • 2 = 2 • ≥3 = 3
Classe social da família	Posição social associada aos aspetos económicos, de instrução, de grupo profissional e contexto residencial que influenciam a forma de organização das famílias e condicionam a sua literacia em saúde (Figueiredo, 2013). Avaliada através da Escala de Graffar modificada, as características da família colocam-na num dos cinco graus de cada um dos itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. O somatório destas pontuações permite incluir a família numa das cinco classes possíveis. Posteriormente, e considerando o tratamento estatístico a efetuar, foi operacionalizada em:	Escalar	<ul style="list-style-type: none"> • Classe I – alta = 1 • Classe II – média alta = 2 • Classe III – média = 3 • Classe IV – média baixa = 4 • Classe V – baixa = 5 ▼ • Classe Alta = 1 • Classe Média Alta = 2 • Classe Média = 3 • Classe Média Baixa e Baixa = 4

O segundo grupo de variáveis independentes refere-se às que estão relacionadas com a vigilância da gravidez e participação do pai, as quais são operacionalizadas no Quadro 3.

Quadro 3

Operacionalização das Variáveis relacionadas com a Vigilância da Gravidez e Participação do Pai

Variáveis	Operacionalização	Escala de Medida	Categorização e codificação no SPSS
Coabitação do casal	Partilha do mesmo espaço de habitação pelo casal.	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 • Não = 2
Condição de emprego do pai	A condição perante o trabalho refere-se à situação do indivíduo perante a atividade económica no período de referência podendo ser considerado ativo ou inativo (PORDATA, 2020). Optou-se pela utilização dos termos empregado/desempregado.	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Empregado = 1 • Desempregado = 2
Frequência do pai às consultas pré-natais	“Na vigilância pré-natal deve ser promovida a participação do outro progenitor, salvo impossibilidade ou oposição por parte da grávida” (DGS, 2015, p.34). “Todas as intervenções propostas durante a vigilância pré-natal devem permitir que a mulher/casal estejam envolvidos na tomada de decisão” (DGS, 2015, p.35).	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Não = 1 • Uma vez = 2 • Quase sempre = 3 • Sempre = 4
Frequência de um curso de preparação para a parentalidade pela mãe	Os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade são constituídos por uma componente teórica sobre diferentes temáticas, nomeadamente sobre AM, e uma componente prática sobre exercícios para o período de gravidez, parto e pós-parto. “Constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez” (DGS, 2015, p.63).	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 • Não = 2
Frequência de um curso de preparação para a parentalidade pelo pai	Os homens também têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas no que diz respeito à sua preparação para a paternidade que é preciso ter em conta. Os cursos de preparação para a parentalidade “permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes destas fases, num ambiente de grupo e de suporte mútuo” (DGS, 2015, p.63).	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sim = 1 • Não = 2

O terceiro grupo de variáveis independentes refere-se às relacionadas com o AM, que são operacionalizadas no Quadro 4.

Quadro 4

Operacionalização das Variáveis relacionadas com o AM

Variáveis	Operacionalização	Escala de Medida	Categorização e codificação no SPSS
Experiência anterior em amamentação	Permite perceber se a mulher amamentou um filho anterior. Todas as mães devem receber apoio no AM mas as mães pela primeira vez ou que não amamentaram antes necessitam de maior apoio (OMS & UNICEF, 2018).	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Sim = 1• Não = 2
Experiência anterior positiva em amamentação	A experiência anterior positiva em amamentação constitui-se como fator que ajuda a mulher a enfrentar as dificuldades do AM e promove a sua duração (Santana et al., 2018). As mães que tiveram uma experiência negativa com o AM precisam de apoio específico para evitar os problemas anteriores (OMS & UNICEF, 2018).	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Sim = 1• Não = 2
Duração do AM em experiência prévia	Pretende avaliar a duração da experiência anterior de AM da mulher.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Menos de um mês = 1• 1 mês = 2• 2 a 3 meses = 3• 4 a 5 meses = 4• 6 a 11 meses = 5• 12 a 23 meses = 6• 24 ou mais meses = 7
Tipo de AM	AME é aquele em que o bebé apenas recebe leite materno, sendo recomendado nos primeiros seis meses de vida. O aleitamento misto refere-se ao AM acrescido de leite de fórmula ou outro leite. O aleitamento artificial acontece quando não se fornece leite materno à criança e se dá leite de fórmula. O AM complementado é aquele em que a criança recebe alimentos sólidos ou semi-sólidos com o propósito de complementar e não substituir o leite materno (Tarouca & Pires, 2018).	Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none">• AM exclusivo = 1• Aleitamento misto = 2• Aleitamento artificial = 3• AM complementado = 4

3.5. Instrumento de recolha de dados

O método de recolha de dados utilizado neste estudo foi o inquérito por questionário que consiste numa série de perguntas concretas sobre uma determinada temática que podem envolver opiniões, atitudes, expectativas, conhecimentos ou outros pontos de interesse para o investigador. (Fortin, 2009). “As questões são apresentadas através de um formulário que o inquirido administra a si próprio” (Coutinho, 2020, p.139). Este método permite quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação. Para além disso, as respostas às questões colocadas não estão tão sujeitas a interpretações duvidosas e possibilita uma maior sistematização dos resultados obtidos, tornando-se mais fácil automatizar o processo de análise e tratamento dos dados.

O IRD é composto por três partes distintas. A primeira e a segunda parte foram criadas para esta pesquisa e avaliam as variáveis independentes. A primeira parte permite a caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda permite avaliar os aspetos relacionados com a vigilância da gravidez e participação do pai e sobre o AM. As perguntas são de resposta fechada, o que facilita a análise dos dados.

A terceira parte avalia a variável dependente deste estudo: “opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM”. Será aplicada a “Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação” (EIPPA), que foi validada para a população portuguesa por Franco & Gonçalves (2014) e que permite avaliar a importância da participação do pai na amamentação associada a três fatores, sendo o primeiro fator a participação física (itens 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10); o segundo fator a participação afetiva (itens 1, 4, 14, 15, 16, 17 e 18) e o terceiro fator a participação doméstica (itens 11, 12 e 13).

A escala é constituída por 18 itens, apresentados sob a forma de perguntas. Cada item é avaliado segundo a sua importância, através de uma escala ordinal de 1 a 5, correspondendo o 1 a “nada importante” e o 5 a “extremamente importante”. É uma escala de tipo *Likert* que permite que o indivíduo expresse a sua opinião face às interrogações propostas e que permite a mensuração da variável em causa pelo investigador (Fortin, 2009).

Segundo Pestana & Gageiro (2014, p.531), é uma escala com “muito boa” consistência interna já que o estudo psicométrico da escala resultou num *Alpha de Cronbach* de 0.93 (>0,9). Este resultado permitiu verificar a boa fiabilidade da escala. O *Alpha de Cronbach* para o fator participação física foi de 0.91, para o fator participação afetiva foi de 0.87 e para o fator participação doméstica foi de 0.80 (Franco & Gonçalves, 2014).

3.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

A recolha de dados é um aspeto fundamental para dar resposta às questões de investigação, apontando caminhos seguros para a resolução dos problemas. Contudo, é importante ter em consideração que a investigação em seres humanos requer o cumprimento de princípios éticos, nomeadamente acerca da confidencialidade dos dados e da participação livre e esclarecida.

Para a realização deste estudo foi previamente efetuado um pedido de autorização aos autores da escala a utilizar para a poder aplicar (Anexo II). De seguida, foi solicitada uma declaração de autorização para a realização do estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar assinada pelo Diretor da ESSUA (Anexo III), a qual foi posteriormente anexada ao pedido de Apreciação pela Comissão de Ética da ARS Centro e aos pedidos de autorização junto das unidades onde decorreu. Só após a apresentação do projeto de estudo à equipa em reunião semanal e após a emissão das autorizações pelas coordenadoras da USF Águeda+Saúde e

UCSP Águeda II (Anexo IV e Anexo V) e da homologação do Parecer Favorável pela Comissão de Ética (Anexo VI) se iniciou a pesquisa.

Foram tidas em conta a Declaração de Helsínquia (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2001) e a Convenção de Oviedo (Diário da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03, 2001) que referem que todos os indivíduos sujeitos a um estudo devem receber informação sobre os objetivos do mesmo e dar, previamente, o seu consentimento livre e esclarecido.

Com a colaboração da equipa de enfermagem foi feito o levantamento das famílias com filhos até aos doze meses inclusive, no período referente à colheita de dados.

A recolha de dados deste estudo foi feita através de um inquérito por questionário (Apêndice I), aplicado à amostra de forma direta no contexto da USF e UCSP, ou seja, foi preenchido pelas próprias participantes. Para que fosse possível, para além da aplicação pela investigadora, foi solicitada a colaboração do enfermeiro responsável e de toda a equipa de enfermagem para a entrega do questionário às utentes no início da consulta e explicação dos objetivos do estudo, o caráter confidencial dos dados e a forma de preenchimento.

Após esclarecimento sobre o âmbito do estudo e ter sido assegurado o anonimato dos dados, assim como o uso exclusivo para este estudo, a guarda dos mesmos pela investigadora e a sua destruição após apresentação pública do trabalho, foi solicitado às utentes para assinarem o consentimento livre e esclarecido (Apêndice II) para a sua participação no estudo antes de preencherem o formulário.

Reunidas as condições, as utentes auto preencheram o questionário e colocaram-no numa caixa de recolha para o efeito, situada numa sala de enfermagem com conhecimento da equipa.

3.7. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram inseridos numa base de dados e analisados estatisticamente através do *Software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 26 para Windows. Os procedimentos estatísticos utilizados são de natureza descritiva e inferencial.

A estatística descritiva descreve as características da amostra através de frequências absolutas, relativas e acumuladas, medidas de tendência central (moda, mediana e média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

A estatística inferencial é utilizada para proceder à verificação das hipóteses e dar resposta às questões de investigação formuladas (Fortin, 2009), recorrendo à seguinte metodologia estatística: Teste *t de Student* para amostras independentes quando se pretende comparar as médias de dois grupos distintos; Teste *One-Way ANOVA* sempre que se comparam médias em três ou mais grupos independentes.

A utilização dos dois testes anteriormente referidos pressupõe a verificação dos seguintes critérios: Distribuição normal das variáveis e Homogeneidade das variâncias. Face ao exposto, de forma a determinar a normalidade da distribuição das variáveis, e atendendo a que a amostra é superior a 50 participantes, recorreu-se ao *teste de Kolmogorov-Smirnov*. O teste de *Levene* foi calculado para verificar se as variâncias eram homogéneas. Tanto a normalidade das variáveis como a homogeneidade das variâncias são observadas sempre que o valor do *p-value* for superior a 0,05.

Sempre que os pressupostos acima referidos não foram verificados, optou-se pela utilização dos seguintes testes não-paramétricos (Pestana & Gageiro, 2014): Teste *U de Mann-Whitney* em alternativa ao Teste *t de Student* para amostras independentes; Teste de *Kruskal-Wallis* em alternativa ao teste *One-Way ANOVA*.

A análise da convergência interna da escala EIPPA foi previamente efetuada mediante a utilização do teste de correlação de *Spearman*.

A confiabilidade da escala e respetivas dimensões foi efetuada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* e a sua análise efetuada de acordo com os seguintes valores: entre 0,7 e 0,8 - consistência interna razoável; entre 0,8 e 0,9 - consistência interna boa; superior a 0,9 - consistência interna muito boa (Pestana & Gageiro, 2014).

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste ponto são apresentados os resultados emergentes da análise estatística organizados em quatro pontos, de modo a facilitar a sua apresentação e realizar uma análise mais clara e objetiva, nomeadamente: a caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares; os aspetos relacionados com a vigilância da gravidez, participação do pai e aleitamento materno; os resultados da aplicação da EIPPA; e a verificação das hipóteses previamente definidas.

4.1. Caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares

A amostra do presente estudo é constituída por 107 mães de RN nascidos entre janeiro e outubro de 2020 inclusivamente, inscritos na USF Águeda+Saúde e UCSP Águeda II, inquiridas no período de janeiro a março de 2021. Na Tabela 1 são apresentados os resultados relativos à caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares.

As participantes apresentam uma idade média de 32,33 ($\pm 5,248$) anos, com uma moda de 33 anos, um mínimo de 19 anos e um máximo de 45 anos. A faixa etária mais representada é a dos 30 aos 39 anos (63,55%) e a menos representada a dos 40 ou mais anos (9,35%).

Verifica-se que a maioria é casada ou em união de facto (81,3%), seguindo-se as solteiras (17,8%) e as divorciadas (0,9%). A maioria das famílias inquiridas possui 1 filho (51,4%) e as famílias com 4 filhos correspondem a 2,8%. A média do número de filhos é de 1,65 ($\pm 0,79$) filhos, sendo a moda de 1 filho.

A maioria das mães inquiridas possui o ensino superior (53,3%), 8,4% concluíram o ensino básico e 1,9% concluíram o primeiro ciclo.

A classe social familiar predominante, avaliada através da Escala de Graffar Adaptada, é a Classe II – média alta (41,9%) e a menos verificada a Classe V – baixa (0,95%).

Observa-se também que a maioria das mulheres inquiridas coabitam com o pai do bebé, num total de 99,1%, e apenas uma mulher respondeu negativamente (0,9%). Quanto à condição do emprego do pai, 101 estão empregados (94,4%) e 6 estão desempregados (5,6%).

Tabela 1*Caracterização sociodemográfica das mães e agregados familiares*

Variáveis	n	%	
Grupo etário	18 – 29 anos	29	27,1
	30 – 39 anos	68	63,55
	≥ 40 anos	10	9,35
	Total	107	100,0
Estado civil	Casada/União de facto	87	81,3
	Solteira	19	17,8
	Divorciada	1	0,9
	Viúva	0	0
Total	107	100,0	
Nível escolaridade	Primeiro ciclo	2	1,9
	Segundo ciclo	2	1,9
	Ensino básico	9	8,4
	Ensino secundário	37	34,6
	Ensino superior	57	53,3
Total	107	100,0	
Número de filhos vivos	1	55	51,4
	2	37	34,6
	3	12	11,2
	4	3	2,8
Total	107	100,0	
Nível Social	Classe I – alta	14	13,3
	Classe II – média alta	44	41,9
	Classe III – média	41	39,0
	Classe IV – média baixa	5	4,8
	Classe V – baixa	1	0,95
	Sem resposta	2	
Total	107	100,0	
Coabitação do casal	Sim	106	99,1
	Não	1	0,9
	Total	107	100,0
Condição de emprego do pai	Empregado	101	94,4
	Desempregado	6	5,6
	Total	107	100,0

4.2. Aspetos relacionados com a vigilância da gravidez, participação do pai e aleitamento materno

A análise dos dados (Tabela 2) permite verificar que 86% das inquiridas fizeram seis ou mais consultas de vigilância da gravidez e que 14% frequentaram menos de seis consultas. No que concerne à frequência do pai às mesmas consultas, verifica-se que 41,1% nunca as frequentou.

Na frequência da mãe num curso de preparação para a parentalidade, obteve-se um percentual de 36,4%. Verifica-se, no entanto, que a maioria não o frequentou (63,6%). Das 39 mulheres que o frequentaram, 43,6% foram acompanhadas pelo pai do bebé.

Relativamente à experiência prévia de AM, 52 mulheres (48,6%) já tinham experiência prévia e 55 (51,4%) não possuía essa experiência. Das mulheres com experiência anterior em AM, a maioria afirmou que esta foi positiva (86,5%) e 7 mulheres (13,5%) entenderam-na como negativa. Nessa experiência anterior, 34,6% amamentaram menos de 6 meses, 42,3% fizeram-no entre 6 a 23 meses e 23,1% amamentaram 2 anos ou mais.

Com a aplicação do IRD, verifica-se que a média de idades dos filhos em meses é de 7,83 ($\pm 2,932$) e a moda de 12 (mín:4; máx: 12 meses). Verifica-se que 64 crianças tiveram AME com

duração inferior a 6 meses, 41 crianças (38,3%) tiveram AME durante 6 meses e 2 (1,9%) mantiveram-no por 7 meses. Naquele momento, quanto ao tipo de AM, 26,2% apresentavam AME, 8,4% aleitamento misto, 27,1% aleitamento artificial e 38,3% AM complementado.

Tabela 2

Caracterização da vigilância da gravidez, participação do pai e aleitamento materno

Variáveis	n	%	
Consultas de vigilância da gravidez	Menos de 6 consultas	15	14,0
	6 ou mais consultas	92	86,0
	Total	107	100,0
Frequência do pai às consultas pré-natais	Nunca	44	41,1
	Uma vez	9	8,4
	Quase sempre	30	28,0
	Sempre	24	22,4
	Total	107	100,0
Frequência de um curso de preparação para a parentalidade pela mãe	Sim	39	36,4
	Não	68	63,6
	Total	107	100,0
Frequência de um curso de preparação para a parentalidade pelo pai	Sim	17	43,6
	Não	22	56,4
	Omissos	68	
	Total	107	100,0
Experiência anterior em AM	Sim	52	48,6
	Não	55	51,4
	Total	107	100,0
Experiência positiva em AM	Sim	45	86,5
	Não	7	13,5
	Omissos	55	
Duração do AM em experiência prévia	Total	107	100,0
	Menos de um mês	1	1,9
	1 mês	2	3,8
	2 a 3 meses	7	13,5
	4 a 5 meses	8	15,4
	6 a 11 meses	5	9,6
	12 a 23 meses	17	32,7
	24 ou mais meses	12	23,1
	Omissos	55	
Idade da criança	Total	107	100,0
	4 meses	21	19,6
	5 meses	7	6,5
	6 meses	20	18,7
	7 meses	4	3,7
	8 meses	4	3,7
	9 meses	19	17,8
	10 meses	6	5,6
	11 meses	4	3,7
	12 meses	22	20,6
Tempo de AME	Total	107	100,0
	0 meses	8	7,5
	1 meses	9	8,4
	2 meses	4	3,7
	3 meses	6	5,6
	4 meses	25	23,4
	5 meses	12	11,2
	6 meses	41	38,3
	7 meses	2	1,9
Tipo de AM atual	Total	107	100,0
	Aleitamento materno exclusivo	28	26,2
	Aleitamento misto	9	8,4
	Aleitamento artificial	29	27,1
	Aleitamento materno complementado	41	38,3
Total	107	100,0	

4.3. Opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM

A fim de verificar a consistência interna da EIPPA, constituída por 18 itens, foi medida a confiabilidade através do coeficiente *Alpha de Cronbach* aplicado à totalidade da escala e às suas três subescalas referentes à participação física, afetiva e doméstica. Os resultados obtidos apontam para um *Alpha* de 0,894 para a totalidade da escala EIPPA e de 0,823 para a subescala da participação física, 0,836 para a participação afetiva e 0,909 para a participação doméstica.

De forma a averiguar a convergência interna da escala, foi aplicado o teste de correlação *rho de Spearman* cujo resultado se apresenta na Tabela 3. Verifica-se que todas as subescalas se correlacionam de forma estatisticamente significativa entre si e com o global da escala, podendo observar-se correlações que variam de baixa ($rs=0,253$) a alta ($rs=0,949$). Pode ainda verificar-se que o fator que maior contribuição tem na variação total é a participação física (94,9%) e o que menos contribui é a participação doméstica (40,7%).

Tabela 3
Convergência Interna da EIPPA

		Participação Física	Participação Afetiva	Participação Doméstica	Participação Global
Participação Física	rs	1			
	p				
	N	107			
Participação Afetiva	rs	,692**	1		
	p	<0,001			
	N	107	107		
Participação Doméstica	rs	,253**	,452**	1	
	p	,009	<,001		
	N	107	107	107	
Participação Global	rs	,949**	,869**	,407**	1
	p	<,001	<,001	<,001	
	N	107	107	107	107

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Analisando a Tabela 4 referente à distribuição absoluta e percentual das respostas aos 18 itens da escala EIPPA agrupados nas dimensões física, afetiva e doméstica e à percentagem acumulada de respostas importantes (importante, muito importante e extremamente importante), verifica-se que de uma forma global as respostas relativas à opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM se inclinam maioritariamente para as respostas que atribuem: importância, muita importância e extrema importância.

A opinião mais assinalada em cada item da dimensão física varia entre importante e extremamente importante, na dimensão afetiva entre muito importante e extremamente importante e na dimensão doméstica unicamente no extremamente importante. Também analisando a percentagem acumulada de respostas: importante, muito importante e extremamente importante, verificam-se valores entre 64,5% e 90,7% na participação física (média de 81,4%), entre 91,5% e 99% na participação afetiva (média de 96,1%) e de 99% na participação doméstica.

Tabela 4

Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens da escala EIPPA

EIPPA	Item	Nada Importante		Pouco Importante		Importante		Muito Importante		Extremamente Importante		FAC respostas importantes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação física	EIPPA 2	4	3,7	6	5,6	27	25,2	25	23,4	45	42,1	97	90,7
	EIPPA 3	7	6,5	11	10,3	26	24,3	24	22,4	39	36,4	89	83,1
	EIPPA 5	3	2,8	9	8,4	30	28,4	40	37,4	25	23,4	95	89,2
	EIPPA 6	7	6,5	20	18,7	34	31,8	27	25,2	19	17,8	80	74,8
	EIPPA 7	4	3,7	12	11,2	28	26,2	26	24,2	37	34,6	91	85,0
	EIPPA 8	19	17,8	19	17,8	28	26,2	27	25,2	14	13,1	69	64,5
	EIPPA 9	7	6,5	14	13,1	32	29,9	28	26,2	26	24,2	86	80,3
EIPPA10	4	3,7	14	13,1	28	26,2	30	28,0	31	29,0	89	83,2	
Participação afetiva	EIPPA 1	2	1,9	7	6,5	18	16,8	27	25,2	53	49,5	98	91,5
	EIPPA 4	1	0,9	3	2,8	12	11,2	25	23,4	66	61,7	103	96,3
	EIPPA14	1	0,9	3	2,8	4	3,7	24	22,4	75	70,1	103	96,3
	EIPPA15	-	-	1	0,9	1	0,9	18	16,8	87	81,3	106	99,0
	EIPPA16	2	1,9	5	4,7	13	12,1	44	41,1	43	40,2	100	93,4
	EIPPA17	2	1,9	1	0,9	25	23,4	32	29,9	47	43,9	104	97,2
	EIPPA18	-	-	1	0,9	9	8,4	30	28,0	67	62,6	106	99,0
Particip. doméstica	EIPPA11	-	-	1	0,9	3	2,8	10	9,3	93	86,9	106	99,0
	EIPPA12	-	-	1	0,9	3	2,8	9	8,4	94	87,9	106	99,0
	EIPPA13	-	-	1	0,9	3	2,8	10	9,3	93	86,9	106	99,0

4.4. Comparação da “opinião materna sobre a importância da participação do pai no sucesso do AM” segundo as variáveis independentes

Apresenta-se de seguida a análise inferencial, tendo por base o teste das hipóteses formuladas.

Hipótese 1: Existem diferenças na opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM segundo as características sociodemográficas da mãe e família (idade, estado civil, nível de escolaridade, classe social da família e condição de emprego do pai).

A análise da opinião materna sobre a IPPA segundo o grupo etário (Tabela 5) permite verificar que as mulheres com 40 e mais anos evidenciam médias mais elevadas comparativamente às restantes nas dimensões de participação física (média=30,40), de participação afetiva (média=31,60) e de participação global (média=76,40). Apesar disso, nem a aplicação do Teste *One-Way ANOVA*, nem o Teste *Kruskal Wallis* confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo o grupo etário ($p>0,05$).

Tabela 5*Opinião materna sobre a IPPA segundo o grupo etário*

Dimensões	N	Média	Estatística do teste	<i>p</i>	
Participação Física	18 aos 29 anos	29	27,41	0,945*	0,392*
	30 aos 39 anos	68	28,72		
	40 ou mais anos	10	30,40		
	Total	107	28,52		
Participação Afetiva	18 aos 29 anos	29	29,41	1,504**	0,471**
	30 aos 39 anos	68	31,13		
	40 ou mais anos	10	31,60		
	Total	107	30,71		
Participação Doméstica	18 aos 29 anos	29	13,93	2,421**	0,298**
	30 aos 39 anos	68	14,72		
	40 ou mais anos	10	14,40		
	Total	107	14,48		
Participação Global	18 aos 29 anos	29	70,76	1,791*	0,172*
	30 aos 39 anos	68	74,57		
	40 ou mais anos	10	76,40		
	Total	107	73,71		

* Teste *One-Way ANOVA*; **Teste de *Kruskal Wallis*

Analisando a Tabela 6 que compara as médias da opinião materna sobre a IPPA segundo o estado civil, verifica-se que são mais elevadas para a divorciada quando comparada com as restantes mas, uma vez que é só uma, esta comparação não tem significado. Para além deste resultado, nem a aplicação do Teste *One-Way ANOVA*, nem o Teste *Kruskal Wallis* identificam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo o estado civil ($p>0,05$).

Tabela 6*Opinião materna sobre a IPPA segundo o estado civil*

Dimensões	N	Média	Estatística do teste	<i>p</i>	
Participação Física	Casada/União de facto	87	28,16	,794*	,455*
	Solteira	19	30,05		
	Divorciada	1	31,00		
	Total	107	28,52		
Participação Afetiva	Casada/União de facto	87	30,76	,015**	,993**
	Solteira	19	30,42		
	Divorciada	1	32,00		
	Total	107	30,71		
Participação Doméstica	Casada/União de facto	87	14,52	,366**	,833**
	Solteira	19	14,26		
	Divorciada	1	15,00		
	Total	107	14,48		
Participação Global	Casada/União de facto	87	73,44	,208*	,813*
	Solteira	19	74,74		
	Divorciada	1	78,00		
	Total	107	73,71		

*Teste *One-Way ANOVA*; **Teste de *Kruskal Wallis*

Na análise da opinião materna sobre a IPPA segundo a escolaridade (Tabela 7) é possível verificar que as mulheres com o ensino secundário são as que apresentam médias mais elevadas comparativamente aos outros níveis de ensino nas dimensões de participação física (média=30,27), de participação afetiva (média=31,11) e de participação global (média=76,03). No entanto, com a aplicação do Teste *One-Way ANOVA* e do Teste *Kruskal Wallis*, é na dimensão da participação doméstica onde se encontra a existência de diferenças

estatisticamente significativas ($p= 0,018$) face às médias das opiniões maternas acerca da IPPA, sendo que a média mais elevada corresponde às mães que têm o ensino superior.

Tabela 7

Opinião materna sobre a IPPA segundo a escolaridade

Dimensões		N	Média	Estatística do teste	p
Participação Física	Ensino Básico	13	27,08	2,333*	,102*
	Ensino Secundário	37	30,27		
	Ensino Superior	57	27,72		
	Total	107	28,52		
Participação Afetiva	Ensino Básico	13	28,62	1,989**	,370**
	Ensino Secundário	37	31,11		
	Ensino Superior	57	30,93		
	Total	107	30,71		
Participação Doméstica	Ensino Básico	13	13,15	7,996**	,018**
	Ensino Secundário	37	14,65		
	Ensino Superior	57	14,67		
	Total	107	14,48		
Participação Global	Ensino Básico	13	68,85	2,487*	,088*
	Ensino Secundário	37	76,03		
	Ensino Superior	57	73,32		
	Total	107	73,71		

* Teste *One-Way ANOVA*; **Teste de *Kruskal Wallis*

Ao analisar a opinião materna sobre a IPPA segundo a classe social da família (Tabela 8) é possível verificar que as mulheres pertencentes a famílias de classe alta são as que apresentam médias mais elevadas comparativamente às outras classes em todas as dimensões: participação física (média=29,43), participação afetiva (média=32,71), participação doméstica (média=14,86) e participação global (média=77,00). Ao aplicar o Teste *One-Way ANOVA* e do Teste *Kruskal Wallis* constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a classe social, na participação afetiva ($p= 0,037$), na participação doméstica ($p= 0,002$) e na participação global ($p= 0,007$).

Tabela 8

Opinião materna sobre a IPPA segundo a classe social

Dimensões		N	Média	Estatística do teste	p
Participação Física	Classe Alta	14	29,43	1,827*	,147*
	Classe Média Alta	44	28,20		
	Classe Média	41	29,30		
	Classe Média Baixa e Baixa	6	23,33		
	Total	105	28,51		
Participação Afetiva	Classe Alta	14	32,71	8,473**	,037**
	Classe Média Alta	44	30,73		
	Classe Média	41	30,85		
	Classe Média Baixa e Baixa	6	26,33		
	Total	105	30,79		
Participação Doméstica	Classe Alta	14	14,86	14,416**	,002**
	Classe Média Alta	44	14,70		
	Classe Média	41	14,63		
	Classe Média Baixa e Baixa	6	11,33		
	Total	105	14,50		
Participação Global	Classe Alta	14	77,00	4,224*	,007*
	Classe Média Alta	44	73,64		
	Classe Média	41	74,78		
	Classe Média Baixa e Baixa	6	61,00		
	Total	105	73,81		

*Teste *One-Way ANOVA*; **Teste de *Kruskal Wallis*

Analisando a variável dependente face à condição de emprego do pai (Tabela 9), verifica-se que as mulheres cujos cônjuges estão empregados apresentam médias mais elevadas em comparação com os que estão desempregados: participação física (média=28,83), participação afetiva (média=30,94), participação doméstica (média=14,56) e participação global (média=74,34). Ao aplicar o Teste *t de Student* e o Teste *U de Mann-Whitney* constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a condição de emprego do pai, na dimensão da participação física ($p= 0,035$) e na participação global ($p= 0,009$).

Tabela 9

Opinião materna sobre a IPPA segundo a condição de emprego do pai

	Condição de emprego do pai	N	Média	Estatística do teste	<i>p</i> (bilateral)
Participação Física	Empregado	101	28,83	2,134*	,035*
	Desempregado	6	23,33		
Participação Afetiva	Empregado	101	30,94	181,500**	,098**
	Desempregado	6	26,83		
Participação Doméstica	Empregado	101	14,56	245,000**	,257**
	Desempregado	6	13,00		
Participação Total	Empregado	101	74,34	2,649*	,009*
	Desempregado	6	63,17		

*Teste *t de Student*, **Teste *U de Mann-Whitney*

Face aos resultados apresentados confirma-se parcialmente a hipótese 1.

Hipótese 2 – A opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM é diferente segundo as variáveis relacionadas com a vigilância da gravidez, a participação do pai e a experiência prévia em AM (frequência da mãe e do pai às consultas pré-natais, frequência de um CPP por ambos os progenitores e experiência anterior em AM).

Ao comparar as médias da variável dependente segundo o número de consultas pré-natais (Tabela 10), observa-se que as mulheres que tiveram 6 ou mais consultas apresentam médias mais elevadas face às que tiveram um número inferior: participação física (média=28,55), participação afetiva (média=30,73), participação doméstica (média=14,48) e participação global (média=73,76). Ao aplicar o Teste *t de Student* e o Teste *U de Mann-Whitney* não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da participação do pai no AM segundo o número de consultas pré-natais.

Tabela 10*Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência de consultas pré-natais*

Vigilância pré-natal		N	Média	Estatística do teste	<i>p</i> (bilateral)
Participação Física	Menos de 6 consultas	15	28,33	-,127*	,899*
	6 ou mais consultas	92	28,55		
Participação Afetiva	Menos de 6 consultas	15	30,60	686,000**	,971**
	6 ou mais consultas	92	30,73		
Participação Doméstica	Menos de 6 consultas	15	14,47	645,500**	,564**
	6 ou mais consultas	92	14,48		
Participação Total	Menos de 6 consultas	15	73,40	-,125*	,901*
	6 ou mais consultas	92	73,76		

*Teste *t* de Student; **Teste *U* de Mann-Whitney

Na análise da variável dependente segundo a frequência do pai às consultas pré-natais (Tabela 11) é possível verificar que as mulheres cujos cônjuges frequentaram sempre as consultas são as que apresentam médias mais elevadas comparativamente às restantes, nas dimensões de participação física (média=30,38), participação afetiva (média=32,21) e participação global (média=77,17). Da aplicação do Teste *One-Way ANOVA* e do Teste *Kruskal Wallis* verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA, segundo a frequência do pai às consultas pré-natais, na dimensão da participação afetiva ($p=0,003$).

Tabela 11*Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência do pai às consultas pré-natais*

Dimensões	N	Média	Estatística do teste	<i>p</i>	
Participação Física	Não	44	27,39	1,462*	,229*
	Uma vez	9	27,11		
	Quase sempre	30	29,13		
	Sempre	24	30,38		
	Total	107	28,52		
Participação Afetiva	Não	44	29,95	8,947**	,003**
	Uma vez	9	30,22		
	Quase sempre	30	30,77		
	Sempre	24	32,21		
	Total	107	30,71		
Participação Doméstica	Não	44	14,23	,252**	,615**
	Uma vez	9	14,33		
	Quase sempre	30	14,80		
	Sempre	24	14,58		
	Total	107	14,48		
Participação Global	Não	44	71,57	1,778*	,156*
	Uma vez	9	71,67		
	Quase sempre	30	74,70		
	Sempre	24	77,17		
	Total	107	73,71		

*Teste *One-Way ANOVA*; **Teste de *Kruskal Wallis*

Analisando a opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência de um CPP por ambos os progenitores (Tabela 12) verifica-se que as mulheres acompanhadas pelo pai do bebé são as que apresentam médias mais elevadas comparativamente às que não foram acompanhadas, em

todas as dimensões: participação física (média=31,35), participação afetiva (média=32,47), participação doméstica (média=14,71) e participação global (média=78,53). Ao aplicar o Teste *t de Student* e o Teste *U de Mann-Whitney* constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da participação do pai no AM segundo a frequência de um CPP por ambos, na dimensão da participação física ($p=0,004$), na participação afetiva ($p=0,002$) e na participação global ($p=0,001$).

Tabela 12

Opinião materna sobre a IPPA segundo a frequência de um CPP por ambos os progenitores

Frequência do pai ao CPP		N	Média	Estatística do teste	p (bilateral)
Participação Física	Sim	17	31,35	3,072*	,004*
	Não	22	26,18		
Participação Afetiva	Sim	17	32,47	82,000**	,002**
	Não	22	28,86		
Participação Doméstica	Sim	17	14,71	174,500**	,726**
	Não	22	14,27		
Participação Total	Sim	17	78,53	3,545*	,001*
	Não	22	69,32		

*Teste *t de Student*; **Teste *U de Mann-Whitney*;

Na análise da opinião materna sobre a IPPA segundo a experiência anterior em AM (Tabela 13) é possível verificar que as mulheres sem experiência prévia em AM são as que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões comparativamente às que já tiveram experiência nesse âmbito: participação física (média=29,38), participação afetiva (média=31,24), participação doméstica (média=14,58) e participação global (média=75,20). Contudo nem a aplicação do Teste *t de Student*, nem o Teste *U de Mann-Whitney* identificam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a experiência anterior em AM.

Tabela 13

Opinião materna sobre a IPPA segundo a experiência anterior em AM

Experiência anterior em AM		N	Média	Estatística do teste	p (bilateral)
Participação Física	Sim	52	27,62	-1,473*	,144*
	Não	55	29,38		
Participação Afetiva	Sim	52	30,15	1228,000**	,205**
	Não	55	31,24		
Participação Doméstica	Sim	52	14,37	1335,000**	,393**
	Não	55	14,58		
Participação Total	Sim	52	72,13	-1,546*	,125*
	Não	55	75,20		

*Teste *t de Student*; **Teste *U de Mann-Whitney*;

Face aos resultados apresentados confirma-se parcialmente a hipótese 2.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a apresentação dos resultados obtidos, de seguida proceder-se-á à sua discussão, tendo por base a revisão da literatura previamente efetuada e confrontando-os com estudos do mesmo âmbito.

Após verificar que a população em estudo na USF Águeda+Saúde apresentava um número limitado para o tipo de pesquisa quantitativa e de forma a obter valores mais representativos optou-se por alargar o estudo à UCSP Águeda II sediada no mesmo edifício e, portanto, com uma população com as mesmas características, o que permitiu obter uma amostra de 107 mães.

A caracterização sociodemográfica das inquiridas permite verificar que têm em média 32,33 anos, que a maioria são casadas ou em união de facto (81,3%) e têm o ensino superior. Estes resultados assemelham-se ao estudo de Almeida (2015) em que a média de idades das mães foi de 33 anos, 90,4% estavam casadas ou em união de facto e 81,7% tinham o ensino superior. A autora afirma que estas características “parecem estar associadas a um perfil de sucesso no AM” (p.38) devido ao melhor acesso a informação. Acrescenta que um nível de escolaridade superior parece estar relacionado com uma maior aquisição de competências parentais. Assim, os grupos mais vulneráveis, nomeadamente de mães mais jovens e menos escolarizadas, não devem ser esquecidos com vista a uma maior efetividade na promoção do AM.

A classe social familiar da amostra deste estudo, cuja classe média alta é a mais predominante (41,9%) e a classe baixa a menos frequente (0,95%), é semelhante à amostra do estudo de Leal (2017) em que a classe média também foi a mais usual (60,7%) e a classe baixa a menos verificada (0,2%). A autora do estudo corrobora o pressuposto de Figueiredo (2009) que afirma que “habitualmente o baixo estatuto sócio-económico está associado a défices e dificuldades diversas, relacionadas com a dificuldade de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos” (p.156). Assim, a classe social é um fator determinante na necessidade de cuidados de enfermagem, nomeadamente sobre o AM, o qual deve ser valorizado pelo EF.

A maioria dos pais está empregado (94,4%) e coabita com as inquiridas (99,1%). O facto de o pai estar empregado não deve ser motivo para o destituir do seu papel ativo de pai. Pelo contrário, “os homens devem ser encorajados a usufruir de licenças paternidade ou parental, e tanto mães quanto pais devem ser capazes de partilhar a responsabilidade de cuidar de seus filhos em igualdade de condições” (WABA, 2019, p.3). A mesma fonte refere que o apoio das mães e pais no trabalho através de licenças remuneradas são um pré-requisito para o AM ideal. Em Portugal, mesmo com o regime de proteção social desenvolvido, de modo a combater as desigualdades de género, conciliar a vida profissional e familiar e para maior envolvimento do pai na gravidez e puerpério, Abrantes (2014, p.30) afirmou que “isso ainda acontece de forma tímida”.

No presente estudo a maioria dos pais nunca frequentou as consultas de vigilância da gravidez (41,1%) e não acompanhou a grávida no CPP (56,4%). Estes resultados são contrários aos encontrados no estudo de Abrantes (2014) em que a maioria dos pais frequentou sempre as consultas pré-natais (56,5%) e aqueles que nunca acompanharam o CPP foram uma minoria (11,1%). Também no estudo de Santos (2018), 90% dos pais frequentou as consultas de vigilância pré-natal e 70,0% as aulas de preparação para o parto, o que para a autora veio confirmar o crescente envolvimento do pai e uma maior predisposição para estar incluído no processo da gravidez e apoiar a companheira. No presente estudo, estes resultados foram influenciados negativamente pela situação de pandemia pois, na maioria dos casos, a presença do pai não foi permitida, quer nas consultas pré-natais, quer no CPP presencial. Esta situação foi reportada de forma informal pelas inquiridas que mostraram o seu desagrado e inquietação sobre o impedimento da participação ativa do companheiro ao longo da gravidez. Houve assim um retrocesso no envolvimento do pai neste acompanhamento e conseqüentemente na sua capacitação para a parentalidade, que veio dar ainda mais ênfase à importância da sua participação em todo o processo da gravidez e pós-parto, o que sustenta a temática deste estudo.

Verificou-se na pesquisa que 48,6% das inquiridas referiu experiência prévia em AM. Decidiu-se indagar esta questão uma vez que “a vivência de uma situação repetida ou semelhante traz recordações, pensamentos e sentimentos experienciados na anterior” (Leal, 2017, p.39), o que pode influenciar a opinião materna sobre a IPPA. A experiência prévia em AM é apontada por Romão et al. (2017) como fator protetor da adesão ao AM, a par com uma idade materna e escolaridade mais elevadas. Esta experiência prévia também é tida por Santana et al. (2018) como fator que auxilia a mulher a enfrentar as possíveis dificuldades no AM, o que influencia o seu sucesso. O pai que acompanhou o processo de amamentação do filho anterior também se mostra mais satisfeito com a relação desenvolvida entre a tríade e mostra-se mais confiante no acompanhamento da nova experiência em AM (Carvalho, 2018).

Relativamente à opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM avaliada através da EIPPA, verifica-se que a maioria das mães lhe atribui importância, muita importância ou extrema importância. Relativamente às três dimensões da escala é na participação do pai na dimensão doméstica que atribuem maior importância (média de 99%), obtendo respostas “extremamente importante” de 99% em cada um dos três itens desta dimensão: item 11) “Qual a importância da ajuda do pai na execução de trabalhos domésticos, de modo a proporcionar períodos de repouso à mãe que amamenta?”; item 12) “Qual a importância da colaboração do pai nos cuidados aos filhos mais velhos para apoiar a mãe que amamenta?” e item 13) “Qual a importância da participação do pai nos cuidados ao bebé (adormecer o bebé, mudar a fralda, dar banho, etc.) para ajudar a mãe que amamenta?”. Segue-se a participação do pai na dimensão afetiva com uma média de Fac de respostas importantes de 96,1%, cujos itens 15) “Qual a importância do pai promover momentos de repouso e relaxamento à mãe, durante o período de amamentação?” e 18) “Qual a importância do alargamento do período de permanência do pai junto da mãe e bebé, no internamento, para a amamentação?” também apresentaram médias

de 99%. Finalmente, com uma média de Fac de respostas importantes de 81,4%, um valor ligeiramente inferior aos anteriores, surge a participação do pai na dimensão física, cujo item 2) “Qual a importância da presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal para o sucesso da amamentação?” apresenta o percentual mais elevado (90,7%). Verifica-se assim que a opinião materna sobre a IPPA corrobora a importância atribuída ao pai para o sucesso no AM pelos autores referidos no enquadramento teórico. É também importante verificar a diferença nas médias de opinião encontradas face às diversas dimensões dessa participação. Neste estudo, a dimensão doméstica destacou-se seguindo-se a dimensão afetiva e por fim a dimensão física, tal como ocorreu nos estudos de Abrantes (2014), Almeida (2015) e Franco & Gonçalves (2014).

O apoio efetivo do pai nas atividades domésticas e nos cuidados ao bebé e aos filhos mais velhos favorece a manutenção do AM (Fazio et al., 2018), uma vez que reduz a carga sobre a mãe, deixando-a mais calma e disponível para amamentar (Teston et al., 2018). Segundo estes autores, a divisão de tarefas domésticas “faz com que o pai mude suas atitudes e sua percepção sobre a mulher em relação à amamentação, passando a apoiá-la e respeitá-la nesse período” (p.5). A ajuda nas tarefas diárias é percebida com satisfação pelas companheiras e “contribui para o sucesso na manutenção do aleitamento materno exclusivo mais prolongado” (Rêgo et al., 2016, p.377). Promover o envolvimento dos pais nos cuidados infantis e domésticos resulta também “numa parentalidade equitativa em termos de gênero” (WABA, 2019, p.5), o que traz maior equilíbrio familiar. Apesar da suma importância desta dimensão, importa refletir sobre o seu equilíbrio, de modo que os pais se sintam satisfeitos e motivados com a sua participação e não sejam marginalizados como simples empregados domésticos (Barimani et al., 2017).

O envolvimento afetivo do pai no AM com gestos e palavras de carinho permitem “uma sensação de harmonia recíproca entre os elementos da tríade” (Franco & Gonçalves, 2014, p.61), o que favorecerá o sucesso do AM e a vinculação precoce. O suporte emocional à mãe neste período de crise ajuda-a a superar as dificuldades que possam surgir no estabelecimento do AM, sendo “essencial que o pai adote um papel de reforço positivo e apoio verbal através de elogios à mulher” (Carvalho, 2018, p.72). O sustentáculo emocional é também tido como fator de manutenção do AM por Moreira et al. (2018), os quais destacam a importância do casal dividir as suas preocupações com a saúde dos filhos. O apoio emocional também permite à mãe reduzir a sua ansiedade e restabelecer a sua autoestima e autoconfiança, o que trará benefícios para o AM e também para o relacionamento conjugal (Esteves, 2015).

A participação física do pai no AM, apesar de ter obtido valores médios da opinião materna sobre a sua importância inferiores, é reconhecida pela evidência científica como “determinante para o sucesso e duração da amamentação” (Amador, 2015, p.54), estando comprovado que quanto mais informados e envolvidos estiverem os pais, mais facilmente conseguirão dar apoio à mulher no AM. A autora refere que os pais devem ser estimulados para participar nas consultas de vigilância pré-natal e nos cursos de preparação para a parentalidade, os quais permitirão aumentar os seus conhecimentos sobre AM e a sua capacidade de ajudar na prática. Efetivamente, “para que o pai tenha uma atitude participativa na amamentação é fundamental,

antecipadamente, fornecer-lhe informação e prepará-lo” e, deste modo, será “um ótimo recurso de apoio e suporte à mãe” em todo o processo de AM (Carvalho, 2018, p.71). Este tipo de apoio inclui o posicionar do bebê à mama, o verificar a boa pega e também amenizar as dificuldades que possam ocorrer durante o processo do AM (Teston et al., 2018).

A análise inferencial permitiu verificar algumas diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA, estando a primeira relacionada com a escolaridade, na dimensão da participação doméstica ($p= 0,018$), onde as mães com ensino superior apresentam médias superiores, seguindo-se as que têm o ensino secundário e por último as que têm o ensino básico. Assim, parece que, quanto maior a escolaridade, maior é a importância atribuída à participação doméstica do pai. Este resultado pode ser justificado pelo facto de, desde a década de setenta, as mulheres terem reivindicado o seu “direito à igualdade de género no trabalho, na escolaridade, na participação social mais ativa, emergindo assim uma reconfiguração das famílias” (Leal, 2017, p.8). O aumento da escolaridade das mulheres e consequente aumento de informação, bem como a sua inclusão no mercado de trabalho, teve inevitavelmente “implicações na divisão de papéis, levando a novas formas de organização familiar, que de alguma forma põs em causa os papéis tradicionais de marido e mulher” (Figueiredo, 2009, p.120). Se inicialmente “foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor escolaridade” (Levy & Bértolo, 2012, p.7), atualmente assiste-se a uma consciencialização da importância do AM derivada da maior informação da mulher e casal. O sucesso do AM requer indubitavelmente a divisão de tarefas domésticas pelos dois membros do casal para não acontecer a saturação de papéis da mulher, aumentar a sua satisfação no AM e consequentemente a satisfação conjugal, atendendo a uma boa dinâmica familiar (Figueiredo, 2013).

Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a classe social nas dimensões da participação afetiva ($p= 0,037$), doméstica ($p= 0,002$) e global ($p= 0,007$), sendo as mães da classe alta que lhe atribuem maior importância. As famílias de classe social alta estão relacionadas com empregos de maior reconhecimento, com maiores rendimentos, com níveis de instrução superiores e com melhores condições de habitação. São famílias com mais recursos e, como analisado anteriormente, com mais facilidade de acesso à informação, nomeadamente sobre gravidez e direitos parentais. De modo a combater a desigualdade social, como apela a WABA (2019, p.3), é necessário melhorar o acesso dos casais aos serviços de saúde, “melhorar a compreensão da comunidade sobre as desigualdades existentes e envolver homens jovens e adultos para apoiar as necessidades e direitos das mulheres”. A evidência científica aponta para o facto de ser nas classes mais altas que se verifica maior evolução do papel de pai mudando de modelo de autoridade patriarcal para um modelo de pai cuidador, em que os laços afetivos são mais fortes e onde existe maior vinculação da tríade mãe-pai-bebê (Amador, 2015). Esta evidência pode justificar o facto de se dar mais importância à participação afetiva do pai no AM na classe social mais elevada.

A condição de emprego do pai permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA, na dimensão física ($p=0,035$) e global ($p=0,009$), sendo as mulheres cujos companheiros estão empregados que lhe atribuem maior importância. Este resultado vem reforçar o achado anterior, uma vez que o desemprego é tido como fator de risco social e familiar (DGS, 2015b) que pode condicionar a dinâmica familiar e as competências parentais. Por sua vez, as famílias cujos progenitores estão empregados parecem ter maior estabilidade socioeconômica e familiar. Quando ambos os progenitores estão empregados, a divisão de tarefas é essencial para uma adequada gestão do tempo, levando à aproximação dos papéis parentais (Gonçalves, 2012).

As competências parentais relativas ao AM adquiridas por ambos facilitam todo o processo, mas é necessário que o pai perceba o seu papel neste contexto. Sempre que está presente, o pai “pode realizar ações simples que favoreçam o estabelecimento de um ambiente tranquilo e acolhedor para que a mulher consiga amamentar, oferecer suporte físico e emocional à puérpera” (Teston et al., 2018, p.2), como ajudar no posicionamento do bebê à mama, dialogar sobre as dificuldades sentidas que levam à insegurança e procurarem resolvê-las em parceria. O pai empregado também deve conhecer os seus direitos parentais e ser encorajado a usufruir deles para conseguir compartilhar a responsabilidade de cuidar dos seus filhos e equilibrar o seu papel de pai com o trabalho (WABA, 2019).

Os últimos achados pertinentes dizem respeito à verificação de diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a frequência do pai às consultas pré-natais, na dimensão da participação afetiva ($p= 0,003$) e segundo a frequência de um CPP por ambos, na participação física ($p=0,004$), afetiva ($p=0,002$) e global ($p=0,001$), sendo as mulheres cujos companheiros foram sempre às consultas e frequentaram o CPP que atribuíram maior importância nessas dimensões. Estes resultados são originais, não se tendo encontrado estudos incidentes sobre a influência da participação do pai nas consultas pré-natais e CPP sobre as opiniões maternas acerca da IPPA. O estudo de Abrantes (2014) sobre a mesma temática teve foco na opinião paterna mas, no seu caso, não verificou diferença estatística significativa entre o envolvimento do pai na gravidez (consultas de vigilância e CPP) e a importância por ele atribuída à sua participação no AM.

“O pai da atualidade é um pai atuante e é parte integrante de todo o processo gestacional, assumindo-se num papel ativo e participativo” (Almeida, 2015, p.43), contudo o envolvimento paterno requer que esteja capacitado para o seu novo papel. A DGS (2015b) afirma que os profissionais de saúde devem apoiar o pai na adaptação deste seu novo papel e responsabilidades familiares. Para isso, o conceito de vigilância pré-natal deve ser inclusivo do pai. Segundo a mesma fonte, “os homens têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas relacionadas com a sua preparação e adaptação à paternidade, que é necessário ter em conta, escutando-os, esclarecendo-os e apoiando-os também” (p.63). Enquanto profissional privilegiado no acompanhamento das famílias, o EF deve facilitar a adaptação do pai ao seu novo papel, envolvendo-o em todo o processo da gravidez, incentivando-o a acompanhar e

participar nas consultas de vigilância pré-natal e pós-parto e também nos CPP. Esta participação irá trazer-lhe novos conhecimentos, nomeadamente sobre o AM, e capacitá-lo para uma atuação efetiva nas novas tarefas e colaborar na tomada de decisões fundamentadas com a companheira. Para além disso, permitirá diminuir “sentimentos de exclusão e de insegurança, reforçando a sua autoestima, a sua confiança e a sua identidade como agente participativo e ativo, contribuindo para o fortalecer os laços afetivos entre a tríade” (Amador, 2015, p.54).

Esta pode ser uma justificação para os resultados significativos encontrados, em que as mães cujos companheiros acompanharam as consultas pré-natais e os CPP reconhecem como importante a participação afetiva do pai no AM. Também Abrantes (2014, p.31) refere que o pai participativo “implica a entrada num mundo emocional que até aqui era considerado das mulheres, como por exemplo, acariciar, beijar, pegar ao colo, dar de comer, mudar fraldas, brincar”, podendo assumir um papel tão relevante como o da mãe.

Relativamente à existência ou não de experiência anterior em AM, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA neste estudo. Contudo, na pesquisa de Almeida (2015) foi verificada a existência de uma correlação positiva entre a perceção materna de elevada importância acerca participação do pai no AM e a sua avaliação positiva da experiência em AM. Já o estudo de Leal (2017) permitiu verificar que o grau de satisfação da experiência anterior em AM estava relacionado com a duração do AM. Assim, parece importante que o EF conheça as experiências prévias em AM da mulher e casal para melhor os ajudar na sua capacitação face à nova experiência.

6. CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido permitiu responder às questões de investigação enunciadas e alcançar os objetivos definidos, na medida em que possibilitou conhecer a opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM e analisar essa opinião das participantes segundo as variáveis sociodemográficas e as relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e experiência prévia em AM. Através desta análise foi possível compreender a participação do pai no AM em três importantes dimensões, nomeadamente: doméstica, afetiva e física.

De modo a apresentar as conclusões que emergiram deste estudo quantitativo, este subcapítulo está dividido em três partes: na primeira são apresentadas as conclusões resultantes da análise e discussão dos resultados obtidos, na segunda são enumeradas as principais limitações do estudo e na terceira são apresentadas as implicações para a prática profissional e propostas de alteração de práticas profissionais.

6.1. Conclusões

A participação do pai no AM foi considerada importante a extremamente importante pela maioria das mulheres inquiridas, nas suas múltiplas dimensões, destacando-se a participação do pai na dimensão doméstica, seguindo-se a dimensão afetiva e, por fim, a participação física. Efetivamente, como muitos autores defendem, o pai detentor de conhecimentos sobre o AM e que compreenda e consiga envolver-se nas três dimensões da sua participação no AM, dará o apoio essencial à companheira em todo o processo do AM e contribuirá para o seu sucesso.

A análise inferencial permitiu confirmar parcialmente as hipóteses formuladas, o que realça o interesse do estudo e permite ao EF compreender como pode intervir para melhorar a capacitação do casal face ao AM. A primeira diferença estatisticamente significativa surgiu nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a escolaridade, na dimensão da participação doméstica, em que, as mães com maior a escolaridade atribuíram maior importância a esta dimensão da participação do pai. A segunda diferença estatisticamente significativa surgiu nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a classe social, nas dimensões da participação afetiva, doméstica e global, sendo atribuída maior importância nestas dimensões pelas mães da classe alta. A terceira diferença estatisticamente significativa foi encontrada nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a condição de emprego do pai, na dimensão física e global, sendo atribuída maior importância pelas mulheres cujos companheiros estão empregados. A quarta diferença estatisticamente significativa surgiu nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a frequência do pai às consultas pré-natais, na dimensão da participação afetiva, sendo atribuída maior importância nesta dimensão pelas

mulheres cujos companheiros foram sempre às consultas. Por fim, a quinta diferença estatística significativa foi encontrada nas médias das opiniões maternas acerca da IPPA segundo a frequência de um CPP por ambos, na participação física, afetiva e global, em que as mulheres cujos companheiros frequentaram o CPP atribuíram maior importância nessas dimensões.

Enquanto profissional privilegiado no acompanhamento das famílias e capacidade de avaliação do seu contexto particular, o EF deve preparar os casais para a parentalidade. Deve estar ciente que ao incentivar o pai a participar no processo da gravidez, nomeadamente nas consultas de vigilância pré-natal e CPP, permitirá a sua capacitação para o seu novo papel de pai onde se inclui a tarefa do AM. Quanto mais conhecimentos teóricos e práticos adquirir sobre o AM e sobre a possibilidade de participar nas diferentes dimensões doméstica, afetiva e física, mais facilmente conseguirá dar o apoio necessário à mulher no AM, tornando-se promotor do AM e contribuindo para a sua prevalência. Cabe ao EF encontrar estratégias para incentivar a participação efetiva do pai nas diferentes mas tão importantes dimensões.

6.2. Limitações do estudo

Uma das limitações identificada do estudo diz respeito à sua amostragem não probabilística uma vez que limita a generalização dos resultados para a população. Contudo tentou-se aproximar o número da amostra ao número da população alvo inscrita na USF Águeda+Saúde e na UCSP Águeda II, a qual foi acrescentada para aumentar o número da amostra.

Outra limitação do estudo é ter questionado apenas a opinião materna sobre a IPPA e não se ter questionado a opinião paterna, de modo a compreender a sua perspetiva e a complexidade da sua participação no AM tendo em conta a sua masculinidade. Esta opção de não questionar o pai foi tomada devido ao contexto de pandemia que atravessamos. Seria importante compreender a participação do pai no AM segundo as diferentes perspetivas do género e também nos vários tipos de famílias, uma vez que neste estudo a maioria das famílias inquiridas foram nucleares.

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Os resultados do estudo mostram que as mães dão uma relevante importância à participação do pai no AM nas várias dimensões e o atual estado da arte confirma a sua influência para o sucesso do AM. Da prática constata-se que existe um potencial evolutivo significativo no que diz respeito à capacitação do pai e do casal para a inerente transição para a parentalidade, nomeadamente para a tarefa do AM que está em causa no estudo. Assim, é pertinente sugerir algumas propostas de alteração e melhoria das práticas profissionais:

- Ainda antes da gravidez, incentivar a presença do casal, na consulta de Planeamento Familiar/consulta pré-concepcional de forma a consciencializar e preparar o mesmo para os aspetos relacionados com a transição para a parentalidade e discutir com ele os aspetos psicológicos, familiares, sociais e económicos como enunciado no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008);
- Incentivar o acompanhamento da mulher, pelo cônjuge, quer nas consultas de vigilância pré-natal, quer nos CPP, de forma a promover as suas competências parentais e os seus conhecimentos sobre AM para que consiga dar o apoio e estímulo necessário à companheira, como preconizado pela DGS (2015b);
- Discutir a importância da participação do pai no AM nas reuniões de equipa, em particular entre EFs, de modo a reconhecer a importância das suas várias dimensões (afetiva, física e doméstica) e encontrar estratégias para o envolvimento e capacitação do pai em cada uma delas; uniformizar as intervenções; melhorar os indicadores relativos ao AM e partilhar conhecimentos e experiências;
- Atualizar os conhecimentos da equipa sobre AM, nomeadamente através dos cursos de promotores e conselheiros em AM, para uma melhor capacitação nesta área específica;
- Criar um grupo na comunidade para troca de experiências entre casais sobre AM, mediado pelo EF, e que pudesse funcionar como cantinho da amamentação, de forma a acompanhar os casais e contribuir para a prevalência e sucesso do AM;
- Cumprir as sugestões referidas anteriormente com a ambição de tornar a USF em Unidade Amiga do Bebê como preconizado pela UNICEF (2017).

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório possibilitou a reflexão de todo o percurso efetuado ao longo curso de MESF, nomeadamente sobre as aprendizagens e desenvolvimento de competências gerais e específicas do EF. Permitiu explicar todo o trabalho desenvolvido na USF Águeda+Saúde desde a componente prática do estágio, ao fazer uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, dificuldades sentidas e estratégias encontradas para as superar, até à sua componente de investigação mediante a apresentação do estudo empírico realizado.

O estágio em si foi uma experiência muito enriquecedora e desafiante a nível profissional e pessoal. Com empenho e dedicação, consegui envolver-me, capacitar-me e desenvolver as competências esperadas, nomeadamente: cuidar a família como unidade de cuidado, e de cada um dos seus elementos, ao longo das diferentes fases do seu ciclo vital e aos vários níveis de prevenção e, em parceria com a família, liderar e colaborar nos processos de intervenção no que diz respeito à ESF, mobilizando os seus recursos internos e externos com vista à sua capacitação e autonomia perante a sua saúde. São de realçar todos os momentos de partilha e reflexão com a Enfermeira Supervisora Luciana Correia, que possibilitaram a oportunidade de repensar algumas das minhas competências previamente desenvolvidas, colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do mestrado e intervir de forma refletida e consciente tendo em conta o que é esperado do EF.

O estudo empírico permitiu-me desenvolver uma temática de grande interesse pessoal e profissional de longa data. Apesar de trabalhar em meio hospitalar, já no curso de licenciatura a minha preferência indicava-me a especialidade de enfermagem comunitária e os cuidados de saúde primários pela maior envolvimento com os utentes e a possibilidade de promoção da sua saúde. Enquanto enfermeira na maternidade e na consulta hospitalar de vigilância pré-natal, o tema do AM foi ganhando corpo, tendo desenvolvido um programa de melhoria contínua nessa área, realizando o curso de conselheira em AM, dinamizando o cantinho da amamentação entre outros e, em todos os momentos, identifiquei o pai como elemento essencial nesta prática. A área de ESF não me deixou indiferente e quando o curso de MESF surgiu vi nele uma oportunidade de realização ao verificar a família como centro de cuidados. Hoje sinto-me satisfeita pelos resultados obtidos ao longo deste percurso e pelo crescimento pessoal e profissional que me permitiu. Creio que superei os meus objetivos, que ampliei os meus conhecimentos a vários níveis e desenvolvi as competências relativas ao EF, tendo também a noção que este é apenas o início de um novo caminho e que ainda há muito a fazer no sentido de crescimento como EF.

Ainda sobre os resultados do estudo, estes revelaram a elevada importância da participação do pai no AM atribuída pelas suas companheiras nas dimensões doméstica, afetiva e física. Também a análise inferencial permitiu verificar diferenças estatísticas significativas na opinião materna face à IPPA segundo a sua escolaridade, classe social, condição de emprego do pai,

frequência do pai às consultas de vigilância pré-natal e frequência de ambos num CPP, em diferentes dimensões. Estes resultados mostram a necessidade de envolver o pai no que diz respeito ao AM, que é reconhecido como fundamental para o desenvolvimento adequado do bebé, e de ensiná-lo e habilitá-lo para ser membro integrante deste processo. O EF deverá encontrar estratégias para o incentivo da participação do pai no AM nas várias dimensões e refleti-las com ele e com a companheira, tendo em consideração o seu contexto, de modo a encontrarem um equilíbrio, que leve ao bem-estar da tríade e contribua para o sucesso do AM. O EF é efetivamente o profissional que melhor conhece a família e que, enquanto parceiro, deve capacitá-la para que se torne autónoma nas suas necessidades de saúde, nomeadamente na tarefa do AM. A aquisição de competências parentais nesta área contribuirá também para uma transição para a parentalidade saudável.

Pretende-se que este estudo contribua para a construção de uma prática baseada na evidência e permita o desenvolvimento de práticas profissionais mais apropriadas e atentas à necessidade de ver o pai não como mero colaborador, mas como integrante da prática do AM, o qual traz ganhos inegáveis em saúde para o bebé, a mãe e a tríade, enquanto unidade de cuidados. Neste sentido, pretende-se também difundir os resultados deste estudo para que possam ser refletidos pelos profissionais de saúde perante as suas práticas e contribuam para a sua melhoria contínua, nomeadamente na USF Águeda+Saúde e na UCSP Águeda II, onde foi desenvolvido.

Ao longo do estágio foram notórias as dificuldades sentidas, nomeadamente a complexidade em conciliar a carga horária laboral com a carga horária preconizada para o Estágio, as quais levaram à privação de tempo de qualidade a nível familiar e social. Contudo, valeu-me a flexibilidade de horário viabilizada pela Enfermeira Supervisora Luciana Correia, as suas palavras de ânimo e a compreensão da minha família.

Em suma, a realização deste estágio, quer na sua vertente prática, quer no estudo empírico desenvolvido, quer na construção deste relatório, foi muito enriquecedora aos mais diversos níveis, percebendo a grandeza do EF e as suas múltiplas competências para cuidar da família e de cada um dos seus elementos sem ser intrusivo, mas caminhando a seu lado.

É como enorme satisfação que concluo esta etapa do meu percurso profissional, em que a perseverança e a dedicação permitiram alcançar os objetivos a que me propus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, G. (2014). *Aleitamento materno: O papel do pai* (Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu). Retrieved from [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2537/1/ABRANTES%2C Georgina Maria Travasso Mota - DissertMestrado.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2537/1/ABRANTES%2C%20Georgina%20Maria%20Travasso%20Mota%20-%20DissertMestrado.pdf)
- Almeida, P. (2015). *Aleitamento materno: Perceção materna acerca da importância da participação do pai nesta prática* (Master's thesis, Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/31898>
- Amador, M. (2015). *Participação do pai no processo da amamentação* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16480/1/Relatório de Estágio com Relatório de Milene Amador.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16480/1/Relatório%20de%20Estágio%20com%20Relatório%20de%20Milene%20Amador.pdf)
- Diário da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03, (2001). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/235128>
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood: Ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Bennett, C. T., Buchan, J. L., Letourneau, N., Shanker, S. G., Fenwick, A., Smith-Chant, B., & Gilmer, C. (2017). A realist synthesis of social connectivity interventions during transition to parenthood: The value of relationships. *Applied Nursing Research*, 34, 12–23. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.004>
- Bich, T. H., Long, T. K., & Hoa, D. P. (2019). Community-based father education intervention on breastfeeding practice: Results of a quasi-experimental study. *Maternal and Child Nutrition*, 15(March 2018), 1–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/mcn.12705>
- Carvalho, C. (2018). *Envolvimento do pai no apoio e suporte à mãe na amamentação durante a primeira hora de vida do recém-nascido* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2038/1/Claudia_Carvalho.pdf
- Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2016). Formação em aleitamento materno. Retrieved from <https://www.unicef.pt/media/1596/8-informacoes-gerais-sobre-a-formacao-em-am.pdf>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2001). *Relatório e Parecer 34/CNECV/2001 sobre a DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA modificada em Edimburgo (Outº*

- 2000). Retrieved from http://www.cnecev.pt/admin/files/data/docs/1273057427_P034_DeclHelsinquiaEdimburgo.pdf
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática (2ª)*. Coimbra: Almedina.
- deMontigny, F., Gervais, C., Larivière-Bastien, D., & St-Arneault, K. (2018). The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery*, *58*, 6–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.001>
- DGS. (2008). *Saúde reprodutiva: Planeamento familiar*. DGS. Retrieved from <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_mai20133.pdf
- DGS. (2015a). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- DGS. (2015b). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- DRE. (2021). *União de facto*. DRE. Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/lexionario/-/dj/123180576/view>
- Escalda, P., & Parreira, C. M. de S. F. (2018). Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de saúde da família. *Interface: Communication, Health, Education*, *22*, 1717–1727. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0818>
- ESSUA, UTAD, & IPB. (2020). *Guia orientador estágio: Mestrado enfermagem saúde familiar*.
- Esteves, S. (2015). *Determinantes do ajustamento conjugal da puérpera : Efeitos da autoestima (Vol. 66)* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/2873>
- Fazio, I. A., Silva, C. D., Acosta, D. F., & Mota, M. S. (2018). Alimentação e aleitamento materno exclusivo do recém-nascido: Representação social do pai. *Rev. Enferm. UERJ*, *26*, e26740–e26740. Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.26740>
- Ferraz, L., Oliveira, P. P., Antonioli, M. A., Benedett, A., Bossetti, V., & Almeida, K. (2016).

- Opinião de mulheres sobre a participação do pai no aleitamento materno. *Arquivos de Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 20(2), 95–99. Retrieved from <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v20i2.2016.4674>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Doctoral dissertation, Universidade do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação* (3ª). Loures: Lusodidacta.
- Franco, J., & Gonçalves, V. (2014). Importância da participação do pai na amamentação: Construção e validação de um instrumento de medida. *Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 56–63. Retrieved from https://sites.google.com/site/revistaapeo/revsita_14_2014/14artigo13
- Galvão, D., & Silva, E. (2020). Amamentação e Covid-19: Contributos para práticas seguras. *Millenium, ed especial(2)*, 161–168. Retrieved from <https://doi.org/10.29352/mill0205e.16.00329>
- Gonçalves, V. (2012). *A participação do pai na amamentação* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
- Governo Constitucional. (2019). *Diário da República nº8/2019, Série I de 15 de Janeiro de 2019*. 1915–1916. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/117821806>
- Joseph, F. I., & Earland, J. (2019). A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 1–11. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0231-z>
- Kohan, S., Heidari, Z., & Keshvari, M. (2016). Iranian women's experiences of breastfeeding support: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 4(10), 3587–3600. Retrieved from <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7435>
- Leal, R. M. F. (2017). *Fatores que influenciam a duração do aleitamento materno: Contributos para a enfermagem de saúde familiar* (Master's thesis, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Retrieved from <https://doi.org/176764/02>
- Lima, J. P., Cazola, L. H. D. O., & Pícoli, R. P. (2017). A participação do pai no processo de

- amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 22(1), 1–7. Retrieved from <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.47846>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Pennsylvania: Lippincott & Williams & Wilkins
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. In *Diário da República: Vol. 1ª Série* (Issue N.º 161, pp. 5587–5596). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Dec_298_2007_USF.PDF
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-lei n. 73/2017 de 21 de Junho. In *Diário da República, 1ª série: Vol. n.º 118* (pp. 3128–3140). Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>
- Moreira, M. A., Paiva, M. S., Ramos, M. N. P., Ribeiro, P. S., & Ramos, J. S. B. M. (2018). Migratory and intergenerational experiences on breastfeeding in the family space: A study of social representations. *Aquichan*, 18(3), 287–297. Retrieved from <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.4>
- Mosca, F., & Gianni, M. L. (2017). Human milk: Composition and health benefits. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 39(2), 155. Retrieved from <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155>
- OMS. (2009). *Saúde 21 - Saúde para todos no Século XXI*. Loures: Lusodidacta
- OMS. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: OMS. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>
- OMS. (2020). Breastfeeding and COVID-19. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, June*, 1–3. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.09.030>
- OMS, & UNICEF. (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: OMS. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
- OMS, & UNICEF. (2019). Global breastfeeding scorecard, 2018: Enabling women to breastfeed through better policies and programmes. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/%0Ahttps://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em enfermagem de saúde familiar. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/referencialsaudefamiliar_mceec.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário Da República, 2ª série*(135), 19354–19356. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). *Registo do aleitamento materno: Relatório janeiro a dezembro 2013*. Retrieved from <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/aleitamento-materno/iv-relatorio-com-os-dados-do-ram-2013-pdf.aspx>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- PORDATA. (2020). *Base de dados de Portugal contemporâneo*. Retrieved from <https://www.pordata.pt>
- Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora
- Pratas, A., Eira, J., Ribeiro, E., & Cordeiro, L. (2017). A par e passo com a família: A importância da educação parental para os técnicos que intevêm junto de famílias multidesafiadas. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente, 8*, 247–259. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2490/pdf>
- Prates, L. A., Schmalfuss, J. M., & Lipinski, J. M. (2015). Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 19*(2), 310–315. Retrieved from <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>
- Radzimirski, S., & Callister, L. C. (2015). Health professionals' attitudes and beliefs about breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education, 24*(2). Retrieved from <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.2.102>
- Ramirez, M., Madrigal, J., Campos, M. J., & Álvarez, R. D. (2019). Factores que influyen en la duración de la lactancia materna en las estudiantes universitarias. *Enfermería Actual En Costa Rica, 18*(37). Retrieved from <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i37.34905>

- Rebelo, L. (2018). *A família em medicina geral e familiar: Conceitos e práticas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Rêgo, R. M. V., Souza, Â. M. A. E., Da Rocha, T. N. A., & Alves, M. D. S. (2016). Paternidade e amamentação: Mediação da enfermeira. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 29(4), 374–380. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600052>
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica (3ª)*. Porto: Edição Afrontamento.
- Rempel, L. A., Rempel, J. K., & Moore, K. C. J. (2017). Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Maternal and Child Nutrition*, 13(3), 1–14. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/mcn.12337>
- Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora
- Romão, P., Durão, F., Valente, S., & Saldanha, J. (2017). Aleitamento materno: O que mudou em 12 anos. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*, 26(3), 171–177. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/13491/10277>
- Santana, G. S., Giugliani, E. R. J., Vieira, T. de O., & Vieira, G. O. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94(2), 104–122. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>
- Santos, J., Reis, A., Franco, E., Mendes, J., Oliveira, L., Santos, M. da C., Silva, M. G., Morais, M., Silva, N., Santos, R., & Barbosa, R. (2018). O cuidar de enfermagem no incentivo e apoio ao aleitamento materno: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 23(2), 146–152. Retrieved from <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=0f1ed454-c9ef-4148-af4f-4b3d3ed2d6d5%40pdc-v-sessmgr05>
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Shamir, R. (2016). The benefits of breast feeding. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 86, 67–76. Retrieved from <https://doi.org/10.1159/000442724>
- Sousa, B. (2018). *Aleitamento materno: Vantagens para a mãe e para o bebê e os porquês do desmame precoce* (Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhauçu). Retrieved from <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositoriootcc/article/view/913>
- Sousa, J., Lima, F., Carvalho, M., Oliveira, F., Rodrigues, V., Loiola, B., Neves, N., Costa, A. M., & Pita, B. (2018). Aspectos envolvidos na interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 24(3), 126–129. Retrieved from

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181103_222837.pdf

- Souza, M. H., Nespoli, A., & Zeitoune, R. (2016). Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(4), 1–6. Retrieved from <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>
- SPMS. (2017). *BI-CSP*. Retrieved from <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20019/2010191/Pages/default.aspx>
- Tarouca, A., & Pires, P. (2018). Aleitamento materno. *Revista Paulista de Medicina*, 105(2), 67. Retrieved from <https://doi.org/10.7322/abcs.v36i2.61>
- Teston, E. F., Reis, T. S., Góis, L. M. de, Spigolon, D. N., Maran, E., & Marcon, S. S. (2018). Aleitamento materno: Percepção do pai sobre seu papel. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 8, 1–7. Retrieved from <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2723>
- UNICEF. (2016a). *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. New York: UNICEF. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
- UNICEF. (2016b). Sete medidas para ser considerada unidade de saúde amiga dos bebês. *Medicina*, 5544157–5544157. Retrieved from <https://www.unicef.pt/media/2179/7-medidas-unidade-amiga-dos-bebes-fev-2012.pdf>
- UNICEF. (2017). *A iniciativa amiga dos bebês*. Retrieved from <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- UNICEF. (2020). *Amamentar com segurança durante a pandemia de Covid-19*. Retrieved from <https://www.unicef.org/brazil/amamentar-com-seguranca-durante-pandemia-de-covid-19>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Allen, K., Dharmage, S., Lodge, C., Peres, K. G., Bhandari, N., Chowdhury, R., Sinha, B., Taneja, S., Giugliani, E., ... Richter, L. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- WABA. (2019, August). *Empoderar mães e pais, favorecer a amamentação: Hoje e para o futuro!* Retrieved from <https://issuu.com/fmcsv/docs/empoderar-maes-pais-favorecer-amamentacao>
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Editora Roca

ANEXOS



Saúde Materna em Contexto de Pandemia
Webinar - Janeiro 14, 2021

Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade / Associação Portuguesa de Enfermeiros de Saúde Primários
www.associacaoucc.pt

Para os devidos efeitos certifico que a/o Exmo(a) **Enfermeiro(a) Viviana Felício Eusébio**, participou no evento científico “**Saúde Materna em Contexto de Pandemia**” - Janeiro 14, 2021”, desenvolvido em parceria entre a Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade e a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, com a duração de 2 horas.

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima



06/02/2021



“Vacinação contra a COVID-19:

Partilha de experiências sobre a situação atual em Portugal”

Videoconferência - Webinars

Para os devidos efeitos se declara que a/o **Enfermeiro** Viviana Felício Eusébio, participou no evento científico “**Vacinação contra a COVID-19: Partilha de experiências sobre a situação atual em Portugal**” - **Fevereiro 11, 2021**”, desenvolvido em parceria entre a Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade e a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, com a duração de 2 horas.

A Presidente
[Assinatura]
Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários
Rua Maria Teresa, 100 - Póvoa
4470-1100 - Póvoa

O Presidente
[Assinatura]
José Barbosa Lima

ANEXO II – Autorização dos autores da Escala (EIPPA)

Pedido de Autorização ao Autor da “Escala da Importância da Participação do Pai no Amamentação” (EIPPA)

Solicito a:

Enfª Especialista Vera Gonçalves

Mestre em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

E-mail: veragoncalves1983@hotmail.com

Nome da investigadora responsável: Viviana Felício Eusébio

Instituição: Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Endereço postal: Av. Artur Ravara, 3810-193 Aveiro

Localidade: Aveiro

Contacto telefónico: 916007242

E-mail: vivianaeusebio@hotmail.com

Grau académico que possui:

- Licenciatura em Enfermagem
- Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Instituição de ensino que frequenta: Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA)

O projeto de investigação em que se insere:

Tema: “Opinião Materna sobre a Importância do Pai no Sucesso do Aleitamento Materno”.

Objetivos do projeto: Sendo um tema pertinente para a melhoria do conhecimento do enfermeiro de família, que deve ter como unidade de cuidados a família, e de forma a incluir o pai na educação para a saúde que realiza, foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Analisar a opinião materna sobre a importância da participação do pai no aleitamento materno (AM) e a sua relação com as variáveis quer sociodemográficas quer relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e tipo de AM.

Para o qual foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM.
- Identificar as variáveis sociodemográficas no que se refere à idade, nível de escolaridade e estado civil.
- Identificar variáveis relacionadas com a gravidez e parto no que se refere à frequência do pai as consultas pré natais, frequência de um curso de preparação para a parentalidade e tipo de AM.
- Verificar a relação existente entre a opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM e as variáveis sociodemográficas.
- Analisar de que forma as variáveis relacionadas com a gravidez e parto e tipo de AM interferem na opinião materna sobre a importância da participação do pai no AM.

O instrumento de colheita de dados será um questionário direcionado à mãe.

Pretendo utilizar o instrumento de colheita de dados: Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA) na sua totalidade.

Declaração de Compromisso

Comprometo-me a disponibilizar à autora, os resultados obtidos e as publicações relativas ao instrumento acima designado.

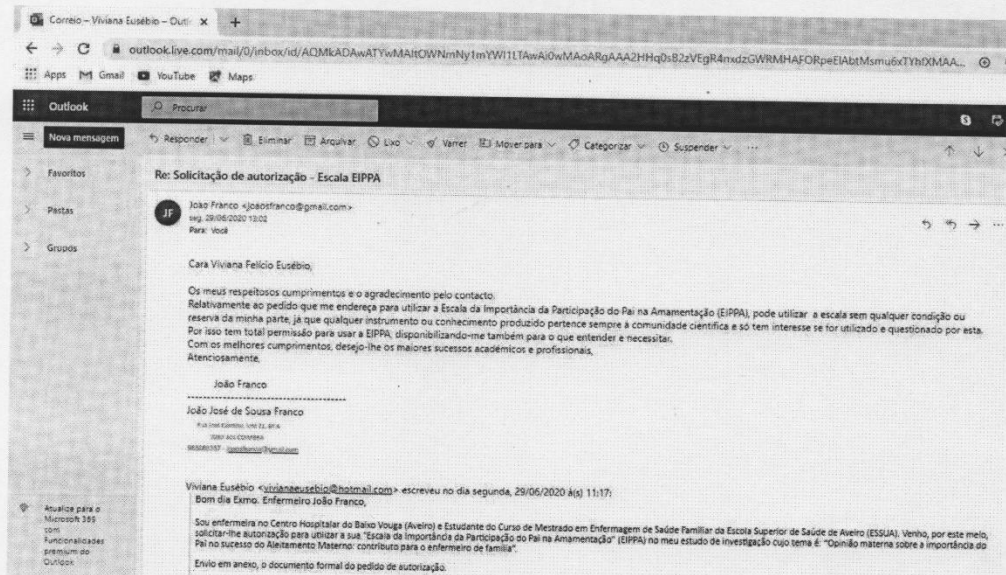
Aveiro, 13 de junho de 2020

Viviana Eusebio

(Viviana Felício Eusébio)

Autorizo a utilização do excerto para a revista de referência

Vera Garcia
12/11/2020



Re: Solicitação de autorização - Escala EIPPA

Joao Franco <joaosfranco@gmail.com>
seg, 29/06/2020 13:02
Para:

Viviana Eusébio <vivianaeusebio@hotmail.com>

Cara Viviana Felício Eusébio,

Os meus respeitosos cumprimentos e o agradecimento pelo contacto.
Relativamente ao pedido que me endereça para utilizar a Escala da Importância da Participação do Pai na Amamentação (EIPPA), pode utilizar a escala sem qualquer condição ou reserva da minha parte, já que qualquer instrumento ou conhecimento produzido pertence sempre à comunidade científica e só tem interesse se for utilizado e questionado por esta.
Por isso tem total permissão para usar a EIPPA, disponibilizando-me também para o que entender e necessitar.
Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os maiores sucessos académicos e profissionais,
Atenciosamente,

João Franco

João José de Sousa Franco
Rua José Castilho, lote 21, 6º A
3030-301 COIMBRA
965086357 - joaosfranco@gmail.com

ANEXO III – Autorização do Diretor da ESSUA

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Viviana Felício Eusébio**, do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado *“Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno”*, sob a orientação científica da Professora Doutora Marília dos Santos Rua.

Aveiro, 9 de setembro de 2020

O Diretor da Escola Superior de Saúde



Prof. Doutor Rui Jorge Dias Costa

ANEXO IV – Autorização da Coordenadora da USF Águeda+Saúde

Exma. Coordenadora
USF Águeda Mais Saúde
Dr.^a Lara Sutil

Viviana Felício Eusébio, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio solicitar parecer relativo à realização de um projeto de estágio na unidade que Vossa Excelência coordena – USF Águeda Mais Saúde, no período de outubro de 2020 a março de 2021, sob tutoria da Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar Luciana Isabel dos Santos Correia. O mesmo estudo será alargado à UCSP Águeda II pela necessidade de obter uma amostragem que nos permita obter resultados mais consistentes.

O projeto a desenvolver tem por tema “Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno” e será realizado sob orientação científica da Professora Doutora Marília Dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança.

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a opinião materna sobre a importância da participação do pai no aleitamento materno (AM) e a sua relação com as variáveis quer sociodemográficas quer relacionadas com a gravidez e parto e tipo de AM.

É importante ressaltar que todos os participantes colaborarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e que se garantirá o anonimato de todos os participantes bem como a confidencialidade dos dados.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Grata pela colaboração e disponibilidade.

Pede deferimento.

Viviana Eusébio

01 de setembro de 2020

Apresentado em Conselho Geral
11/09/2020

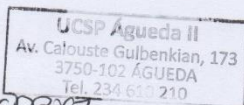
Autorizado pela Equipa
11/09/2020

ANEXO V – Autorização da Coordenadora da UCSP Águeda II

Nada a opor

10/09/2020

Paula Marques
(Coordenadora UCSP Águeda II)



Exma. Coordenadora
UCSP Águeda II
Dr.ª Paula Marques

Viviana Felício Eusébio, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio solicitar parecer relativo à aplicação de um Instrumento de Colheita de Dados às utentes da UCSP Águeda II que Vossa Excelência coordena, no âmbito da realização de um estudo inserido no estágio efetuado na Unidade de Saúde Familiar Águeda Mais Saúde, sediada no mesmo edifício, de forma a obter uma amostragem que nos permita obter resultados mais consistentes. O estudo decorrerá no período de outubro de 2020 a março de 2021, sob tutoria da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar Luciana Isabel dos Santos Correia.

O projeto a desenvolver tem por tema “Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno” e será realizado sob orientação científica da Professora Doutora Marília Dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança.

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a opinião materna sobre a importância da participação do pai no aleitamento materno (AM) e a sua relação com as variáveis quer sociodemográficas quer relacionadas com a gravidez e parto e tipo de AM.

É importante ressaltar que todos os participantes colaborarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e que se garantirá o anonimato de todos os participantes bem como a confidencialidade dos dados.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Grata pela colaboração e disponibilidade.

Pede deferimento.

Viviana Eusébio

01 de setembro de 2020

ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Atorizado</i> <i>29-01-2021</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---

ASSUNTO:

80/2020 - Opinião Materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno

[Signature]
Dr.ª Rosa Reis Marques
Presidente

[Signature]
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente

[Signature]
Dr. Mário Ruivo
Vogal

Considerando as correções efetuadas pela investigadora, no termo de consentimento, alteramos o parecer para favorável.

[Signature]
Dr. Fernando Crava
Vogal

[Signature]
Relator
C. Barbosa
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES
[Signature]
(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)



universidade de aveiro
escola superior de saúde



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Questionário

“Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno”

Este questionário está integrado no projeto de investigação com o tema supracitado.

Leia cuidadosamente as seguintes instruções que lhe indicam como responder às questões.

Este questionário é constituído por três conjuntos de questões:

- O primeiro e o segundo grupo incluem questões sobre si e aspetos relacionados com a vivência da gravidez, a participação do pai e o aleitamento materno, com várias possibilidades de resposta, devendo indicar um número ou assinalar com uma cruz no quadrado que corresponde à sua situação.
- O terceiro grupo inclui questões para assinalar a opção que considere mais correta numa escala de 1 a 5, sendo o 1 - “nada importante” e o 5 - “extremamente importante”.

Os dados serão mantidos anónimos e confidenciais, serão usados apenas para este estudo e destruídos após a análise e tratamento e a apresentação dos resultados, de acordo com o Regime Geral de Proteção de Dados.

Grupo I Caraterização Sociodemográfica

1. Idade: _____ anos

2. Estado Civil:

- 1 Casada / União de facto
- 2 Solteira
- 3 Viúva
- 4 Divorciada

3. Nível de Escolaridade:

- 1 Primeiro Ciclo (4ºano)
- 2 Segundo Ciclo (6º ano)
- 3 Ensino Básico (9º ano)
- 4 Ensino Secundário (12º ano)
- 5 Ensino Superior

ESCALA DA GRAFFAR ADAPTADA*

4. Selecione, com **apenas um X em cada coluna cinzenta**, o grau correspondente à sua situação, considerando o elemento do agregado familiar que tem maior vencimento.

Profissão	Nível de Instrução	Fonte do Rendimento Familiar	Conforto do Alojamento	Local de Residência
<ul style="list-style-type: none"> Grandes empresários Gestores de topo do setor público e privado (>500 empregados) Profissionais com títulos universitários Militares de alta patente Altos dirigentes políticos Profissões liberais (curso superior) Médios empresários Dirigentes de empresas (≤ 500 empregados) Agricultores e proprietários Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado Oficiais das forças armadas Professores do ensino básico e secundário Pequenos empresários (≤ 50 empregados) Empregados e operários qualificados Quadros médios Médios agricultores Sargentos e equiparados Operários especializados com ensino primário completo Operários semiquilificados Técnicos administrativos Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas Pequenos agricultores e rendeiros Trabalhadores manuais, operários não especializados/indiferenciados Assalariados agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> Ensino universitário ou equivalente: <ul style="list-style-type: none"> Licenciatura Mestrado Doutoramento Bacharelato 12º ano 9º ou mais Escolaridade superior ou igual ao 4º ou inferior ao 9º ano Escolaridade inferior ao 4º ano Analfabeto 	<ul style="list-style-type: none"> Fortuna herdada ou adquirida Altos vencimentos ou honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) Lugares bem remunerados Vencimento mensal fixo Vencimentos incertos Remunerações inferiores ao salário mínimo nacional Pensionistas ou reformados Assistência/Beneficência pública ou privada (não se inclui subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho) 	<ul style="list-style-type: none"> Casa ou andar luxuoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto Casa ou andar que sem ser tão luxuoso, é espaçoso e confortável Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e WC Com cozinha e WC mas: <ul style="list-style-type: none"> Degradado e/ou Sem eletrodomésticos essenciais Barraca ou andar sem ventilação/iluminação, ou onde moram demasiadas pessoas Alojamento impróprio 	<ul style="list-style-type: none"> Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas Zona antiga Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casa de aspeto em geral menos confortável Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro Bairro de lata

*In: Guilherme, R. (2009). Adesão à vacina contra o cancro do colo do útero (Master's thesis, FMUC). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/80863>



Grupo II

Aspetos relacionados com a Vigilância da Gravidez, Participação do Pai e Aleitamento Materno

5. Número de filhos vivos: _____

6. Vive com o pai da criança?

Sim Não

7. Condição de emprego do pai

Empregado Desempregado

8. Teve experiência anterior de amamentação?

Sim Não

8.1. Se sim, foi uma experiência positiva?

Sim Não

8.2. Se sim, por quanto tempo amamentou?

Menos de 1 mês 1 mês 2 meses ou + 4 meses ou + 6 meses ou + 1 ano ou + 2 anos ou +

9. Consultas de Vigilância da Gravidez

9.1. Nesta gravidez, quantas realizou? (Incluindo as consultas não presenciais)

Menos de 6 consultas 6 ou mais consultas

9.2. O pai frequentou as consultas de vigilância da gravidez?

Não Uma vez Quase sempre Sempre

10. Curso de Preparação para o Parto

10.1. Frequentou um Curso de Preparação para o Parto?

Sim Não

10.2. Se sim, o pai também frequentou o Curso de Preparação para o Parto? (pelo menos uma sessão)

Sim Não

11. Aleitamento Materno

11.1 Idade da criança: _____ meses.

11.2 Tempo de aleitamento materno exclusivo: _____ meses

11.3 Tipo de aleitamento neste momento

- Aleitamento Materno Exclusivo (só leite materno)
 Aleitamento Misto (leite materno + leite artificial)
 Aleitamento Artificial



Grupo III

ESCALA DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI NA AMAMENTAÇÃO

Para cada questão que se segue, responda colocando um círculo (o) no número que mais se aproxima da sua opinião, sendo: 1- “nada importante”; 2- “pouco importante”; 3 - “importante”; 4 - “muito importante” e 5 - “extremamente importante”.

1- Qual a importância da participação do pai na amamentação para o fortalecimento da relação entre bebé, mãe e pai?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

2- Qual a importância da presença do pai nas consultas de vigilância Pré-Natal para o sucesso da Amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

3- Qual a importância da presença do pai nas Aulas de Preparação para o Parto para o sucesso da amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

4- Qual a importância da presença do pai no internamento após o parto para o sucesso da Amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

5- Qual a importância da presença do pai enquanto a mãe está a amamentar o bebé?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

6- Qual a importância do pai conversar com a mãe enquanto ela amamenta o bebé?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

7- Qual a importância do pai acarinhar a mãe com gestos de ternura enquanto ela está a amamentar?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------



8 - Qual a importância do pai falar para o bebé enquanto este está a mamar?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

9 - Qual a importância da ajuda do pai a posicionar o bebé para mamar?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

10 - Qual a importância do pai reconhecer se o bebé está a pegar corretamente na mama?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

11 - Qual a importância da ajuda do pai na execução de trabalhos domésticos, de modo a proporcionar períodos de repouso à mãe que amamenta?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

12 - Qual a importância da colaboração do pai nos cuidados aos filhos mais velhos para apoiar a mãe que amamenta?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

13 - Qual a importância da participação do pai nos cuidados ao bebé (adormecer o bebé, mudar a fralda, dar banho, brincar, etc.) para ajudar a mãe que amamenta?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

14 - Qual a importância das demonstrações de carinho e afeto para com a mãe, durante o período de Amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

15 - Qual a importância do pai promover momentos de repouso e relaxamento à mãe, durante o período de Amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------



16 - Qual a importância da participação do pai na amamentação para a relação conjugal?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

17 - Qual a importância dos conhecimentos do pai acerca do Aleitamento Materno para a participação na Amamentação do seu filho(a)?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

18 - Qual a importância do alargamento do período de permanência do pai junto da mãe e bebé, no internamento, para a Amamentação?

Nada importante 1	2	3	4	Extremamente importante 5
----------------------	---	---	---	------------------------------

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO

APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Exmo. Sra. Utente.

Sou enfermeira no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (Aveiro) a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Aveiro (ESSUA) e gostaria de contar com a sua participação num estudo de investigação com o tema: **“Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno”**, cujo objetivo principal é analisar a opinião materna sobre a importância da participação do pai no aleitamento materno e a sua relação com as variáveis quer sociodemográficas quer relacionadas com a vigilância da gravidez, participação do pai e tipo de aleitamento materno. Para tal, peço a sua colaboração voluntária, através do preenchimento do questionário que se apresenta.

É assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados, assim como o uso exclusivo para este estudo e a sua destruição após apresentação pública do trabalho.

Se não pretender participar neste estudo, em nada essa decisão afetará os cuidados de saúde prestados a si ou ao(s) seu(s) filho(s), podendo, a qualquer momento, desistir de responder e/ou participar no mesmo.

Desde já agradeço a sua disponibilidade, estando disponível para esclarecer qualquer dúvida. Fico ao dispor através do contacto telefónico: 916007242 ou por correio eletrónico: vivianaeusebio@hotmail.com

Enfermeira Viviana Felício Eusébio

.....
Eu, _____, abaixo assinado, declaro:

- *Ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;*
- *Ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo;*
- *Ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento e que em nada essa decisão afeta os cuidados de saúde que me são prestados ou ao(s) meu(s) filho(s).*
- *Ter lido e concordado com os termos da investigação acima descritos, decidindo participar voluntariamente no estudo: “Opinião materna sobre a importância do pai no sucesso do aleitamento materno”.*

Assinatura: _____

(Localidade) _____, (Data) ___/___/___