

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
Curso de Mestrado em Saúde Pública

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe

Visita domiciliária.
Contributos da enfermagem na manutenção da
amamentação

Coimbra
2011

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
Curso de Mestrado em Saúde Pública

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe

Visita domiciliária.
Contributos da enfermagem na manutenção da
amamentação

Dissertação de candidatura
apresentada à Universidade de
Coimbra – Faculdade de Medicina,
para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Gonçalves
(Professor associado com agregação)

Coimbra
2011

Agradecimentos

- ✓ *Ao Sr. Professor Doutor Carlos Alberto Gonçalves, meu orientador, pelo apoio, pelo estímulo, por todas as observações e questões pertinentes efectuadas ao longo deste percurso.*
- ✓ *Ao Sr. Director Executivo do ACES Baixo Mondego II Dr. Rui Couto, por ter autorizado o desenvolvimento deste estudo e por toda a colaboração dada durante este curso de Mestrado.*
- ✓ *À Sr.^a Enf.^a Chefe Matilde Calado, pela sua amizade, apoio e coragem transmitidas ao longo destes dois anos de trabalho.*
- ✓ *Aos Coordenadores das USF Buarcos e S. Julião por terem autorizado a aplicação do instrumento de colheita de dados.*
- ✓ *Aos enfermeiros das USF Buarcos e S. Julião pela sua colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados.*
- ✓ *À minha família, filhas e marido, pelo apoio, por terem suportado as minhas ausências e o meu stress. Ao meu pai e irmã pelo incentivo, confiança e ânimo nas horas más.*
- ✓ *À minha grande amiga Fá, meu “braço direito” que, com a sua alegria e sorriso prontos, me encorajou e sem a qual nunca teria conseguido terminar este trabalho.*
- ✓ *Ao professor Hermínio Gomes, pela amizade, pelo encorajamento, pela objectividade e pelas questões pertinentes que me ajudaram a conceptualizar este trabalho.*
- ✓ *A todas as mães que participaram no estudo pela sua paciência, disponibilidade e partilha de experiências sem as quais não teria sido possível a sua realização.*
- ✓ *Por fim, a todos os que directa ou indirectamente tornaram possível este trabalho e que não mencionei, aqui ficam os meus sinceros agradecimentos.*

À minha mãe, por me ter amamentado. Sei que estarias orgulhosa de mim!

Às minhas filhas, por me terem dado o prazer de amamentar!

RESUMO

A visitação domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. Assim, o visitador domiciliário consegue ter uma perspectiva global da família e dos seus recursos e pode atuar de forma holística. A visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido é defendida pela OMS, pelo PNS e pelo Programa de Saúde Infantil como uma medida para contribuir para a saúde da família, sendo ainda importante na promoção do aleitamento materno.

Este estudo teve como objetivo avaliar o contributo da visita domiciliária na prevalência do aleitamento materno. Para isso, comparámos dois grupos, um alvo de visitação domiciliária e o outro não. Estabelecemos ainda como objectivos deste estudo calcular a prevalência do aleitamento materno aos 3 e aos 6 meses, e avaliar a influência das variáveis sócio-demográficas e obstétricas nesta prevalência.

Este é um estudo quantitativo, correlacional de nível II. A colheita de dados foi feita através da aplicação de um questionário às mulheres inscritas na USF Buarcos e USF S. Julião, que tiveram parto no período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010. A nossa amostra foi composta por 108 mulheres, 51 das quais foram alvo de visitação domiciliária e 57 que não foram.

A variável “visitação domiciliária”, as variáveis “sócio-demográficas” e “obstétricas”, na nossa amostra não se revelaram estatisticamente significativas. No entanto, verificamos associação positiva entre a “decisão de amamentar” e o conselho médico/enfermeiro, em mais do dobro no grupo das mulheres visitadas.

Obtivemos uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 80% aos 3 meses, mais elevado no grupo não visitado e de 27% aos 6 meses, mais elevado no grupo visitado.

A percentagem de mulheres que mantém o aleitamento materno além dos seis meses é maior no grupo das visitadas (21,6%) do que no das não visitadas (18,5%).

A maior parte das mulheres interrompeu o aleitamento materno entre o terceiro e o sexto mês. As razões evocadas com maior frequência foram a “falta de leite”, com idêntica percentagem nos dois grupos e “motivos laborais” esta mais indicada pelas mulheres visitadas.

Apesar de a maior parte das mulheres (43,1%) tenha considerado a primeira semana como a altura ideal para a realização da visita domiciliária, verificamos que a maioria (39,2%) foi efectuada entre os 8 e os 14 dias do bebé.

Embora a visitação domiciliária não se tenha revelado estatisticamente significativa na prevalência da amamenta o exclusiva, esta foi mais elevada aos 6 meses no grupo de mulheres visitado, e foi considerada uma estratégia de ensino “muito útil” por metade da amostra estudada.

ABSTRACT

Domiciliary visits are a communitarian strategy that provides the opportunity to study and work within families in their own environment. Thus, the domiciliary visitor is able to construct a global perspective of the family and their resources and can act holistically. Organisations such as WHO and national programmes, such as NHP (National Health Planning) and CHP (Child Health Programme), consider domiciliary visits to newborns and their mothers very important as they contribute to the whole family's health and help promote breast feeding.

Our study aims at evaluating the importance of domiciliary visits in the prevalence of breast feeding, by comparing a group which had domiciliary visits to another that didn't have any visits. It was also our goal to determine the prevalence of breast feeding to babies at three and at six months old and understand whether social, demographic and obstetric variables can influence this prevalence or not.

This is a second level correlative quantitative study. Data were collected by applying a questionnaire to women who had given birth from 1st January 2009 to 31st December 2010 and who were enrolled in the Family Health Unit of both medical centers of Buarcos and S. Julião.

Our sample is made of one hundred and eight women. Fifty one had domiciliary visits and fifty seven didn't.

The variable "domiciliary visits" and the social, demographic and obstetric variables weren't statistically significant to our sample. However, we can perceive in the majority of visited women that there is a connection in what concerns the decision of breast feeding and the nursing or medical advice to do so.

We also realised that there is an 80% prevalence of exclusive breast feeding to three months old babies, being this percentage higher in the unvisited group, and there is also 27% prevalence to those to six months old, which is higher in the visited group.

The percentage of women who keeps on breast feeding babies at six months old is higher in the visited group (21,6%) than in the unvisited one (18,5%).

Most women interrupted breast feeding between the third and the sixth month allegedly due to "lack of milk", which had identical percentage in both groups, and also due to professional reasons, mainly in the visited group.

Although most women (43,1%) had considered the first week after birth as the perfect timing for the domiciliary visit, we realised that most visits occurred when babies were eight up to fourteen days old.

Though domiciliary visits weren't statistically proven to be significant to the prevalence of exclusive breast feeding, its rate was indeed higher through the first six months after birth in the visited group and it was also considered a useful teaching strategy by half of the studied sample.

SIGLAS

CIPE	- Código Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	- Instituto Nacional de Estatística
DGS	- Direcção Geral de Saúde
DHA	- Docosaheesaenoic Acid
DL	- Decreto -Lei
DNA	- Acido Desoxirribonucleico
EPA	- Eicosapentaenoic Acid
NHVP	- Nurse Home Visitation Program
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PNS	- Plano Nacional de Saúde
PUFA	- Polyunsaturated Faty-Acid
RNA	- Acido Ribonucleico
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
SQD	- Strenghts and Difficulties Questionnaire
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	- Unidade de Saúde Familiar
VD	- Visita Domiciliária
WHO	- World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	16
-------------------	-----------

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1	VISITA DOMICILIÁRIA	21
2	AMAMENTAÇÃO .	34
2.1	COMPOSIÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	35
2.2	VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO	42
2.3	POSICIONAMENTO	47
2.4	LIVRE DEMANDA	48
2.5	FACTORES DE INFLUÊNCIA	49
3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	52
3.1	PAPEL PARENTAL	53

PARTE II – METODOLOGIA

1	MATERIAL E MÉTODOS	59
1.1	CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	59
1.2	TIPO DE ESTUDO	61
1.3	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	61
1.4	VARIÁVEIS	63
1.5	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	64
1.6	POPULAÇÃO/AMOSTRA	65
1.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	66
1.8	PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	66

PARTE III – DISCUSSÃO

1	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	69
1.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	69
1.2	CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA DA GRAVIDEZ	76
1.3	CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	81
1.4	CARACTERIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA	88
1.5	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEMOGRAFICAS E A PREVALENCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	91
1.6	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E O ALEITAMENTO MATERNO	94
1.7	RELAÇÃO ENTRE A VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM E A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	98
2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
	CONCLUSÕES DO ESTUDO	107
	CONTRIBUTOS DO ESTUDO	111
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	
	ANEXO I – Autorização da autora para utilização do questionário	
	ANEXO II – Instrumento de colheita de dados – Questionário.	
	ANEXO III – Autorização do Director Executivo do ACES Baixo Mondego II para aplicação do questionário	
	ANEXO IV – Autorização do Coordenador da USF Buarcos para aplicação do questionário	
	ANEXO V - Autorização do Coordenador da USF S. Julião para aplicação do questionário	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Diagrama do estudo	51

ÍNDICE DE TABELAS

	Pag.
TABELA 1 Distribuição das mulheres segundo se tiveram visita domiciliária	69
TABELA 2 Estatística descritiva da idade das mulheres segundo se tiveram VD	70
TABELA 3 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o grupo etário	70
TABELA 4 Estatística descritiva da idade dos pais das crianças	70
TABELA 5 Distribuição dos cônjuges/companheiros das mulheres segundo o seu grupo etário	71
TABELA 6 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o seu estado civil	71
TABELA 7 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a nacionalidade portuguesa	72
TABELA 8 Distribuição dos companheiros/cônjuges das mulheres segundo a nacionalidade	72
TABELA 9 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e as habilitações literárias	73
TABELA 10 Distribuição dos cônjuges/companheiros das mães segundo a sua escolaridade	73
TABELA 11 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a profissão	74
TABELA 12 Distribuição dos cônjuges/companheiros das mulheres segundo a profissão	75
TABELA 13 Estatística descritiva do número de filhos anteriores	75
TABELA 14 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o número de filhos anteriores	76
TABELA 15 Distribuição das mulheres segundas e tiveram VD e se a gravidez foi planeada	76
TABELA 16 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se realizaram vigilância da gravidez	77
TABELA 17 Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se	

	realizaram preparação para o parto	77
TABELA 18	Distribuição das mulheres que realizaram preparação para o parto segundo se tiveram VD e se foram realizados ensinamentos acerca do aleitamento materno	78
TABELA 19	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se a gravidez decorreu sem problemas	78
TABELA 20	Distribuição das mulheres que referiram complicações na gravidez segundo essas complicações e se tiveram VD	79
TABELA 21	Estatística descritiva da idade gestacional	79
TABELA 22	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a duração da gestação	80
TABELA 23	Estatística descritiva da idade do atual filho	80
TABELA 24	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o grupo etário do filho	81
TABELA 25	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tipo de parto	81
TABELA 26	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tipo de leite que o filho faz atualmente	82
TABELA 27	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e de quem foi a decisão de amamentar	82
TABELA 28	Estatística descritiva do tempo de amamentação exclusiva	83
TABELA 29	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tempo que o filho foi amamentado	83
TABELA 30	Estatística descritiva do tempo de interrupção da amamentação	84
TABELA 31	Distribuição das mulheres que deixaram de amamentar segundo se tiveram VD e o tempo que interromperam a amamentação	84
TABELA 32	Distribuição das mulheres que deixaram de amamentar segundo se tiveram VD e o motivo para interromperem a amamentação	85
TABELA 33	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua percepção do tempo ideal para fazer aleitamento materno	

	exclusivo	86
TABELA 34	Distribuição das mulheres que tiveram filhos anteriores segundo se tiveram VD e se os amamentaram	86
TABELA 35	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua opinião de quando deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno	87
TABELA 36	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua opinião de quem beneficia com o aleitamento materno	87
TABELA 37	Estatística descritiva da idade do bebé quando ocorreu a visitação domiciliária	88
TABELA 38	Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a idade do bebé quando ocorreu a VD	88
TABELA 39	Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo os membros que estavam presentes quando ocorreu a VD	89
TABELA 40	Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a sua opinião de quando deve ocorrer a VD	89
TABELA 41	Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a sua opinião acerca da utilidade dos ensinamentos de enfermagem durante a VD	90
TABELA 42	Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a prevalência do aleitamento materno aos 3 e 6 meses	91
TABELA 43	Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a idade das mulheres e ao tempo de amamentação	91
TABELA 44	Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao estado civil das mulheres e a prevalência do aleitamento materno	92
TABELA 45	Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, a escolaridade das mulheres e a prevalência do aleitamento materno	93
TABELA 46	Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao sector da actividade das mulheres e a prevalência do aleitamento materno	93
TABELA 47	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para	

	verificar a significância da diferença da amamentação conforme se a gravidez foi planejada/desejada	94
TABELA 48	Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme o tipo de parto	95
TABELA 49	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a duração da gravidez (termo/prematuridade).	96
TABELA 50	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a prevalência da amamentação conforme a frequência do “curso de preparação para o parto”	96
TABELA 51	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a frequência a decisão da mãe em amamentar	97
TABELA 52	Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao número de filhos anteriores e o tempo de amamentação.	98
TABELA 53	Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a ocorrência da visita domiciliar de enfermagem	98

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram reorganizados em 2006, com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Estas, direccionadas para a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes inscritos em lista por médico de família, ao longo do seu ciclo de vida, em todas as áreas de vigilância em ambulatório e/ou no domicílio. Esta reestruturação trouxe alterações no funcionamento dos serviços através da melhoria da acessibilidade, da equidade e da qualidade dos cuidados contribuindo assim para ganhos em saúde.

Cada USF tem de elaborar um plano de acção, de acordo com as necessidades em saúde diagnosticadas na comunidade que abrange, e cumprir os objectivos estipulados nesse plano, estando predefinidos indicadores de avaliação iguais para todas as unidades (Portugal, 2006).

Esta remodelação surgiu apoiada numa filosofia de cuidados de saúde com especial enfoque na promoção e na protecção da saúde ao longo do ciclo de vida com vista à obtenção de ganhos em saúde pela adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Com base na aceção de que a adopção de comportamentos saudáveis concorre positivamente para a saúde, poderemos afirmar que a saúde das crianças melhora através da ajuda fornecida aos pais, os quais conseguirão assim, contribuir precocemente para o desenvolvimento das capacidades cognitivas dos seus filhos. Tendo em conta que o desenvolvimento cognitivo da criança está relacionado com o ambiente familiar e social que a rodeia e que pais que proporcionam segurança, carinho e regras estão a contribuir para futuros adultos capazes de fazerem opções saudáveis, muitos autores consideram determinantes os três primeiros anos de vida para o desenvolvimento da personalidade cognitiva e social da criança (Olds, 2002).

Nesta reformulação realizada ao nível dos CSP, uma das propostas é a visita domiciliária, prática corrente de algumas das USF a actuar no contexto clínico e incluída como meta a atingir pelas mesmas. No entanto, os efeitos da seu uso não têm sido alvo de estudo aprofundado, já que as USF medem a quantidade de visitas domiciliárias realizadas (“taxa de visita domiciliária”), o que não reflecte o resultado da intervenção dos profissionais.

A consciência que temos da fragilidade do indicador “taxa de visita domiciliária” na tradução dos ganhos em saúde foi, um dos motivos que levou à

elaboração deste estudo. Tendo também a noção de que nos deveríamos centrar num aspecto particular da visita domiciliária e atendendo sobretudo ao papel que a alimentação assume, particularmente na fase inicial da vida humana para um bom desenvolvimento físico e cognitivo das crianças, decidimos construir o nosso estudo a partir da análise da influência que a intervenção domiciliária poderá ter na amamentação.

A ideia generalizada de que a amamentação é tida como a forma mais natural e saudável de iniciar o processo de vida de um ser humano, fundamenta-se na concepção, defendida por vários autores, de que o leite materno é mais completo e perfeitamente adaptado ao bebé, isto é, “um alimento vivo” dadas as capacidades de mudança dos seus nutrientes e da sua quantidade ao longo do crescimento do bebé, sendo capaz de se ajustar às suas necessidades ao longo dos primeiros anos. É ainda o único alimento que além dos nutrientes possui imunoglobulinas responsáveis pela imunidade dos bebés (Molina, 2004).

O Plano Nacional de Saúde (2004) e o Programa Nacional de Saúde Infantil (2005), seguindo as orientações da OMS, valorizam e incentivam a amamentação, considerando que esta deve ser exclusiva nos primeiros quatro a seis meses de vida do bebé.

São várias as estratégias propostas por estes organismos para o incentivo à adesão e à manutenção do aleitamento materno sendo uma delas a visita domiciliária.

A motivação para a escolha do tema do aleitamento materno surgiu também pelo prazer da experiência de amamentação, aprofundada pela formação em Aconselhamento em Aleitamento Materno, frequentada em 2005. A partir desse momento, investimos grande parte do nosso tempo profissional, no Centro de Saúde, a promover a adesão ao aleitamento materno exclusivo e o nível de conhecimento dos pais.

Também, e seguindo as directrizes do Plano Nacional de Saúde que apela à intervenção ao longo de todo o ciclo de vida e em fases precoces ou de crise das famílias, implementámos a visita domiciliária ao recém-nascido e à puérpera, em 2006, durante a qual era observada a mamada e realizada Educação para a Saúde sobre amamentação, prevenção de acidentes e parentalidade.

A criação da USF Buarcos permitiu a sistematização da visita domiciliária a esta população sendo ainda um dos indicadores em avaliação. No entanto, como

referido anteriormente, este indicador traduz a quantidade de visitas domiciliárias efectuadas mas é omissa em relação aos ganhos em saúde obtidos.

Ao reflectirmos sobre a nossa prática clínica, na possível relação entre a visita domiciliária e a amamentação, surgiu a seguinte questão: será que a visita domiciliária influencia a prevalência da amamentação exclusiva até aos 6 meses?

Assim, estabelecemos como objectivo geral para este estudo avaliar quais os efeitos da visita domiciliária na duração da amamentação, nos bebés nascidos entre 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010, inscritos no Centro de Saúde da Figueira da Foz/Buarcos, nas Unidades de Saúde Familiares (USF) Buarcos e S. Julião e residentes na área de abrangência das respectivas equipas. Como objectivos específicos definimos os seguintes: quantificar a manutenção da amamentação exclusiva nos dois grupos, comparar a manutenção da amamentação no grupo das famílias alvo da visita domiciliária e das não visitadas e analisar as diferenças da manutenção da amamentação nos dois grupos.

Este é um estudo quantitativo, descritivo correlacional de nível II. A população alvo é constituída pelas mulheres inscritas nas USF Buarcos e S. Julião, que tiveram parto no período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010, e que acederam responder ao instrumento de colheita de dados.

As variáveis foram operacionalizadas tendo em conta critérios aceites internacionalmente. A variável dependente **manutenção da amamentação exclusiva** foi definida como aquela onde o bebé recebe e mantém apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à excepção de suplementos vitamínicos ou medicamentos (OMS 2008).

As variáveis independentes neste estudo são a visita domiciliária, os dados sócio-demográficos e os obstétricos.

Foi utilizado o questionário “Avaliação da situação do Aleitamento Materno”, depois de devidamente autorizado pela autora, complementado com uma parte direccionada para recolher informação sobre a visita domiciliária, por nós elaborada e que foi sujeita a pré-teste. A sua aplicação foi efectuada no período de 1 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, pelos enfermeiros de família, à população alvo.

Este documento encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo, relativo ao enquadramento teórico, baseou-se na pesquisa e revisão bibliográfica, sendo notória a quantidade reduzida de estudos portugueses disponíveis. Inicia-se com a definição e discussão de conceitos sobre visita domiciliária, amamentação e educação em saúde. O segundo descreve o enquadramento metodológico, onde faremos referência sequencial à metodologia utilizada referindo a questão de investigação, o tipo de estudo, a amostra seleccionada, as variáveis e a sua operacionalização, as hipóteses e o instrumento de colheita de dados. No terceiro capítulo apresentaremos a análise e discussão dos resultados. Os resultados referem-se a uma amostra constituída por cento e oito mães inscritas nas USF Buarcos e S. Julião e residentes no concelho da Figueira da Foz.

Salientamos que nos quadros apresentados omitimos a fonte e a data de recolha dos dados, uma vez que ambas se referem aos dados obtidos pela aplicação do questionário a cento e oito mães inscritas no Centro de Saúde da Figueira da Foz.

Por fim, são tecidas algumas considerações com base nas principais conclusões deste estudo. A apresentação das referências bibliográficas permitirá verificar as fontes de informação consultadas para a consecução deste trabalho.

Esperamos com a elaboração deste estudo contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e à puérpera, para a reformulação da visita domiciliária e para a adequação de recursos necessários direccionados para a obtenção de ganhos em saúde.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - VISITA DOMICILIÁRIA

A teoria humana ecológica, que tem como principais defensores Bronfenbrenner, Bandura e Bowlby, enfatiza que o desenvolvimento infantil é grandemente influenciado pela forma como os pais cuidam dos filhos. Estes transportam consigo toda a aprendizagem que fizeram também durante a sua infância, reproduzindo valores, conceitos e formas de estar características de cada família (Olds, 2002).

Em complemento, a teoria da auto eficácia defende que as pessoas escolhem os seus comportamentos porque acreditam nos seus resultados e porque sentem que são capazes de o fazer. Assim, as enfermeiras, após as mães entenderem o efeito das suas escolhas na sua própria saúde e na dos seus bebés, estabelecem pequenas metas tangíveis e estabelecem objectivos exequíveis que conduzam os pais a experiências satisfatórias e aumentando a sua auto-confiança. Estes pequenos sucessos fazem aumentar a auto-estima dos pais, levando-os a conseguir ultrapassar maiores desafios (Olds, 2002).

Uma forma de conseguir conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente é através da visita domiciliária, durante a qual as enfermeiras captam o ambiente social e familiar e intervêm na família através da participação de todos os seus membros, especialmente da família alargada e, ainda, criam redes de apoio e ligação com recursos da comunidade adequados para cada problema identificado e a cada família específica (Rice, 2004).

A visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade do técnico com a família, revelando-se o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, possibilitando ganhos em saúde a todos os elementos da família (*Idem*).

Lacerda (2010, p. 2622), refere ser esta estratégia do cuidar uma oportunidade para o incentivo à autonomia do indivíduo e da família, uma vez que é um momento no qual a enfermeira vivencia com estes “situações de saúde-doença em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida”. Mandú *et al* (2008) sublinham este conceito e acrescentam que a visita domiciliária deve ser

articulada tendo a família como centro dos cuidados respondendo às suas necessidades, tendo em vista não só a prevenção da saúde, a recuperação e reabilitação da doença mas também a promoção da saúde.

Brasil (1997) *apud* Cruz e Bourget (2010) menciona que a família deve ser percebida de forma integral no seu espaço social, incluindo o seu contexto socioeconómico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam directamente a saúde das pessoas.

O mesmo autor salienta que a visita domiciliar é uma intervenção que aproxima os profissionais da dinâmica familiar e respectivo contexto, sendo por isso um meio privilegiado de prestação de cuidados quer de promoção e de prevenção da saúde quer de tratamento e de reabilitação.

Lacerda (2010) sublinha que cuidar no domicílio é mais abrangente do que ver o indivíduo isoladamente, já que tem em conta as relações familiares e de vizinhança, e a personalização dos cuidados de acordo com os recursos, as crenças e os valores de cada família.

De acordo com Rice (2006, p.23), são objectivos da visita domiciliar “fornecer ao utente (e família) a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde no domicílio”

Desta forma, a visita domiciliar é uma estratégia que, no estudo de Cruz e Bourget (2010), apresenta como vantagens ser um meio facilitador da aproximação das necessidades da população, ser um instrumento de humanização dos cuidados de saúde, e ser também focalizada na promoção da saúde e prevenção da doença. Lacerda (2010) acrescenta ainda que o papel da enfermeira junto do indivíduo e família é ajudá-los a auto determinarem-se para o cuidado, o que inclui a educação, o advogar e o gerir o caso do utente e família.

Esta autora concebe o papel de advogada do utente/família como prestar um cuidado de saúde correcto e também preservar a dignidade e direitos do ser humano, assim como considerar a co-responsabilização e a cooperação como fundamentais para a capacitação da família e para a sua autonomia. Deste modo, torna-se necessário instrumentalizar a família (ensinar/educar para os cuidados a prestar), verificar as condições do indivíduo/família para a prestação desses mesmos cuidados e estabelecer com ele a forma de melhor o fazer (gerir).

O domicílio é um local privilegiado para a observação das relações sociais entre os membros da família. Estas relações podem ser potenciadoras de bem-estar e por isso favorecedoras da sobrevivência e da manutenção do estado de saúde ou constituírem risco e assim serem uma das causas de doença ou vulnerabilidade. A visita domiciliária possibilita ao técnico uma visão mais real destas potencialidades ou dificuldades podendo assim intervir para a resolução das suas vulnerabilidades e produção de comportamentos adaptativos saudáveis. (Mandú, 2008)

O estudo deste autor revela que as famílias sentem uma maior aproximação e comprometimento profissional, que gera um sentimento de auto-estima, esperança e bem-estar, conduzindo a relações mais estreitas entre a família e o profissional de saúde.

No entanto, este estudo aponta como desvantagem a possibilidade de as famílias se acomodarem e perderem a iniciativa de procurarem os cuidados de saúde.

Para evitar a dependência dos cuidados domiciliários os técnicos que adoptam esta estratégia devem ter um perfil que seja facilitador da comunicação, saber escutar, respeitar as escolhas do utente/família, saber adequar os princípios científicos e técnicos aos recursos da família e construir o plano de cuidados em conjunto com estes, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e de acordo com as suas prioridades. Este conceito é preconizado por Rice (2004, p.15) que sublinha que “a enfermagem domiciliária se enquadra numa prática centrada no relacionamento”, no qual os enfermeiros têm que ser criativos e líderes peritos em cuidados de saúde. Basto (2000) acrescenta que o enfermeiro interage e estabelece uma relação de proximidade, de “estar com” e de partilha de sentimentos.

Lacerda (2010) acentua que o perfil da enfermeira domiciliária tem de ser baseado na comunicação, na ética e no respeito pelas vivências humanas e considera a visita domiciliária como o local onde se podem desenvolver os melhores cuidados de saúde às pessoas e família no espaço mais íntimo e privado.

Por tudo isto, poderemos afirmar que a enfermagem domiciliária se centra numa relação e num tipo de cuidados que têm muito mais de holístico que de técnico, que envolve todos os membros da família e o ambiente na qual ela se insere, e

onde se realiza educação para a saúde, cuidados psicológicos, sociais, espirituais e físicos. Neste contexto, a confiança adquire uma importância primordial relativamente aos outros contextos de cuidados (Rice, 2004).

A mesma autora, refere ainda que os cuidados domiciliários são preferíveis à hospitalização por permitirem uma maior humanização e uma visão holística do utente/família e ainda por terem um custo mais baixo. Estes aspectos são também mencionados por Cruz e Bourget (2010) no seu estudo sobre a implementação do Programa de Saúde da Família no Brasil, o qual permitiu uma maior acessibilidade, equidade, redução dos custos e minimização dos conflitos sociais.

Na análise que Lacerda (2010) faz deste programa alerta para a avaliação do mesmo ser feita com base na eficácia e efectividade (quantificação), o que pode condicionar a qualidade das acções técnico-científicas e relacionais desenvolvidas pelos profissionais.

Assim, e de acordo com estudos de vários autores (Cruz e Bourget, 2010; Lacerda, 2010; Mandú, 2008; Pinto, 2008), a visitação domiciliária deve ocorrer o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises.

Cruz e Bourget (2010) referindo a perspectiva sistémica considera a família como um sistema de relações, onde os indivíduos por si só são sistemas, que fazem parte de sistemas mais amplos, em que cada um influencia e é influenciado pelos outros membros e pelo ambiente.

A visitação domiciliária ao recém-nascido e à família insere-se numa fase do ciclo de vida particularmente perturbadora pelas mudanças, que o nascimento de uma criança, vem causar no seio da família, fragilizando-a e levando a adaptações no papel de cada um dos seus membros. Como Gameiro (1994) *apud* Relvas (2006, p. 11) nos diz “a família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”. Ao abordar o ciclo de vida da família, esta autora refere que embora as suas etapas teoricamente pareçam bem arrumadas, a realidade de cada família mostra que é necessário atender à sua individualidade, tendo em conta o meio

social e comunitário onde teve origem, onde vive e se desenvolve, assim como o contexto relacional.

De facto, a teoria humana ecológica clarifica a importância do meio social incluindo não só a influência dos pais, mas também das redes sociais, vizinhança, comunidade e cultura no desenvolvimento infantil. De acordo com este ponto de vista, a visita domiciliária tem como finalidade a capacitação dos pais, de acordo com o ambiente onde a família se insere de modo a garantir o acesso aos recursos sociais (Bilukha,2005).

Como referido anteriormente, a visita domiciliária segue a teoria da auto-eficácia segundo a qual os indivíduos/famílias são mais capazes de agir quando em simultâneo acreditam nas suas aptidões e têm objectivos que querem atingir. Para isso os técnicos trabalham as potencialidades dos pais e apoiam todos os membros da família envolvendo também os amigos, ou seja a rede social de apoio. Ao mesmo tempo que modificam padrões nocivos de relações familiares, contribuem para o fortalecimento das mesmas. Intensificando o envolvimento parental é possível proteger-se as crianças de violência familiar (*Idem*).

A visita domiciliária insere-se no contexto de intervenção como uma mais-valia, pois a mesma possibilita a recolha de dados que, de outra forma passariam despercebidos. A visita domiciliária é, por este motivo, tida como facilitadora do cumprimento do Programa de Saúde Infantil (Portugal, 2005) e, enquanto potenciadora da confiança nos serviços públicos e na enfermeira de família, aumenta os conhecimentos da mãe, diminui a procura injustificada dos serviços de saúde e diminui a taxa de morbilidade e mortalidade neo-natal. (Rice, 2004)

O mesmo autor (2004, p. 23) propõe um modelo de cuidar adequado à intervenção domiciliária, definido como um “processo dinâmico, (...) cujo objectivo é permitir alcançar um nível optimizado de saúde.” e onde o papel do enfermeiro consiste em “facilitar a autodeterminação do utente para o auto cuidado através de numerosas estratégias, incluindo formação e apoio, participação espiritual e estética e gestão de caso”. Desta forma enfermeiro e utente são tidos como unidades holísticas onde as necessidades e intervenções são decisões conjuntas e previamente negociadas.

Baggens (2004) sublinha esta ideia referindo a visita domiciliária da enfermeira como uma intervenção com base numa filosofia de comunicação e de respeito

pela vontade da família, onde se detectam problemas que possam afectar o crescimento e desenvolvimento do bebé e se planeia com a família a necessidade de mais visitas e os cuidados a implementar. Como este encontro se processa no ambiente descontraído onde a família tem o controlo da situação, o objectivo é encorajá-la a discutir os seus problemas específicos e as suas preocupações, sendo a interacção entre a família e a enfermeira uma componente essencial desta prática.

Largamente utilizada como um recurso de intervenção, a visita domiciliária tem como objectivos principais melhorar o ambiente físico, a relação familiar e prevenir problemas de comportamento das crianças (Bilukha, 2005).

Este autor define a visita domiciliária como um programa que inclui a visita aos pais e à criança, em sua casa por profissionais que conciliam o conhecimento em saúde infantil e desenvolvimento da criança, capazes de cuidar e apoiar, de transmitir informação e treino ou fornecer qualquer combinação destes serviços. Estes podem ser enfermeiros, assistentes sociais, outros profissionais ou pares da comunidade (Bilukha, 2005).

No entanto, Olds (2002) refere que os enfermeiros são os profissionais mais bem capacitados para realizarem a visita domiciliária, devido à sua formação em saúde da mulher e da criança, e por serem bem vistos pela população, que os admira pelos seus princípios éticos e de honestidade.

O Plano Nacional de Saúde (Portugal, 2004) faz um apelo à necessidade de as abordagens de saúde das populações se centrarem no ciclo de vida e na família, principalmente as que visam a promoção da saúde no contexto comunitário. Este documento reforça o papel da visita domiciliária como uma estratégia de excelência que pretende melhorar os indicadores no período peri-natal. A OMS no Documento Saúde 21 defende igualmente a implementação de políticas e instituições que promovam a saúde das crianças (OMS, 2002).

O Programa de Saúde Infantil incentiva a criação de meios “que possibilitem a realização de visitas domiciliárias essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (...) e nos casos de famílias ou situações identificadas como *de risco*” (Portugal, 2005, pág. 6).

A estratégia de visita domiciliária para protecção da maternidade e paternidade também é sublinhada no Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio,

onde se pode ler: “Promover e incrementar a visitação domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde”

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com grande enfoque no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, veio criar equipas específicas para a intervenção junto das famílias e ao longo do seu ciclo vital, as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Para as USF, legisladas no Decreto-Lei nº 298/2007, foram determinados indicadores que permitam avaliar ganhos em saúde. Um dos indicadores definido é a “taxa de visitas domiciliárias ao recém-nascido e à puérpera”, cujo numerador é definido como “número de visitas a recém-nascidos e puérperas até aos 28 dias” salientando a precocidade da visita domiciliária como factor de qualidade.

Embora não se tenham encontrado estudos que avaliem a eficiência destes programas em Portugal, estudos realizados noutros países fornecem alguma informação que poderá servir como ponto de partida para a avaliação deste programa a nível nacional.

É o caso do estudo de Cristhie e Bunting (2010) realizado na Irlanda do Norte, através do qual os autores chegaram à conclusão que as mães alvo de visitação domiciliária mostravam mais satisfação nos cuidados e menos procura nos cuidados secundários, o que reforça a ideia de que a visitação domiciliária traz benefícios na adopção de comportamentos saudáveis nas famílias.

Outro estudo demonstrou que as visitas domiciliárias são beneficiadoras especialmente no desenvolvimento das capacidades e relações parentais (Kotliarenco 2010). Ambos os estudos sublinham a importância do início das visitas domiciliárias se referirem ao período pré-natal sendo seguido de mais visitas no período pós-natal e até pelo menos aos oito meses de idade do bebé.

O estudo de Gogia e Sachdev (2010) concluiu que as visitas domiciliárias realizadas nos períodos pré e pós natal levaram a uma redução da mortalidade peri-natal, principalmente nas famílias de baixos recursos económicos.

O estudo de Kemp *et al* (2008), realizado na Austrália, em comunidades socialmente desfavorecidas, concluiu que num programa de visitas domiciliárias

realizadas por enfermeiros, com início no período pré natal e até aos seis meses houve aumento das taxas de vacinação, aumento da qualidade do ambiente, melhor interacção pais/filho, melhor desenvolvimento da criança, melhor funcionamento familiar, redução do número de gravidezes indesejadas, redução dos casos de abuso, negligência infantil ou comportamentos criminais.

Loureiro *et al* (2009) salientam também que a visita domiciliária é uma intervenção que promove a saúde mental da mãe e da criança e consequentemente da família pelo que deve ser instituída o mais precocemente possível (antes do parto), atendendo a que a transição para a parentalidade começa antes do nascimento. Este autor reforça ainda a importância do bem-estar materno para o vínculo com o bebé, promotor de um bom desenvolvimento físico, mental e social deste último. Na intervenção domiciliária a potenciação das competências parentais desenvolve a auto-confiança determinante para o desempenho do papel parental, sendo a gravidez e o pós-parto etapas caracterizadas por uma grande abertura e disponibilidade dos pais para aprender pelo que se revela a altura mais profícua para o ensino e incentivo ao desenvolvimento dessas competências.

Com a visitação domiciliária é possível detectar precocemente riscos familiares e ambientais que podem ser cruciais para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebé. Sabemos que bebés expostos a substâncias como tabaco, álcool ou drogas, e à ansiedade materna têm mais dificuldade em se acalmarem e se consolarem nas primeiras semanas de vida. Ao actuar nestes ambientes de risco, é possível promover a saúde da família e, em simultâneo, diminuir os riscos ambientais nestas crianças (Olds, 2002).

O estudo de Grietens, Geeraert e Hellenckx (2004), que tinha como objectivo validar uma escala que contribuísse para a detecção precoce do risco de abuso e negligência em mães de recém-nascidos, concluiu que, através de sinais como o isolamento, problemas psicológicos e comunicação distorcida com os profissionais, era possível despistar precocemente o risco de maus tratos nos bebés e estabelecer intervenções adequadas à preparação parental e à prevenção da violência.

Em contrapartida, Gomby (2000) salienta que os programas de visitação domiciliária podem não ter os efeitos desejados, nem serem efectivos quando realizados transversalmente em todas as famílias, nomeadamente no que se refere às famílias com história de violência. De acordo com este autor, algumas

causas desta baixa efectividade podem ser devidas a mudanças de residência frequentes, características destas famílias ou à constante rotatividade das equipas prestadoras de cuidados.

Olds (2002) na avaliação de dois programas de visitação domiciliária (Nurse Home Visitation Program – NHVP) implementados em duas comunidades de risco (Elmira e Memphis), nos Estados Unidos, concluiu que durante a gravidez as mulheres melhoraram a qualidade da sua dieta e que as mães fumadoras consumiam menos 25% de cigarros às trinta e quatro semanas de gravidez. No fim da gravidez as mulheres visitadas tinham mais suporte informal (rede de apoio), faziam um uso mais adequado dos serviços comunitários, entre as fumadoras houve menos 75% de partos prematuros e as mães adolescentes (com idades entre os 14 e 16 anos) tiveram bebés com mais 395 gramas do que as do grupo de controlo. Outro aspecto importante verificado neste estudo foi um decréscimo nos maus tratos às crianças e nos acidentes domésticos relacionados com os ensinamentos efectuados sobre prevenção de perigos. De salientar ainda que as mães visitadas demonstraram um ambiente mais propício ao desenvolvimento emocional e cognitivo da criança. De acordo com estes estudos, houve uma maior prevalência na amamentação nas famílias visitadas mas a duração da amamentação não foi influenciada.

O autor referiu que os efeitos da implementação destes programas se continuaram a fazer sentir ao fim de dois anos, no entanto como se comprovou serem mais eficazes nas famílias de risco, tendo em conta os elevados custos quando generalizados, aconselha a que se apliquem nas comunidades de risco (baixos recursos económicos, história de violência, percurso de vida dos pais comprometido, gravidez na adolescência e história de consumos de álcool, drogas e tabaco), e ainda em períodos de estagnação económica e de maior desemprego, alturas de maior vulnerabilidade das famílias (Olds 2002).

Na sequência do alargamento do NHVP foi implementado numa comunidade de Oklahoma um programa com o seguinte protocolo de visita: saúde pessoal e ambiental, papel materno, desenvolvimento da família e rede de apoio. No período pré-natal as enfermeiras focavam-se na detecção precoce dos riscos de complicações de “baixo peso ao nascer” e prematuridade. O programa iniciava-se com visitas semanais no primeiro mês de adesão, visitas bissemanais até ao parto, visitas semanais durante as primeiras seis semanas do bebé, visitas quinzenais até aos vinte e um meses do bebé e mensais até aos dois anos.

Todas as famílias foram referenciadas por programas de saúde e identificadas como “de risco”. A avaliação deste programa permitiu concluir que houve diminuição do risco de problemas perinatais entre mulheres solteiras, houve uma associação forte entre o aumento de peso ao nascer e o aumento da idade gestacional nas mães solteiras. Não foi significativo o efeito desta intervenção nas mulheres casadas (Carabin 2005).

Zadoroznyj (2006) avaliou o programa Mothercarer, em curso na Austrália, que consiste na visita domiciliária da família após alta da maternidade (esta é efectuada entre as 24 e 48 horas após o parto). A redução do tempo de internamento após o parto permite que este seja menos medicalizado e visto como um evento de vida natural permitindo um aumento dos laços familiares. O ambiente de casa é ainda mais propício ao descanso e a menores influências relativamente à amamentação. No entanto, sem apoio da enfermeira na visita domiciliária, a mãe pode sentir mais ansiedade, mais dúvidas, o que pode conduzir à diminuição da amamentação, a mais reinternamentos e à menor satisfação materna.

Este programa foi implementado experimentalmente num grupo de mulheres residentes nas proximidades de Adelaide e consiste na visita domiciliária durante sete dias consecutivos em mulheres com alta da maternidade, providenciada por mulheres jovens desempregadas que recebiam um treino específico para auxílio das mães nesta fase da vida (semelhante ao implementado na Holanda). Apesar de a adesão a este programa ficar aquém das expectativas, pode verificar-se que uma maior proporção de mães seguidas no programa mantinha a amamentação exclusiva até aos três meses comparativamente com as mães não aderentes ao programa (Zadoroznyj, 2006).

A mesma autora refere também, que, na Holanda, país onde um grande número de partos é feito em casa, as mães têm o acompanhamento de pessoas com formação para dar apoio, incentivar na amamentação, esclarecer dúvidas e ainda substituir a mãe nas tarefas domésticas deixando-a assim disponível para a maternidade.

No Canadá, as mulheres com alta às 48 horas após o parto, recebem um telefonema no dia seguinte ou, caso o técnico considere necessário, uma visita domiciliária às 72 horas. No entanto, a eficiência destas medidas ronda os 10% o que revela ainda alguns problemas na comunicação entre o hospital e os serviços comunitários (Zadoroznyj, 2006).

Nalguns pontos dos Estados Unidos é disponibilizado à mãe a escolha de um internamento mínimo de quarenta e oito horas após um parto normal, verificando-se que há uma grande assimetria, já que mães com elevadas condições económicas, podem ficar mais tempo internadas no hospital. As mulheres que têm alta mais cedo são mais novas, têm fracos recursos económicos, relações afectivas menos estáveis e baixos níveis de escolaridade (*Idem*).

O estudo de Marques (2010), que relaciona o papel da rede social na amamentação, salienta a importância do conhecimento do contexto sócio-cultural para determinar qual a sua importância no favorecimento da amamentação e qual a ajuda necessária adequada a cada mãe. Para esta autora, a rede social tanto pode ser de apoio como geradora de conflitos pelo que todos os membros que a compõem devem ser alvo de educação para a saúde durante a gestação e puerpério. A relação estabelecida com a mãe deve ser pautada pela escuta activa e pela atitude empática de forma a compreender as representações construídas pelos indivíduos que compõem a rede social e responder às suas reais necessidades.

Em países com elevadas taxas de mortalidade neo-natal por complicações do parto e prematuridade, a visita domiciliária reveste-se de um carácter de maior impacto uma vez que se pretende diminuir estas taxas através da intervenção dos profissionais de saúde junto da comunidade. Manandhar (2004) *apud* Dutta (2009) refere um estudo, numa comunidade em Makwanpur, onde identificaram e sinalizaram as grávidas de risco perinatal, melhoraram os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde preparando-os para realizarem partos com cuidados de higiene adequados e para incentivarem a amamentação exclusiva, conseguindo-se reduzir em 30% a mortalidade neo-natal e em 78% a mortalidade materna.

Gogia e Sachdev (2010) destacam que a visita domiciliária realizada com o objectivo de reduzir as taxas de mortalidade infantil só tem relevância se a sua cobertura for maior ou igual a cinquenta por cento e se forem associadas as estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, sendo ainda fundamental a mobilização dos recursos da comunidade.

No entanto um estudo de Darmstadt *et al* (2010) que relacionou a diminuição da mortalidade neo-natal em prematuros na mesma comunidade, revelou que esse decréscimo não era dependente da visita domiciliária mas sim do recurso

precoce ao hospital (mesmo que o parto ocorresse em casa) e independentemente da elevada cobertura de visita domiciliária e da preparação dos agentes comunitários.

Num estudo desenvolvido em Roma, seleccionaram-se mulheres seguidas numa maternidade pública, a quem se questionou sobre a intenção de amamentar. As mães que declararam ter intenção de amamentar foram divididas em dois grupos, um grupo controlo e outro alvo de visita domiciliária ao sétimo dia após a alta, realizada por enfermeiras com curso de Aconselhamento em Amamentação da UNICEF, que também disponibilizavam o seu contacto telefónico. O autor concluiu que o risco de interromperem a amamentação exclusiva não foi estatisticamente significativa no grupo alvo de visita domiciliária em relação ao grupo controlo. Os resultados deste estudo concluíram que o comportamento relativo à amamentação é independente da realização de uma visita domiciliária e do aconselhamento telefónico da mesma enfermeira, não contribuindo assim para a sua iniciação ou duração (Di Napoli *et al*, 2004).

Também, Steel (2003) *apud* Pereira (2006), não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a visita domiciliária e as entrevistas telefónicas em relação à duração da amamentação.

Para contrapor estes autores, Porteous, Kaufman e Ush (2000) *apud* Pereira (2006), afirma ser a visita domiciliária um factor de sucesso no aleitamento materno quer na sua implementação quer na sua manutenção. Estes autores verificaram que as visitas domiciliárias contribuíram para o início da lactação e para a sua duração.

As visitas domiciliárias revelam-se muito importantes em níveis socioeconómicos e de escolaridade mais baixos, onde se verificam taxas de adesão à amamentação mais baixas (Pereira, 2006).

Galvão (2003) verificou no seu estudo sobre “Amamentação bem sucedida” que 85,9% das mães não beneficiaram de qualquer contacto domiciliário, embora essa seja uma estratégia promotora do aleitamento materno indicada pelo Ministério da Saúde.

O estudo de Boyd, Norr e Nacion (2001) que analisa intervenções realizadas por equipas formadas por enfermeiras, assistentes sociais e elementos da comunidade com treino adequado, revelou que houve capacitação destas equipas pela partilha de conhecimentos inerentes a cada profissão e que o

elemento da comunidade era uma mais-valia já que era culturalmente bem aceite pelas famílias e conhecedor da realidade daquela zona, para além de viver com os mesmos recursos das famílias. A primeira visita domiciliária era realizada em equipa e as seguintes pelo elemento da comunidade em permanente contacto com o enfermeiro, conseguindo-se assim melhorar a acessibilidade e diminuir os custos com a visita domiciliária.

Neste estudo utilizaram o modelo de “resolução de problemas”, definindo previamente os objectivos individuais de cada família com o técnico e incluindo temas como educação, trabalho e planeamento familiar. Com a orientação da enfermeira, os elementos da comunidade disponibilizavam ensinamentos sobre cuidados na infância, que abrangiam higiene, alimentação e prevenção de acidentes. Também contribuíam para o aumento de conhecimentos das mães sobre padrões de desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança ensinando algumas técnicas de disciplina adequadas a cada caso. Um dos maiores ganhos em saúde com esta intervenção foi a capacitação das mães para reconhecerem o seu importante papel nos cuidados preventivos e no rápido tratamento das enfermidades (Boyd, Norr e Nacion, 2001).

Os benefícios deste programa foram a ênfase no desenvolvimento e continuidade da relação parental, e um dos maiores desafios a continuidade de contactos com estas famílias num longo período de tempo (Boyd, Norr e Nacion, 2001).

Podemos concluir que a visita domiciliária é uma estratégia de intervenção realizada no ambiente da família o que proporciona um espaço mais íntimo e de pertença onde esta vê o técnico como um parceiro de cuidados, aumentando a sua autoconfiança. Desta forma, expõe os seus problemas, dúvidas e preocupações com mais facilidade.

Por outro lado, o técnico obtém informação sobre a família, a comunidade e o ambiente recorrendo à observação, entrevista e interacção, o que permite adequar os recursos e estratégias às necessidades e vontades das famílias.

2 – AMAMENTAÇÃO

O leite materno é considerado o melhor e mais completo alimento para o bebé. O seu consumo sofreu um decréscimo na década de 60, com a introdução dos leites artificiais, aos quais eram atribuídas melhores propriedades comparativamente com o leite materno. Os interesses ligados à venda de leite artificial levaram à criação de falsos conceitos por parte dos pais, que passaram a considerar um sinal exterior de riqueza a criança ser alimentada com leite artificial (Galvão, 2003).

Os estudos desenvolvidos vieram provar que nenhum leite artificial, por melhor que seja, consegue igualar o leite materno, sendo, no entanto, um óptimo substituto ou complemento em caso de necessidade.

Presentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a amamentação exclusiva até aos seis meses e a sua manutenção devidamente complementada com outros alimentos até pelo menos aos dois anos (OMS, 2010).

Este organismo define os conceitos de amamentação da seguinte forma: **Aleitamento materno**, aquele onde o bebé recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos que possa adquirir (WHO, 2008).

Aleitamento materno exclusivo, no qual o bebé recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à excepção de suplementos vitamínicos ou medicamentos (WHO, 2008).

Aleitamento materno predominante, no qual a fonte de alimentação do bebé é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) directamente da mama ou extraído dela embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), sais de rehidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado. Esta categoria não abrange alimentos semi-sólidos, como papas ou sopa, nem leite não humano (WHO, 2008).

Aleitamento materno complementado, no qual o bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano. (WHO, 2008)

O leite materno tem a capacidade de ser específico, adequado e na quantidade necessária para cada bebé. Esta característica torna-o num alimento único e inigualável. De facto o leite de cada mãe é específico para o seu bebé e fornece-lhe não só os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, como também vitaminas, sais minerais e imunoglobulinas em quantidade e proporção adequadas para a absorção dos nutrientes para aquele bebé (Galvão, 2003).

Tem ainda a capacidade de modificar as suas características adaptando-as à necessidade do bebé naquele momento e à medida que vai crescendo. Isto quer dizer que a composição do leite materno não é sempre igual desde o nascimento, e que o mesmo se vai alterando de acordo com as diversas etapas de crescimento do bebé, fornecendo-lhe em quantidades diferentes substâncias que facilitam a sua adaptação extra-uterina. Por estas características únicas, o leite materno é considerado por alguns autores como um “fluido vivo” (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

2.1 - COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

Durante a lactação, a glândula mamária produz diferentes tipos de leite: colostro, leite de transição, leite maduro e leite de término (Molina, 2004).

No último trimestre da gravidez os alvéolos da glândula mamária acumulam uma substância (pré-colostro) constituída por plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, sódio, cloro e uma pequena porção de lactose. Nos quatro dias seguintes ao parto a glândula mamária produz o colostro em quantidades que variam entre dois e vinte mililitros mas que são suficientes para as necessidades do recém-nascido. O colostro é constituído por lactose, lípidos, glucose, ureia, vitaminas hidrosolúveis e nucleotídeos em quantidades inferiores às do leite maduro. Contém também proteínas, ácido siálico, vitaminas lipossolúveis A, E e K e carotenos em maior quantidade que o leite maduro. As quantidades de minerais como sódio, enxofre, ferro, zinco, selénio, magnésio e potássio também são mais elevadas que no leite maduro. Quanto ao conteúdo em cálcio e fósforo, varia de acordo com os vários autores (*Idem*).

A proporção entre as proteínas do soro e a caseína é de 80/20 ml no colostro. A concentração dos aminoácidos livres varia nos diferentes tipos de leite. A composição dos ácidos gordos varia de acordo com a dieta materna. Se esta for rica em ácidos gordos insaturados, o colostro tem níveis mais elevados. Os níveis de colesterol são mais elevados no colostro do que no leite maduro, ao contrário dos triglicéridos. As quantidades de ácidos gordos de cadeia longa e de fosfolípidos são semelhantes nos dois tipos de leite (Molina, 2004).

O conteúdo muito elevado de imunoglobulinas, principalmente IgA, lactoferrina e células (linfócitos e macrófagos), oligossacáridos, citoquinas e outras substâncias defensivas permitem a protecção do recém-nascido contra os microrganismos do ambiente e ajudam à maturação do seu sistema imunitário (*Idem*).

A quantidade de colostro produzida é a adequada à imaturidade dos rins do recém-nascido que não estão preparados para processar grandes quantidades de leite, e a sua composição facilita a saída de mecónio, impedindo a hiperbilirrubinémia, forma uma camada protectora na parede do intestino que impede a proliferação de bactérias patogénicas, contém enzimas que facilitam a digestão, promove a colonização intestinal pelos lactobacillus bifidus, contém antioxidantes e quinonas que protegem o organismo do recém-nascido dos danos da oxidação e é rico em factores de crescimento que favorecem a maturação dos sistemas digestivo e imunitário (*Ibidem*).

O leite de transição é produzido entre o quarto e o décimo quinto dia após o parto. Entre o quarto e o sexto dia dá-se a “subida de leite”, que é um aumento brusco da quantidade de leite produzido, que continua até atingir cerca de 600-700 ml por dia entre os quinze e trinta dias após o parto. Este leite tem uma composição intermédia e vai variando diariamente até atingir a composição do leite maduro (Molina, 2004).

O volume médio de leite maduro produzido por uma mulher até aos seis meses após o parto situa-se entre os 700 e os 900 ml por dia e cerca de 600 ml no segundo semestre. O leite maduro é composto por nutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono), sais minerais, vitaminas, hormonas, enzimas, factores de crescimento, nucleótidos e imunoglobulinas (*Idem*).

Este leite contém cerca de 88% de água com uma osmolaridade semelhante à do plasma o que permite um perfeito equilíbrio hidroelectrolítico (*Ibidem*).

Dos nutrientes contidos no leite, as proteínas são produzidas na glândula mamária à exceção da seroalbumina que é proveniente da circulação materna (Molina, 2004).

As proteínas são constituídas por aminoácidos dos quais vinte têm propriedades estruturais e funcionais essenciais para o crescimento e manutenção do organismo humano. As crianças não conseguem sintetizar nove dos vinte aminoácidos essenciais e o leite materno possui dezanove destes aminoácidos (Aguas, 200? e Molina, 2004).

Há proteínas com função nutricional e outras com capacidade funcional, como as hormonas, as enzimas e as imunoglobinas (Molina, 2004). A concentração média de proteínas no leite humano é de 1,15g/100ml à exceção do primeiro mês, em que pode chegar a ter 1,3g/100ml, verificando-se variações destas concentrações em diversas mães, o que pode explicar o diferente padrão de alimentação dos bebés alimentados ao peito (onde se permite a livre demanda, ou seja, o bebé mama quando quer e não está sujeito a um horário pré determinado) (Galvão, 2003).

O leite humano tem caseína formada sobretudo por beta-caseína, numa proporção de 60/40 em relação às outras proteínas do soro, o que permite uma digestibilidade e um coeficiente de absorção altos (Molina,2004). Outros autores referem uma relação de soro/caseína de 80/20 e uma percentagem de lactoalbumina de 80% no leite materno, justificando desta forma a sua maior digestibilidade e conseqüente esvaziamento gástrico mais rápido (Silva, 2007).

Os aminoácidos essenciais que fazem parte do leite materno são: arginina, cistina, histidina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptofano, tirosina e valina (Molina, 2004).

A relação cistina/meteonina é de 2:1 no leite materno. Parece-nos que esta relação é muito importante no desenvolvimento dos recém-nascidos e prematuros pois a enzima capaz de fazer a transformação de metionina em cistina está ausente no cérebro e fígado destes (Galvão, 2003).

De igual modo consideramos que outros aminoácidos encontrados no leite materno possam ser essenciais. As funções de alguns destes aminoácidos são já conhecidas, como é o caso da taurina, um aminoácido livre, sintetizado a partir de cistina e metionina, que o recém-nascido não é capaz de sintetizar mas que existe em grande quantidade na retina e células do tecido nervoso. A carnitina é

outra substância conhecida como facilitadora da entrada e oxidação dos ácidos gordos nas mitocôndrias. Estas duas substâncias são essenciais no período pós-natal (Galvão, 2003 e Molina, 2004).

As proteínas como a lipase, a amilase e a alfa-1-antitripsina intervêm na digestão do leite no recém-nascido. A lipase tem a função de ajudar à digestão dos lípidos, a amilase compensa a falta de amilase da saliva e pâncreas e faz a digestão dos carboidratos de cadeia longa. A alfa-1-antitripsina é um inibidor das proteases evitando a degradação da lactoferrina e outras proteínas (Molina, 2004).

A beta-caseína é uma das proteínas com actividade relacionada com a absorção, e é uma das mais abundantes das caseínas, sendo a responsável pela formação de fosfopeptídeos solúveis que se ligam com o zinco e com o cálcio facilitando a sua absorção. A lactoferrina facilita a absorção de ferro pelas células intestinais, a haptocorrina transporta a vitamina B12 e tem também actividade antibacteriana. A alfa-lactoalbumina favorece a absorção de cálcio e zinco. Existem ainda proteínas transportadoras das IgF I e IgFII (*Idem*).

São várias as proteínas do leite que têm efeito inibitório dos microorganismos patogénicos, o que explica as baixas taxas de infecções nos bebés. As imunoglobulinas, principalmente a IgA secretora, são muito altas no início da lactação e mantêm-se até ao segundo ano de vida. É desta forma que a imunidade da mãe é transferida para o filho (*Ibidem*).

A lactoferrina e lisoenzima também têm actividade bactericida e actuam degradando a parede das bactérias sendo a última a responsável pela destruição das bactérias gram positivas. A kapa-caseína tem a função de evitar que as bactérias adiram à mucosa intestinal. A lactoperoxidasa, a haptocorrina e a lactoalbumina têm também capacidade bactericida (Molina, 2004).

O leite materno promove o crescimento de lactobacillus e bifidoactivos assim como alguns péptidos provenientes da degradação da lactoferrina e da IgA também com propriedades bifidogénicas. A presença destas bactérias na flora intestinal é importante na regulação do trânsito intestinal e na protecção de algumas infecções (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

O leite humano contém citoquinas (proteínas imunorreguladoras) que ao serem transmitidas ao bebé, estimulam a resposta imunitária, têm um papel anti-inflamatório e, de acordo com alguns estudos protegem as crianças de asma e alergias respiratórias. “As citoquinas IL-4, IL-5 e IL-13, mais intimamente

envolvidas com a produção de IgE e a indução de eosinófilos, estão presentes em concentrações no leite materno de mães atópicas em comparação com as suas contrapartes sem alergia” (Silva, 2009).

Os hidratos de carbono presentes no leite humano são a lactose (60 a 65%) e oligossacáridos (restante percentagem). A lactose é um dissacárido composto pela glicose, que facilita a absorção de minerais como o cálcio, o ferro, o manganésio, e o magnésio e facilita a colonização intestinal pelos lactobacillus bifidus, e pela galactose, que é absorvida no intestino e participa na formação dos galactosidos cerebrais (Molina,2004 e Aguas, 200?). Os hidratos de carbono são responsáveis pelo fornecimento de cerca de 40% da energia necessária ao bebé, encontrando-se em média 4% de lactose no colostro e 7% no leite maduro (Galvão, 2003).

Os oligossacáridos são compostos por moléculas complexas muitas delas com nitrogénio e outras substâncias, como o ácido siálico, relacionado com níveis de aprendizagem mais elevados, uma vez que favorecem as sinapses e a diferenciação neuronal. Alguns oligossacáridos unem-se aos receptores de células da faringe, e tubo digestivo, impedindo a aderência de algumas bactérias patogénicas (Molina, 2004).

O leite é formado por grandes quantidades de glóbulos de gordura muito pequenos produzidos nas células alveolares mamárias, que fornecem 40 a 50% das calorias e transportam ácidos gordos essenciais de cadeia longa (PUFA) e vitaminas lipossolúveis. (Molina,2004 e Aguas, 200?). As concentrações de gordura no leite humano, inicialmente, são 2g/100 ml no colostro, podendo variar entre 4 e 4,5g/100 ml no leite de transição e manterem-se estáveis (embora com variações individuais) no leite maduro. A concentração de gordura no leite final é sempre maior o que permite ao bebé ficar saciado (Galvão, 2003).

A maior parte da gordura do leite é constituída por triglicéridos (98%), sendo o restante fosfolípidos, ácidos gordos livres, mono e diglicéridos e colesterol. A maioria dos triglicéridos é de cadeia longa, constituídos por, pelo menos, dois ou três ácidos gordos diferentes. A posição da ligação *ester* influencia a sua absorção, tornando os do leite materno mais facilmente absorvíveis, quando comparados com os restantes leites. Os triglicéridos de cadeia média produzem menos energia mas absorvem-se mais facilmente (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

Os fosfolípidos têm propriedades emulsificantes, contribuem para as defesas do organismo, constituem a membrana fosfolípida e são neurotransmissores (Molina, 2004).

O colesterol presente no leite materno depende da dieta da mãe e, embora este tenha maior quantidade que os leites de fórmula, não há evidência científica que o relacione com os níveis elevados de colesterol na idade adulta (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

Os ácidos gordos saturados de cadeia longa mais frequentes são o palmítico e o esteárico. Os ácidos gordos de cadeia média e curta são todos saturados. Dos ácidos gordos monoinsaturados de cadeia longa o mais abundante é o linoleico (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

Os ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa, são essenciais, não conseguem ser sintetizados pelo recém-nascido e classificam-se em duas famílias, de acordo com o número de ligações duplas e a posição que elas ocupam, distinguindo-se em ácido linoleico precursor do ácido araquidónico, que é um constituinte dos fosfolípidos da membrana celular e um precursor das prostaglandinas, prostaciclina, tromboxanos e leucotrienos, e o ácido linolénico, precursor do eicosapentaenoico (EPA) e do docosahexaenoico (DHA), constituintes das membranas celulares, sendo o DHA concentrado no cérebro e retina (Molina, 2004 e Aguas, 200?).

A maior parte dos ácidos gordos existentes no leite materno provém da alimentação e depósitos de gordura da mãe, sendo apenas uma pequena parte de ácidos gordos de cadeia média e curta produzidos na glândula mamária. Alguns autores referem a importância da variabilidade e da escolha de alimentos saudáveis na dieta da mãe, evitando os de processamento rápido, que contêm gorduras *trans*, como os alimentos de pastelaria, os industrialmente processados, *fast food* e margarinas (Molina, 2004 e Aguas, 200?). Outros estudos reforçam a importância do consumo de ácidos gordos polinsaturados como promotores de um bom crescimento e desenvolvimento do bebé desde a fase neonatal e encontraram correlação positiva na qualidade da formação de ácidos gordos n-3 e n-6 em mães cuja alimentação é isenta de gorduras *trans* (Tinoco, 2007).

O leite humano contém todos os minerais necessários ao bebé e, embora estejam presentes em menores quantidades do que no leite de fórmula, eles são mais bem absorvidos devido às suas proporções. O conteúdo em minerais, no

leite materno, não é afectado pela dieta da mãe. A relação cálcio/fósforo é de 2:1, o que permite a sua absorção (Molina, 2004).

O ferro presente no leite materno tem uma excelente biodisponibilidade devido à existência de lactoferrina, ferritina e de níveis adequados de zinco e cobre (Molina, 2004). Este facto é salientado num estudo de Oliveira *et al* (2010) que concluiu que os bebés alimentados com leite materno tinham níveis de hematócrito superiores aos que seguiam outro padrão alimentar.

O zinco, essencial para a estrutura e funcionamento das enzimas e para o desenvolvimento do sistema imunitário, e o cobre, que evita a anemia microcítica e hipocrómica, têm boa biodisponibilidade e o seu conteúdo vai diminuindo ao longo do tempo, mantendo-se adequado até aos 5 -6 meses. O selénio também se encontra no leite materno com boa biodisponibilidade mas os seus níveis dependem da dieta materna (Molina, 2004).

O leite materno tem um conteúdo adequado de iodo, excepto quando a mãe utiliza substâncias iodadas que podem alterar a função tiroideia. O sódio presente no leite materno não é influenciado pela ingesta da mãe e tem níveis baixos, assim como o potássio e o cloro (semelhantes aos encontrados nos fluidos corporais), o que permite uma boa hidratação do bebé (*Idem*).

O conteúdo em vitaminas, no leite materno, está dependente da alimentação da mãe, no caso das vitaminas hidrossolúveis estas dependem da ingesta recente, quanto às lipossolúveis depende também das reservas da mãe. Em relação às vitaminas lipossolúveis, podem verificar-se concentrações de vitamina D mais baixas em mães que habitem zonas com pouco sol, no entanto não se notam carências nos bebés. Os níveis de vitamina K são relativamente baixos no leite maduro, mais altos no colostro, mas compensado pela produção pela flora intestinal, a partir das duas semanas de vida, que nos bebés alimentados com leite materno se forma com mais facilidade (*Ibidem*).

Os níveis de vitaminas hidrossolúveis são mais elevados em mães bem nutridas sendo, no entanto, a sua carência rara nos bebés. O ácido fólico é essencial para a síntese de hemoglobina, aminoácidos, DNA e RNA. As vitaminas do complexo B são necessárias para o metabolismo das proteínas, dos hidratos de carbono no tecido muscular e nervoso e da energia. A quantidade de vitamina B12 presente no leite materno é muito baixa mas muito bem absorvida devido à

haptocorrina. A vitamina C intervém na formação dos tecidos sobretudo no conectivo e vascular (Molina, 2004).

Além dos nutrientes, no leite materno encontram-se ainda outras substâncias que têm funções importantes no organismo do bebé. Os nucleotídeos intervêm na síntese de proteínas e factores de crescimento, sendo os que existem em maior quantidade a citidina monofosfato e o uracilo (*Idem*).

No leite materno, detectam-se todas as hormonas da mãe mas o seu papel não está suficientemente estudado. Sabe-se que algumas, como a leptina são anti-obesidade, podendo ser esse um dos motivos da menor prevalência de obesidade em crianças alimentadas com leite materno (Molina, 2004; CDC, 2007).

Os factores de crescimento são outras substâncias presentes no leite materno (que não se encontram em leites de fórmula), sendo péptidos que exercem as suas acções localmente estimulando a síntese de RNA, DNA, a proliferação celular, o crescimento e maturação do intestino e de outros órgãos (Molina, 2004).

O leite de término aparece devido à involução da glândula mamária e é semelhante ao colostro, sendo muito rico em imunoglobulinas. Por este facto é tido como responsável pela manutenção da imunidade e pela protecção da mama (Galvão, 2003).

No leite maduro as quantidades de proteínas, lípidos e hidratos de carbono variam do leite inicial para o final, ao longo do dia e de mãe para mãe. Mães que amamentem gémeos produzem leite em quantidade suficiente para os amamentar, pois a produção é adaptada à frequência e porção de mamadas (Galvão, 2003).

2.2 – VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação proporciona um contacto único mãe/bebé estabelecendo um vínculo afectivo que será mais forte quanto mais cedo o bebé for colocado à mama. A OMS (1997) recomenda que o bebé seja colocado à mama na primeira meia hora a uma hora após o parto, pois neste momento o bebé possui reflexos de busca que o levam a iniciar a amamentação facilmente.

O estabelecimento do vínculo afectivo mãe/bebé é proveitoso para ambos e é o início de uma relação de conhecimento mútuo. Tanto a mãe como o bebé emitem sinais que são descodificados pelo outro, aprendendo a conhecerem-se: “O aleitamento materno permite responder à necessidade que as mães sentem de começar o namoro com o recém-nascido e o bebé vê cumprido o seu maior direito, o contacto com a pele. A amamentação, que não é só dar líquido, mas sim estabelecer uma relação, ajuda a mãe a adaptar-se ao filho, a passar do bebé imaginário que idealizou para o bebé real que é o seu.”(Galvão, 2003, pg.17)

O leite materno é o único alimento que além dos nutrientes também fornece imunoglobulinas. Cada bebé adquire as imunoglobulinas específicas da sua mãe o que garante a imunidade para aqueles microorganismos mais frequentes naquele habitat, e naturalmente a sua sobrevivência (Galvão, 2003).

O leite materno tem ainda a vantagem de, por se encontrar estéril, não constituir risco de infecção através da manipulação de objectos utilizados na preparação de leite de fórmula. Encontra-se à temperatura adequada ao bebé evitando queimaduras quando comparado com a alimentação por fórmula, estando sempre pronto evita esperas e incómodos na preparação das fórmulas. Tem todos os nutrientes necessários ao bebé que ao longo do seu crescimento se vão transformando quer em qualidade quer em quantidade de forma a providir todas as necessidades do bebé (*Idem*).

A primeira parte do leite materno é mais rica em proteínas e açúcares que preparam o sistema digestivo do bebé para a digestão de outros nutrientes com moléculas maiores. A segunda parte do leite é principalmente constituída por gorduras que mantêm o bebé saciado até à mamada seguinte (*Ibidem*).

O leite materno contém ainda substâncias que vão promover o crescimento de bifidobactérias no intestino do bebé e que são cruciais para o seu sistema imunológico. A longo prazo o aleitamento materno apresenta ainda a vantagem de diminuir a probabilidade de alguns tumores, doença celíaca, obesidade, arteriosclerose, diabetes, doença de Chron e colite ulcerosa no adulto (Galvão, 2003).

O estudo de Escuder (2003), que utilizou um cálculo de risco relativo de morte por diarreia e infecção respiratória, concluiu que a amamentação pode ser a

estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal no Estado de São Paulo.

O CDC (2007) concluiu que uma das formas de combater a obesidade é promover o aleitamento materno. A esta conclusão chegaram alguns estudos, os quais verificaram existir correlação entre a amamentação e a obesidade com base nos seguintes factores: os indivíduos amamentados têm um perfil de leptina que pode favorecer a regulação do apetite e menos deposição de gordura, o leite de término mais rico em gordura “informa” o bebé que a mamada está a chegar ao fim “ensinando-o” quando termina a refeição, bebés amamentados aumentam menos de peso do que os alimentados por fórmula; bebés alimentados com fórmula têm mais insulina circulante resultante de um maior teor proteico que poderá estimular um maior depósito de gorduras, possibilidade de o leite materno desenvolver um receptor de sabor que fortaleça a preferência por alimentação de baixo teor calórico.

O estudo de Ferreira *et al* (2010) realizado numa região de Alagoas concluiu que nesta população o aleitamento materno por um período igual ou superior a trinta dias exerce um efeito protector contra o excesso de peso. Outro estudo do CDC (2007), que comparou crianças amamentadas com crianças que nunca foram amamentadas, sublinha que por cada mês de amamentação após os nove meses a probabilidade de vir a ter excesso de peso diminui em 4%.

Delgado (2005) refere que a amamentação promove o desenvolvimento craniofacial do bebé devido aos movimentos musculares orais que intervêm no processo de sucção, respiração e deglutição. O desenvolvimento deste grupo de músculos previne problemas articulares e más oclusões.

O estudo de Medeiros *et al*, (2009) sublinha ainda a duração e frequência da amamentação como factores determinantes para a estabilidade das funções oro faciais e prevenção da má oclusão, factores relacionados com a função da fala.

O estudo de Araújo (2008) também refere a amamentação como um factor que reduz as malformações da dentição, estimula e exercita os músculos que envolvem o processo da fala, promove uma melhor dicção e proporciona tranquilidade ao recém-nascido. Os movimentos executados e o posicionamento do bebé durante a amamentação previnem o aparecimento de otites no primeiro ano de vida (Galvão, 2003).

O estudo de Heikkilä *et al* (2011) analisou o comportamento de crianças de cinco anos através da aplicação da escala Strengths and Difficulties Questionnaire (SQD) e relacionou-o com a amamentação tendo concluído que as crianças amamentadas tinham menos risco de problemas de comportamento do que as crianças alimentadas com leite de fórmula, o que pode ser explicado pela maior interacção e vínculo que a amamentação proporciona à criança.

Outro estudo, este desenvolvido por Oddy *et al* (2011), analisou os resultados académicos de um grupo de crianças com dez anos e relacionou com a duração da amamentação, tendo chegado à conclusão de que as crianças que foram alimentadas com leite materno até aos seis meses ou mais tinham resultados mais altos nas provas de matemática e língua materna. No entanto, esta correlação revelou-se mais significativa nos elementos do sexo masculino, e o autor justifica-a pelas características do sexo masculino, que necessita de maior atenção da mãe e maior estímulo para a aquisição de competências cognitivas.

As vantagens para a mãe são a promoção da involução uterina e da eliminação de gordura acumulada durante a gravidez, a protecção do aparecimento do cancro da mama e ovário, e o estabelecimento precoce do vínculo afectivo que evita o aparecimento da depressão pós-parto através da libertação a nível cerebral de endorfinas (Galvão, 2003).

Aguilar Cordero *et al* (2005) *apud* Cardoso (2006) referem que a amamentação favorece a involução uterina, através do aumento transitório dos níveis de ocitocina, reduzindo assim os riscos de infecções uterinas e hemorragias, o que por sua vez protege a mãe da anemia. Esta autora justifica também a diminuição do peso da mãe que amamenta, com a actividade da lipase na mama, que diminui o tecido adiposo. A protecção do aparecimento do cancro da mama e do ovário e de osteoporose pré-menopausa é referido por vários autores pela inibição do ciclo menstrual e pela duração da amamentação (Galvão, 2003; Cardoso, 2006).

Vários autores citados por Galvão (2003) referem ainda que a amamentação reduz o risco de desenvolvimento de esclerose múltipla, artrite reumatóide, tumor do útero, doença inflamatória do intestino e doença cardiovascular.

A amamentação tem ainda a vantagem de ser anticoncepcional, uma vez que atrasa a ovulação por manter os níveis de progesterona elevados, e também por, durante a sucção, os estímulos nervosos que chegam ao hipotálamo fazerem

com que haja libertação de Beta-endorfinas que inibem a secreção da hormona libertadora de gonadotrofina, necessária ao desenvolvimento dos folículos e dos ovários suprimindo a ovulação e a menstruação. As Beta-endorfinas promovem a secreção de prolactina, hormona essencial à manutenção da produção de leite. A sucção frequente e prolongada do bebé aumenta a quantidade de Beta-endorfinas aumentando a amenorreia e conseguindo assim o efeito contraceptivo (Cardoso, 2006; Galvão, 2003).

Este efeito é eficaz se a mãe amamentar exclusivamente, com frequência, durante a noite, enquanto não for menstruada e o bebé tiver menos de seis meses (OMS, 1997).

Grossman *et al* (1990) *apud* Forster (2010), num estudo qualitativo concluiu que as mães referem sentimentos contraditórios em relação à amamentação. Os sentimentos positivos encontrados neste estudo foram a aceção de que o leite materno é o melhor para o bebé e aumenta o vínculo materno pela proximidade com a criança. Os sentimentos negativos citados foram os problemas com a mama e os mamilos, a mãe sentir-se dependente do bebé, a insuficiente quantidade de leite e toda a responsabilidade dos cuidados com o bebé recair sobre a mãe.

Hauck e Irurita (2003) *apud* o mesmo autor refere ainda que a mãe tem expectativas relativas à amamentação que confronta com as expectativas do outro (restante família, sociedade), conduzindo a sentimentos de culpa por se sentir incapaz de responder a essas mesmas expectativas.

Por outro lado, “a amamentação favorece o sentimento de auto-estima materna, que no dizer de Lana (2001) corresponde ao sentimento que a mãe tem da sua própria importância ou do seu próprio valor. Mede o apreço, a consideração e o respeito por si mesma e tem influência directa em todos os aspectos da sua vida” (Galvão, 2003, p.19). Estes sentimentos da mãe contribuem para o seu sucesso na amamentação, aumentando a produção de leite e o prazer sentido durante todo o processo.

Para a família e para a sociedade tem ainda a vantagem de ser mais económico e não poluente. Os leites de fórmula no seu processo de produção consomem grande quantidade de energia e matéria-prima e ainda produzem resíduos que aumentam o volume de lixo produzido, tornando-se assim poluentes (Cardoso, 2006).

Como desvantagens são mencionados algum incómodo inicial para a mãe no estabelecimento da amamentação o que pode levar ao aparecimento de fissuras e dor, e o facto de condicionar a mãe aos horários de alimentação do bebé o que pode ser considerado por esta como uma restrição da sua liberdade, principalmente quando retoma o mercado de trabalho (Forster, 2010).

Para a mãe e família é ainda apontado como desvantagem por razões socioculturais, o acto de amamentar em público (Pereira, 2006). A imagem social da amamentação é reproduzida para os seus membros. Numa sociedade onde os benefícios do aleitamento materno sejam evidentes e aceites por esta, fazendo parte da norma as mães sentir-se-ão apoiadas na sua escolha, influenciando-as de forma positiva, o que se traduz em taxas mais altas de aleitamento materno (Forster, 2010).

2.3 – POSICIONAMENTO

O posicionamento do bebé ajuda-o a adquirir uma boa pega, permitindo o esvaziamento completo da mama, aumentando a produção de leite e contribuindo para a satisfação da díade, além de impedir o aparecimento de fissuras mamilares e consequentes infecções na mama (Pereira, 2005).

Para a mamada, a mãe pode adoptar diversas posições, permanecendo deitada ou sentada conforme se sentir mais confortável ou conforme o local onde se encontre. Sanches (2002) *apud* Pereira (2005, p.105) refere que “quem deve definir qual a melhor posição é sempre a mãe junto do seu filho, de forma que ambos se sintam confortáveis e a mãe possa facilitar os reflexos orais do bebé, ajudando-o a abocanhar a porção adequada da mama (pega correcta). Assim o bebé bem apoiado pode remover o leite efectivamente, deglutir e respirar livremente (...)”. Esta autora acrescenta ainda que a posição da díade deve favorecer o contacto visual entre ambos.

No entanto, algumas posições podem ser ensinadas à mãe de modo a contribuir para uma boa pega. Assim, quando deitada a mãe deve colocar-se em decúbito lateral, ficando de frente para o bebé que também em posição lateral coloca a boca na região da aréola e mamilo. Mãe e bebé ficam de frente um para o outro e a mãe oferece a mama que fica junto à cama. O braço que fica por baixo da mãe deve ficar dobrado debaixo da cabeça desta ou por baixo do bebé aconchegando-o contra si e mantendo-lhe a cabeça de frente para o mamilo (OMS, 1997).

Na posição de sentada a mãe deve ter as costas direitas e apoiadas, deve colocar um banco por baixo dos pés de modo a que os joelhos fiquem mais próximos do corpo, pode colocar uma almofada no colo ou por baixo do braço de modo a aproximar o bebé da mama. A mãe deve estar descontraída e segurar o bebé com firmeza posicionando-o de frente para si para que a barriga do bebé fique virada para a sua. A cabeça do bebé deve ficar apoiada na região anterior do cotovelo da mãe e o seu braço acompanha o resto do corpo do bebé apoiando-lhe as costas. A face do bebé deve ficar completamente virada para a mama da mãe e a boca apanhar mamilo e aréola. Quando o bebé faz uma boa pega pode ver-se o seu lábio inferior ligeiramente virado para fora e mais aréola descoberta na parte superior da mama do que na inferior (Pereira,2005).

A mãe consegue perceber se o bebé suga leite e o engole quer pelos movimentos de sucção que este faz com o maxilar, quer pelo movimento da face (bochechas para dentro), quer pelo movimento da garganta do bebé e do som que ele faz a deglutir. Além disso a mãe sente o leite a sair da mama e por vezes consegue ver-se algum leite nos cantos da boca do bebé (*Idem*).

2.4 – LIVRE DEMANDA

Entende-se por livre demanda o método de alimentar o bebé quando ele solicita. Para isto a mãe tem que identificar os sinais de fome do bebé e amamentá-lo nessas alturas. A mãe tem de ser instruída sobre os diferentes choros do bebé e possíveis causas, de forma a não o alimentar em excesso (Galvão, 2003).

A livre demanda permite ser o bebé a controlar a sua saciedade e por sua vez a mama a produzir o leite de acordo com os padrões alimentares do bebé que vão variando ao longo do seu crescimento. Na fase de recém-nascido o bebé faz intervalos menores entre as mamadas e ingere menor quantidade de leite em cada mamada. À medida que vai crescendo vai aumentando a quantidade de leite ingerido por mamada podendo ou não fazer intervalos maiores (Galvão, 2003; Pereira, 2006).

O recém-nascido tem a capacidade de mamar vigorosamente nas primeiras duas horas de vida pelo que para o estabelecimento da lactação é importante o contacto precoce do bebé com a mãe e o alojamento conjunto durante o internamento na maternidade. Estes aspectos contribuem para que mãe e bebé se conheçam, interpretem os sinais um do outro e que a amamentação se estabeleça de forma natural. Ao ver o bebé a mãe tem sentimentos de prazer e

conforto que promovem a produção de leite, pela libertação de ocitocina (OMS, 1997; Galvão, 2003; Pereira 2006).

Levy e Bértolo (2002) *apud* Pereira (2006) referem que o tempo que o bebé está a mamar não é importante, devendo este mamar até ficar satisfeito. Cada bebé tem o seu ritmo de sucção não sendo necessário impor o tempo de mamada. Esta autora menciona vários estudos que afirmam que nos primeiros dez minutos o bebé obtém todo o leite que precisa. Quando a lactação já está estabelecida a maior parte dos bebés mama 90% do que precisam em quatro minutos, não devendo as mamadas ser muito prolongadas (além de 30 a 60 minutos), para evitar o risco do aparecimento de fissuras nos mamilos.

O estudo de Galvão (2003, p.131) prova que os bebés alimentados em livre demanda na maternidade mantiveram a amamentação durante mais tempo: “aos 6 meses estavam a ser amamentados em maior percentagem os meninos que durante o internamento tinham mamado sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, sempre das duas mamas e de modo significativo os que tinham mamado em qualquer lugar.”

2.5 – FACTORES DE INFLUÊNCIA

Os factores que podem influenciar a decisão de amamentar e a sua manutenção são de diversa ordem: sociais, psicológicos, religiosos, biológicos e individuais.

A primeira decisão de amamentar o bebé compete ao casal, mas a mãe tem um factor decisivo uma vez que ela é o elemento principal para uma amamentação bem sucedida. O estudo de Galvão (2003), revela que as mães que decidiram amamentar mais cedo foram as trabalhadoras, que não podem ter os filhos no local de trabalho, que foram amamentadas, que viam outras mulheres da suas comunidade a amamentar e as que apresentaram níveis de auto-estima mais elevados. No mesmo estudo, a autora concluiu ainda que, embora sem significado estatístico as mães que decidiram amamentar mais cedo encontravam-se na faixa etária dos 24-39 anos, viviam em meio urbano, eram casadas, tinham níveis de escolaridade mais elevados, viram as suas próprias mães a amamentar, tinham filhos anteriores que também amamentaram, tinham uma experiência positiva acerca da amamentação e sabiam que o marido concordava com a sua decisão.

Nalgumas sociedades o aleitamento materno faz parte da cultura desta sendo por isso natural o acto de amamentar o qual é incentivado e realizado em público.

As filhas crescem a ver as mães amamentarem e tendem a seguir esse exemplo. Noutras sociedades, o acto de amamentar em público não é bem aceite sendo por isso evitado. Isto faz com que o valor da amamentação não passe tão facilmente de geração em geração.

Na cultura oriental existe a ideia generalizada de que a mulher não deve estar muito ligada ao bebé nem à família motivo pelo qual a visão social sobre amamentação é socialmente limitada (Pinto, 2008). Ho e Holroyd (2000) *apud* o mesmo autor refere um estudo que revela que as mulheres chinesas têm relutância em amamentar em público. Este facto aliado ao de a licença de maternidade durar apenas seis semanas e de outras razões culturais desprotegem o aleitamento materno.

A OMS e a UNICEF (1997) criaram vários projectos de apoio e promoção ao aleitamento materno que algumas instituições (incluindo portuguesas) adoptaram. Um desses programas foi os “Hospitais amigos dos bebés” que para além de aderirem a medidas restritivas de publicidade do leite de fórmula e outro material relacionado com as indústrias, seguem os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” que são os seguintes:

“ Todas as instalações que prestam serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos devem:

- 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipa de saúde.*
- 2. Treinar toda a equipa de saúde, capacitando-a para implementar esta política.*
- 3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o ensino do aleitamento materno.*
- 4. . Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora do nascimento*
- 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*
- 6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, sem indicação médica.*
- 7. Praticar o alojamento conjunto - isto é, permitir que mães e bebés permaneçam juntos - 24 horas por dia.*
- 8. Incentivar o aleitamento materno sob demanda.*
- 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas para crianças amamentadas.*
- 10. Fomentar a criação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta do hospital ou clínica. “*

Em Portugal, as medidas de protecção do aleitamento materno passam pela legislação do período de licença de maternidade, assim como da redução de horário para a mãe enquanto esta amamente, (DL. 70/2000), pela adesão de algumas instituições aos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e pela implementação de campanhas de promoção do aleitamento materno. Assim, conseguiu-se um aumento gradual nas taxas de adesão ao aleitamento materno. No entanto, a sua duração decresce ao longo do tempo, ficando assim aquém das metas estabelecidas quer pela OMS, quer pelo Plano Nacional de Saúde (Pereira, 2006).

A promoção do aleitamento materno é da responsabilidade de todos os técnicos de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer secundários, sendo essencial que os profissionais tenham formação adequada em aleitamento materno para que forneçam as informações correctas (verbais e não verbais), e tornem a amamentação bem sucedida. Levy (sd) *apud* Galvão (2003) define amamentação bem sucedida quando esta é relacionada com a duração, estado de nutrição e desenvolvimento do bebé, interacção mãe/bebé durante a mamada e com as expectativas maternas face à amamentação.

É importante que todos os profissionais de saúde nos diversos níveis de cuidados estejam motivados e devidamente formados para serem promotores da amamentação e do seu sucesso.

3- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde (Portugal, 2004) estabelece como linhas prioritárias a intervenção nas famílias e no ciclo de vida. Vários autores corroboram que “programas que envolvam vários níveis e que se dirigem às vastas séries dos determinantes sociais de saúde são os mais convincentes” por permitirem um conhecimento mais alargado e por isso uma mudança de atitudes e comportamentos em todos os elementos (Carvalho, 2007, p.11). O mesmo autor, acrescenta ainda que programas implementados de diferentes formas de actuação, nos diferentes settings e que incluam múltiplos parceiros são mais eficazes.

Carvalho (2007) salienta ainda que a visão holística da saúde é um dos grandes valores que todos aqueles que trabalham no campo da saúde e da educação deverão adoptar uma vez que todos os aspectos da saúde estão inter-relacionados. Daí que a educação e a saúde exijam uma visão holística, incluindo uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões.

A perspectiva holística foi considerada por Casanova (1992) *apud* Carvalho (2007, p 11) como pensar o “ser humano como uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual, que se encontra em constante interacção consigo mesmo, com os outros seres humanos e com o meio envolvente”.

Outros autores salientam que a educação para a saúde é mais do que a simples transmissão de informação de um sujeito para outro, devendo procurar modificar aquilo em que se acredita:

“O principal objectivo da educação para a saúde é portanto conseguir que aquilo em que as pessoas acreditam, relativamente à saúde, seja congruente com a realidade da saúde e da doença, de forma que as pessoas possam fazer opções com base em informações correctas. Isto não é fácil e não se consegue apenas através da informação” (Tones, 1987, p 2, *apud* Oliveira, 2004, p.19).

Isto significa que a Educação para a saúde visa desenvolver processos internos individuais que permitam a adopção de comportamentos saudáveis, respeitando estilos de vida e a cultura de cada pessoa, os quais são influenciados pelo grupo/comunidade. Por outro lado, também se contribui para o desenvolvimento

de processos internos à comunidade, dado que a pessoa também influencia o grupo/comunidade (Costa, 2006, p. 40).

Tal como salientam os autores supracitados, Educar em Saúde vai além da transmissão de informação uma vez que envolve processos comunicacionais e relacionais que transcendem o simples “informar”.

Tendo presente a visão holística, as estratégias de actuação dos enfermeiros junto das famílias devem passar pelo aconselhamento, respeitando as crenças, cultura e vontade da família. Para isso o enfermeiro tem de conhecer a família, utilizar a comunicação como uma ferramenta essencial do conhecimento da família e do meio envolvente para poder adequar os recursos da comunidade às necessidades de cada família (Rice, 2004).

O estudo de Osis *et al* (2004) confirma a importância da comunicação adequada da informação referindo que a educação que as grávidas percebem depende da influência social e da forma como é transmitida pelos técnicos de saúde.

O CDC (2007) refere vários estudos que suportam que a educação das grávidas e mães recentes é a forma mais eficaz de aumentar a iniciação e a duração do aleitamento materno sugerindo até algumas estratégias como incorporar programas de amamentação nas consultas de jovens e de planeamento familiar, aumentar a oferta de programas de preparação para o parto em instituições de saúde e formar técnicos de saúde e ajudantes da comunidade em amamentação.

No caso da amamentação é importante convergir a legislação, a promoção da saúde, a visita domiciliária, a formação dos técnicos de saúde, dos pais e da família alargada e promover a adesão das instituições aos “dez passos de promoção do aleitamento materno” propostos pela OMS, ou seja tal como os autores referidos sugerem vários níveis e em várias séries de determinantes sociais de saúde para que os resultados sejam atingidos (CDC, 2007; Carvalho, 2007).

3.1 – PAPEL PARENTAL

Tornar-se mãe ou pai é uma tarefa constituída por diferentes factores nomeadamente aqueles referentes “às identificações em que o homem e a mulher tentam colocar em prática os modelos parentais e os padrões culturais recebidos na infância, o emocional, e os conflitos frente ao significado de ter um

bebé que requer cuidados mais específicos” (Guimarães e Monticelli, 2007, p.633).

A CIPE (2005, p. 43) define a parentalidade como:

“acção de tomar conta com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados e inadequados.”

Este conceito engloba pai e mãe na mesma definição e embora ambos tenham uma importância preponderante no crescimento e desenvolvimento da criança, cada um tem o seu ritmo de adaptação ao novo papel. Assim, enquanto a mãe inicia o seu processo de adaptação ao novo papel durante a gravidez, o pai integra-o mais tarde, geralmente após o nascimento da criança (Svensson *et al*, 2006 *apud* Vieira *et al* 2008).

Lopes e Fernandes (2005) descrevem a obtenção do papel maternal como um processo de aprendizagem mútuo (mãe/filho), no qual a mãe adquire competências e comportamentos que lhe permitem incorporar a identidade materna. Esta aquisição pode ser ajudada pelo enfermeiro que avalia a adaptação da mãe ao seu novo papel, implementa intervenções educacionais que permitam um aumento de informação da mãe e identifica variáveis como o apoio social e familiar que possam interferir no seu desempenho.

Acerca do papel paternal os mesmos autores referem que este sofreu alterações nas últimas décadas consequência das pressões sociais devidas ao reconhecimento da comunidade científica da importância do pai no desenvolvimento da criança, à igualdade feminina que leva a uma preocupação em demonstrar que os homens também podem cuidar dos bebés, valores e atitudes do homem transformadas pela descoberta do prazer da relação com o filho e da participação nos cuidados deste, e o aumento dos casos de separações conjugais.

Ambos, pai e mãe são competentes na transmissão dos afectos e na capacidade de responder às necessidades do bebé, e embora os bebés se liguem igualmente a ambos os pais durante o primeiro ano de vida, em situações de stress demonstram preferência pela mãe (Lamb 1997 *apud* Lopes e Fernandes

2005). Pai e mãe interagem de forma diferente mas complementar com os seus filhos, assim enquanto a mãe transmite segurança e estabilidade à criança, o que a ajuda a desenvolver competências sociais, o pai estimula fisicamente a criança fornecendo-lhe autonomia e auto-controlo de emoções, importantes no desenvolvimento de habilidades de competição e aumento da auto-confiança (*Idem*).

Estudos de Belsky (1979), Dickie e Matheson (1984) *apud* Lopes e Fernandes (2005), revelam que uma relação conjugal harmoniosa se encontra associada a comportamentos paternos positivos, afectuosos e estimulantes e que pelo contrário uma relação conjugal degradante origina comportamentos paternos negativos de distanciamento e de crítica, sendo as interações pai/filho influenciadas mais facilmente pela satisfação conjugal que as mãe/filho.

A educação em enfermagem estimula o desenvolvimento do papel paterno através do envolvimento, ensino e apoio do pai na prestação dos cuidados ao bebé, sabendo que quando os pais se sentem competentes no seu papel o desempenham melhor (Lopes e Fernandes, 2005).

A transição para a parentalidade constitui uma crise que envolve ansiedade, insegurança, baixa auto-estima, alterações de humor, preocupações emocionais, falta de confiança, e alterações na vinculação. Os pais precisam de se adaptar ao seu novo papel experimentando diferentes necessidades de educação para a saúde consoante a fase por que estão a passar. Assim, inicialmente as mães manifestam necessidades de aprendizagem de aspectos relacionados com o cuidar e com a amamentação. Os pais querem saber sobre cuidados prestados nas instituições, seguros de saúde e testes e exames que a mulher tem que fazer. Com o nascimento do bebé manifestam interesse nas práticas de cuidados ao recém-nascido e nos recursos da comunidade (Vieira *et al*, 2008).

Premberg (2011) *apud* Preidt (2011) realizou um estudo baseado em entrevistas a homens Suecos que revelaram que a atenção dada à mãe durante a gravidez e o parto lhes tornava mais difícil a transição para a paternidade. Nesta fase da vida o homem foca-se no apoio à companheira, de forma a diminuir-lhe preocupações desnecessárias enquanto lida com as suas próprias frustrações e apreensões. O envolvimento do homem no parto é ainda complicado pela dor da companheira, pelo medo do desconhecido e pelas ideias associadas à masculinidade. Durante o primeiro ano o homem trabalha arduamente para construir a relação com o bebé e ao mesmo tempo cuidar do bebé e de si próprio.

Esta autora refere assim que programas adequados de educação para a parentalidade antes e após o nascimento dirigidos aos homens beneficiariam toda a família.

Por outro lado, as mulheres que já tiveram filhos preferem ensinamentos sobre alteração de papéis, vinculação materno-fetal, suporte social e qualidade da relação com o companheiro. Além destes temas que devem ser abordados nas aulas de preparação para o parto, os enfermeiros devem abordar temas como “a fadiga e o stress de papéis, gestão do tempo para si própria, do tempo para o parceiro e outros filhos.” (Vieira *et al*, 2008, p. 151).

Os programas de preparação para o parto devem então focar os aspectos que os estudos revelam ser considerados pelos pais como importantes para o desenvolvimento do papel parental. Estes programas deviam ainda ter em consideração o número de filhos anteriores já que os estudos mostraram diferentes necessidades das primíparas para as múltiparas.

Sweet e Darbyshire (2009) reforçam a importância de programas adequados às necessidades dos pais e que salientem a importância da amamentação. Estes autores defendem que deve ser sublinhada a importância do pai no apoio ao aleitamento materno incentivando a mãe e no desempenho de tarefas domésticas. No entanto, este estudo mostra que embora os pais considerem este apoio importante eles sentem que estabelecem uma melhor relação com os filhos se os alimentarem.

Após a análise da pesquisa efectuada podemos depreender que a educação em saúde envolve aspectos de transmissão de informação que deve ter em conta as necessidades da população alvo, permitir a partilha de conhecimentos e uma abordagem holística da pessoa/família. Mais do que o foco em aspectos técnicos, educar em enfermagem é criar uma relação de empatia e de confiança com a pessoa/comunidade o que abrange vários processos de comunicação.

Educar inclui os conceitos de ensinar, instruir e treinar os quais permitem uma aquisição completa da informação. Apoiar e aconselhar possibilitam a partilha de conhecimentos, o respeito pela decisão do outro. Todas estas noções contribuem de forma positiva para a autonomia da pessoa (CIPE, 2005).

O enfermeiro deve ter presente uma variabilidade de conceitos de forma a adequar a informação. Assim deve saber que a transição para a maternidade e

para a paternidade ocorrem em períodos diferentes e, por isso, exigem programas de preparação adequados.

PARTE II
METODOLOGIA

1 - MATERIAL E MÉTODOS

Um dos aspectos importantes em qualquer pesquisa científica é o método de investigação que se vai utilizar. Uma das considerações mais sólidas sobre a importância da metodologia é a de FORTIN (2000), ao referir que fase metodológica é aquela que operacionaliza o estudo precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde o mesmo se desenrola e a população. Considera também ser no decurso desta fase que o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

A metodologia, neste estudo, foi estruturada e dividida em etapas, a saber:

- Conceptualização do estudo;
- Tipo de estudo
- Questões de investigação;
- Variáveis;
- Instrumento de recolha de dados;
- População/amostra;
- Procedimentos éticos;
- Procedimentos estatísticos.

1.1– CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A União Europeia, no “Project on Promotion of Breastfeeding in Europe” (2004) defende que a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. O Plano de Acção para a Alimentação e Políticas de Nutrição para 2007-2012, aprovado em 2007 pela OMS/EURO, reconhece a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno e uma alimentação complementar segura e adequada para os lactentes e crianças, como acções necessárias para o suporte ao início de vida saudável.

A amamentação é a forma mais natural e saudável de iniciar o processo de vida de um ser humano, sendo alvo da atenção de vários organismos internacionais. A OMS incentiva e defende a sua prática através de diversas estratégias de actuação sendo uma delas a visita domiciliária.

A visitação domiciliária é uma prática proposta pelo Plano Nacional de Saúde (2004) e pelo Programa Nacional de Saúde Infantil (2005) e, nalgumas equipas que exercem a sua actividade nos Cuidados de Saúde Primários é prática corrente e incluída como meta a atingir pelas mesmas. No entanto os efeitos da sua prática não têm sido alvo de estudo aprofundado. Medir a quantidade de visitas domiciliárias realizadas (“taxa de visitação domiciliária”) não traduz os ganhos em saúde obtidos.

Embora os ganhos em saúde com a sistematização da visitação domiciliária sejam facilmente percepcionados, em ciência são necessários estudos que comprovem a validade das intervenções de forma a adequar recursos e processos de actuação. Foram estas acepções que motivaram a elaboração deste estudo.

Assim, partimos da seguinte questão de investigação: Será que a visitação domiciliária influencia a prevalência da amamentação exclusiva até aos seis meses?

Deste modo, realizámos este estudo para avaliar quais os efeitos da visitação domiciliária na duração da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebé, nas crianças nascidas entre 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010, inscritos e residentes no Centro de Saúde da Figueira da Foz/Buarcos, nas Unidades de Saúde Familiares (USF) Buarcos e S. Julião.

Delineámos os seguintes objectivos de estudo:

- Determinar a prevalência da amamentação exclusiva nos dois grupos (a quem foi realizada visitação domiciliária e a quem não foi);
- Identificar os factores (sociodemográficos e obstétricos) que possam contribuir para manter a prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebé.

A escolha de duas USF para o desenvolvimento deste estudo deveu-se à tentativa de controlar possíveis vieses. Assim as duas USF escolhidas têm características semelhantes: situam-se na mesma cidade, a população inscrita é predominantemente urbana, o número de população inscrita é aproximadamente o mesmo, o rácio enfermeiro/utente é idêntico e existe um enfermeiro especialista em saúde infantil em ambas as USF.

A metodologia de trabalho adoptada e os critérios de avaliação/cumprimento são os mesmos nas duas USF, ou seja, as crianças fazem vigilância de saúde e vacinação com a sua equipa de saúde.

Na USF S. Julião a variável “visita domiciliária” não se encontra presente ao contrário da USF Buarcos sendo esta também uma das razões para a escolha destes locais para o desenvolvimento deste estudo.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Segundo Cannales *et al* (1990), o tipo de estudo é o esquema geral ou marco estratégico que dá unidade, coerência, sequência e sentido prático a todas as actividades que se realizam para procurar responder ao problema e objectivos propostos.

Uma vez que esta investigação pretende identificar a influência da visita domiciliária na prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebé, trata-se de um estudo de carácter transversal, porque mede a prevalência de um fenómeno, e não a incidência, num período de tempo através de um inquérito, sendo que os dados dos estudos transversais são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde das populações.

O desenho de investigação em estudo é quantitativo, descritivo-correlacional de nível II. É descritivo porque, fornecem informação acerca das características da população ou fenómeno em estudo ou então a comparação entre grupos no qual um possui uma característica e outro não (Ribeiro, 2008). É descritivo-correlacional porque, “(...) o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.” (Fortin 2000, p. 174).

1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A prática clínica e o rigor técnico e relacional que esta exige suscitam interrogações que nem sempre são respondidas de forma adequada ou imediata. Ao iniciar um projecto de visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera colocam-se dúvidas quanto aos ganhos em saúde obtidos com este tipo de intervenção. Embora esteja patente na avaliação do desempenho das USF o indicador “taxa de visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e puérpera”, temos consciência de que este traduz um resultado que não

estabelece relação directa com os ganhos em saúde, sendo por isso necessário investigar quais os benefícios decorrentes da visita domiciliária.

Por outro lado, o empenho para contribuir para o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde em relação à amamentação “Até 2010, 50% dos bebés com três meses, sejam amamentados exclusivamente” (Portugal, 2004, p. 54), levaram a utilizar a visita domiciliária como um meio para promover a amamentação.

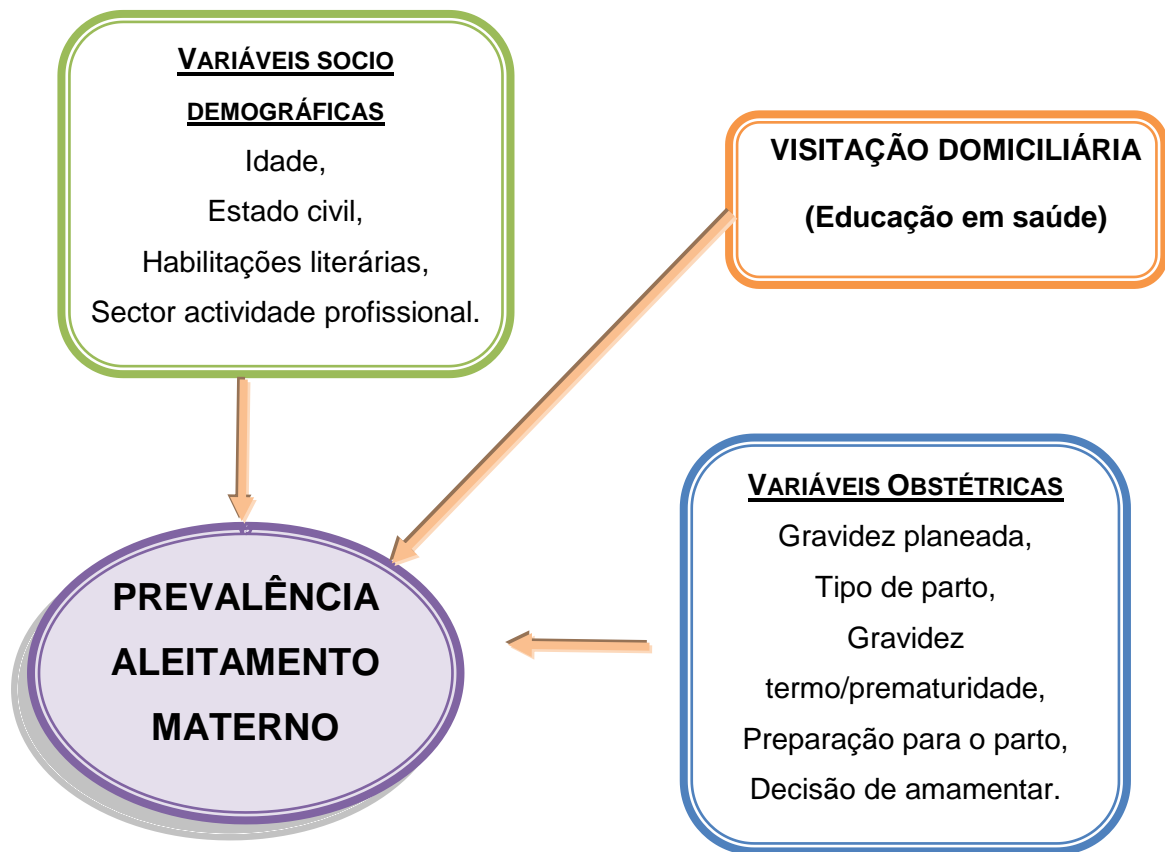
Cientes que nem todas as equipas prestadoras de cuidados de saúde utilizam a visita domiciliária de forma sistemática quisemos saber se esse facto teria ou não influência na prevalência da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebé. Assim, delineámos a seguinte questão de investigação: **será que a visita domiciliária influencia a prevalência da amamentação exclusiva até aos 6 meses?**

Após um conhecimento prévio da problemática em estudo, focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas aos seguintes objectivos:

- Qual a prevalência do aleitamento materno aos seis meses de idade, nos dois grupos em estudo?
- Que variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) influenciam a manutenção do aleitamento materno?
- Que variáveis obstétricas (gravidez planeada, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade, preparação para o parto e decisão de amamentar) influenciam a manutenção do aleitamento materno?
- Qual o contributo da Educação em enfermagem durante a visita domiciliária para a manutenção da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebé?

Deste modo para melhor dar cumprimento à questão de investigação e aos objectivos do nosso estudo, foi delineado o seguinte desenho de investigação, que se apresenta na figura 1.

Figura 1 - Diagrama do estudo



1.4 – VARIÁVEIS

As variáveis são conceitos que são utilizados numa investigação; “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações (...) podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças” (Fortin, 2000, p.36). Segundo a sua utilização, as mais recorrentes são classificadas por esta autora em independentes e dependentes, atributo e estranhas.

Esta autora define a variável independente como a que é manipulada pelo investigador para observar o seu efeito na variável dependente. A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente; é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 2000).

Tendo por base estas fundamentações teóricas, para o estudo foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- **Variáveis independentes:** sócio demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, sector de actividade profissional); obstétricas

(gravidez planeada/desejada, tipo de parto, gravidez termo/prematuridade, frequência de curso de preparação para o parto e decisão de amamentar) e visitação domiciliária

- **Variável dependente: Manutenção da amamentação exclusiva**, na qual o bebé recebe e mantém apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa), directamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à excepção de suplementos vitamínicos ou medicamentos (OMS 2008).

1.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Escolhemos o questionário para a obtenção de dados para o nosso estudo, por ser um método que permite uma colheita rigorosa, ser de fácil aplicação, económico, ter controlo sobre os enviesamentos e que pode ser usado numa amostra grande (Fortin, 2000).

Adoptámos o questionário “Avaliação do aleitamento materno área Vale Sousa: Estudo Exploratório”, de Pereira (anexo I), após obter o consentimento da autora do mesmo. Este é composto por uma primeira parte contendo variáveis de caracterização da população (idade, habilitações literárias, nacionalidade, estado civil e profissão dos pais).

Na segunda parte, constam a colheita de dados relativa à gravidez: (desejada/planeada, vigilância, idade gestacional, tipo de parto).

Na terceira parte, são questionados aspectos relacionados com o tipo de alimentação do bebé e sua duração e na quarta parte, é inquirida a opinião da mãe acerca da amamentação.

Finalmente, tem uma parte, por nós elaborada que pretende recolher a opinião das mães alvo de visitação domiciliária, da qual constam duas perguntas abertas, uma fechada e uma com escala de Likert, com o objectivo de saber quais os temas da educação de enfermagem abordados durante a mesma. Para validar esta parte do questionário foi realizado pré-teste.

O pré-teste foi aplicado a dez mães que recorreram à USF Buarcos para consulta de vigilância e que não estavam incluídas na população em estudo. Após o seu preenchimento que demorou em média nove minutos, não foi

referida qualquer dificuldade pelo que o questionário se manteve inalterado (anexo II).

1.6 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população é definida como um conjunto de indivíduos que possuem características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 2000).

A população do nosso estudo é constituída por mulheres residentes no concelho da Figueira da Foz, inscritas na USF Buarcos e na USF S. Julião, com bebés nascidos no período de 1 de Janeiro 2009 a 31 de Dezembro de 2010.

A população é composta por 357 indivíduos (dados SINUS a 31/12/2010)

- ✓ O grupo A – inscritos na USF Buarcos – 197 mulheres
- ✓ O grupo B – inscritos na USF S. Julião – 160 mulheres

Embora não exista qualquer regra que estipule o tamanho da amostra, os investigadores são aconselhados a usarem o maior número possível de elementos, pois quanto maior ela for maior a probabilidade de ser representativa da população (Polit e Hungler, 1995)

A amostra deste estudo é aleatória, não probabilística, composta pelas mulheres que recorreram às respectivas unidades de saúde, no período de 1 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, para consulta de saúde infantil ou vacinação e acederam ao preenchimento do questionário. Inicialmente tínhamos previsto um prazo de aplicação de questionários mais curto que teve de ser prolongado a fim de obter uma amostra mais alargada.

São critérios de exclusão:

- As crianças que foram alimentadas com leite de fórmula desde o nascimento;
- As crianças que procuraram o serviço por episódios de doença;
- As crianças com patologia neonatal.

A nossa amostra ficou então constituída por um total de 108 mulheres divididas por dois grupos da seguinte forma:

Grupo 1 – Alvo de visitação domiciliária USF Buarcos - 51 mulheres

Grupo 2 – Não alvo de visitação domiciliária USF S. Julião - 57 mulheres

1.7 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A autorização para a recolha de dados foi dada pelo Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego II e pelos coordenadores das respectivas Unidades de Saúde Familiar onde o questionário foi aplicado (anexo,III,IV,V).

Os questionários foram entregues nas USF e foram aplicados pelos enfermeiros de família de cada utente.

Na colheita de dados garantimos que a participação das mulheres fosse voluntária, sendo precedida de informação sobre o seu âmbito e finalidades, asseguradas as condições de preenchimento individual e garantido o respeito pelo anonimato. Foi ainda pedida sinceridade nas respostas, dando a opção de desistir a qualquer momento ou de não entregar o questionário no final, sem o dever de justificação nem penalização. Procurámos esclarecer os colaboradores sobre possíveis dúvidas aquando do preenchimento dos questionários. Ambas as estratégias visaram diminuir o enviesamento de respostas.

1.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS versão 17.0. A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando $p > 0,05$ as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose) permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas. Esta análise, e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors ($p < 0,05$), permite concluir que a amostra segue uma distribuição muito

diferente da normal, assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foram aplicados os seguintes testes: Mann-Whitney (variável nominal dicotômica/variável intervalar), Kruskal-Wallis (variável nominal + 2 classes/variável ordinal) e correlação de Spearman (variáveis numéricas). A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq 0,05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0,05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Os dados serão apresentados através de quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorreremos à estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objectiva dos mesmos de forma a analisá-los.

Uma vez que os dados apresentados nos quadros e tabelas são todos eles retirados da mesma amostra omitimos essa indicação.

1.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra em estudo é de 108 mulheres cujo parto ocorreu nos últimos 36 meses e utentes da consulta de saúde infantil no Centro de Saúde da Figueira da Foz, ACES Baixo Mondego II.

As mulheres foram divididas em dois grupos, segundo se tiveram ou não visita domiciliária de enfermagem após o parto, que são:

Grupo 1 – Com visita domiciliária

Grupo 2 – Sem visita domiciliária

Assim, relativamente à distribuição das mulheres em estudo, constatamos que 47,2% tiveram visita domiciliária e 52,8% não (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo se tiveram visita domiciliária

Visita Domiciliária	Nº	%
Sim	51	47,2
Não	57	52,8
Total	108	100,0

No que respeita à sua idade, podemos observar que a maioria (61,1%) das mulheres em estudo, tem idades compreendidas entre os 19 e os 34 anos

(58,8% das que tiveram VD e 63,2% das não tiveram VD). A média de idades nas mulheres que tiveram VD foi de 32,67±5,45 anos e nas sem VD de 32,42±4,41 anos. Nas primeiras, a idade oscilou entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 45 anos, enquanto nas mulheres que não tiveram VD, a idade máxima foi de 42 anos e a mínima de 22 anos.

Tabela 2 – Estatística descritiva da idade das mulheres segundo se tiveram VD

Idade	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	32,67	5,45	34	34	16,68	20	45
Sem Visita	32,42	4,41	33	35	13,60	22	42

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o grupo etário

Grupo etário	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
19 - 34 Anos	30	58,8	36	63,2	66	61,1
≥ 35 Anos	21	41,2	21	36,8	42	38,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

No que respeita à idade dos companheiros/cônjuges das mulheres em estudo (tabela 4 e 5), observamos que a maior parte (44,4%) tem idade igual ou superior a 36 anos, seguindo-se 30,6% com idade compreendida entre os 31 e os 35 anos. A média de idade foi de 34,61±6,07 anos, sendo a mediana de 35 anos e a moda de 36 anos. A idade máxima foi de 54 anos e a mínima de 20 anos.

Tabela 4 – Estatística descritiva da idade dos pais das crianças

	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Idade Paterna	34,61	6,07	35	36	17,54	20	54

Tabela 5 - Distribuição dos conjugues/companheiros das mulheres segundo o seu grupo etário

Grupo etário pai	Nº	%
≤ 30 Anos	26	24,1
31 - 35 Anos	33	30,6
≥ 36 Anos	48	44,4
Não Responderam	1	0,9
Total	108	100,0

Quanto à distribuição das mulheres segundo o seu estado civil, pode-se constatar que a maioria (76,9%) são casadas/união de facto. De referir que a percentagem de solteiras é muito superior (21,6%) nas mulheres que tiveram VD do que nas que não tiveram a visita (7,0%).

Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o estado civil

Estado Civil	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteira	11	21,6	4	7,0	15	13,9
Divorciada	4	7,8	5	8,8	9	8,3
Viúva	-	0,0	1	1,8	1	0,9
Casada/ União de facto	36	70,6	47	82,5	83	76,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Nas mulheres em estudo, questionadas quanto à nacionalidade (tabela 7), a grande maioria (93,5%) respondeu “portuguesa”, sendo a percentagem superior nas mulheres que não tiveram VD (98,2%/88,2%).

Tabela 7 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a nacionalidade

Nacionalidade	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Portuguesa	45	88,2	56	98,2	101	93,5
Outra	6	11,8	1	1,8	7	6,5
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Pela leitura e análise da tabela 8, referente à distribuição dos companheiros/cônjuges das mulheres em estudo, segundo a nacionalidade, podemos constatar que a grande maioria (92,6%) é português.

Tabela 8 - Distribuição dos companheiros/conjugues das mulheres segundo a nacionalidade

Nacionalidade	Nº	%
Português	100	92,6
Outra	7	6,5
Não Responderam	1	0,9
Total	108	100,0

No que concerne à escolaridade das mulheres em estudo (Tabela 9), constatamos que a maior parte possui o ensino secundário (47,2%), sendo 49,0% das que tiveram VD e 45,6% das que não tiveram VD. Em segundo lugar, surgem as mulheres com uma licenciatura (26,9%). De referir que apenas 2,8% das mulheres têm habilitações literárias inferiores ao 3º Ciclo e igual percentagem tem um mestrado.

Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e as Habilitações Literárias

Escolaridade	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2º Ciclo	3	5,9	-	0,0	3	2,8
3º Ciclo	9	17,6	10	17,5	19	17,6
Secundário	25	49,0	26	45,6	51	47,2
Bacharelato	1	2,0	2	3,5	3	2,8
Licenciatura	12	23,5	17	29,8	29	26,9
Mestrado	1	2,0	2	3,5	3	2,8
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Quanto ao nível de escolaridade dos companheiros/conjugues das mulheres em estudo (tabela 10), verifica-se que a maior parte (43,5%) possui o ensino secundário, seguindo-se 24,1% com o 3º ciclo. De salientar que 19,4% são licenciados e apenas 6,5% tem escolaridade inferior ao 3º ciclo.

Tabela 10 - Distribuição dos cônjuges/companheiros das mães segundo a sua escolaridade

Escolaridade companheiros/conjugues	Nº	%
1º Ciclo	3	2,8
2º Ciclo	4	3,7
3º Ciclo	26	24,1
Secundário	47	43,5
Bacharelato	5	4,6
Licenciatura	21	19,4
Mestrado	1	0,9
Não Responderam	1	0,9
Total	108	100,0

Quanto à profissão das mulheres em estudo, agrupadas segundo os grupos da classificação nacional das profissões, podemos constatar que a maior parte das mulheres (24,1%) são desempregadas ou domésticas, constituindo 27,5% das que tiveram VD e 21,1% das que não tiveram. De referir que 18,5% das mulheres são empregadas dos serviços ou vendedoras, seguindo-se 13,9% que são técnicas e profissionais de nível intermédio e igual percentagem especialistas das profissões intelectuais e científicas.

Tabela 11 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a profissão

Profissão	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	7	13,7	8	14,1	15	13,9
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	4	7,8	11	19,3	15	13,9
Pessoal Administrativo e Similares	4	7,8	10	17,5	14	13,0
Pessoal dos Serviços e Vendedores	12	23,5	8	14,0	20	18,5
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	5	9,8	4	7,0	9	8,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	2,0	-	0,0	1	0,9
Trabalhadores não qualificados	4	7,8	4	7,0	8	7,4
Desempregada/doméstica	14	27,5	12	21,1	26	24,1
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

A tabela 12, permite constatar que, a maior parte (23,1%), dos companheiros/conjugues das mulheres, são trabalhadores dos serviços e vendedores. Em segundo lugar surgem aqueles que são operários artífices e trabalhadores similares (21,3%). De referir que 13,9% dos companheiros/cônjuges das mulheres são especialistas das profissões intelectuais e científicas.

Tabela 12 - Distribuição dos conjugues/companheiros das mulheres segundo a sua profissão

Profissão pai	Nº	%
Quadros superiores da administração pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1	0,9
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	15	13,9
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	13	12,0
Pessoal Administrativo e Similares	7	6,5
Pessoal dos Serviços e Vendedores	25	23,1
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	3	2,8
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	23	21,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	9	8,3
Trabalhadores não qualificados	5	4,6
Não Responderam	1	0,9
Total	108	100,0

Quanto ao número de filhos anteriores (tabelas 13 e 14) das mulheres em estudo, variou entre zero e um máximo de quatro, sendo que as mulheres que não tiveram VD tiveram um máximo de dois filhos. A média calculada é de $0,67 \pm 0,82$ para as mulheres que tiveram VD e $0,61 \pm 0,70$ para as que não tiveram VD. Para metade das mulheres em estudo este é o seu primeiro filho, seguindo-se 38% que já tiveram um filho anteriormente.

Tabela 13– Estatística descritiva do número de filhos anteriores

Nº Filhos anteriores	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	0,67	0,82	1	0	1,22	0	4
Sem Visita	0,61	0,70	0	0	1,15	0	2

Tabela 14 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o número de filhos anteriores

Nº Filhos anteriores	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhum	25	49,0	29	50,9	54	50,0
Um	20	39,2	21	36,8	41	38,0
Dois	5	9,8	7	12,3	12	11,1
Quatro	1	2,0	-	0,0	1	0,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

1.2- CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA DA GRAVIDEZ

Nas mulheres em estudo quando questionadas se a gravidez foi planeada (tabela 15), a grande maioria respondeu afirmativamente (78,7%). De referir que a percentagem de mulheres que referiram que a gravidez não foi planeada é superior (23,5%) nas mulheres que tiveram VD do que nas que não tiveram a visita domiciliária (21,3%).

Tabela 15 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se a gravidez foi planeada

Gravidez Planeada	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	39	76,5	46	80,7	85	78,7
Não	12	23,5	11	19,3	23	21,3
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Através da análise da tabela 16, podemos constatar que a grande maioria (99,1%) das mulheres em estudo fizeram vigilância da gravidez, sendo que apenas uma das mulheres (com visita domiciliária) referiu não o ter feito.

Tabela 16 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se realizaram vigilância da gravidez

Vigilância Gravidez	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	50	98,0	57	100,0	107	99,1
Não	1	2,0	-	0,0	1	0,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Em relação à preparação para o parto (tabela 17), pode-se constatar que a maioria das mulheres não o fez (53,7%), sendo a percentagem superior nas mulheres que tiveram VD (56,9%).

Tabela 17 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se realizaram preparação para o parto

Preparação para o parto	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	22	43,1	28	49,1	50	46,3
Não	29	56,9	29	50,9	58	53,7
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

No que concerne aos ensinamentos sobre aleitamento materno, nas mulheres que tiveram preparação para o parto, a grande maioria (96,0%) refere que estes foram realizados. De referir, que apenas duas mulheres (4%) mencionaram que não foram realizados ensinamentos acerca do aleitamento materno.

Tabela 18 - Distribuição das mulheres que realizaram preparação para o parto segundo se tiveram VD e se foram efectuados ensinios acerca do aleitamento materno

Ensinio sobre aleitamento materno	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	21	95,5	27	96,4	48	96,0
Não	1	4,5	1	3,6	2	4,0
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0

Através da análise da tabela 19, podemos constatar que para a grande maioria (81,5%) das mulheres em estudo a gravidez decorreu sem problemas.

Tabela 19 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e se a gravidez decorreu sem problemas

Gravidez decorreu sem problemas	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	42	82,4	46	80,7	88	81,5
Não	9	17,6	11	19,3	20	18,5
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Como complicações da gravidez, a mais frequente foi a diabetes gestacional (35%), seguido da ameaça de parto prematuro (30%). De referir que 22,2% das mulheres que tiveram VD tiveram pré-eclampsia e 18,2% das que não tiveram VD referiram metrorragias.

Tabela 20 - Distribuição das mulheres que referiram complicações na gravidez, segundo essas complicações e se tiveram VD

Complicações gravidez	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Metrorragias	-	0,0	2	18,2	2	10,0
Gravidez risco	-	0,0	1	9,1	1	5,0
Ameaça parto prematuro	2	22,2	4	36,4	6	30,0
Diabetes Gestacional	3	33,3	4	36,4	7	35,0
Gripe A	1	11,1	-	0,0	1	5,0
Depressão	1	11,1	-	0,0	1	5,0
Pré-eclampsia	2	22,2	-	0,0	2	10,0
Total	9	100,0	11	100,0	20	100,0

A análise da idade gestacional (Tabelas 21 e 22), permite-nos constatar que a grande maioria (81,5%) das mulheres teve uma gravidez de termo. A média calculada do tempo de gravidez, nas mulheres que tiveram VD, foi de $38 \pm 2,59$ semanas, sendo a moda e a mediana igualmente de 38 semanas, o máximo foi de 42 e o mínimo de 34 semanas. Nas mulheres que não tiveram VD, o tempo de gravidez oscilou entre as 29 e as 40 semanas, sendo a média de $37,82 \pm 3,37$ semanas, contudo a moda e a mediana foram de 39 semanas.

Tabela 21– Estatística descritiva da idade gestacional

Idade Gestacional	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	38	2,59	38	38	6,81	34	42
Sem Visita	37,82	3,37	39	39	8,91	29	40

Tabela 22 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a duração da gestação

Duração da gestação	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes do final da gestação (Prematuro)	9	17,6	11	19,3	20	18,5
Termo	42	82,4	46	80,7	88	81,5
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Em relação à idade do actual filho, a análise das tabelas 23 e 24, permite constatar que a maior parte (30,6%) tem entre 7 e 12 meses, seguindo-se 25% com idade igual ou superior a 25 meses. De referir que apenas 3,7% tinham idade igual a 6 meses.

A média calculada da idade do filho, das mulheres que tiveram VD, é de $17,33 \pm 7,24$ meses sendo a moda de 14 e a mediana de 15 meses. Quanto às mulheres que não tiveram VD, a média de idade dos seus filhos é de $17,96 \pm 7,09$ meses sendo a moda de 24 e a mediana de 18 meses. As idades oscilaram entre um mínimo de 6 meses (grupo VD) e 7 meses (grupo sem VD) sendo o máximo de 28 meses (dois grupos).

Tabela 23– Estatística descritiva da idade do actual filho

Idade Filho	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	17,33	7,24	15	14	41,77	6	28
Sem Visita	17,96	7,09	18	24	39,47	7	28

Tabela 24 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o grupo etário filho

Idade Filho	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 meses	3	5,9	-	0,0	3	2,8
7 – 12 meses	14	27,5	19	33,3	33	30,6
13 – 18 meses	10	19,6	11	19,3	21	19,4
19 – 24 meses	10	19,6	13	22,8	23	21,3
≥ 25 meses	14	27,5	14	24,6	28	25,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Em relação ao tipo de parto (Tabela 25), podemos verificar que, a maioria (62,0%) tiveram parto eutócito, seguindo-se 24,1% de cesariana, sendo este último maior nas mulheres que tiveram VD (25,5%/22,8%). De salientar que 6,5% das mulheres teve parto por “ventosa”, sendo 10,5% das mulheres que não tiveram VD, e apenas 2% daquelas que tiveram VD.

Tabela 25 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tipo de parto

Tipo de parto	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eutócito	34	66,7	33	57,9	67	62,0
Cesariana	13	25,5	13	22,8	26	24,1
Fórcepes	3	5,9	5	8,8	8	7,4
Ventosa	1	2,0	6	10,5	7	6,5
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

1.3- CARACTERIZAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Quando questionadas as mulheres em estudo acerca do tipo de leite que o filho toma actualmente (Tabela 26), a maioria (56,5%) referiu “leite de vaca”,

segundo-se 21,3% que referiram “leite adaptado” e 18,5% “leite materno”. De referir que 21,6% das mães que tiveram VD o filho faz apenas leite materno, sendo essa percentagem de 15,8% nas mães que não tiveram VD.

Tabela 26 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tipo de leite que o filho faz actualmente

Tipo de Leite	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Materno	11	21,6	9	15,8	20	18,5
Adaptado	11	21,6	12	21,1	23	21,3
Vaca	27	52,9	34	59,6	61	56,5
Soja	2	3,9	1	1,8	3	2,8
Nenhum	-	0,0	1	1,8	1	0,9
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Relativamente à decisão de amamentar (tabela 27), a grande maioria das mulheres em estudo (83,3%) referiu que foi iniciativa própria, seguindo-se 13,9% que foi iniciativa própria associado ao conselho médico/enfermagem. De referir que a percentagem de mulheres que tiveram VD, em que a decisão de amamentar foi influenciada por conselho médico/enfermeiro (23,5%) é mais do dobro daquelas que não tiveram VD (10,5%).

Tabela 27 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e de quem foi a decisão de amamentar

Decisão de amamentar	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Iniciativa própria	39	76,5	51	89,5	90	83,3
Iniciativa própria e conselho médico/enfermeiro	12	23,5	6	10,5	18	16,7
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

A análise das tabelas 28 e 29, referente ao tempo que as mulheres amamentaram exclusivamente o seu bebê, permite verificar que, metade o fizeram num período compreendido entre os três e os seis meses. De referir que 25% das mulheres amamentaram em exclusividade o seu filho nos primeiros seis meses de vida (27,5% das que tiveram VD e 22,8% das que não tiveram). O tempo de amamentação exclusiva, oscila entre um mínimo de uma semana e um máximo de 6 meses, nas mulheres que tiveram VD, sendo a média 3,68 meses, com um desvio padrão de 1,87, sendo a mediana de quatro meses e a moda de seis meses. As mulheres que não tiveram VD amamentaram em média $3,59 \pm 2,06$ meses sendo a mediana e a moda de quatro meses.

Tabela 28– Estatística descritiva do tempo de amamentação exclusiva

Tempo amamentou Exclusivamente	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	3,68	1,87	4	6	50,81	7 dias	6 M
Sem Visita	3,59	2,06	4	4	57,38	3 dias	6 M

Tabela 29 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e o tempo que o seu filho foi amamentado

Tempo que amamentou exclusivamente	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 Mês	4	7,8	4	7,0	8	7,4
[1-3[Meses	10	19,6	9	15,8	19	17,6
[3 - 6[Meses	23	45,1	31	54,4	54	50,0
6 Meses	14	27,5	13	22,8	27	25,0
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

No que respeita à interrupção definitiva da amamentação por parte das mulheres em estudo (Tabelas 30 e 31), observamos que a maior parte (28,1%) o fez entre o terceiro e o sexto mês, 22,5% das mulheres que tiveram visita e 32,7% das que não tiveram. Contudo 19,1% das mulheres interromperam a amamentação depois dos 12 meses e antes dos 18 meses (20% das que tiveram visita e 18,4% das que não tiveram). A média do tempo de interrupção da amamentação foi de

6,70±4,34 meses nas mulheres que tiveram visita e 6,12±4,57 nas que não tiveram. De salientar que a moda foi de 12 meses nas mulheres que tiveram VD e apenas de 4 meses nas que não tiveram. As restantes 19 mulheres do estudo continuam a amamentar.

Tabela 30– Estatística descritiva do tempo de interrupção da amamentação

Interrompeu definitivamente	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Visita	6,70	4,34	6,5	12	64,77	0	15
Sem Visita	6,12	4,57	4	4	74,67	0	18

Tabela 31 - Distribuição das mulheres que deixaram de amamentar segundo se tiveram VD e o tempo que interromperam a amamentação

Interrompeu definitivamente aleitamento materno	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<1 Mês	1	2,5	3	6,1	4	4,5
[1-3[Meses	8	20,0	7	14,3	15	16,9
[3 - 6[Meses	9	22,5	16	32,7	25	28,1
[6-9[Meses	6	15,0	8	16,3	14	15,7
[9-12[Meses	8	20,0	6	12,2	14	15,7
[12-18[Meses	8	20,0	9	18,4	17	19,1
Total	40	100,0	49	100,0	89	100,0

Quando questionadas, acerca dos motivos para a interrupção da amamentação (Tabela 32), a maioria das mulheres em estudo (60,7%) referiu a falta de leite, seguindo-se 10,7% que mencionaram “decisão própria”. De relevar, que 16,2% das mulheres que tiveram VD referiram motivos laborais e nenhuma das mulheres que não teve VD expôs estes motivos. Cinco das mulheres do total da amostra não indicaram qualquer razão.

Tabela 32 - Distribuição das mulheres que deixaram de amamentar segundo se tiveram VD e o motivo para interromperem a amamentação

<i>Porque deixou amamentar</i>	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Redução mamária (obstrução canais)	-	0,0	1	2,1	1	1,2
Dependência que causa Mastite	-	0,0	2	4,3	2	2,4
Decisão própria	1	2,7	8	17,0	9	10,7
Falta leite	21	56,8	30	63,8	51	60,7
Bebé mordida	4	10,8	3	6,4	7	8,3
Engravidou	1	2,1	1	2,1	2	2,4
Indicação médica	1	2,1	1	2,1	2	2,4
Motivos laborais	6	16,2	-	0,0	6	7,1
Bebé deixou mamar	3	8,1	-	0,0	3	3,6
Total	37	100,0	47	100,0	84	100,0

A análise da tabela 33, referente à percepção das mulheres em estudo acerca do período ideal para fazer aleitamento materno exclusivo, permite-nos verificar que, a maior parte (49,1%) referiu que se deve situar entre os seis e os nove meses (54,9% das que tiveram VD e 43,9% das que não tiveram). De referir que 20,4% das mulheres mencionaram que devem amamentar exclusivamente enquanto o bebé engordar adequadamente. As restantes 5 mulheres não responderam à questão.

Tabela 33 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua percepção do tempo ideal para fazer aleitamento materno exclusivo

Período ideal para fazer aleitamento materno exclusivamente	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
[3 - 6[Meses	6	11,8	11	19,3	17	15,7
[6-9[Meses	28	54,9	25	43,9	53	49,1
[9-12[Meses	-	0,0	1	1,8	1	0,9
[12-18[Meses	3	5,9	4	7,0	7	6,5
Enquanto bebé engordar adequadamente	11	21,6	11	19,3	22	20,4
Não Sabe	3	5,9	5	8,8	8	7,4
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Relativamente às mulheres que já tiveram filhos anteriormente (48), verificamos que a grande maioria (89,6%) os amamentou (tabela 34). De referir que, das mulheres que tiveram VD a totalidade amamentou os filhos anteriores.

Tabela 34 - Distribuição das mulheres que tiveram filhos anteriores segundo se tiveram VD e se os amamentaram

Filhos anteriores amamentou-os	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	22	100,0	21	80,8	43	89,6
Não	-	0,0	5	19,2	5	10,4
Total	22	100,0	26	100,0	48	100,0

A análise do tempo que as mulheres consideram que deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno (Tabela 35), permite constatar que a maior parte (41,7%) considera que só deve ocorrer quando a mulher “deixar de ter leite” (45,1% das que tiveram VD e 38,6% das que não tiveram. De referir, que 29,6% das mulheres consideram que a interrupção deve ocorrer entre os 12

e os 18 meses. De referir que nenhuma das mulheres mencionou que a interrupção do aleitamento materno deve ocorrer antes dos seis meses.

Tabela 35 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua opinião de quando deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno

Quando deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
[6-9[Meses	1	2,0	4	7,0	5	4,6
[9-12[Meses	1	2,0	-	0,0	1	0,9
[12-18[Meses	15	29,4	17	29,8	32	29,6
[18-24] Meses	4	7,8	7	12,3	11	10,2
Quando deixar de ter leite	23	45,1	22	38,6	45	41,7
Não Sabe	7	13,7	7	12,3	14	13,0
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

Quando questionadas, acerca de quem beneficia com o aleitamento materno (Tabela 36), a grande maioria das mulheres em estudo (70,4%) referiram que o benefício é da mãe e do filho, seguindo-se 23,1% que consideram que o benefício é de toda a família/sociedade. De salientar que as mulheres, que não tiveram VD, consideram que o benefício é só da criança (8,8%) o que constitui mais do dobro das que tiveram VD (3,9%) e que têm a mesma opinião.

Tabela 36 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a sua opinião de quem beneficia com o aleitamento materno

Quem beneficia com o aleitamento materno	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Criança	2	3,9	5	8,8	7	6,5
Mãe e a criança	36	70,6	40	70,2	76	70,4
Toda família/sociedade	13	25,5	12	21,1	25	23,1
Total	51	100,0	57	100,0	108	100,0

1.4- CARACTERIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA

No que concerne à idade do bebé quando foi realizada a visita domiciliária (Tabelas 37 e 38), esta oscilou entre um mínimo de dois dias e um máximo de trinta, sendo a média de $12,88 \pm 7,91$ dias, a moda e a mediana foi de 10 dias. A maior parte (39,2%) das visitas domiciliárias decorreram na segunda semana após o parto, seguindo-se 25,5% que foram realizadas na primeira semana. De referir, que apenas 13,7% das visitas decorreram após a terceira semana.

Tabela 37 – Estatística descritiva da idade do bebé quando ocorreu a visita domiciliária

	\bar{X}	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Idade bebé quando VD	12,88	7,91	10	10	61,41	2	30

Tabela 38 – Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a idade do bebé quando ocorreu a VD

Idade bebé quando VD	Nº	%
1- 7 dias	13	25,5
8-14 dias	20	39,2
15-21 dias	11	21,6
≥ 22 Dias	7	13,7
Total	51	100,0

A análise do Tabela 39, permite constatar que a maioria das mulheres (52,9%) encontravam-se só quando ocorreu a visita domiciliária, seguindo-se 23,5% em que o marido também estava presente e 11,8% que tinham a companhia da mãe.

Tabela 39 – Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo os membros da família que estavam presentes quando ocorreu a VD

<i>Membros da família estavam presentes no momento da VD</i>	Nº	%
Própria	27	52,9
Própria e marido	12	23,5
Própria e mãe	6	11,8
Sogra	1	2,0
Marido	2	3,9
Avó	1	2,0
Irmã	2	3,9
Total	51	100,0

Das mulheres em estudo quando questionadas acerca de quando devia ocorrer a visitação domiciliária (Tabela 40), a maior parte (43,1%) respondeu que deveria ser na primeira semana após o parto, seguindo-se 25,5% que referiram a segunda semana. De salientar que 7,8% das mulheres não sabe/não respondeu.

Tabela 40 – Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a sua opinião de quando deve ocorrer a VD

<i>Visitação domiciliária deve ser efectuada</i>	Nº	%
1º Semana	22	43,1
2ª Semana	13	25,5
3ª Semana	5	9,8
Antes 28 dias	7	13,7
Não sabe/não responde	4	7,8
Total	51	100,0

O tabela 41 permite-nos avaliar a percepção das mulheres acerca da utilidade dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros aquando da visita domiciliária. Uma

primeira análise permite verificar que a grande maioria das mulheres a considerou “útil”/”muito útil” em relação aos vários parâmetros em análise, sendo que apenas foi considerada “pouco útil” por uma das mulheres (2%) no que se refere aos ensinamentos acerca do “posicionamento da mama”, “pega do bebê” e “horário de amamentação”.

De salientar que a maioria das mulheres considerou “muito útil” os ensinamentos no respeitante a: “posicionamento da mama”, “cuidados de higiene do bebê”, “comunicação com o bebê”, “prevenção de acidentes” e “posicionamento no berço”.

Tabela 41 – Distribuição das mulheres que tiveram VD segundo a sua opinião acerca da utilidade dos ensinamentos de enfermagem durante a VD

Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre	Muito útil	Útil	Sem opinião	Pouco útil	Nada útil
Posicionamento na mama foi:	27 (52,9%)	10 (19,6%)	13 (25,5%)	1 (2,0%)	- (0,0%)
Pega do bebê na mama foi:	25 (49,0%)	11 (21,6%)	14 (27,5%)	1 (2,0%)	- (0,0%)
Horário de amamentação foi:	25 (49,0%)	13 (25,5%)	12 (23,5%)	1 (2,0%)	- (0,0%)
Cuidados de higiene do bebê foi:	27 (52,9%)	13 (25,5%)	11 (21,6%)	- (0,0%)	- (0,0%)
Comunicação com o bebê foi:	26 (51,0%)	13 (25,5%)	12 (23,5%)	- (0,0%)	- (0,0%)
Prevenção de acidentes foi:	27 (52,9%)	10 (19,6%)	14 (27,5%)	- (0,0%)	- (0,0%)
Posicionamento no berço foi:	29 (56,9%)	9 (17,6%)	13 (25,5%)	- (0,0%)	- (0,0%)
Alimentação da mãe foi:	24 (47,1%)	15 (29,4%)	12 (23,5%)	- (0,0%)	- (0,0%)
Papel/apoio do pai foi:	23 (45,1%)	11 (21,6%)	17 (33,3%)	- (0,0%)	- (0,0%)

Avaliámos a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 3 meses e verificámos que esta foi mais elevada nas mulheres não visitadas (55%) enquanto que nas mulheres com visita domiciliária foi de 45%. A prevalência aos 6 meses indicou um valor mais alto nas mulheres alvo de visita domiciliária (51,9%) do que nas mulheres sem visita domiciliária (48,1%).

Tabela 42 - Distribuição das mulheres segundo se tiveram VD e a prevalência aleitamento materno aos 3 e 6 meses

Prevalência Aleitamento Materno	Visita		Sem visita		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3 Meses	36	45,0	44	55,0	80	100,0
6 Meses	14	51,9	13	48,1	27	100,0

1.5 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Relação entre a idade das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Ao relacionarmos a idade das mulheres em estudo com o tempo que amamentaram exclusivamente o actual filho nos primeiros seis meses de vida (correlação de Spearman), observamos uma tendência para o tempo de amamentação se correlacionar negativamente com a idade das mulheres, contudo o valor de significância determinado ($p=0,347$) é muito superior ao nível de significância estabelecido ($\alpha=0,05$), pelo que concluímos que a correlação encontrada não é significativa.

Tabela 43 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a idade das mulheres e ao tempo de amamentação

Duração aleitamento materno	ρ	p
Idade	-0,091	0,347

Relação entre o estado civil das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Pela análise do Tabela 44, que relaciona o estado civil das mulheres com o tempo que amamentaram em exclusividade o actual filho, podemos constatar que as mulheres que são casadas/união de facto são aquelas que mantiveram o aleitamento materno exclusivo durante mais tempo (ordenações médias mais elevadas). Por outro lado, as mulheres que são divorciadas são aquelas onde se verificam as ordenações médias mais baixas, logo, amamentaram durante um período de tempo menor.

A fim de verificarmos se existe ou não diferença significativa entre o estado civil das mulheres e a prevalência do aleitamento materno exclusivo por parte destas, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, que não identificou a existência de diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os grupos.

Tabela 44 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao estado civil das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Estado Civil	n	Mean Rank	Chi-Square	p
Solteira	15	50,10	2,089	0,352
Casada/união de facto	83	56,04		
Divorciada	9	41,67		

Relação entre a escolaridade das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Pela análise do Tabela 45, que relaciona a escolaridade das mulheres com a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses, por parte destas, e dos resultados do teste Kruskal-Wallis, observamos que a duração do aleitamento materno aumenta consoante mais elevada é a escolaridade das mulheres, contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0,691$).

Tabela 45 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, a escolaridade das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Escolaridade	n	Mean Rank	Chi-Square	p
≤ 3º Ciclo	22	49,48	0,739	0,691
Secundário	51	55,61		
Superior	35	56,04		

Relação entre o sector de actividade profissional das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Cruzando a informação referente ao sector de actividade profissional das mulheres com o tempo que amamentaram exclusivamente, o seu último filho, nos primeiros seis meses de vida (Tabela 46), podemos constatar que as mulheres que não pertencem à população activa são as que obtiveram ordenações médias mais elevadas (55,35), sendo que as ordenações médias mais baixas se verificaram nas que têm profissões pertencentes ao sector secundário de actividade (50,65). Os resultados obtidos com o teste de Kruskal-Wallis permitiram constatar que as diferenças entre os grupos não são significativas ($p > 0,05$).

Tabela 46 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao sector de actividade profissional das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Sector de actividade profissional	n	Mean Rank	Chi-Square	p
Secundário	17	50,65	0,317	0,854
Terciário	65	55,17		
Não activo	26	55,36		

1.6- RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

Relação se a gravidez foi planejada/desejada com a prevalência do aleitamento materno

No estudo conjunto da informação referente se a gravidez foi planejada/desejada e a duração do aleitamento materno exclusivo do bebê (Tabela 47), podemos verificar que, as mulheres que referiram que a gravidez foi planejada/desejada obtiveram ordenações médias mais elevadas (56,26) do que aquelas que referiram que a gravidez não foi planejada/desejada (54,02). Logo, há uma maior duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses.

Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste de Mann-Whitney, determinamos um valor de “p” superior ao nível de significância fixado ($p = 0,757$), o que nos permite afirmar que o planejamento da gravidez não influencia a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Tabela 47- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a gravidez foi planejada/desejada ou não

Gravidez Planeada	n	Mean Rank	MW	p
Sim	85	56,26	937,0	0,757
Não	23	54,02		

Relação do tipo de parto com a prevalência do aleitamento materno

Comparando a duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, com o tipo de parto (Tabela 48), podemos observar que,

as ordenações médias obtidas pelas mulheres que tiveram um parto por “cesariana” são as mais elevadas (59) sendo que o valor mais baixo se verificou nas mulheres que tiveram um parto por “ventosa” (39,93). Contudo, o teste de Kruskal-Wallis não identificou a existência de diferenças significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Tabela 48- Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme o tipo de parto

Tipo Parto	n	Mean Rank	Chi-Square	p
Eutócito	67	54,16	2,140	0,544
Cesariana	26	59,00		
Fórceps	8	55,50		
Ventosa	7	39,93		

Relação da duração gravidez com a prevalência do aleitamento materno

No estudo conjunto da informação referente à duração da gravidez (termo/prematuridade) e da duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, podemos verificar que as mulheres que tiveram uma gravidez de termo amamentaram os seus filhos durante menos tempo do que aquelas que tiveram filhos prematuros (ordenações médias mais baixas).

O teste de Mann-Whitney (Tabela 49), não confirma porém a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que nos permite afirmar que a duração da gravidez (termo/prematuridade) não tem poder explicativo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

Tabela 49- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a duração da gravidez (termo/prematuridade)

Prematuridade	n	Mean Rank	MW	p
Prematuro	20	61,58	738,5	0,255
Termo	88	52,89		

Relação da frequência do curso de preparação para o parto com a prevalência do aleitamento materno

Quando cruzamos a informação referente à frequência do “curso de preparação para o parto” por parte das mulheres com a duração do aleitamento materno exclusivo, no actual filho (Tabela 50), podemos constatar que as mulheres que referiram frequentar o referido curso amamentaram, em exclusividade, o actual filho durante mais tempo do que aquelas que referiram que não fizeram esta formação (ordenações médias mais elevadas). A aplicação do teste estatístico (Mann-Whitney) evidencia que a associação não é significativa entre as variáveis ($p > 0,05$); constatámos, desta forma que a frequência do curso de preparação para o parto não tem poder explicativo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

Tabela 50- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a frequência do “curso de preparação para o parto”

Curso preparação para o parto	n	Mean Rank	MW	p
Sim	50	59,01	1224,5	0,158
Não	58	50,61		

Relação da decisão da mãe em amamentar com a prevalência do aleitamento materno

Pela leitura e análise do Tabela 51, que compara a decisão de amamentar da mãe (iniciativa própria/conselho técnicos saúde) com a duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, verificamos que são as mulheres cuja decisão de amamentar foi de iniciativa própria associado ao conselho dos técnicos de saúde, aquelas que amamentaram os filhos durante um período maior de tempo (ordenações médias mais elevadas).

A fim de verificarmos se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste Mann-Whitney, que identificou existência de diferença significativa ($p = 0,038$) entre os grupos; logo, podemos afirmar que o conselho médico/enfermagem tem poder explicativo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Tabela 51- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a decisão da mãe em amamentar

Decisão amamentar	n	Mean Rank	MW	p
Iniciativa própria	90	51,76	536,0	0,038
Iniciativa própria e conselho médico/enfermeiro	18	68,22		

Relação entre o número de filhos anteriores das mulheres e a prevalência do aleitamento materno

Para verificar se existe correlação entre o número de filhos anteriores por parte das mulheres e a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 52), Como os valores de p determinados foram muito superiores ao nível de significância estabelecido ($p=0,470$), concluímos que a correlação encontrada não é significativa ou, por outras palavras, podemos afirmar que o número de

filhos anteriores não tem poder explicativo sobre a duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê.

Tabela 52 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao nº de filhos anteriores e ao tempo de amamentação

Duração aleitamento materno	ρ	p
Nº filhos anteriores	-0,070	0,470

1.7- RELAÇÃO ENTRE A VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM E A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Relação da visitação domiciliar de enfermagem com a prevalência do aleitamento materno

No que diz respeito à influência da visitação domiciliar de enfermagem na duração do aleitamento materno exclusivo, a análise do Tabela 53, permite-nos verificar uma grande semelhança entre as ordenações médias obtidas, contudo são as mulheres que tiveram a visitação domiciliar aquelas que amamentaram durante mais tempo. Assim, o teste estatístico utilizado (teste de Mann-Whitney) veio confirmar essa primeira análise. O valor de “p” é muito superior ao nível de significância fixado ($\alpha = 0,05$), considerando desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos.

Tabela 53- Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificar a significância da diferença da prevalência da amamentação conforme a ocorrência da visitação domiciliar de enfermagem.

Visitação Domiciliária	n	Mean Rank	MW	p
Sim	51	55,03	1423,5	0,851
Não	57	53,91		

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte do trabalho apresentaremos a discussão das questões de investigação e dos objectivos do trabalho, seguindo a linha metodológica definida no início do estudo.

Tal como verificamos na caracterização a amostra é composta por 108 mulheres nas quais ocorreu um parto nos últimos 36 meses, inscritas no Centro de Saúde da Figueira da Foz nas Unidades de Saúde Familiar Buarcos e S. Julião. Da nossa amostra 51 (47,2%) mulheres foram alvo de visita domiciliária e 57 (52,8%) não foram visitadas.

A maioria das mulheres insere-se no grupo etário dos 19 aos 34 anos, sendo a média de idades das mulheres visitadas e não visitadas semelhante (32,67/32,42 anos). Em relação à idade dos companheiros, observámos que estes se situam no mesmo grupo etário das mulheres sendo a sua média ligeiramente superior (34,6 anos).

Relacionando a idade das mulheres com a prevalência do aleitamento materno exclusivo (correlação de Spearman), notamos uma tendência para o tempo de amamentação se correlacionar negativamente com a idade das mulheres ($p=0,347$), o que não foi significativo. Também o estudo de Galvão (2003) refere que as mães que mais cedo decidiram amamentar se encontravam na faixa etária entre os 24 e os 39 anos.

Quanto ao estado civil verificamos que a maioria das mulheres de ambas as amostras se encontram casadas/união de facto (76,9%). Não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos ($p>0,05$), quando avaliámos a relação entre o estado civil e a prevalência da amamentação exclusiva (teste de Kruskal-Wallis). Nos estudos consultados não encontramos referência a esta variável no entanto o estudo de Galvão (2003, p.140) revela que “mães com níveis mais elevados de recursos familiares apresentam maior envolvimento materno (...) e tenderam a manter em maior percentagem a amamentação até aos 3 meses.”

Relativamente à nacionalidade a maioria é constituída por mãe e pai portugueses (93,5%/92,6%).

No que respeita à escolaridade constatamos que a maioria das mulheres possui o ensino secundário (47,2%) seguida das que têm licenciatura (26,9%). Pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis observamos que a duração do aleitamento

materno aumenta consoante mais elevado é o grau de escolaridade. Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,691$). Este resultado vem ao encontro dos estudos quer portugueses quer estrangeiros de Ahluwalia *et al*, (2003); Alves *et al* (1999); Pereira (2000); Leitão (2001); Cabral e Tirrel, (1995); Sayers *et al* (1995 e Marti *et al* (1996) *apud* Pereira (2006), que sugerem uma associação entre a maior escolaridade e a duração da amamentação. Galvão (2003) acrescenta ainda que as mães com maior nível de escolaridade foram as que mais cedo decidiram amamentar.

Quanto ao nível de escolaridade dos cônjuges/companheiros podemos afirmar que a maioria também tem o ensino secundário (43,5%) no entanto a percentagem de homens com licenciatura é mais baixa do que a das mulheres (19,4%).

Relativamente à profissão, a maior parte das mulheres (60,2%) trabalha no sector terciário, 15,7% no sector secundário e 24,1% das mulheres encontra-se incluída na população não activa (desempregadas/domésticas/estudantes). Cruzámos o sector profissional com a amamentação exclusiva (teste de Kruskal-Wallis) onde constatámos que as diferenças entre os grupos não são significativas ($p>0,05$). O estudo de Galvão (2003, p.136) revelou que “até aos 3 meses estar empregada influenciou positivamente a manutenção da amamentação e após esta idade houve tendência a mantê-la nas mães não empregadas”.

O estudo de Osis *et al* (2004) revelou que o facto de as mulheres terem acesso a creche no local de trabalho não é sinónimo de manter a amamentação. Esta depende da vontade das mães, da influência social do seu meio e da opinião do pediatra.

Relativamente aos homens a maior parte também tem ocupações profissionais pertencentes ao sector terciário (64,7%) seguido dos pertencentes ao sector secundário (21,3%).

Quanto ao número de filhos anteriores metade das mulheres tiveram pelo menos um filho anterior (54%), sendo esse número aproximado quer nas mulheres com visita domiciliária (39,2%) quer nas não visitadas (36,8%). Das mulheres que tiveram filhos anteriormente verificámos que a maioria (89,6%) os amamentou sendo de salientar que a totalidade das mulheres visitadas o fez.

Correlacionámos o número de filhos anteriores com a prevalência do aleitamento materno exclusivo (correlação de Spearman) e o resultado obtido ($p=0,470$) revela que esta não é significativa. No entanto, o estudo de Galvão (2003) revela

que foram as múltiparas e as que referiram boas experiências de amamentação anteriores as que mantiveram durante mais tempo esta prática.

A maioria das mulheres refere que planeou a gravidez (78,7%), sendo a percentagem de mulheres com visita domiciliária as que em maior número responderam que não foi planeada. Relacionando a gravidez planeada/desejada com o aleitamento materno exclusivo (teste de Mann-Whitney), verificámos que não há influência ($p=0,757$).

Em relação à vigilância da gravidez, salientamos que apenas uma das inquiridas com visita domiciliária respondeu que não a fez.

Relativamente à preparação para o parto, a maioria das mulheres afirmou não a ter feito (53,7%), sendo na sua maioria as mulheres visitadas (56,9%). Das mulheres que frequentaram o “curso de preparação para o parto” a maioria (96%) referiu terem sido realizados ensinamentos sobre aleitamento materno, tendo havido apenas duas mulheres (4%) que referiram não terem sido alvo desses ensinamentos. Não houve diferenças significativas na percentagem de mulheres abrangidas por estes ensinamentos quer na amostra sujeita a visita domiciliária quer na não visitada.

Ao cruzarmos a informação referente à frequência do “curso de preparação para o parto” e a prevalência da amamentação verificámos através do teste Mann-Whitney que a associação não é significativa entre as variáveis ($p>0,05$). Este resultado contraria os resultados dos estudos referidos por Pereira (2006, p. 68) que concluem que “quando as mães recebem informação sobre aleitamento, no período pré-natal, existe maior probabilidade das mães amamentarem exclusivamente até aos seis meses”. No entanto esta autora no seu estudo também não encontrou diferenças estatisticamente significativas.

Na grande maioria das mulheres a gravidez decorreu sem problemas, 82,4% das mulheres visitadas e 80,7% das não visitadas. Das vinte mulheres que revelaram ter tido problemas durante a gravidez a patologia mais frequente foi a “diabetes gestacional” (7), seguida da “ameaça de parto prematuro” (6). Não houve diferenças significativas nos problemas referenciados nas mulheres das duas amostras.

Quanto à idade gestacional, a maioria das mulheres tiveram partos de termo (81,5%), havendo no entanto que salientar que nas mulheres não visitadas houve um maior número de partos pré-termo (19,3%) do que nas mulheres visitadas (17,6%).

Nesta amostra, no estudo conjunto da informação referente à duração da gravidez e do aleitamento materno exclusivo o teste de Mann-Whitney não confirma diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos

($p=0,255$). No entanto, o estudo de Delgado e Halpern (2005) mencionam maior dificuldade em iniciar e manter o aleitamento materno em bebês de pré-termo pelas seguintes razões: separação prolongada da mãe e do bebê, stress materno, cuidados dos profissionais no suporte à amamentação, diminuição da produção de leite, comportamento alimentar do recém-nascido (principalmente se tiver peso inferior a 1500g e menos de 32 semanas) e as rotinas hospitalares. Em relação à idade do actual filho esta teve uma média de 17 meses, sendo na amostra das mães visitadas que detectamos a idade mínima de 6 meses.

A maioria dos partos foi “eutócito” (62%), seguindo-se o parto por “cesariana” (24,1%). Comparando a prevalência da amamentação com o tipo de parto o teste de Kruskal-Wallis não identificou existência de diferenças significativas entre os grupos. Este resultado é contrário ao obtido por Galvão (2003) que observou uma influência negativa no parto por cesariana e na manutenção da amamentação.

Relativamente ao tipo de leite que o filho toma, a maioria das mães referiram que no momento os filhos se encontravam a beber leite de vaca (56,5%), seguindo-se 21,3% que se encontra a beber leite adaptado. De salientar que 18,5% das mães refere que o filho faz aleitamento materno, sendo esta percentagem mais elevada nas mães alvo de visita domiciliária (21,6%).

Quanto ao período em que amamentaram exclusivamente o seu filho verificamos que metade o fez entre os 3 e os 6 meses (50%), salientando, no entanto, que 25% das mães amamentou exclusivamente até aos 6 meses, 14 das mulheres visitadas e 13 das não visitadas, não havendo portanto diferenças significativas nos dois grupos. O tempo mínimo de duração da amamentação exclusiva foi de uma semana, sendo superior a percentagem de mães que amamentaram menos de um mês (6,1%) no grupo das mulheres não visitadas. Estes resultados vêm de encontro aos vários estudos consultados que indicam um decréscimo da prevalência da amamentação exclusiva ao longo do tempo.

Na nossa amostra a prevalência do aleitamento materno aos 3 meses foi de 80% e de 27% aos 6 meses. Verificámos uma maior prevalência (55%) aos 3 meses no grupo das mulheres não visitadas e de 45% no grupo das mulheres visitadas e uma maior prevalência (51,9%) aos 6 meses nas mulheres visitadas e de 48,1% nas não visitadas.

Galvão (2003) no seu estudo encontrou percentagens de amamentação exclusiva de 26,4% aos 3 meses. Dados do CDC (2007) apontam para uma prevalência de 33,6% aos 3 meses e de 14,1% aos 6 meses na população dos Estados Unidos da América. No estudo de Schneidrová *et al* (2003) relativo à

população da República Checa, os resultados apontaram para 93,5% de bebés alimentados exclusivamente à saída do hospital e para uma taxa de 23,1% aos 6 meses.

O Plano Nacional de Saúde (2004) aponta 22% como a taxa de prevalência aos 3 meses no nosso país, Pereira (2006) citando um estudo nacional reportado ao período compreendido entre 1998 e 1999 apresenta valores de prevalência da amamentação de 85% à saída da maternidade, de 63% aos 3 meses, 34% aos 6 meses e 16% aos 12 meses, não referindo contudo se, até aos 6 meses a amamentação é exclusiva. No seu estudo Pereira (2006) aponta como prevalência da amamentação exclusiva 100% ao primeiro mês, 85,7% aos 3 meses e 21,4% aos 6 meses, no grupo de bebés no qual a “pega foi corrigida”; 86,7% ao primeiro mês, 56,7% aos 3 meses, 3,3% aos 6 meses no grupo de bebés com “pega correcta” e 50% ao primeiro mês, 25% aos 3 meses e 0% aos 6 meses no grupo de bebés de “pega incorrecta”.

Quanto aos dados relativos à prevalência da amamentação exclusiva no Brasil podemos constatar que esta é de 47,5% ao primeiro mês, 17,7% aos 3 meses e 7,7% aos 6 meses. (Sena, Silva e Pereira, 2007)

Pudemos verificar que na nossa amostra a prevalência da amamentação exclusiva aos 3 meses (80%) foi superior ao dos estudos apresentados excepto ao de Pereira (2006) no grupo de “pega corrigida” (85,7%). No entanto aos 6 meses (27%) o nosso valor é mais alto que o de todos os estudos consultados.

Em relação à interrupção definitiva da amamentação podemos verificar que a maior parte o fez entre o terceiro e o sexto mês (28,1%), seguida das que interromperam entre os 12 e os 18 meses (19,1%), tendo havido valores semelhantes nos dois grupos, mulheres visitadas e não visitadas. Isto significa que cerca de 18,5% da amostra estudada mantém o aleitamento materno embora complementado com outros alimentos. No estudo de Galvão (2003), um sexto dos bebés continuava a fazer aleitamento materno aos 12 meses e apenas metade destes nunca tinha tomado outro tipo de leite.

A maioria das mães referiu que a decisão de amamentar foi própria (83,3%), havendo no entanto 16,7% que referiram que foi própria mas com o “conselho do enfermeiro/médico”, sendo esta percentagem mais elevada nas mulheres alvo de visita domiciliária (23,5%). Para verificarmos se estas variáveis estão relacionadas aplicámos o teste de Mann-Whitney que identificou existência de diferença significativa ($p=0,038$) entre os grupos levando-nos a acreditar que nesta amostra o “conselho do médico/enfermeiro” tem poder explicativo para a prevalência da amamentação. Estes dados estão em conformidade com os

estudos consultados que referem que “os dias da jovem mãe após o parto e ainda na maternidade são também de aprendizagem sendo a acção de ensino das enfermeiras fundamental” (Nogueira e Pedroso, sd *apud* Galvão, 2003, p. 113).

O estudo de Galvão (2003) indica ainda que a maior parte das mulheres decide, por iniciativa própria antes do parto amamentar o seu bebé e, embora se tenha revelado importante a informação adquirida dos técnicos, foi observada grande percentagem de mulheres que decidiu amamentar mais cedo porque os maridos concordavam com a sua decisão. Mães que receberam informação sobre amamentação tiveram menores dificuldades e adesão ao prolongamento da amamentação.

Pereira (2008) refere que são vários os factores (pessoais, sociais, culturais, económicos e políticos) que contribuem para a decisão da mãe de amamentar e embora seja importante a informação prestada pelos técnicos (enfermeiros e médicos), o apoio e concordância do pai tem maior peso na sua decisão.

O principal motivo referido para a sua interrupção foi a “falta de leite” (60,7%), sendo a percentagem menor no grupo das mulheres visitadas (56,8%) em relação às não visitadas (63,8%). Os nossos resultados estão em concordância com os do estudo de Galvão (2003), que indicou os motivos “pouco leite” 50%, “leite fraco” 26,8% e “choro do bebé” 25%. Verificámos ainda que 16,2% das mulheres visitadas referiram “motivos laborais” razões também focadas no mesmo estudo, que evoca a duração da licença de maternidade como justificação para este abandono.

No estudo de Pereira (2006) a maior parte das mulheres (71,7%) também evocou “não ter leite” como razão para parar o aleitamento materno. Estes dados vêm confirmar a necessidade da informação correcta acerca do aleitamento materno e da fisiologia da lactação. Apenas 28,3% das mulheres neste estudo referiram ser o regresso ao trabalho a causa para o abandono da amamentação.

Relativamente ao período considerado ideal para fazer amamentação exclusiva a maioria das mulheres respondeu entre os 6 e os 9 meses (49,1%), sendo 54,9% das mães visitadas e 43,9% das não visitadas, seguindo-se 20,4% que mencionaram “enquanto o bebé engordar adequadamente”.

Quando questionadas sobre quando deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno a maioria (41,7%) respondeu “quando deixar de ter leite” (45,1% das mulheres visitadas e 38,6% das não visitadas), seguindo-se 29,6% que responderam entre os 12 e os 18 meses, sendo este valor semelhante nos dois grupos.

Osís *et al* (2004) no seu estudo concluíram que as mães prevêem a duração do aleitamento materno dependente das circunstâncias individuais, a maioria considerou que o bebé devia começar com outro tipo de alimentos entre o 5º e o 6º mês e que esperavam informações do pediatra ou de pessoas significativas.

Inquiridas quanto a quem beneficia com o aleitamento materno a maioria (70,4%) das mulheres respondeu a “mãe e a criança” não havendo diferença significativa nos dois grupos. 23,1% considerou beneficiários do aleitamento materno “toda a família/sociedade”, também não se verificando diferenças nos valores apontados pelos dois grupos. Os estudos de Galvão (2003) e Cardoso (2006) referem as vantagens para a díade mãe/bebé mas também para o ambiente pelo menor gasto de energia e menos produção de resíduos. Neste sentido, devemos salientar que os ganhos para a mãe e bebé são mais facilmente percebidos pelas mulheres e são normalmente os apontados na educação para a saúde.

No relativo à visita domiciliária verificamos que a maior parte (39,2%) foi realizada quando o bebé tinha entre 8 e 14 dias, seguida da primeira semana de vida (25,5%). De salientar que apenas 13,7% das visitas foram realizadas após os 22 dias de vida. A maior parte das mulheres encontravam-se sós durante a visita domiciliária (52,9%) seguidas de 23,5% em que o marido também se encontrava presente e 11,8% que tinham a companhia da mãe. O estudo de Susin, Giugliani e Kummer (2005) revelou que o contacto não diário com a avó materna foi factor de protecção para a manutenção da amamentação exclusiva aos seis meses. Com base neste conhecimento devemos alargar a educação para a saúde a mais elementos da família com vista à promoção do aleitamento materno.

O estudo de Marques *et al* (2010) salienta a necessidade de os ensinamentos sobre amamentação incluírem toda a rede social da mulher para implementar acções mais eficientes na promoção da amamentação.

Em relação à opinião das mulheres sobre a altura adequada para realização da visita domiciliária a maioria (43,1%) referiu a primeira semana seguindo-se 25,5% que consideraram a segunda semana como a ideal.

Acerca da percepção das mães sobre a utilidade da educação em enfermagem realizada durante a visita domiciliária, a maioria considerou “muito útil/útil” todos os parâmetros em análise, sendo apenas considerado “pouco útil” por 2% das mulheres os ensinamentos relativos a “posicionamento da mama”, “pega do bebé” e “horário de amamentação”. De relevar que os parâmetros considerados “muito útil” por mais de 50% das mulheres foram “posicionamento no berço”,

“prevenção de acidentes”, “cuidados de higiene ao bebê”, “posicionamento na mama” e comunicação com o bebê”.

Fomos verificar se neste estudo a visita domiciliária tinha influência na prevalência da amamentação. Para tal aplicámos o teste de Mann-Whitney e obtivemos um valor de $p=0,851$ pelo que não existe diferença significativa entre os dois grupos.

Estes resultados são concordantes com os dos estudos de Di Napoli *et al* (2004), Pereira (2006) e Araújo (2008), que verificaram que o acompanhamento pela equipa de saúde quer através da visita domiciliária, quer através de contacto telefónico, não influenciou a duração da amamentação.

Porém, o estudo de Zaradoroznyj (2006) revelou que o programa Mothercarer teve influência na duração da amamentação. Também os estudos de Galvão (2003), Pereira (2006), Pinto (2008) revelam que embora a visita domiciliária não seja determinante, tem influência na manutenção da amamentação.

Os estudos de Boyd, Norr e Nacion (2001) e de Loureiro *et al* (2009) salientam ainda que os programas de visita domiciliária reforçam o papel parental, contribuem para a saúde mental da mãe e para a melhoria das relações familiares. Carabin *et al* (2005), Kemp *et al* (2008), Mandú *et al* (2008), Dutta (2009) Cruz e Bourget (2010), Gogia e Sachdev (2010) reconhecem as visitas domiciliárias como estratégia de aproximação e de equidade aos cuidados de saúde por parte das populações mais desfavorecidas contribuindo assim para a saúde das famílias, para a diminuição da mortalidade infantil, para a diminuição de problemas neonatais em mulheres solteiras e para a diminuição da violência infantil.

CONCLUSÕES

A visita domiciliária é uma intervenção de cuidar na comunidade que permite o estudo e a abordagem da família no seu próprio espaço de vida, permitindo ao visitador domiciliário ter uma perspectiva holística da família, dos seus recursos físicos e emocionais. Desta forma, o visitador consegue adequar as necessidades expressas e as percebidas pela família na capacitação da mesma.

A visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido é defendida, pela OMS, pelo PNS e pelo Programa de Saúde Infantil como uma medida para contribuir para a saúde da família, sendo ainda importante na promoção do aleitamento materno.

Partindo da premissa que o leite materno é o alimento mais adequado, equilibrado e adaptado ao início de vida do bebé, possuindo características únicas que acompanham o crescimento do bebé acreditamos que o estudo da prevalência do aleitamento materno poderá fornecer-nos informação pertinente que possa ser utilizada na implementação/adequação de estratégias eficazes à sua promoção.

No decorrer da nossa prática clínica, a visitação domiciliária ao recém-nascido e à puérpera é uma realidade, durante a qual se promove a amamentação, surgindo por isso a necessidade de avaliar a nossa experiência, tendo partido da seguinte questão: será que a visitação domiciliária influencia a prevalência da amamentação exclusiva até aos 6 meses?

No nosso estudo, a amostra foi constituída por 108 mulheres das quais 51 (47,2%) foram alvo de visitação domiciliária e 57 (52,8%) não foram visitadas. A média de idades das mulheres visitadas e não visitadas é semelhante (32,67/32,42 anos), a média de idade dos companheiros é ligeiramente superior (34,6 anos).

Na nossa amostra, a prevalência do aleitamento materno exclusivo aos três meses foi de 80%, sendo mais elevada no grupo não visitado (55%). Aos seis meses a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 27% e mais elevada no grupo alvo de visitação domiciliária (51,9%).

Verificamos que na nossa amostra a prevalência da amamentação exclusiva aos três meses foi superior aos restantes estudos consultados (à excepção do de Pereira, 2006 no grupo de “pega corrigida” – 85,7%), aos seis meses o nosso valor (27%) é superior comparativamente com os estudos consultados.

Assim, em resposta à nossa questão de investigação, podemos dizer que no nosso estudo a **visita domiciliária** não é estatisticamente significativa na **prevalência do aleitamento materno** (teste de Mann-Whitney $p=0,851$).

Relativamente ao tipo de leite que o filho faz presentemente, 18,5% das mulheres inquiridas referiram que o filho faz aleitamento materno, sendo esta percentagem mais elevada (21,6%) nas mulheres alvo de visita domiciliária. O tempo mínimo de amamentação exclusiva encontrado foi de uma semana, a percentagem de mães que amamentaram menos de um mês no grupo alvo de visita domiciliária foi de 2,5%, menor do que no grupo das não visitadas (6,1%). 20% das mulheres visitadas interromperam o aleitamento materno entre os 12 e os 18 meses, sendo esta percentagem mais elevada do que nas que não tiveram visita domiciliária (18,4%). Verifica-se que 18,5% das mulheres mantêm a amamentação, sendo a maioria pertencente ao grupo das visitadas (21,6%), e 15,8% ao grupo das não visitadas.

Quanto às **variáveis sócio demográficas** avaliadas (idade da mãe, estado civil, escolaridade e profissão), no nosso estudo não se encontraram diferenças significativas em relação à prevalência da amamentação. No entanto notámos uma tendência para uma correlação negativa entre a idade da mãe e a prevalência da amamentação, e uma correlação positiva entre a escolaridade e a prevalência da amamentação em ambos os grupos (visitadas e não visitadas).

As **variáveis obstétricas** estudadas (número de filhos anteriores, gravidez planeada/desejada, tipo de parto, preparação para o parto, idade gestacional), não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à variável obstétrica “decisão de amamentar”, no nosso estudo verificou-se que a maioria das mulheres referiu que “foi própria” (83,3%), havendo no entanto 16,7% que referiram influência do “conselho médico/enfermeiro”, sendo esta percentagem mais elevada no grupo de mulheres visitadas (23,5%). O teste de Mann-Whitney identificou existência de diferença significativa ($p=0,038$) entre os grupos pelo que podemos concluir que o “conselho médico/enfermeiro” tem poder explicativo na prevalência da amamentação exclusiva.

O principal motivo apontado para a interrupção da amamentação foi a “falta de leite” (60,7%), sendo menor no grupo de mulheres visitadas (56,8%) em relação às não visitadas (63,8%). 16,2% das mulheres visitadas referiram ainda “motivos

laborais” como razão para esse abandono, apenas 28,3% do total das mulheres evocou este motivo.

A maioria das mulheres (49,1%) considerou o período entre os “6 e os 9 meses” o ideal para fazer amamentação exclusiva, sendo 54,9% das mães visitadas e 43,9% das não visitadas, seguindo-se 20,4% do total das mulheres dos dois grupos.

A maioria das mães (41,7%) considerou “quando deixar de ter leite” o motivo ideal para o abandono definitivo do aleitamento materno (45,1% das mulheres visitadas e 38,6% das não visitadas). Seguindo-se 29,6% que responderam o período entre os “12 e os 18 meses”, sendo este valor semelhante nos dois grupos.

A maior parte das visitas domiciliárias (39,2%) foram realizadas entre os 8 e os 14 dias de vida do bebé, seguida de 25,5% que foram realizadas na primeira semana de vida. De salientar que apenas 13,7% das visitas domiciliárias se realizaram depois dos 22 dias de vida. A maioria (43,1%) das mulheres indicou a primeira semana de vida como a ideal para a realização da visita domiciliária, seguindo-se 25,5% que consideraram a segunda semana como a ideal.

A maioria (52,9%) das mulheres encontrava-se só com a criança, durante a visita domiciliária, seguidas de 23,5% em que o conjugue/companheiro também se encontrava presente e 11,8% que tinham a companhia da mãe.

A maioria das mulheres inquiridas considerou “muito útil/útil” todos os ensinamentos efectuados pelo enfermeiro durante a visita domiciliária, sendo apenas considerado “pouco útil” por 2% das mulheres os parâmetros referentes a “posicionamento da mama”, “pega do bebé” e “horário de amamentação”. 50% das mulheres da amostra consideraram “muito útil” os ensinamentos sobre “posicionamento do berço”, “prevenção de acidentes”, “cuidados de higiene ao bebé”, “posicionamento na mama”, e “comunicação com o bebé”.

De forma geral podemos concluir que, embora a visita domiciliária não se tenha revelado estatisticamente significativa na prevalência da amamentação exclusiva, esta foi mais elevada aos seis meses no grupo de mulheres visitado. A percentagem de mulheres que amamentaram menos de um mês foi superior no grupo não visitado (6,1%). Verificámos ainda que as mulheres visitadas mantiveram o aleitamento materno durante mais tempo (20%) e 11 ainda amamentam.

Efectivamente a visita domiciliária foi considerada uma estratégia de ensino “muito útil” por metade da amostra estudada, o que nos leva a acreditar que este tipo de intervenção traz benefícios relevantes para a capacitação das famílias. Neste sentido, consideramos um bom investimento para a melhoria dos cuidados de saúde e, como tal, uma prática que deverá continuar a ser implementada já que, embora com pequenas diferenças foi notório o efeito do conselho médico/enfermagem na decisão de amamentar, a maior prevalência de amamentação exclusiva aos seis meses e a maior duração do aleitamento materno até aos dezoito meses no grupo alvo da visita domiciliária.

CONTRIBUTOS, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A realização deste estudo permitiu-nos aprofundar conhecimentos, desenvolver a nossa capacidade de análise e contribuiu com dados que fundamentam a prática clínica.

Embora tenhamos verificado que o estudo realizado não comprova que a visita domiciliária influencie a prevalência da amamentação e, por isso, os resultados sejam contrários aos esperados, é nossa convicção, pela pesquisa efectuada, que a amamentação é influenciada por múltiplos factores e condicionantes, que concorrem em simultâneo. Por outro lado, a experiência da prática clínica sugere-nos que a visita domiciliária contribui para a adopção de comportamentos salutogénicos e para o estabelecimento de uma relação mais próxima entre o profissional de saúde e a família. Embora não fosse objectivo do nosso estudo, enquanto profissionais de saúde não podemos deixar de ter um olhar mais abrangente sobre a prática da visita domiciliária e cremos que, futuramente nos seja possível obter dados que comprovem estes factos.

Considerámos limitações deste estudo o pequeno número da amostra que, não sendo representativa da população, não possibilita a extrapolação de resultados e a dificuldade em controlar algumas variáveis que poderão ter induzido alguns vieses.

Outra das limitações encontradas foi a dificuldade de resposta aos questionários no prazo previamente estipulado, levando-nos a alargar o período de aplicação. Outro facto que também pode ter tido um efeito limitativo nos resultados encontrados no nosso estudo refere-se ao programa de visita domiciliária conter apenas um contacto com a família, o que nos parece muito redutor, nalguns casos, para o estabelecimento da relação de confiança entre o profissional de saúde e a família.

Após reflexão sobre os resultados do estudo, sugerimos:

- Aumentar a precocidade da primeira visita domiciliária;
- Melhorar a articulação entre os cuidados secundários e primários de modo a permitir a alta precoce;
- Desenvolver e aprofundar a formação dos profissionais de saúde e pais sobre amamentação;
- Promover o aleitamento materno na comunidade através de outros programas já em desenvolvimento (por exemplo na saúde escolar);

- Implementar um programa estruturado de visitação domiciliária que envolva mais contactos dos profissionais com a família, principalmente quando em presença de risco ambiental;
- Realizar mais estudos de prevalência do aleitamento materno noutras coortes e noutras populações;
- Realizar estudos qualitativos que complementem a informação obtida neste estudo e salientem as necessidades formativas e de apoio das famílias.

ANEXOS

Declaração

Maria Adriana Pereira, Doutora em Ciências Biomédicas, declara que autoriza a Senhora Enf.^a Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, aluna do Mestrado de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Coimbra, a aplicar o instrumento de sua autoria, designado "Avaliação da Situação do Aleitamento Materno", utilizado no estudo "*Aleitamento Materno: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação – Intervenções para o seu sucesso*", no seu estudo "Visita Domiciliária contributos da enfermagem na manutenção da amamentação", que se encontra a desenvolver, no âmbito do referido mestrado.

Votos dos maiores sucessos para o estudo

Saudações académicas,



Maria Adriana Pereira

Rotterdam, 24 de Setembro de 2010

ANEXO II

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no ACES Baixo Mondego II, Centro de Saúde da Figueira da Foz, solicita a sua colaboração no preenchimento do questionário seguinte, que terá como finalidade a elaboração de Tese de Mestrado em Saúde Pública “ Visita domiciliária contributos da Educação em Enfermagem na manutenção da Amamentação”.

A presente investigação tem como objectivo avaliar a influência da visita domiciliária de enfermagem na manutenção da amamentação.

Pretende-se assim, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e puérpera.

Este questionário tem um total de 31 perguntas, de resposta fácil e rápida.

Ao inquirido é pedido que assinale com um **xis (x)** a resposta que julgar mais correcta ou apropriada em relação a cada uma das perguntas fechadas.

Tanto quanto possível deve evitar responder *Não sei*.

Todos os dados fornecidos, serão *absolutamente confidenciais*. O seu tratamento *nunca será individualizado*. Por outro lado, quanto maior for a taxa de resposta ao questionário tanto maior e mais representativo será o seu contributo no tratamento de dados. Pede-se, por isso, que da parte dos respondentes haja a maior sinceridade possível nas respostas.

Ao aceder preencher este questionário *confidencial e anónimo* estará a dar o seu consentimento informado.

Grata pela sua preciosa colaboração

Fátima Filipe

Avaliação da situação do Aleitamento Materno

- 1 – Idade da mãe anos
- 2 – Idade do pai anos
- 3 – Estado Civil : Solteiro Casado/união de facto Outro
- 4 – Nacionalidade da mãe - portuguesa: sim não
- 5 – Nacionalidade do pai - portuguesa: sim não
- 6 – Escolaridade da mãe _____ anos
- 7 – Escolaridade do pai _____ anos
- 8 – Profissão da mãe _____
- 9 – Profissão do pai _____
- 10 – Número de filhos anteriores _____

II – História da Gravidez

- 1 – Gravidez planeada/desejada? Sim Não
- 2 – Vigilância da gravidez sim Não
- 3 – Preparação para o parto: sim Não
- 3.1 – Se sim, o aleitamento materno foi um dos temas abordados sim Não
- 4 – A gravidez decorreu sem problemas Com Problemas
- 4.1 – Quais? _____
- 5 – Idade Gestacional semanas e dias
- 6 – Data do parto ___/___/___
- 7 – Gravidez simples Gemelar Trigemelar
- 8 – Tipo de parto: Eutócico Cesariana Fórceps Ventosa

III – Aleitamento materno

- 1 – Que tipo de leite toma o seu filho agora? _____
- 2 – A decisão de amamentar foi tomada: por iniciativa própria a conselho do enfermeiro
a conselho do médico de outros
- 2.1 – De quem? _____
- 3 – Se amamentou, até quando deu só mama? _____ meses e dias

4 – Quando interrompeu definitivamente? _____ meses e dias

5 – Porque deixou de amamentar? _____

6 – Se teve filhos anteriores amamentou-os ? Sim Não

IV – Opinião da mãe acerca do aleitamento materno

1 – Qual o período ideal para fazer aleitamento materno exclusivamente?

- a) Até aos meses
- b) Enquanto o meu filho engordar adequadamente
- c) Não sabe

2 – Quando deve ser interrompido definitivamente o aleitamento materno?

- a) Aos meses
- b) Quando deixar de ter leite
- c) Não sabe

3 – Quem beneficia quando se faz Aleitamento Materno?

- a) Só a mãe
- b) só a criança
- c) a mãe e a criança
- d) toda a família/toda a sociedade

V- Opinião da mãe sobre a visitação domiciliária

1 - Que idade tinha o beb  quando foi visitado? _____ dias

2- Que membros da família estavam presentes no momento da visitação domiciliária?

3 - Considera que a visitação domiciliária deve ser efectuada:

- a) 1^a semana de vida
- b) 2^a semana de vida
- c) 3^a semana de vida
- d) Antes dos 28 dias
- e) Nunca
- f) Não sabe /não responde

4 - Se o seu bebé foi alvo de visitação domiciliária assinale o item que melhor corresponde á sua opinião:

	Muito �til	�til	Sem opini�o	Pouco �til	Nada �til
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre posicionamento na mama foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre pega do beb� na mama foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre Hor�rio de amamenta�o foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre cuidados de higiene do beb� foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre Comunica�o com o beb� foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre preven�o de acidentes foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre posicionamento no ber�o foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre alimenta�o da m�e foi:					
Durante a visita o ensino do enfermeiro sobre papel/apoio do pai foi:					

Grata pela colabora o

Autorizo
~~Rui Couto~~
Director Executivo
ACES BM2
06.09.2010

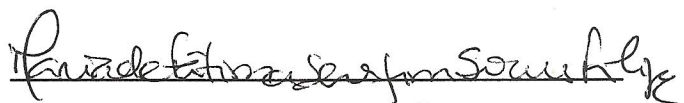
Exmo Sr Director Executivo do ACES Baixo Mondego II

Assunto : Pedido de autorização para realização de estudo

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a desempenhar funções neste ACES, a frequentar o Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Ex se digne autorizar a aplicação do questionário em anexo aos utentes inscritos nas USF S. Julião e Buarcos para realização da tese subordinada ao tema : "Visita domiciliária Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação" .

Segue respectivo pedido aos coordenadores das respectivas unidades

Figueira da Foz, 24 de Setembro de 2010



ANEXO IV

N.º 100.
~~Rui Couto~~
Director Executive
ACB/EM2
ACB/OUT. 610

Exm^a Sr^a Coordenadora da USF Buarcos

Assunto : Pedido de autorização para realização de estudo

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a desempenhar funções no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego II, a frequentar o Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Ex se digne autorizar a aplicação do questionário em anexo aos utentes inscritos na USF Buarcos para realização da tese subordinada ao tema : "Visita domiciliária Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação" .

Figueira da Foz, 24 de Setembro de 2010

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe

Autuiza
ELISABETE NETO
Coordenadora
USF BUARCOS
29/9/2010

W. Couto,
Rui Couto
Director Executivo
ACES BM2

Exmo Sr Coordenador da USF S. Julião

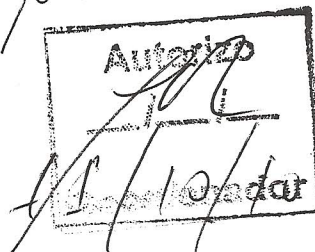
Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe, enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a desempenhar funções no ACES Baixo Mondego II, a frequentar o Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Coimbra, vem por este meio solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a aplicação do questionário em anexo aos utentes inscritos na USF S. Julião para realização da tese subordinada ao tema: "Visita Domiciliária Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação".

Figueira da Foz, 24 de Setembro de 2010

Maria de Fátima Serafim Soares Filipe

António



BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA – O papel dos programas de visitas domiciliárias na melhoria da saúde de crianças e suas famílias. **Pediatrics**. Edição Portuguesa. ISSN 0872-332X. Vol 6, nº 3.(1998).

AGUAS, Bárbara Matos – Proteínas, Hidratos de Carbono e Gorduras – digestão, absorção, metabolismo e funções. in **Nutrição Pediátrica**. Princípios básicos. Lisboa (200?). Dep legal 231902/05

ARAÚJO, Olívia Dias et al – Aleitamento Materno: factores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília. Vol. 61, nº 4 (Julho-Agosto 2008), p. 488- 492

BAGGENS, Christina A. L. – The institution enters the family home: home visits in sweden to new parents by the child health care nurse. **Journal of community health nursing**.(sl) Vol. 21, nº 1 (2004), p. 15-27.

BASTO, Marta Lima – **Contributo da enfermagem para a promoção da saúde de população**. Lisboa: Gráfica Caldense, 2000

BILUKHA, Oleg *et al* – The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**. ISSN 0749-3797. Vol. 28, nº 2S1 (2005), p.11-39

BOYD, Cynthia Barnes; NORR, Kathleen Fordham; NACION, Karla W. – Promoting Infant Health Through Home Visiting by a Nurse-Managed Community Worker Team. **Public Health Nursing**. Vol 18, nº 4 (Julho- Agosto , 2001), p. 225-235.

CANALES, Francisca H.; ALVARADO, Eva Luz de; PINEDA, Elia Beatriz - **Metodologia de investigação: manual para técnicos de saúde**. Lisboa:1990. ISBN 968-18-2273-0.

CARABIN, Hélène *et al* – Does participation in a nurse visitation programme reduce the frequency of adverse perinatal outcomes in first-time mothers? **Paediatric and perinatal epidemiology**. Vol. 19, (2005). p.194-205

CARDOSO, Lúcia. **Aleitamento materno Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica**. Tese de dissertação de Mestrado. Universidade do Minho.2006

CARVALHO, Amâncio António de Sousa - **Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior**. Tese doutoramento área de conhecimento em saúde infantil. Universidade do Minho. 2007

CDC. **Division of Nutrition and Physical Activity**: research to practice series. Nº 4: does breastfeeding reduce the risk of pediatric overweight?, Julho 2007. [em linha] <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS> [consultado em 23 de Maio de 2010]

CDC. **National Immunization Survey**. Breastfeeding among U.S. Children born 1999-2007 . [em linha] <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS> [consultado a 23 de Maio de 2011].

CHRISTIE J, BUNTING B.- The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. 2010. **Elsevier Ltd** [em linha] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129744> [Consultado em 19 de Abril 2011]

Comissão Internacional para a Prática de Enfermagem **CIPE/ICNP**: versão I:ICN. Genebra, 2005 ISBN 92-95040-36-8

COSTA, Alda Janete Lourdes Lopes da – **A Educação sexual numa perspectiva de educação para a saúde**. Tese de dissertação de mestrado. Universidade do Minho. 2006

CRUZ, Marlene Miriam; BOURGET, Monique Marie Marthe – A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**. São Paulo vol 19, nº 3 (2010) p.605-613

DARMSTADT, Gary L. *et al* – Evaluation of a cluster-randomized controlled trial of a package of community-based maternal and newborn interventions in Mirzapur, Bangladesh. **PLoS ONE**. Vol. 5, nº 3 (March 2010). p.1-13

DECRETO-LEI n.º 104/98. D.R. I Série A. 93 (21-04-98)1739-1757

DECRETO-LEI n.º 70/00. D.R. I Série. 103 (04-05-00) 1825-1831.

DELGADO, Susana Elena; HALPERN, Ricardo.- Amamentação de prematuros com menos de 1500g: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**. São Paulo, vol. 17, nº 2. (Maio- Agosto, 2005). P. 141-152.

Di Napoli, A *et al* - Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women. **Acta paediatr.** vol 93, (2004). Ed.Taylor & Francis. ISSN 0803-5253 p. 1108-1114

DIAS, Joaquim Colôa – Apoio a famílias de crianças com necessidades educativas especiais: um contexto de intervenção precoce. **Integrar**. ISSN 0872-4865. Nº 16. (Maio/Agosto, 1998). p. 12-17.

DUTTA, Ashok K. – Home-based newborn care: how effective and feasible?. **Indian Pediatrics**. Vol. 46.(October, 2009) p. 835-840

ESCUDEIR, Maria Mercedes Loureiro; VENANCIO, Sónia Isoyama; PEREIRA, Júlio César Rodrigues – Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol .37 nº 3 (2003) p.319-325

FERREIRA, Haroldo da Silva *et al* – Aleitamento materno por trinta ou mais dias é factor de protecção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. **Revista Associação Médica Brasileira**. Alagoas, vol. 56 nº 1 (2010). p. 74-80

FORSTER, Della A.; McLACHLAN, Helen L. – Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby?. **Midwifery**. Elsevier, nº 26 (2010). P. 116-125

FORTIN, Marie-Fabienne- **O Processo de Investigação. Da concepção à realização**. 2ª ed. Lusociência: Loures, 2000. ISBN 972-8383-10-X

GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. Loures: Lusociência. 2003 ISBN 972-8930-11-9

GOGIA, Siddhartha; SACHDEV, Harshpal Singh – Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. **Bull World Health Organ**. Vol. 88 (10 May 2010) p. 658–666B

GOMBY, Deanna S. – Promise and limitations of home visitation. **American Medical Association** vol. 284, nº 11 (20 September 2000), [em linha] jama.ama-assn.org at Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra [consultado em 17 de Maio de 2011]

GRIETENS, Hans; GEERAERT, Liesl; HELLENCKX, Walter – A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. **Child Abuse & Neglect**. Elsevier Ltd Vol 28 (2004) p. 321-337.

GUIMARÃES, Gisele Perin; MONTICELLI, Marisa. – A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto contexto enfermagem**. Florianópolis, vol.16 nº 4 (Out/ Dez 2007) p. 626-635

HEIKKILÄ K; et al - Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. **Arch dis child** Epub Vol. 96 nº 7 (May-Jul, 2011) p. 635-642. [em linha] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21555784> [consultado em Julho de 2011]

IFBAN.(2004) Actualidades em amamentação **Edição especial para o I encontro Nacional sobre segurança alimentar na primeira infância**.Nº 38 DC: Autor, [em linha] http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm [consultado a 23 de Maio de 2011].

KEMP, Lynn, et al - Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description. **BMC Public Health**, vol. 8 nº 424 (2008) [em linha] <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/424> [consultado em 23 de Maio de 2010]

KIMURA, Fumiko Amélia et al – A saúde neonatal na perspectiva de atenção contínua à saúde da mulher e da criança. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. Vol 43 (2009) p. 1364-1368 [em linha] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600038&lng=pt&nrm=iso [consultado em Abril 2010]

KOTLIARENCO M.A.,et al - The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes. **Revista de saúde pública**. Bogotá. Vol. 12 nº 2 (Abril 2010) p.184-196 [em linha] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21031229> [Consultado em 19 de Abril 2011]

LACERDA, Maria Ribeiro – Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciência e saúde colectiva**. Curitiba vol. 15 nº 5 (2010) p. 2621-2626

LESSARD-HÉRBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérardl – **Investigação. Qualitativa Fundamentos e Práticas** – Instituto Piaget : Lisboa, 2008. ISBN 978-972-771-986-0

LEVY, Leonor; BERTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno**. Comité português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa. 2002

LOPES, Sandrine; FERNANDES, Gabriel Pedro – **O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem**. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-0844. Novembro, 2005. Nº63. P 36 -42.

LOUREIRO, Maria Isabel; *et al* - Mental health promotion during pregnancy and early childhood: an action-research project in primary health care. Saúde mental **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Número especial 25 anos 2009 p. 79- 89.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira *et al* – Visita domiciliária sob o olhar dos usuários do programa de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis Vol. 17, nº 1 (Jan-Mar, 2008) p. 131-140

MARINHO, Carla; LEAL, Isabel Pereira – os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa. Vol. 5 nº 1 (2004) p. 93-105

MARQUES, Emanuele Souza; *et al* – Rede Social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Colectiva**. Rio de Janeiro nº 20, (2010) p 261-281

McDONALD, Susan J. *et al* – Effect of na extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: a randomized controlled trial. **Midwifery**. Elsevier. Vol. 26 p. 88-100

MEDEIROS, Ana Paula Magalhães; FERREIRA, José Tarcísio Lima; FELÍCIO, Cláudia Maria – Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**. São Paulo Vol 21, nº 4 (Outubro- Dezembro, 2009). p 315-319

MENDES, Goreti – a dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis vol 18 nº 1 (Jan. Março, 2009) p. 165-169.

MOLINA, Maria Carmen Tembory – Composición de la leche humana in **Lactancia Materna: guía para profesionales**. Argon, 2004. Madrid. ISBN 84-8473-277-0

ODDY, Wendy H; *et al* - Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. **Pediatrics**. Vol 127, nº 1 (Jan, 2011) p. 137-45. [em linha] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21172993> [consultado a 16 de Julho de 2011]

OLDS, David L. – Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. **Prevention Science**. Colorado vol 3 nº 3 (Setembro, 2002)p. 153-172

OLIVEIRA, Andréa Silva *et al* - Efeito da duração da amamentação exclusiva e mista sobre os níveis de hemoglobina nos primeiros seis meses de vida: um estudo de seguimento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol. 26 nº2 (Fev., 2010) ISSN 0102-311X [em linha] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000200020&lng=pt&nrm=iso [consultado a 20 de Abril de 2010]

OLIVEIRA, C.C - **Auto – Organização, Educação e Saúde**. Coimbra: Ariadne editora. 2004.

OMS & UNICEF. **Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Manual do participante**. São Paulo: Instituto da Saúde: Ed. Nelson Francisco Brandão, 1997

OMS. Saúde 21: saúde para todos no século XXI: uma introdução. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-35-5

OMS. **Evidence for the ten steps to successful breastfeeding**. Genebra: OMS/ Division of child health and development; 1998.

OMS. Read more about breastfeeding. [em linha] <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html> [consultado em 11 de Junho 2010]

OSIS, Maria José Duarte *et al* – Aleitamento materno exclusivo entre trabalhadoras com creche no local de trabalho. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo vol. 38 nº 2. (2004) p. 172-179.

PEREIRA, Maria Adriana – **Aleitamento Materno Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação**. Loures: Lusociência.2006 ISBN 972-8930-21-6

PETRIE, Aviva; SABIN, Caroline – **Medical statistics at a glance**. Massachusetts: Blakwell Publishing. 2005 2ª ed ISBN 13-978-1-4051-2780-6

PINTO, Tiago Vieira – Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. **Arquivos de medicina**, vol. 22 nº 2/3 p. 57-68, 2008 ISSN 0871-3413

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. 3ª ed. ISBN 85-7307-101-X

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. – 2v. – Vol I – Prioridades,88 p. e Vol. II – Orientações estratégicas, 216 p ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Saúde Infantil e Juvenil Programa-Tipo de Actuação** (orientações técnicas 12). – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2005.2ª ed ISBN 972-675-084-9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. **Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários**. Lisboa: MCSP, 2006. ISSN-972-99288-9-4

PREIDT, Robert – Study finds men need more support, after child birth. [em linha] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_109503.html [consultado a 13 de Março de 2011]

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – A visita domiciliária como forma de intervenção em saúde materno-infantil. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Julho, 1998. Nº 19. P.13-15

RELVAS, Ana Paula – **O ciclo vital da família: perspectiva sistémica**. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2006. ISBN 972- 36-0413-2

RIBEIRO, Ilda; NUNES, Carla; VALIDO, Susana – Visitaçao domiciliária á puérpera e ao recém nascido: concepções e percepções. **Enfermagem**. ISSN 0871-0775. 2ª série, nº 41 Janeiro/Março, 2006. P.35-46

RIBEIRO, José Luís Pais – **Metodologia de Investigação**. Porto:Legis Editora/Livpsic. 2008. ISBN 978-989-8148-16-2

RICE, Robyn – **Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários**. Lusociência, Loures, 2004 ISBN 972-8383-46-0

SAÚDE 21 –**Saúde para todos no século XXI**. Loures: Lusociência, 2002.ISBN 972-8383-35-5

SCHNEIDROVÁ, Dagmar *et al* – Impact of Breast-feeding promotions on infant feeding in the Czech Republic. **Journal of nutrition education and behavior**. Vol 35 nº 5 (September- October 2003).p. 228-235

SENA, Maria Cristina Ferreira; SILVA, Eduardo Freitas; PEREIRA, Maurício Gomes – Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Brasília. Vol. 53 nº 6 (2007) p. 520-524

SILVA, Denise Rizzo Nique; SHENEIDER, Aline Petter; STEIN, Renato Tetelbom – O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. **Scientia Medica**. Porto Alegre. vol. 19, nº 1, (jan-mar 2009) p. 35-42,

SILVA, Roberta Claro da *et al* – Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físico-químicas da sua gordura. **Química Nova**. São Paulo. Vol ,30 nº 7(2007) P.1535-1538

SILVESTRE, Patricia Kelly ; *et al* – breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol 17 nº 6 (Novembro-Dezembro, 2009)p. 953-960 [em linha] Scielo Brasil www.scielo.br/rlae [consultado em Abril 2010]

STREUBERT, Helen J. ; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista**. Lusociência (SD)

SUSIN, Lulie R. O.; GIUGLIANI, Elsa R. J.; KUMMEr, Suzane C. – Influência das avós na prática do aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**. Rio Grande. vol. 39 nº 2 (2005) p. 141-147.

SWEET, Linda; DARBYSHIRE, Philip – Fathers and breast feeding very-low-birthweight preterm babies. **Midwifery Science direct** vol 25 (2009) p. 540-553.

TINOCO, Sandra Manzata Barboza *et al* – Importancia dos ácidos graxos essenciais e os efeitos dos ácidos graxos trans do leite materno para o desenvolvimento fetal e neofetal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Vol. 23 nº 3 (mar, 2007) p.525-534,

VIEIRA, Ana Rita *et al* – Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. **Servir**. Vol 56 nº 3-4 (2008) ISSN 0871-2379 p. 146-154

WHO European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. Genebra: WHO , 2008 [em linha] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/74402/E91153.pdf
Who European action plan for food and nutrition policy 2007-2012 [consultado em 30 de Junho de 2011]

WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices : part 1 definitions. Genebra: OMS/division of Child Health and Development, 2008. ISBN 978 92 4 159666 4

ZADOROZNYJ, Maria – Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. **Health and Social Care in Community** Blackwell Publishing Ltd. vol.15 nº1 (2006) ISSN 1365-2524.2006.00664.x p.35-44