

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO:
CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Prof. Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Coorientação:

Prof. (a) Mestre Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Laura Maria Almeida da Silva Cruz

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Aos Professores Doutor Luís Carvalho e Mestre Sandra Cruz pela disponibilidade e ensinamentos preciosos, sem as suas ajudas este trabalho não teria sido possível.

Às Professoras Mestre Alexandrina Cardoso e Teresa Nazaré pela colaboração, apoio e incentivo.

À minha família pelo estímulo e apoio incondicional.

Aos enfermeiros do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave - E.P.E., pela disponibilidade e simpatia com que me receberam.

Às mães, que proporcionaram a realização deste trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP - Desvio Padrão

% - Frequência relativa

INE - Instituto Nacional de Estatística

I_ACP - Instrumento de Avaliação das Competências Parentais

KFHQS - King's Fund Health Quality Service

NHS - National Health Service

NMC - Nursing Midwifery Council

n - Frequência absoluta

n.º - Número

NPEC - National Postsecondary Education Cooperative

OMS (WHO) - Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

p - Nível de significância

p. - página

P05 - Percentil 5

P90 - Percentil 90

P95 - Percentil 95

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO: ENQUADRAMENTO CONCETUAL	19
1. Supervisão Clínica em Enfermagem	21
1.1. <i>Conceitos de Supervisão</i>	21
1.2. <i>Modelos Supervisivos</i>	25
1.3. <i>A Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem</i>	30
2. A SC e o Desenvolvimento de Competências Parentais na Amamentação	34
2.1. <i>A Transição para a Parentalidade</i>	34
2.2. <i>Competências Parentais na Amamentação</i>	39
2.3. <i>Contributos para o Desenvolvimento das Competências Parentais na Amamentação</i>	44
2.4. <i>Papel da Supervisão no Desenvolvimento de Competências Parentais</i>	49
CAPÍTULO II - A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO	57
3. Metodologia	59
3.1. <i>Tipo de Estudo</i>	59
3.2. <i>Questões de Investigação</i>	60
3.3. <i>Hipóteses e Variáveis</i>	62
3.4. <i>Contexto e Participantes</i>	67
3.5. <i>Procedimentos para a Colheita de Dados</i>	69
3.6. <i>Procedimentos para a Análise de Dados</i>	72
3.7. <i>Aspetos Éticos</i>	73

CAPÍTULO III - A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO:	
RESULTADOS	75
4. Apresentação e Análise dos Resultados	77
4.1. <i>Caracterização Geral da Amostra</i>	77
4.1.1. <i>Características Sociodemográficas</i>	77
4.1.2. <i>Características da História Obstétrica</i>	79
4.1.3. <i>Fontes de Informação</i>	81
4.1.4. <i>Suporte Social</i>	82
4.1.5. <i>Características do Parto</i>	82
4.1.6. <i>Experiência de Amamentar</i>	83
4.2. <i>Caracterização dos Cuidados de Enfermagem</i>	85
4.3. <i>Caracterização das Competências Parentais na Amamentação</i>	86
4.3.1. <i>Caracterização dos Conhecimentos sobre a Amamentação</i>	86
4.3.2. <i>Caracterização das Habilidades para Amamentação</i>	89
4.4. <i>Comprovação das Hipóteses</i>	92
5. Discussão dos Resultados	98
CONTRIBUTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SCE	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	131
ANEXO I - I_ACP adaptado	133
ANEXO II - Autorização para a utilização do I_ACP	137
ANEXO III - Critérios de diagnóstico, para avaliação dos conhecimentos e das habilidades na amamentação	141
ANEXO IV - Autorização para a realização do estudo	149

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1: Indicadores da Avaliação dos Conhecimentos na Amamentação	71
TABELA 2: Indicadores da Avaliação das Habilidades na Amamentação	71
TABELA 3: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Idade e Escolaridade	92
TABELA 4: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Coabitação com o Pai do Filho	93
TABELA 5: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Variáveis da História Obstétrica	94
TABELA 6: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Fontes de Informação	95
TABELA 7: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Variáveis do Parto e Nascimento	96
TABELA 8: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Experiência de Amamentar	97
TABELA 9: Relação Entre as Competências Parentais e as Complicações da Amamentação	97

LISTA DE QUADROS

	Página
QUADRO 1: Distribuição das Mães de Acordo com a Profissão	79

LISTA DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1: Gráfico da Frequência Relativa da Idade das Mães	78
FIGURA 2: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Escolaridade das Mães	78
FIGURA 3: Gráfico da Frequência Relativa do Número de Filhos	79
FIGURA 4: Gráfico da Frequência Relativa do Planeamento e Desejo da Gravidez	80
FIGURA 5: Gráfico da Frequência Relativa da Assiduidade de Sessões de Preparação	81
FIGURA 6: Gráfico da Frequência Relativa da Fonte de Informação Utilizada	81
FIGURA 7: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Ajuda para Cuidar do Filho	82
FIGURA 8: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Parto	82
FIGURA 9: Gráfico da Frequência Relativa da Perceção da Experiência do Parto e dos Primeiros Dias Pós-parto	83
FIGURA 10: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Aleitamento	84
FIGURA 11: Gráfico da Frequência Relativa da Ocorrência de Fissura e Ingurgitamento Mamário	84
FIGURA 12: Gráfico da Frequência Relativa da Parceria de Cuidados	85
FIGURA 13: Gráfico da Frequência Relativa dos Conhecimentos sobre a Amamentação	88
FIGURA 14: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Conhecimentos sobre a Amamentação	89
FIGURA 15: Gráfico da Frequência Relativa das Habilidades na Amamentação	90

FIGURA 16: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Habilidades na Amamentação 91

FIGURA 17: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Competências Parentais na Amamentação 91

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem tem vindo a afirmar-se como um processo promotor da aprendizagem profissional contínua dos enfermeiros, conferindo suporte para a implementação de práticas clínicas seguras e de qualidade, estimulando a autoavaliação permanente e o desenvolvimento de capacidades analítico-reflexivas.

A amamentação constitui um indicador da qualidade de saúde da criança, da mãe e conseqüentemente dos cuidados de saúde. O desenvolvimento de competências parentais na amamentação, para além de facilitar a adesão e a manutenção deste processo, reflete a excelência dos cuidados de enfermagem.

Este estudo pretende avaliar as competências parentais na amamentação, no sentido de propor contributos para um modelo de supervisão clínica, que potencialize a segurança e a qualidade dos cuidados.

Com esta investigação pretendeu-se atingir os seguintes objetivos: avaliar as competências parentais relativas à amamentação; identificar as necessidades dos pais, em conhecimentos e habilidades, referentes à amamentação e propor contributos para um modelo de supervisão clínica, que promova as competências parentais na amamentação.

Para a sua realização optou-se por uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo correlacional transversal. A amostra é constituída por 135 puérperas, que estiveram internadas no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave - E.P.E., no período de 7 de fevereiro a 7 de abril de 2012. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o formulário, que permitiu não só avaliar as competências parentais na amamentação, mas também determinar alguns fatores condicionantes do desenvolvimento dessas competências.

O tratamento estatístico de dados foi realizado no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0.

Pela análise dos dados foi possível identificar algumas variáveis determinantes do desenvolvimento das competências parentais na amamentação, tais como: o nível de escolaridade, o planejamento da gravidez, a preparação para a amamentação e o recurso a livros para obtenção de informação.

Os resultados evidenciam que 49% (n=66) das mães apresentam conhecimentos muito fracos e fracos e 18% (n=22) apresentam habilidades muito fracas ou fracas na amamentação. Concluindo-se que globalmente as mães apresentam défices nas competências parentais na amamentação, o que poderá constituir um fator potenciador do abandono precoce da mesma.

No que se refere aos cuidados de enfermagem verificou-se a existência de práticas que prejudicam o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação e contribuem para o abandono precoce, tais como: a iniciação tardia da amamentação, a introdução precoce do leite artificial, a falta de orientação e apoio na amamentação, por parte dos enfermeiros, no período pós-parto.

A supervisão clínica pode constituir um meio para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, permitindo, desta forma, a melhoria generalizada das práticas e taxas (exclusividade e duração) da amamentação e potenciando a habilitação, segurança, confiança e satisfação dos pais, no campo da amamentação.

Palavras-chave: supervisão clínica; qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem; competências parentais; amamentação.

ABSTRACT

Parenting Skills in Breastfeeding: Contributions to a Model of Clinical Supervision in Nursing

Clinical supervision in nursing has established itself as a process of promoting continuous professional learning for nurses, assuring them a support for implementing clinical practice with safety and quality, thus stimulating permanent self-assessment and the development of analytic and reflexive skills. Breastfeeding is an indicator of the quality of infant and maternal health and consequently of healthcare. The development of parental skills, besides facilitating adherence and maintenance of this process, reflects the excellence of nursing care.

This study aims to assess parental skills in breastfeeding, in the sense of proposing a contribution to a model of clinical supervision that enhances the safety and quality of care.

This investigation intended to obtain the following goals: to assess parental skills in the area of breastfeeding; to identify parents' needs, in knowledge and ability, about breastfeeding; and to propose contributions to a model of clinical supervision that promotes parental breastfeeding skills.

The approach chosen was quantitative (descriptive, transverse and co relational) based on a sample of 135 puerperal women, who were admitted to the obstetrics ward of the "Centro Hospital do Médio Ave - E.P.E." between the dates of February 7th and April 7th 2012. The method used for collecting data was the inquiry, which allowed not only to assess parental breastfeeding skills but also to determine some factors that constrain the development of those skills.

The statistical analysis was performed on the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), version 20.0.

Through the data analysis it was possible to identify some variables determinant of the development of parental breastfeeding skills, such as: the

schooling level, the pregnancy planning, the preparation for breastfeeding and the reading of books to obtain information.

The results demonstrate that 49% (n=66) of mothers show very weak or weak knowledge and 18% (n=22) show very weak or weak skills in breastfeeding. Such results allow us to conclude that globally, mothers present a deficit in parental breastfeeding skills, which may present itself as a factor to a precocious abandonment of this practice.

As far as nursing care is concerned we were able to verify the existence of practices that jeopardize the development of knowledge and skills in breastfeeding and contribute to its precocious abandonment, such as: the late initiation of breastfeeding, the precocious introduction of artificial baby milk, the lack of orientation and support in breastfeeding from nurses in the postpartum period.

Clinical supervision may constitute a means to the development of nurses' competences, thus allowing the generalized improvement of practices and levels (exclusivity and length) of breastfeeding and enhancing parents' ability, safety, confidence and satisfaction in breastfeeding.

Key-words: clinical supervision; quality and safety in nursing care; parental skills; breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A supervisão clínica apresenta-se como um processo que sustenta e desenvolve a excelência na prática, contribuindo para a potencialização da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A amamentação constitui um indicador da qualidade de saúde da criança, da mãe e conseqüentemente dos cuidados de saúde perinatais. Apesar de todas as evidências científicas realçarem a importância da amamentação e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de amamentação em Portugal, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (Pinto, 2008).

O enfermeiro tem uma elevada influência no processo da amamentação e por isso desempenha um papel fundamental na reversão desse quadro (Thulier e Mercer, 2009).

A SC pode constituir um meio para atingir este fim, proporcionando o suporte para o desenvolvimento de práticas promotoras do desenvolvimento das competências parentais na amamentação e conseqüentemente contribuir para o sucesso deste processo.

Para a elaboração deste trabalho de investigação, a questão de partida que delineámos foi: “Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação às competências parentais na amamentação?”

Este estudo teve por finalidade avaliar as competências parentais na amamentação, no sentido de propor contributos para um modelo de SCE, que potencialize a segurança e a qualidade dos cuidados.

Os objetivos delineados para o estudo são os seguintes:

- Avaliar as competências parentais relativas à amamentação;

- Identificar as necessidades dos pais, em conhecimentos e habilidades, referentes à amamentação;
- Propor contributos para um modelo de SCE, que promova as competências parentais na amamentação.

Em termos organizacionais, esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos. No primeiro capítulo procede-se à revisão da literatura acerca dos principais conceitos e realidades inerentes ao tema: conceitos e modelos de SCE, qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem, desenvolvimento de competências parentais, contributos para o desenvolvimento de competências parentais na amamentação e papel da supervisão no desenvolvimento dessas competências. Seguidamente descrevem-se as opções metodológicas utilizadas nesta investigação, incluindo o tipo de estudo, as questões orientadoras, as hipóteses, o contexto, os participantes, as estratégias de recolha, análise, tratamento de dados e as considerações éticas. No terceiro capítulo, serão caracterizados os participantes e proceder-se-á à apresentação, análise e discussão dos resultados.

CAPÍTULO I

A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Supervisão Clínica em Enfermagem

A SCE assume-se na atualidade como um processo indispensável para o desenvolvimento das competências profissionais dos enfermeiros e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Apesar das suas origens serem remotas, só na década de 90 é que começou a ser discutida, de forma mais significativa, pelos teóricos e profissionais de enfermagem, designadamente no Reino Unido, Norte da Europa, Estados Unidos da América e Canadá.

Em Portugal, só muito recentemente começou a emergir como assunto relevante, surgindo intimamente associada aos processos de formação prática dos enfermeiros e aos programas de melhoria da qualidade organizacional.

1.1. *Conceitos de Supervisão*

O conceito de supervisão é complexo e sujeito a uma multiplicidade de interpretações, que por sua vez refletem diferentes perspetivas apresentadas por cada autor.

A supervisão é uma daquelas palavras difíceis que tem um significado particular para algumas pessoas e associações bastante diferentes para outras (Proctor,1986). Na verdade, existem conceções de supervisão associadas a intenções de controlo, direção e inspeção, mais rígidas ou flexíveis, cujos objetivos e finalidades estão ligados a funções administrativas das estruturas organizacionais e, outras conceções onde esta é entendida como um processo de produção de conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Fonseca, 2006).

A interpretação ou entendimento dado ao conceito de SC é baseado em vários fatores, nomeadamente a origem/história, a relevância do conceito, a linguagem

utilizada e o significado subjacente à própria linguagem. Sendo por isso um fenómeno definido pelo contexto em que é utilizado (Shanley e Stevenson, 2006).

Apesar da diversidade de conceitos, a ideia fulcral que prevalece orienta para o desenvolvimento profissional, com vista a melhoria das práticas e consequente obtenção de ganhos em saúde.

Proctor (1986) refere-se à SC como um processo de cooperação que visa contribuir para o desenvolvimento do supervisionado e promover práticas mais responsáveis. Relacionando, assim, a supervisão com a segurança nos cuidados.

O *Department of Health* do Reino Unido (1993) citado por NHS Lanarkshire (2010) define-a como (...) *“um processo formal de apoio profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências, assumir a responsabilidade pela sua própria prática e aumentar a proteção dos consumidores e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas”* (p. 5). Este conceito reflete a ideia, de que a supervisão contribui para a formação de enfermeiros, capazes de adequar as suas intervenções às características específicas de cada situação e de atuar, da forma mais assertiva, em situações inesperadas.

Inskipp e Proctor (1998) citados por NHS Foundation Trust (2011) falam da SC como uma aliança de trabalho entre supervisor e supervisionado, na qual o supervisionado pode refletir sobre si mesmo, sobre a sua prática e simultaneamente receber *feedback* por parte do supervisor. A finalidade dessa aliança é maximizar a competência do supervisionado na prestação de cuidados. Esta definição realça a importância da supervisão no desenvolvimento da capacidade reflexiva, modo altamente interativo e ativo de aprendizagem.

Abreu (2003) caracteriza a supervisão como um *“(...) processo de formação, acompanhamento e promoção da qualidade dos cuidados”* que visa o *“desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento dos pares”* (p. 5-6). Considerando a supervisão como um processo facilitador da aprendizagem, essencial para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros.

Para Garrido (2004) a SCE

“(...) é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve, o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá, conseqüentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica” (p. 33-34).

Este conceito salienta a importância da supervisão no desenvolvimento de novos conhecimentos, na alteração das práticas e na definição de princípios orientadores de cuidados de excelência.

Na perspectiva de Cutcliffe e Lowe (2005) a SC é um processo através do qual uma enfermeira mais experiente monitoriza, educa e apoia outra menos experiente, na forma como ela executa as suas habilidades clínicas. Permitindo ainda apoiar os enfermeiros na auto monitorização, na identificação das dificuldades da prática e a encontrar formas de colmatar os défices. Esta definição destaca a importância do supervisor no processo de desenvolvimento das competências dos supervisados.

Fonseca (2006) considera que a supervisão é um

“ (...) processo dinâmico, interativo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, baseado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, onde cada um desempenha funções e estabelece estratégias que permitam atingir uma finalidade comum - o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado e, concomitantemente dos supervisores que aprendem e desenvolvem as suas competências pessoais e profissionais, integra e dá sentido ao processo de formação em ensino clínico de enfermagem” (p. 11).

Este conceito caracteriza a supervisão como um meio propiciador da aprendizagem, não só do supervisionado, mas também do supervisor.

De acordo com Shanley e Stevenson (2006) a SC é um processo educativo, centrado no desenvolvimento de competências, que visa o atingir de objetivos organizacionais. A supervisão apresenta-se, nesta conceção, como um meio para atingir determinados padrões de qualidade, cada vez mais requeridos pelas instituições de saúde.

O *National Health Service Management Executive* (2006) descreve a SC como um processo colaborativo, dinâmico, que inclui o ensino e a orientação, com vista a habilitar o supervisionado a refletir criticamente sobre a sua prática, a tornar-se mais auto consciente e a considerar abordagens para a prática baseada na evidência. Este conceito reforça a ideia da importância da supervisão no desenvolvimento da capacidade da autoanálise e da autocrítica.

Segundo o *Nursing e Midwifery Council* (2008), a SC é um processo focalizado no relacionamento profissional, durante o qual o supervisionado reflete sobre a prática, mediante a orientação de um supervisor qualificado. Este processo permite desenvolver habilidades e conhecimentos, identificar soluções para problemas, melhorar a compreensão da prática e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Esta definição destaca a importância, da

qualidade, da relação supervisiva no sucesso da supervisão e os benefícios da mesma.

O *National Health Service* (2009) acrescenta ainda que a SC deve ser vista como um meio de promover a autoavaliação e o desenvolvimento de habilidades analíticas e reflexivas. Considerando que a supervisão propicia o desenvolvimento das capacidades crítico-reflexivas dos enfermeiros.

Em 2010, o NHS refere-se à SC, como um processo que proporciona apoio aos profissionais, permitindo-lhes continuar a aprender, assumir a responsabilidade pela sua própria prática e melhorar a segurança dos cuidados. Considerando que a mesma tem três objetivos: permitir o desenvolvimento profissional contínuo, melhorar as práticas e proporcionar suporte ao supervisionado. Apresentando a supervisão como meio imprescindível para alcançar a perícia na prática, a qualidade nos cuidados e a satisfação profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) descreve a SC como “*um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica*” (p. 5). Este conceito define a supervisão como um meio que visa o desenvolvimento de competências profissionais e humanas, indispensáveis para uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade.

Independentemente da sua definição, a SC é hoje considerada um instrumento indispensável para o desenvolvimento do conhecimento e habilidades reflexivas, com vista à melhoria das práticas, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

Assim como existem diversos conceitos de SC, também podemos encontrar na literatura, uma multiplicidade de modelos supervisivos, que procuram dar suporte aos diferentes contextos supervisivos, finalidades da supervisão e à diversidade de necessidades clínicas encontradas em enfermagem.

1.2. Modelos Supervisivos

Os modelos permitem explicar a realidade da supervisão. Eles descrevem os sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de cada um e de todos os intervenientes no processo supervisivo (Fonseca, 2006).

Segundo Abreu (2007) “ *um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação*” (p. 190).

Apesar da diversidade, os vários modelos de supervisão abrangem aspetos comuns, como o apoio pessoal e profissional, o ensino, o desenvolvimento e o treino com vista a assegurar a qualidade das práticas (NHS, 2009). Todos os modelos apresentam ainda como elemento nuclear, a reflexão sobre a prática (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008).

Pires (2004) considera que “*nenhum modelo é melhor do que o outro, devendo ser o contexto organizacional e profissional a determinar a escolha do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em contexto*” (p. 58).

A escolha do modelo de SC deve ter em conta os objetivos do processo supervisivo e as preferências dos supervisores e supervisados (NHS, 2011). Os modelos podem e devem ser adaptados para se adequarem ao ambiente de trabalho (NMC, 2008).

Na literatura podemos encontrar diferentes categorizações dos modelos, de acordo com as diversas perspetivas teóricas do conceito de SC.

Pajak (2002) refere-se a quatro categorias de modelos supervisivos: os modelos originais de SC; os modelos artísticos-humanistas; os modelos técnico-didáticos e os modelos desenvolvimental-reflexivos.

Por sua vez, Hyrkäs (2002) refere-se à classificação dos modelos da seguinte forma: modelos que dão ênfase ao desenvolvimento, às funções da SC na prática, à relação de supervisão e à relação com os pacientes.

Alarcão e Tavares (2010) falam-nos em nove cenários de supervisão: imitação artesanal; aprendizagem pela descoberta guiada; behaviorista; clínico; psicopedagógico; pessoalista; reflexivo; ecológico e cenário dialógico. Estes cenários não são tão rígidos como a maioria dos modelos e por isso podem coexistir em simultâneo.

Por considerarmos que a categorização proposta por Hyrkäs (2002) vai de encontro à linha orientadora deste trabalho, abordamos de forma mais aprofundada os vários modelos, que se enquadram em cada uma das categorias.

São exemplo de modelos que dão ênfase ao desenvolvimento, o modelo de Faugier (1992) e o modelo de Friedman e Marr (1995) citados por Hyrkäs (2002).

O modelo de Faugier (1992) é um dos mais citados na literatura e tem como principal objetivo proporcionar o crescimento e o suporte ao supervisionado. Este modelo centra-se no crescimento educacional e pessoal do supervisionado e nele o papel do supervisor é essencialmente o de fornecer suporte para uma prática de excelência e facilitar a aquisição e o desenvolvimento de características como a generosidade, abertura de espírito, vontade de aprender, humanidade, sensibilidade, confiança, entre outras.

O modelo de Friedman e Marr (1995) também realça o desenvolvimento do supervisionado, mas focaliza-se mais nas competências relevantes para a prática clínica e no desenvolvimento profissional através dessa mesma prática.

Relativamente aos modelos que enfatizam as funções da SC na prática, temos o modelo de Proctor (1986) e o modelo de Paunonen (1999), citados por Hyrkäs (2002).

O modelo de Proctor (1986) será abordado por último, por constituir o modelo de referência para a realização deste trabalho.

O modelo de Paunonen (1999) centra-se na garantia da qualidade dos serviços de saúde e destaca os benefícios da integração da SC na formação em serviço, considerando-a um meio para promover e apoiar o processo contínuo de desenvolvimento profissional.

No que se refere aos modelos que enfatizam a relação supervisiva temos o modelo de Heron (1990) e o modelo de Severinsson (1995, 2001), citados por Hyrkäs (2002).

Heron (1990) propõe uma abordagem concetual centrada em compreender as relações interpessoais. Originalmente criado para ser usado no aconselhamento e formação de conselheiros, este modelo de seis categorias de estilos de

intervenção foi posteriormente adaptado para a enfermagem por vários autores como Farrigton (1995) e Cutcliffe e Epling (1997).

As seis categorias de estilo de intervenção que fornecem a base para o treino de habilidades interpessoais são: catártico, confrontador, catalítico, prescritivo, informativo e suporte. Estes por sua vez classificam-se em dois grandes estilos, o autoritário e o facilitador (Heron, 2001).

O estilo autoritário é um estilo mais hierárquico que está relacionado com a assertividade do supervisor acerca das ações do supervisionado. Engloba o prescritivo, que é aquele em que o supervisor aconselha diretamente o supervisionado e dirige explicitamente o seu comportamento; o confrontador, no qual o supervisor confronta o supervisionado com as suas atitudes e comportamentos, de modo a promover a reflexão e a autoconsciência deste; e o informativo, em que o supervisor transmite informação e conhecimentos ao supervisionado (Heron, 2001).

O estilo facilitador é menos diretivo, visa estimular a autonomia, responsabilidade e a autoaprendizagem do supervisionado. Engloba o catártico, em que o supervisor estimula o supervisionado a exprimir as suas emoções, de forma a reduzir a tensão acumulada; o catalítico, em que o supervisor incentiva o supervisionado a ser reflexivo, autodirigido e a autodescobrir-se, e o suporte, em que o supervisor confirma o valor, as qualidades e atitudes, do supervisionado.

Por sua vez, o modelo de Severinsson (2001), considerado um dos mais recentes em enfermagem, enfatiza a relação supervisiva, considerando que é através dela que o supervisionado desenvolve competências, habilidades, valores éticos e a sua identidade profissional (Severinsson, 2001).

Este modelo integra três conceitos principais: o significado, a confirmação, e o autoconhecimento. Estes conceitos devem ser estabelecidos no processo de supervisão, pelos supervisores, os quais são responsáveis pelo estabelecimento da relação com o supervisionado e pela condução de todo o processo supervisivo.

O elemento essencial do modelo é o diálogo, definido como a dialética do entender e explicar os diversos fenómenos da prática. É através do diálogo que se dá e se recebe percepções de confirmação e de ganho. A confirmação é um elemento valioso para a aprendizagem e crescimento profissional, pois proporciona suporte e motivação ao supervisionado (Severinsson e Sand, 2010).

Ainda de acordo com este modelo, o conhecimento e os valores relativos ao cuidar são transformados e aprendidos durante o processo de SC, sendo que o

conhecimento e a consciencialização dos conceitos e fenómenos representam o significado (Severinsson, 2001).

O conceito de autoconhecimento ou autoconsciência refere-se ao crescimento espiritual e emocional e ao desenvolvimento de um “conhecimento prático”, que ocorrem através da reflexão, no decurso do processo supervisivo (Severinsson, 2001).

Por último, temos os modelos que enfatizam a relação com os pacientes: o modelo de Ekstein e Wallerstein (1972) e o modelo de Hawkins e Shohet (1996), citados por Hyrkas (2002).

O modelo de Ekstein e Wallerstein (1972) define a SC como um processo de ensino e aprendizagem e enfatiza a relação tripartida entre supervisor, supervisionado e paciente. As relações refletem as diferentes funções e responsabilidades que cada participante tem. Para além da perspetiva educacional, este modelo estabelece uma clara ligação entre a SC e a qualidade das práticas (Hyrkäs, 2002).

O modelo de Hawkins e Shohet (1996) é um modelo flexível que realça o processo de relação, no qual identifica quatro componentes principais: supervisor, supervisionado, utente e contexto. Neste modelo o processo supervisivo tem duas dimensões interligadas: a dimensão terapêutica que inclui o supervisionado e o cliente, e a dimensão supervisiva que inclui o supervisionado e o supervisor. Ambas as dimensões implicam o exercício de competências de ordem relacional e didática, bem como a partilha de objetivos e estratégias de intervenção (NHS Lanarkshire, 2010). Este modelo considera ainda que podem ser utilizados diferentes estilos de SC, durante a mesma sessão supervisiva, os quais traduzem as escolhas e decisões do supervisor e refletem a importância atribuída por este à relação entre supervisor, supervisionado e cliente (Hyrkäs, 2002).

Existem ainda dois modelos de supervisão que não enquadrámos em nenhuma classificação específica, mas que citamos pela sua relevância, como é o caso do modelo de SC de Nicklin (1997) e do modelo CCARE de Baxter (2007), citados pelo NHS Lanarkshire (2010).

Nicklin (1997) baseou-se no modelo de Proctor, desenvolvendo um modelo de supervisão centrado na prática. Este modelo defende que a eficácia do profissional aumenta à medida que este consegue manter o equilíbrio entre as suas várias funções: gestão, apoio e ensino. O modelo deste autor apresenta um conjunto de seis etapas que corresponde a um ciclo de supervisão, sendo elas:

objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação. Neste modelo a relação assume-se como um fator chave no planeamento e desenvolvimento de estratégias supervisivas (Abreu, 2007; NHS Lanarkshire, 2010).

O modelo de SC CCARE de Baxter (2007) é um modelo que procura colmatar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem através de uma atitude de cuidar e da utilização de comportamentos como a comunicação, colaboração, aplicação, reflexão e avaliação. Os objetivos deste modelo são: facilitar a transição para a vida profissional; melhorar a prática pela integração de novos conceitos teóricos, promovendo a implementação da enfermagem baseada na evidência; colmatar o fosso entre a teoria e a prática e assegurar que os pacientes influenciam direta ou indiretamente os seus cuidados, através do fornecimento de *feedback* sobre a eficácia da intervenção de enfermagem. Este cuidado transcultural faz a ponte entre a teoria e a prática, liga grupos para realizar tarefas, diminui o stresse, promove o desenvolvimento, e potencia as qualidades e atributos dos intervenientes.

Para a realização deste trabalho utilizamos como modelo de referência o modelo interativo de supervisão de Proctor (1986), designado por “*supervision alliance model*”, um dos mais citados na literatura de enfermagem. (Faugier e Butterworth, 1994; Mills, Francis e Bonner, 2005).

Este modelo teve origem a partir da prática da formação e aconselhamento, está na base da implementação de uma variedade de práticas e é de fácil aplicação (Faugier e Butterworth, 1994; Cutcliffe, Butterworth e Proctor, 2005; Mills, Francis e Bonner, 2005).

O modelo de Proctor mostra claramente como a SC pode ser aplicada para implementar certos aspetos da estrutura de governação clínica, tais como: a melhoria da qualidade, o provimento de suporte, o desenvolvimento profissional contínuo e a prática baseada na evidência (Mcsherry, 2002).

Este modelo assenta no princípio de que existem três funções associadas à SC: a função formativa (educacional); a função restauradora (de suporte) e a função normativa (diretiva, administrativa) (Proctor, 1986; Faugier e Butterworth, 1994; Mills, Francis e Bonner, 2005; Winstanley e White, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Em cada sessão de supervisão, a relação supervisiva pode centrar-se em apenas uma destas três funções, em duas ou em todas as funções.

A função formativa está relacionada com o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais (Abreu, 2007). Um profissional mais experiente e qualificado ajuda o supervisionado a desenvolver habilidades e a refletir sobre a prática, com vista a aumentar o autoconhecimento, melhorar as práticas (Faugier e Butterworth, 1994) e promover uma prática de enfermagem baseada na evidência (Winstanley e White, 2007).

A função normativa é fundamental para o controlo da qualidade em todos os contextos que envolvem cuidados de saúde. Refere-se a um conjunto de iniciativas com o intuito de promover o cumprimento de protocolos, procedimentos e de implementar *standards* de atuação (Hyrkas, 2002). Esta função tem por objetivos: diminuir o erro, colmatar áreas vulneráveis e eliminar preconceitos, (Faugier e Butterworth, 1994), conduzindo à melhoria da qualidade dos cuidados e redução dos riscos (Abreu, 2007) e contribuindo para a auditoria clínica (Winstanley e White, 2007).

A função restauradora compreende o suporte necessário para que o supervisionado aprenda a lidar com situações difíceis do ponto de vista emocional, como a dor, a angústia, a perda, e seja capaz de perceber e gerir o stress inerente à prática de enfermagem (Faugier e Butterworth, 1994; Abreu, 2007). Esta função é importante porque os supervisionados que se sentem apoiados estão mais conscientes e habilitados para prestar cuidados com maior qualidade e segurança (NHS, 2011).

Estas três funções traduzem na nossa opinião, a significância do conceito de supervisão e refletem os objetivos da mesma, na perspetiva deste estudo.

Embora consideremos que todas as funções descritas no modelo de Proctor (1986) contribuem igualmente para o desenvolvimento das práticas e melhoria dos cuidados de enfermagem. Salientamos a função normativa por estar diretamente relacionada com a qualidade e segurança dos cuidados, temática que constitui o foco do nosso estudo.

1.3. *A Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem*

Nas organizações de saúde, a qualidade emerge como um imperativo de intervenção para todos os atores envolvidos na prestação de cuidados de saúde e

apresenta-se como instrumento facilitador do desenvolvimento de boas práticas, no sentido de poder dar resposta, às verdadeiras necessidades dos cidadãos (Pessoa, 2005).

A prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade constitui uma ação prioritária cada vez mais reconhecida quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde e a Ordem dos Enfermeiros.

A crescente preocupação com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prende-se com várias razões, entre as quais destacamos as de ordem social: aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos; éticas: aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde; profissionais: desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados e económicas: racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma cultura da qualidade na saúde (Ribeiro [et al.], 2008).

O conceito de qualidade está associado à eficácia, equidade, acessibilidade, bem como à continuidade e adequação dos cuidados de saúde, à satisfação dos utentes e prestadores de cuidados, à apropriação da estrutura física e organizacional das instituições e à eficiência e competência dos profissionais de saúde (Ribeiro [et al.], 2008).

Neste sentido, podemos definir cuidados de saúde de qualidade como cuidados acessíveis e equitativos, que refletem um nível profissional ótimo, que têm em conta os recursos disponíveis, obtêm a adesão e a satisfação do utente (Saturno [et al.], 1990 Cit. por Portugal, 2010) e se adequam às necessidades e expectativas deste.

Cuidados de qualidade são ainda cuidados seguros, clinicamente eficazes, personalizados, oportunos, centrados no paciente, que reflitam dignidade, compaixão e respeito (NHS, 2008; King's Fund, 2009).

No âmbito dos cuidados de saúde, a qualidade significa assim “o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação (auditoria/monitorização)” (Ribeiro, 2008).

Em Portugal só em 1999 é que teve início a acreditação das instituições de saúde, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (Portugal, 2009).

O programa de acreditação, que se adotou, baseou-se na metodologia *King's Fund* e resultou de uma parceria entre Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service (HQS)*, vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Portugal, 2009).

Em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. adotou o modelo da *Joint Commission International (JCI)* para a acreditação destes hospitais (Portugal, 2009).

O Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais Portugueses tem vindo assim a desenvolver-se sustentadamente, estando atualmente envolvidos no processo de acreditação vinte e um hospitais portugueses (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010).

Os programas de acreditação das instituições de saúde incluem nas suas normas diversos critérios que mencionam a SC (Schyve, 2009).

A qualidade dos cuidados constitui um objetivo central da enfermagem e a elaboração de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a definição de indicadores de resultados, que permitam avaliar a qualidade da prática de enfermagem refletem a importância atribuída a esta problemática.

Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, proceder à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar e controlar a qualidade desses mesmos cuidados constitui uma obrigação legal para os enfermeiros (artigo 10º, do Decreto-Lei 184 de 22 de Setembro de 2009).

Criar e manter um ambiente seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e da gestão do risco, utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais, utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem e participar em programas de melhoria da qualidade dos cuidados constituem competências dos enfermeiros que visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A prática da enfermagem deve sustentar-se nos enunciados descritivos de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, que dizem respeito à satisfação dos clientes; à promoção da saúde; à prevenção de complicações; ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes; à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Por sua vez a qualidade exige a reflexão constante sobre a prática e o ato de cuidar. A reflexão sobre a prática,

com o objetivo de melhorar os cuidados prestados e, conseqüentemente melhorar a condição de saúde dos utentes, constitui o principal objetivo da supervisão, pelo que esta constitui uma ferramenta imprescindível para assegurar a qualidade dos cuidados (Walsh [et al.], 2003; Garrido, 2004; Abreu, 2007).

Também o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 faz referência à necessidade de refletir sobre a prática, definir objetivos, estabelecer indicadores de qualidade dos cuidados, delinear estratégias, realizar auditorias aos resultados e confirmar os ganhos em saúde, com vista a atingir a qualidade dos cuidados, o que orienta para a existência de um processo de supervisão.

A implementação da SC apresenta-se assim como algo imprescindível para a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Para Tait, (1994) citado por Abreu, (2007) *“a supervisão clínica é um mecanismo para preservar standards de qualidade e segurança dos cuidados, proporcionando a melhoria contínua da qualidade”* (p. 182).

Clough (2003) partilha da mesma opinião e afirma que o principal objetivo da SC é o aumento da qualidade dos cuidados e que é através dela que o supervisando alcança, sustenta e desenvolve uma elevada qualidade de práticas.

Abreu (2007) acrescenta que a supervisão é na atualidade uma das dimensões mais relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência. Verificando-se por isso, um maior ênfase na integração da SC, nos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Hyrkäs e Lehti, 2003).

Apesar de escassos, já existem estudos que evidenciam os benefícios da SC na melhoria da satisfação do cliente e da qualidade geral do atendimento. Demonstrando que a implementação de um processo de SC promove a satisfação do utente, permite uniformizar práticas, identificar áreas de melhoria e motivar os enfermeiros para avaliarem os seus pontos fortes e fracos (Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen, 2001; Hyrkäs e Lehti, 2003; Hyrkas, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006).

2. A SC e o Desenvolvimento de Competências Parentais na Amamentação

A SCE apresenta-se como um processo regulador da qualidade dos cuidados, que pode ser determinante no sucesso da transição para a parentalidade e no desenvolvimento de competências parentais na amamentação.

2.1. A Transição para a Parentalidade

A Parentalidade é uma das temáticas sociais com maior relevância na atualidade e também das que tem maior impacto ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança (Gage, Everett e Bullock, 2006).

Cruz (2005) refere-se à parentalidade como um conjunto de ações encetadas pelos pais junto dos seus filhos no sentido de promover o seu pleno desenvolvimento, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) *“a parentalidade pode descrever-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis”* (p. 522).

Na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011) a parentalidade é definida como a ação de:

“Tomar Conta: 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 ou inadequados” (p. 66).

A parentalidade pode ser um dos papéis sociais mais exigentes em termos físicos e mentais que os indivíduos encontram nas suas vidas (Janisse [et al.],

2009). A adaptação à mesma tem sido descrita como um importante momento de desenvolvimento (Moura-Ramos e Canavarro, 2007).

A adaptação à parentalidade reporta-se para “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe (...)*” (CIPE, 2011, p. 37)

O nascimento de um filho apresenta-se assim como um acontecimento promotor de grandes mudanças na vida dos pais, que exige a adaptação a novas tarefas e funções (Moura-Ramos e Canavarro, 2007).

O desafio da paternidade/maternidade significa ser capaz de atender às múltiplas necessidades dos filhos, nomeadamente a alimentação, os cuidados com o corpo, a proteção, necessidades, cognitivas, emocionais, etc. (Barudy, 2003).

Na verdade ser pai/mãe constitui uma das maiores transições da vida adulta (Andrade, 2010), pois implica um conjunto de transformações individuais, conjugais e sociais para os novos pais (Ramos [et al.], 2005).

Para Meleis (2010) a transição é definida como “*(...) uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro*” (p. 25). É um processo desencadeado por eventos críticos e mudanças individuais ou ambientais.

Este processo dinâmico caracteriza-se pela existência de diferentes fases, marcos e pontos de viragem e é definido por padrões de resposta, designados por indicadores de processo e de resultados (Meleis, 2010).

Durante a transição, o indivíduo experiencia profundas alterações na forma como percebe o mundo e o sentido das coisas; tem frequentemente uma sensação de perda ou de alienação e desenvolve novas habilidades, relações e estratégias de *coping* (Schumacher, Jones e Meleis, 1999).

De acordo com a teoria das transições de Meleis, a transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental, pois está associada à mudança ao longo do ciclo vital, à aprendizagem de novos conhecimentos e à aquisição de novas habilidades; mas também situacional, uma vez que está relacionada com o assumir de novos papéis (Schumacher e Meleis, 1994; Canaval [et al.], 2007; Meleis, 2007, 2010).

A transição para a parentalidade significa passar de uma realidade conhecida para outra desconhecida e isso requer a reestruturação de comportamentos e responsabilidades e conseqüentemente a redefinição da identidade dos pais (Meleis, 2010). Esta transição implica uma reorganização das funções básicas e das

relações no seio familiar; alterações de rotinas e de papéis e a aprendizagem de novas habilidades (Canaval [et al.], 2007).

Segundo Mercer (2004) a transição para a maternidade engloba as seguintes fases: a fase do compromisso, do apego e da preparação para receber o recém-nascido, que decorre durante a gravidez; a fase da familiaridade com a criança, durante a qual a mãe desenvolve competências para cuidar do filho e recupera fisicamente, que corresponde às primeiras semanas após o nascimento; a fase do estabelecimento da normalidade, durante os primeiros quatro meses e por fim a fase da aquisição da identidade materna, que ocorre por volta dos quatro meses.

Para se adaptarem à nova realidade, os pais utilizam estratégias como: a consciencialização da transição, a procura de informação que auxilie a construção da nova identidade, a adoção de modelos que facilitem a transição e a certificação das novas competências parentais (Meleis, 2010).

Na transição para a parentalidade a consciencialização e o envolvimento são propriedades que determinam o sucesso da mesma.

A consciencialização está relacionada com o conhecimento e a percepção da experiência de transição, reflete o grau de congruência entre o comportamento efetivo da pessoa e o esperado para a situação. Apresenta-se como uma característica definidora da transição, na medida em que, para que a transição ocorra com sucesso, a pessoa deve ter consciência das mudanças que estão a acontecer. A ausência dessa consciência pode significar que a transição ainda não teve início (Meleis, 2010).

O nível de envolvimento é definido como o empenho da pessoa nos processos inerentes à transição e traduz-se por uma atitude proactiva, pela procura de informação, adoção de modelos de papéis, preparação ativa e modificação de comportamentos (Meleis, 2010).

O nível de consciencialização influencia o envolvimento e este não pode acontecer sem consciencialização, ou seja o nível de envolvimento de uma pessoa que está consciente de alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais é diferente do de uma pessoa inconsciente de tais mudanças. No caso da transição para a parentalidade, uma mulher que não tenha consciência das mudanças inerentes, por exemplo, ao processo da gravidez, não adotará comportamentos favorecedores do normal decurso da mesma (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade subentende um processo maturativo e dinâmico que está dependente de uma multiplicidade de fatores. As condições

que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição englobam as condições pessoais: significados, expectativas, crenças e atitudes, *status* socioeconómico, preparação, conhecimento e o estado físico e emocional; e o ambiente: suporte social, familiar e institucional (Meleis [et al.], 2000; Meleis, 2007, 2010).

Relativamente às condições pessoais, os mesmos autores referem que as expectativas, crenças, atitudes e significados atribuídos à experiência de transição, bem como aos eventos que a desencadeiam, podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. No que se refere à maternidade, os significados podem ser entendidos do ponto de vista do contexto cultural da transição, e derivam normalmente das experiências e sonhos da mãe. Já as expectativas maternas podem ou não ser congruentes com a realidade e resultam de ouvir outras mulheres a falarem sobre as suas experiências, de observar outras mães, da informação obtida nos livros, vídeos e da capacidade materna para fantasiar (Meleis, 2007). Por sua vez o conhecimento sobre os cuidados ao recém-nascido, adquirido, através da frequência de sessões, da preparação para a maternidade, da leitura de manuais e da obtenção de pareceres e opiniões, é facilitador do processo de transição. O mesmo se pode dizer das competências adquiridas, quer a partir do desenvolvimento do chamado “instinto materno”, quer resultantes da experiência prévia nos cuidados a crianças. O processo de transição é igualmente influenciado pelo nível de planeamento da gravidez, sendo tanto mais fácil quanto maior o empenho da mulher em engravidar; pelo *status* socioeconómico, evidenciando-se uma maior dificuldade nas transições em pessoas com um nível socioeconómico inferior; e pelo estado físico e emocional, verificando-se que os problemas de saúde maternos são fatores inibidores do processo de transição (Meleis [et al.], 2000; Meleis, 2007).

Relativamente ao meio ambiente: as condições sociais e da comunidade, o apoio de familiares ou pessoas significativas, a informação relevante obtida a partir de fontes credíveis como livros e guias orientadores constituem fatores facilitadores da transição. Pelo contrário, o suporte insuficiente, a informação contraditória ou inadequada e os cuidados despersonalizados, podem interferir negativamente neste processo, apresentando-se como fatores geradores de stress e conseqüentemente inibidores do processo de transição (Meleis [et al.], 2000; Meleis, 2007).

Uma transição bem-sucedida traduz-se por padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) como a mestria e o desenvolvimento de uma identidade fluída e integradora. A mestria é definida pela alta qualidade no desempenho de um papel. Reflete o grau de domínio das competências e o conforto com o comportamento exigido para gerenciar as novas situações ou ambientes. A mestria tem vários componentes: a competência associada ao conhecimento, habilidades psicomotoras, iniciativa, autoconfiança e capacidade para tomar decisões. Na transição para a parentalidade, a mestria das mães manifesta-se por atitudes e comportamentos, como a capacidade para tomar as próprias decisões, o domínio dos cuidados, a procura de recursos e a capacidade para negociar os cuidados prestados (Meleis, 2010).

A identidade fluída e integradora resulta da reformulação da identidade, que ocorre de forma dinâmica e contínua, ao longo do processo de transição. Na transição para a parentalidade os pais assumem novas identidades, responsabilidades, padrões de conduta e desenvolvem habilidades para dar resposta aos novos papéis (Canaval [et al.], 2007). O autoconceito dos pais é construído através das interações com os filhos, ao longo de cada etapa de desenvolvimento (Meleis, 2010).

A parentalidade, bem como a transição para a mesma constitui um foco de atenção da enfermagem.

Os cuidados de enfermagem têm por finalidade facilitar a transição e apoiar os pais na procura de soluções para as necessidades que surgem ao longo do processo de transição. Contribuindo para o bem-estar e para a qualidade de vida (Canaval [et al.], 2007).

Na prestação de cuidados, o enfermeiro deve ter em conta a história de vida, as crenças, as experiências e o ambiente sociocultural da família (Canaval [et al.], 2007).

Cada momento do processo de transição exige intervenções de enfermagem específicas: No período pré-natal é importante efetuar a história obstétrica, detetar precocemente algum problema e indagar sobre a intencionalidade da gravidez; de seguida deve iniciar-se a preparação para a maternidade, através de sessões de preparação que vão de encontro às necessidades específicas de cada mãe; no momento do parto, os enfermeiros devem intervir no sentido de prestarem o apoio necessário e de respeitarem, tanto quanto possível, a vontade materna relativamente à forma como se desenrola o processo de parto; após o

nascimento é importante esclarecer dúvidas, transmitir segurança e promover a confiança materna na tomada de decisões sobre os cuidados ao recém-nascido. Ao longo de todo o processo de transição, os cuidados de enfermagem devem ser congruentes, consistentes e facilitadores de uma adequada transição (Meleis, 2007).

As respostas durante e após o processo de transição permitem-nos avaliar o conhecimento que os pais têm sobre a transição, os recursos próprios e o meio de lidar com os momentos críticos que se apresentam ao longo da transição (Canaval [et al.], 2007).

2.2. Competências Parentais na Amamentação

O conceito de competência apresenta *nuances* de interpretação que realçam a sua complexidade epistemológica.

Perrenoud (1999, 2000) define competência como a capacidade de mobilizar adequadamente um conjunto de recursos cognitivos (conhecimentos, habilidades, informações, etc.) necessários para solucionar em tempo útil, de forma sábia, pertinente e eficaz uma série de situações ou problemas.

A competência é “(...) a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio” (Perrenoud e Thurler, 2002, p. 19).

Roldão (2003) acrescenta que a competência implica saber selecionar e integrar conhecimentos, de forma adequada, perante uma dada situação, problema ou questão.

Segundo a mesma autora: *“(...) a competência não exclui, mas exige, a apropriação sólida e ampla dos conteúdos, organizados numa síntese integradora, apropriada pelo sujeito, de modo a permitir-lhe convocar esse conhecimento face às diferentes situações e contextos” (p. 24)* . Implica *“(...) a capacidade de ajustar os saberes a cada situação” e “(...) usar adequadamente os conhecimentos - para aplicar, para analisar, para interpretar, para pensar, para agir - nesses diferentes domínios do saber e, conseqüentemente, na vida social, pessoal e profissional” (Roldão, 2003, p. 16).*

A competência não é um estado, mas sim um processo, um saber agir. É a capacidade de mobilizar, pôr em ação, de forma eficaz, as diferentes funções de um sistema em que intervêm recursos tão diversos como: operações de raciocínio, conhecimentos, ativações da memória, avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais (Boterf, 1994, Cit. por Rodão, 2003). É um sistema de conhecimentos, declarativos, condicionais e processuais, organizados em esquemas operatórios e que permitem, perante uma dada situação, não só a identificação de problemas, mas igualmente a sua resolução de forma eficaz (Tardif, 1996 Cit. por Roldão, 2003).

Segundo Harvey (2004) e Dooley [et al.] (2004), a competência envolve as habilidades e os conhecimentos a um nível suficiente para permitir executar determinada tarefa. Desta forma podemos inferir que a competência estabelece os requisitos de comportamento necessários para que uma tarefa seja bem-sucedida (Dooley [et al.], 2004).

Boterf (2005) considera que a competência é *“o saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (...), o querer agir que se refere à motivação (...) e o poder agir que remete para a existência de um contexto (...)”* (p. 70), ou seja é a capacidade de mobilizar não apenas os seus próprios saberes mas os que são capitalizados nas redes de recursos e participar na atualização e na renovação destes últimos.

Nicholls e Webb (2006) definem a competência como a aptidão para praticar.

A National Postsecondary Education Cooperative (2001) citada por Boterf (2008) considera que a competência é constituída por *“uma combinação de competências, habilidades e conhecimentos necessários para realizar uma tarefa específica”* (p. 19).

A competência é a capacidade desenvolvida pelo indivíduo, para mobilizar, articular e aplicar intencionalmente conhecimentos, habilidades, atitudes e valores na resolução de determinada situação (Azevedo e Rowell, 2010).

Zabala e Arnau (2010) consideram que a competência se traduz pela *“(...) intervenção eficaz nos diferentes âmbitos da vida, mediante ações nas quais se mobilizam componentes atitudinais, procedimentais e conceituais de maneira inter-relacionada”* (p. 36).

Uma vez que os conhecimentos e as habilidades são dimensões das competências (Valente, 2002; Le Deist e Winterton, 2005; Zabala e Arnau, 2010), torna-se fundamental refletir sobre os mesmos.

O conhecimento é definido como um conjunto de informações aplicadas diretamente no desempenho de uma determinada atividade (Dooley [et al.], 2004). É o resultado de uma interação entre a inteligência (capacidade de aprender) e uma situação (oportunidade de aprender) e inclui teoria, conceitos e saberes adquiridos pela experiência (Winterton, Delamare e Stringfellow, 2006). Refere-se ao *“conteúdo específico do pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação”* (CIPE, 2011, p. 45).

Por sua vez, a habilidade corresponde a uma ação, ou tarefa, que tem um determinado objetivo (Schmidt e Wrisberg, 2001). Sendo definida por Dooley [et al.] (2004) como uma competência observável para realizar um ato psicomotor aprendido.

A competência refere-se assim a um nível de desempenho, caracterizado pela precisão e velocidade na realização de tarefas específicas, referenciado como um desempenho habilidoso (Winterton, Delamare e Stringfellow, 2006). É *“um saber fazer, um conhecimento operacional, procedimental, uma sequência de modos operatórios, de analogias, de intuições, induções, deduções, aplicações, transposições.”* (Azevedo e Rowell, 2010, p. 13).

Segundo a Classificação dos Resultados em Enfermagem (2010), a competência é o poder ou capacidade de realizar ações.

Tomando por referência os conceitos acima mencionados, podemos definir as competências parentais.

As competências parentais são as *“(...) habilidades práticas dos pais para cuidar, proteger e educar os seus filhos, garantindo um desenvolvimento saudável (...)”* (Barudy, 2003, p. 19).

Segundo Garcia (2006) as competências parentais definem as habilidades da mãe em responder às necessidades do seu filho e incluem entre outras, as tarefas relacionadas com os cuidados físicos.

As competências parentais são para Rancourt [et al.] (2006) como *“a soma das atitudes e das condutas favoráveis ao desenvolvimento normal de uma criança”* (p. 18).

Lópes [et al.] (2009) definem as competências parentais como o *“(...) conjunto de capacidades que permitem aos pais adaptarem-se à tarefa da paternidade de acordo com as necessidades de desenvolvimento e educação dos filhos e dos padrões considerados aceitáveis pela sociedade”* (p. 115).

Neste estudo consideramos as competências parentais como “(...) o conjunto de conhecimentos e habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso, 2011, p. 52).

As competências parentais são compostas por duas componentes: a componente de natureza prática ou mecânica, que inclui capacidades cognitivas e motoras e a componente de natureza emocional, que inclui capacidades cognitivas e afetivas. A componente cognitiva-motora é orientada para a satisfação das necessidades de alimentação, higiene, vestuário, segurança e promoção da mobilidade. Estas competências não aparecem automaticamente, como comportamentos cuidativos eficazes aquando do nascimento de uma criança, mas desenvolvem-se ao longo do processo de transição para a parentalidade. (Steele e Pollack, 1968 Cit. por Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999).

A aquisição de competências parentais resulta de um processo cognitivo e social influenciado por fatores culturais, contextos familiares e características dos pais e filho (Liu, 2012).

Os fatores que interferem no desenvolvimento das competências parentais são a idade dos pais, estatuto socioeconómico, escolaridade, experiência prévia, perceção da experiência de ter um filho, alojamento conjunto, pressão social, suporte social, traços de personalidade (temperamento, empatia), autoconceito, as atitudes em relação à educação do filho, perceção em relação ao filho, a pressão inerente ao papel parental e o estado de saúde (Tarkka, Paunonen e Laippala, 1999; Mercer, 1981, 1986 Cit. por Meleis, 2010).

A idade dos pais é decisiva na medida em que os pais adolescentes são inexperientes e demonstram menos conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido (Lowdermilk e Perry, 2008; Mannel, Martens e Walker, 2011).

As condições socioeconómicas são determinantes no acesso aos recursos necessários para a otimização das competências (Lowdermilk e Perry, 2008) e determinam muitas vezes o regresso precoce à atividade profissional (Mannel, Martens e Walker, 2011).

A formação académica, a experiência prévia nos cuidados infantis e a realização de preparação para a parentalidade são fatores potenciadores do desenvolvimento das competências dos pais (Tarkka, Paunonen e Laippala, 1999; Rubin, 1975 Cit. por Mercer, 2004).

Da mesma forma o apego e a percepção positiva em relação ao filho, o equilíbrio emocional, o autoconceito elevado, a percepção de mestria, o controlo nos cuidados ao filho, o bom relacionamento conjugal e a saúde materna são igualmente favorecedores da ampliação das competências parentais (Tarkka, Paunonen e Laippala, 1999, 2000; Tarkka, 2003; Mannel, Martens e Walker, 2011).

O alojamento conjunto configura-se como uma oportunidade para fortalecer os conhecimentos e as habilidades maternas relativamente aos cuidados ao recém-nascido, constituindo um fator de sucesso para a parentalidade (Levy e Bértolo, 2008; Melo [et al.], 2009).

O suporte social proporcionado pelos familiares, amigos e vizinhos contribui para a diminuição das preocupações, dificuldades e ansiedade inerentes ao exercício do papel parental e facilita o desenvolvimento de competências parentais. O apoio social engloba; o apoio instrumental: tarefas domésticas, cuidados infantis; o apoio emocional, o fornecimento de informação e o apoio na avaliação das competências. O apoio emocional proporcionado através da escuta empática e do diálogo interativo é fundamental para o desenvolvimento das competências, na medida em que permite identificar e lidar com as dificuldades e preocupações maternas.

No que se refere às necessidades em termos de conhecimento, os pais necessitam essencialmente de informação sobre a alimentação infantil, a amamentação, o sono e cuidados de higiene. A avaliação positiva (*feedback*) por parte do marido e familiares, aumenta a satisfação e a confiança e consequentemente favorece a ampliação das competências parentais (Warren, 2005). Por outro lado, a depressão e o isolamento social são fatores que dificultam o desenvolvimento das competências dos pais (Tarkka, 2003).

No que se refere às características infantis: o temperamento, aparência, a capacidade de resposta e o estado de saúde são suscetíveis de interferir no crescimento das competências parentais (Mercer, 2004). Uma criança, inquieta, chorosa e facilmente irritável adiciona carga de trabalho e cansaço à mãe, conduzindo a sentimentos de inadequação e incompetência. Por outro lado, uma criança atraente, saudável e fácil de cuidar facilita o aumento das competências dos pais (Tarkka, Paunonen e Laippala, 1999; Tarkka, 2003; Mannel, Martens e Walker, 2011).

2.3. *Contributos para o Desenvolvimento das Competências Parentais na Amamentação*

A amamentação é o método mais natural de alimentação do recém-nascido e lactentes, segundo a Organização Mundial de Saúde, deve ser usado exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida da criança (WHO, 2011a).

A amamentação define-se como “(...) alimentar uma criança oferecendo leite materno” (CIPE, 2011, p. 39) e a amamentação exclusiva refere-se a “(...) alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos (...)” (CIPE, 2011, p. 39).

As vantagens da amamentação são múltiplas, a curto e a longo prazo. O leite materno apresenta-se como um alimento vivo, completo e natural, fonte essencial de energia e nutrientes, adequado para praticamente todos os recém-nascidos (Levy e Bértolo, 2008).

No que se refere às vantagens para o recém-nascido/lactente: o leite materno previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e faz com que as crianças tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, podemos referir também a importância do leite materno na prevenção da diabetes, de linfomas, da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia e da obesidade. (Levy e Bértolo, 2008; WHO, 2010a).

No que diz respeito às vantagens para a mãe, a amamentação também contribui para a saúde e o bem-estar da mesma: facilita uma involução uterina precoce, reduz o risco de cancro do ovário e de mama e sobretudo permite à mãe sentir o prazer único de amamentar (Levy e Bértolo, 2008; WHO, 2010a).

Para além de todas estas vantagens, o leite materno constitui ainda o método mais barato e seguro de alimentar o recém-nascido/lactente (Levy e Bértolo, 2008).

Embora a duração e prevalência da amamentação seja variável de país para país e mesmo dentro de cada país se observem realidades díspares, de uma forma global, verificou-se, ao longo das últimas décadas, um aumento substancial da adesão à amamentação. Na maioria dos países desenvolvidos, as taxas de iniciação

à amamentação são superiores a 90%, contudo, diminuem significativamente até aos seis meses (WHO, 2010b). Também em Portugal se verificam elevadas taxas de iniciação (superiores a 90%), com quebras acentuadas, ao longo do tempo. Aos seis meses, a taxa de prevalência do aleitamento materno é de cerca de 53,5% e a de aleitamento materno exclusivo é de 14,7% (Portugal, 2012).

Existem diversos fatores que determinam a adesão e manutenção da amamentação desde fatores maternos, práticas hospitalares, fatores obstétricos e outros (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006). É fundamental o conhecimento dos mesmos, de forma a planear intervenções que visem uma gestão mais adequada da promoção do aleitamento materno e conseqüentemente a adoção de práticas de saúde mais seguras e de maior qualidade.

A decisão de amamentar é complexa e dependente de múltiplos fatores, nomeadamente demográficos, biológicos, psicológicos, sociais e educacionais (Sandes [et al.], 2007; Thulier e Mercer, 2009).

De entre os demográficos salienta-se: a idade, estado civil, grau de escolaridade e o estatuto socioeconómico (Thulier e Mercer, 2009). As mães com mais idade, casadas, com elevado nível de escolaridade e de classe social mais alta aderem mais e por mais tempo à amamentação (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006).

Dos biológicos destaca-se a produção insuficiente de leite, problemas de saúde da criança, obesidade materna, tabagismo materno, paridade, tipo de parto e mudanças físicas (Thulier e Mercer, 2009).

A produção insuficiente de leite compromete o sucesso do processo de amamentação e pode dever-se quer a causas primárias (5 % das mulheres têm produção insuficiente de leite relacionada com anomalias anatómicas da mama ou alterações hormonais), quer a causas secundárias, mais comuns e que estão relacionadas com dificuldades técnicas e com a inadequada gestão do processo de amamentação (Thulier e Mercer, 2009).

Os problemas de saúde infantil, a obesidade materna e o tabagismo materno são fatores que dificultam o processo de amamentação (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Thulier e Mercer, 2009). Por outro lado a adoção de estilos de vida saudáveis e a atividade física ativa, durante a gravidez, são condicionantes que favorecem a amamentação (Sandes [et al.], 2007).

No que se refere à paridade, os estudos evidenciam que as mães múltiparas são mais propensas a amamentar por mais tempo (Thulier e Mercer, 2009). A

experiência em amamentar configura-se assim como uma condição que facilita o estabelecimento da amamentação (Fujimori [et al.], 2010). A predominância das famílias nucleares impede que os pais tenham modelos ou influência da família alargada durante a aprendizagem e a prática do papel parental (Mannel, Martens e Walker, 2011).

Relativamente ao tipo de parto, não é possível estabelecer uma correlação entre este e a amamentação. Se por um lado o parto eutócico facilita o início precoce do processo de amamentação, por outro lado no parto por cesariana as mães permaneceram durante mais tempo no hospital, tendo maior acesso a informação, apoio e incentivo (Thulier e Mercer, 2009). Na verdade a alta hospitalar precoce dificulta o desenvolvimento da competência parental amamentar (Warren, 2005).

Os desafios físicos inerentes ao processo da amamentação como a dor, o desconforto e a perturbação causados pelas fissuras, ingurgitamento mamário e até mesmo a mastite, contribuem significativamente para o abandono da amamentação. (Osório e Queiroz, 2007; Carvalhães, Parada e Costa, 2007; Araújo [et al.], 2008; Thulier e Mercer, 2009; Fujimor, 2010).

Os fatores psicológicos, nomeadamente a intenção, interesse e confiança materna são determinantes na decisão de amamentar (Thulier e Mercer, 2009).

A intenção e o desejo de engravidar contribuem favoravelmente para a adesão e manutenção da amamentação (Taylor e Cabral, 2002). Também a intenção materna pré-natal e o interesse em amamentar são fatores que determinam positivamente o sucesso deste processo (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Thulier e Mercer, 2009). Uma experiência negativa em amamentar; a perceção errónea da suficiência e qualidade do leite; a insegurança relativamente a capacidade para suprir as necessidades nutricionais do filho e as alterações psico-emocionais, como a ansiedade e a depressão são fatores que podem influenciar negativamente o estabelecimento e manutenção da amamentação (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Sandes, 2007; Fujimori [et al.], 2010).

Os fatores sociais, como o apoio familiar e a atividade profissional da mãe são determinantes para a adesão e manutenção da amamentação (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Thulier e Mercer, 2009).

Um forte sistema de apoio à amamentação é fundamental para o desenvolvimento de competências parentais. A família, os amigos e o companheiro

influenciam significativamente a prática da amamentação (Brasil, 2009b; Sousa, 2010).

As práticas familiares favorecedoras da amamentação são; o apoio emocional: encorajamento, valorização, demonstração de carinho e atenção; o apoio instrumental: ajuda nos cuidados ao recém-nascido e nas tarefas domésticas; o apoio informativo: aconselhamento e informação e o apoio presencial: acompanhamento e disponibilidade para ouvir (Sousa, 2010).

A opinião do companheiro em relação à amamentação é determinante na adesão e manutenção da mesma, sendo considerada como o segundo fator mais importante a influenciar a decisão da mãe. A maioria das mães concorda que o incentivo e apoio dos seus companheiros são determinantes no sucesso da amamentação (Kong e Lee, 2004; Olayemi [et al.], 2007).

No que se refere à atividade profissional da mãe, esta interfere na adesão e manutenção da amamentação, na medida em que as mães que regressam precocemente ao trabalho abandonam mais frequentemente a amamentação (Kurini [et al.], 1989; Tarkka, Paunonem e Laippala, 1999).

Relativamente aos fatores educacionais, é sabido que um nível educacional mais elevado, o conhecimento sobre as vantagens da amamentação para a saúde materna e a frequência de ações de educação para a saúde proporcionam o desenvolvimento de competências parentais na amamentação e influenciam significativamente a decisão de amamentar (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Sandes, 2007).

Segundo a literatura, uma percentagem significativa de mães conhece as vantagens da amamentação para o recém-nascido/lactente (Sandes, 2007; Fujimori [et al.], 2010). No entanto só uma minoria sabe as vantagens maternas da amamentação (Sandes, 2007). A duração da amamentação exclusiva é significativamente superior nas mães que estão mais informadas sobre, as vantagens desta, para si próprias (Sandes, 2007).

As práticas hospitalares são também determinantes da adesão e manutenção da amamentação: a introdução prematura de leite artificial prejudica a implementação do processo de amamentação e contribui para o seu abandono precoce (Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Bolton [et al.], 2009). Por outro lado, o início precoce da amamentação favorece a adesão e a manutenção da mesma (Tarkka, Paunonem e Laippala, 1998; Levy e Bértolo, 2008).

A rigidez das regras da amamentação também contribui para o abandono precoce da amamentação (Fujimori [et al.], 2010). Já o horário livre das mamadas é uma medida de incremento desta prática, que tem ainda diversas vantagens fisiológicas e psicológicas (Galvão, 2006). Este horário deve ser encorajado, porque a prática de amamentar sem restrições promove o melhor estabelecimento e maior duração da amamentação e também está associada a um ganho de peso adequado (Giugliani, 2000).

De acordo com a WHO (2011), a amamentação deve iniciar-se imediatamente após o nascimento e segundo um regime livre (isto é, quantas vezes a criança quiser, dia e noite). O início da amamentação dentro de uma hora de nascimento estimula a produção de leite materno (WHO, 2010c), tem um impacto positivo na duração da amamentação exclusiva (Pérez [et al.], 1994) e facilita a ligação emocional da mãe e do filho (Klaus, 2007).

A OMS em parceria com a UNICEF, numa iniciativa designada por “Hospitais Amigos dos Bebés”, definiu um conjunto de dez medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, que devem ser implementadas em todos os serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e recém-nascidos, e que são:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, escrita, que seja transmitida regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde;
2. Formar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-o para implementar esta política;
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática da amamentação;
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Dar de mamar sempre que o recém-nascido queira;
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito;

10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade (Levy e Bértolo, 2008, p. 14-15).

2.4. *Papel da Supervisão no Desenvolvimento das Competências Parentais*

A amamentação é um ato natural, mas não é instintiva, ou seja exige aprendizagem, experiência, ensinamento e apoio (Teixeira e Nitschke, 2008).

O enfermeiro é considerado agente facilitador do desenvolvimento das competências parentais, pois encontra-se numa posição privilegiada para o fornecimento de informação, educação e treino de habilidades baseadas nas melhores práticas da educação para a saúde (Ebersold [et al.], 2007; Graça, Figueiredo e Conceição, 2011).

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro implementa intervenções que contribuem para a promoção das competências parentais (Ordem dos enfermeiros, 2011) e promove a aprendizagem de forma a aumentar os recursos pessoais e familiares para lidar com os desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Para que a amamentação se estabeleça com sucesso, sobretudo para uma mãe que o é pela primeira vez, ela necessita de apoio, conselhos concretos sobre a amamentação e de intervenção prática que vise o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação (Tarkka, Paunonem e Laippala, 1998; Awano e Shimada, 2010). O enfermeiro deve prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (Castro e Araújo, 2006).

As intervenções de enfermagem, que têm um efeito positivo na adesão e manutenção da amamentação são: a disponibilização de informações sobre as vantagens da amamentação e conceitos básicos, a orientação e avaliação da mamada, da postura materna e da pega do recém-nascido ao seio materno e a promoção da autoeficácia materna (Awano e Shimada, 2010).

O pai pode exercer uma grande influência no processo da amamentação, pelo que o seu envolvimento na preparação para a mesma, o apoio e a aprovação são

fundamentais para o sucesso deste processo. Neste sentido, torna-se necessário que todas as intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção da amamentação insiram o pai, fazendo com que este se torne um incentivador e um ponto de apoio da mãe, durante a amamentação, exercendo assim uma influência positiva neste processo (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006; Marques [et al.], 2010). Segundo Piazzalunga e Lamounier (2011), quanto mais informação o pai tiver sobre as vantagens e o processo da amamentação, mais incentivo dará à adesão e manutenção da mesma. Assim, é necessário incluir o pai, orientando-o e encorajando-o para participar ativamente nas tarefas de apoio à mãe e nos cuidados ao filho.

Levy e Bértolo (2008) consideram que existem três momentos preferenciais para a promoção da competência parental amamentar. O primeiro momento deverá ocorrer por volta do terceiro trimestre de gravidez e nele deverá ser avaliada a motivação para amamentar, os conhecimentos, crenças e mitos existentes. É importante motivar a mãe para a amamentação, através do esclarecimento sobre as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o recém-nascido/lactente, a capacidade da mãe em suprir as necessidades alimentares do seu filho e o prazer de amamentar. Os enfermeiros devem assim proporcionar informação pertinente, relevante, em linguagem acessível e cientificamente sustentada, respeitando, apoiando as escolhas das mulheres e ao mesmo tempo avaliando a qualidade e extensão da rede de apoio social (Carvalho e Tamez, 2002).

O segundo momento tem lugar quando se estabelece a lactação, o que ocorre normalmente durante o internamento na maternidade/hospital. Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, pois são considerados momentos de intensa aprendizagem para a mãe e recém-nascido (Brasil, 2009c). A maior parte da educação que visa o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades deve ter lugar imediatamente após o nascimento. Promover a aprendizagem correta de amamentar num espaço de horas após o parto constitui uma boa prática de saúde.

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estadia da mãe e do recém-nascido no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração da amamentação (Levy e Bértolo, 2008). Neste momento é importante proceder à revisão do que foi abordado no período pré-natal, ajudar nas

dificuldades e na compreensão do comportamento do recém-nascido, avaliar a eficácia da amamentação, prestar apoio instrumental, estimular a ajuda da rede de apoio social e proporcionar condições para o início precoce da amamentação (Carvalho e Tamez, 2002; Bueno e Teruya, 2004). É importante que a mãe adquira conhecimentos e habilidades na amamentação. Ela deve compreender a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses, ser capaz de posicionar o recém-nascido para uma boa pega na mama, ser capaz de o alimentar, identificar os sinais de ingestão nutricional adequada e ser capaz de extrair o seu leite (UNICEF e OMS, 2009b).

O terceiro momento ocorre após a alta. Trata-se de um período crítico, em que a mulher deixa um ambiente hospitalar e perde o apoio permanente dos profissionais de saúde. As intervenções que têm lugar durante este momento visam a manutenção da amamentação. Durante este período, o suporte familiar e o apoio dos profissionais de saúde reveste-se de especial importância. Um ambiente calmo, afetuoso e de suporte, bem como o fornecimento de regras elementares sobre a prática da amamentação, constituem os ingredientes de sucesso para que a lactação seja bem estabelecida e a amamentação se mantenha (Levy e Bértolo, 2008).

As mulheres que amamentam consideram as primeiras duas a seis semanas, o período mais difícil para a amamentação. Durante este período, as mulheres expressam frequentemente sentimentos de incerteza e falta de confiança sobre sua capacidade de amamentar. A intervenção dos enfermeiros pode contribuir positiva ou negativamente, dependendo da forma como se processa: um apoio positivo aumenta a confiança da mãe, mas uma intervenção desadequada aumenta a incerteza e contribui para a interrupção da amamentação, pelo que uma intervenção adequada, suporte contínuo e avaliação são fundamentais para o sucesso da amamentação (Sheehan, Schmied e Barclay, 2009).

As intervenções de enfermagem que envolvem interação, com as mães, revelam-se mais eficazes, assim como aquelas que se iniciam no pré-parto, continuam no pós-parto, e se prolongam no tempo (Hannula, Kaunonen e Tarkka, 2008). Além disso, o uso do multi-método: informação escrita, instrução verbal e não-verbal, aconselhamento e apoio moral é mais eficaz do que as intervenções que se concentram num único método (Ebersold, [et al], 2007; Hannula, Kaunonen e Tarkka, 2008). As intervenções não padronizadas, que se adequam às

necessidades específicas de cada mãe, são também mais eficazes (Ebersold [et al.], 2007; Barona, Escribá e Ferrero, 2009; Fujimori [et al.], 2010).

Apesar de a lactação ser um processo fisiológico normal, poderão surgir problemas da lactação quando este processo é alterado por aplicação de regras e normas artificiais ou por não se conseguir colocar o recém-nascido à mama de modo adequado. Para que o recém-nascido mame corretamente há que ensinar ambos, a colocar o recém-nascido à mama de forma eficaz (Galvão, 2006). Para isso é fundamental que o enfermeiro observe e avalie a mamada de modo a identificar situações de dificuldade no início da amamentação, que podem favorecer o abandono precoce. A observação da mamada permite avaliar a postura corporal da mãe e recém-nascido, as respostas do recém-nascido, o vínculo emocional, a anatomia das mamas e a sucção, possibilitando assim uma atuação mais efetiva e direta e permitindo identificar se a mãe precisa de ajuda e que tipo de ajuda, favorecendo assim o estabelecimento da amamentação (UNICEF e OMS, 1995; Carvalhaes e Corrêa, 2003; Venâncio, 2003; Galvão, 2006).

O ensino sobre a técnica da amamentação é determinante no estabelecimento da amamentação e na prevenção de traumas mamilares que interferem na dinâmica da sucção e extração do leite (Sanches, 2004). Uma má pega torna a mamada ineficiente e reforça a ideia errônea da mãe e de familiares de que o leite é insuficiente ou fraco (Sanches, 2004). A alegação por parte da mãe de que não produz leite suficiente deve ser considerada sinal de alerta para os enfermeiros, indicando necessidade de apoio para enfrentar as dificuldades sentidas (Borges e Philippi, 2003). A desvalorização deste pedido de ajuda pode contribuir para o abandono da amamentação. A má pega prejudica ainda o esvaziamento da mama e impede que a criança receba o leite do final da mamada, mais rico em gordura. Por consequência, pode haver diminuição da saciedade e a criança encurta o intervalo entre as mamadas, o que pode conduzir ao agravamento das cólicas (Brasil, 2002).

A posição inadequada da mãe e/ou do recém-nascido dificulta o posicionamento correto da boca do recém-nascido na mama, originando uma má pega. Esta influencia a dinâmica de sucção e extração do leite, pode interferir na anatomia mamária e na ocorrência de dor e desconforto, provocando situações de ingurgitamento e trauma mamilar, chegando mesmo a condicionar a continuidade da amamentação (Sanches, 2004). Este tipo de dificuldades pode constituir uma autêntica crise no processo de estabelecimento da amamentação, pelo que, deve

ser alvo de atenção por parte dos enfermeiros. Estes devem atuar de modo assertivo e eficaz.

A intervenção imediata, perante os problemas relativos à amamentação é importante, pelo que o enfermeiro deve:

- Avaliar os fatores potenciais ou reais que possam interferir na capacidade da mãe para amamentar;
- Avaliar a peculiaridade de cada situação, díade mãe/recém-nascido e seu efeito na amamentação;
- Fornecer orientações antecipadas sobre a redução de potenciais riscos à mãe que amamenta e seu filho;
- Avaliar e fornecer estratégias para iniciar e continuar a amamentação na existência/ocorrência de situações complexas (International Board of Lactation Consultant Examiners, 2011, p. 3).

As baixas taxas de manutenção da amamentação, após os seis meses, levantam a questão sobre a capacidade dos enfermeiros para atender às necessidades de amamentação das mães (McFadden, 2007). Tornando-se pertinente esclarecer os motivos pelos quais as mães abandonam a amamentação e identificar os aspetos dos cuidados de enfermagem que necessitam de ser melhorados com vista a promover o desenvolvimento das competências parentais.

A atuação do enfermeiro na promoção, proteção e apoio à amamentação envolve o domínio de conhecimento científico, habilidades clínicas e de aconselhamento, indispensáveis para apoiar a mãe adequadamente. Estas competências são adquiridas e desenvolvidas através da formação contínua e da reflexão permanente sobre a prática profissional. A SC surge como um modelo de suporte para este processo de desenvolvimento, e tem um papel imprescindível na melhoria da assistência às mães e crianças (Giugliani, 2005; UNICEF e OMS, 2009a).

A SC, no âmbito dos cuidados de enfermagem à mãe e recém-nascido, apresenta-se como um meio potenciador do desenvolvimento das competências técnicas, relacionais e comunicacionais dos enfermeiros e consequentemente da qualidade dos cuidados materno-infantis (Severinsson, Haruna e Friberg, 2010). Através do processo supervisivo, os enfermeiros integram na prática os conhecimentos resultantes da pesquisa e da reflexão (Deery, 2005), desenvolvem a capacidade crítica e reflexiva sobre as necessidades em cuidados por parte das mães e dos recém-nascidos e aumentam a autoconsciência. A autoconsciência é

um fenómeno central da SC, que se traduz: pela capacidade de assumir a responsabilidade; tomar decisões e ter consciência das necessidades de apoio por parte das mães (Severinsson, Haruna e Friberg, 2010).

A necessidade de cuidados cada vez mais complexos e a exigência em termos de qualidade dos mesmos fez emergir a SC como um mecanismo de apoio ao desenvolvimento das competências dos enfermeiros (Deery, 2005).

A SC permite que os enfermeiros desenvolvam: a criatividade; a capacidade reflexiva; a capacidade de avaliação das necessidades em cuidados por parte das mães; as competências relativas ao registo e transmissão da informação clínica e as capacidades relacionais e comunicacionais, fundamentais na relação com as mães e com a restante equipa de saúde (Lindahl e Norberg, 2002; Severinsson, Haruna e Friberg, 2010; Davis e Burke, 2011). O desenvolvimento de competências relacionais permite uma abordagem: que proporciona apoio e conhecimentos práticos às mães, incentiva estas a tomarem as suas próprias decisões e a assumirem o controlo dos cuidados ao recém-nascido (Stapleton [et al.], 2002 Cit. por Deery, 2005). Conduz para o trabalho em parceria com as mães, para a partilha de conhecimento e poder, e para a compreensão das dinâmicas envolvidas neste relacionamento (Fleming, 2000; Pairman, 2000 Cit. por Deery, 2005).

A SC orienta para modelos de cuidados centrados nas mães e proporciona o desenvolvimento de características pessoais como a empatia, que são aspetos imprescindíveis para a prestação de cuidados de qualidade à mãe e ao recém-nascido, bem como para o sucesso da amamentação (Kirkham, Stapleton, 2000; Lennox, Skinner e Foureur, 2008).

A implementação de um modelo de supervisão como o modelo de Proctor (1986) constitui um meio útil para o desenvolvimento de cuidados de excelência à mãe e ao recém-nascido. De acordo com este modelo; a função normativa que engloba: a melhoria dos cuidados à mãe e recém-nascido; resolução de problemas, nomeadamente os referentes à amamentação e a responsabilização profissional na orientação e apoio às mães, pode ser aperfeiçoada através das funções reparadora e formativa. De igual modo a função formativa, que abrange: o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação; criatividade e inovação nos cuidados prestados, pode ser melhorada através do suporte e apoio (função restauradora) e pela implementação de normas e padrões de qualidade (função normativa) (Bond e Holland, 1998 Cit. por Lennox, Skinner e Foureur, 2008; Brunero e Stein-Parbury, 2008; Winstanley e White, 2010).

A SCE leva a mudanças significativas na prática, nomeadamente, no encaminhamento das mães e no relacionamento com as mesmas (Dunn, 1998 Cit. por Abreu, 2007). Proporciona uma prática baseada na evidência, contribuiu para a resolução de problemas e facilita a monitorização das práticas, a auditoria clínica e o controlo do erro (Deery, 2005; Davis e Burke, 2011; WHO, 2011b).

O uso da SC como meio de desenvolvimento de cuidados de excelência, à mãe e ao recém-nascido, é prática corrente, na Nova Zelândia, Grã-Bretanha e Austrália (Lennox; Skinner e Foureur, 2008). Em Portugal ainda não está implementada, mas pode constituir um meio para melhorar a qualidade do atendimento, a satisfação das mães e consequentemente o sucesso na amamentação.

CAPÍTULO II

A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO

3. Metodologia

A metodologia constitui uma das partes fundamentais de qualquer estudo, pois permite recolher a informação necessária, com procedimentos adequados, identificar e realçar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010). Ela pressupõe em simultâneo um processo racional e um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de responder às questões de investigação e/ou de verificar hipóteses formuladas no decurso da fase concetual (Fortin, 2009).

A metodologia inclui o tipo de estudo, as questões de investigação, as hipóteses, o contexto e participantes, os procedimentos para a colheita e análise de dados e os aspetos éticos que são tidos em conta durante a realização do estudo.

As decisões metodológicas tiveram em conta a questão de partida deste estudo: “Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação às competências parentais na amamentação?”

3.1. *Tipo de Estudo*

A abordagem metodológica quantitativa é, face à finalidade e aos objetivos deste estudo, a que melhor serve o propósito do mesmo. Este método caracteriza-se pela medição de variáveis e pela obtenção de dados numéricos. Permite obter explicações, fazer predições e estabelecer relações de causa efeito (Fortin, 2009).

Deste modo, num estudo quantitativo, o investigador parte da questão de investigação para a obtenção da resposta, numa sequência lógica de passos e utilizando para tal um processo sistemático (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Os estudos de investigação podem ainda classificar-se segundo o objetivo em estudo e o momento de análise.

Relativamente ao objetivo, este estudo é do tipo descritivo correlacional, pois pretende descrever quais são as competências parentais na amamentação, bem como determinar a influência de diversos fatores no desenvolvimento dessas competências.

“O estudo descritivo correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las” de forma a (...) *“circunscrever o fenómeno estudado”* (Fortin, 2009, p. 244).

Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. A opção por um estudo do tipo transversal prende-se com o tempo previsto para a realização do estudo.

3.2. Questões de Investigação

As questões de investigação são interrogações precisas que indicam claramente a direção que se pretende tomar numa investigação (Fortin, 2009).

Estas interrogações identificam as variáveis chave, as relações entre elas e a população em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Com base nos objetivos propostos, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- 1) Qual o nível de competências parentais na amamentação?
- 2) Qual a influência da idade no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 3) Qual a influência da escolaridade no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 4) Qual a influência da coabitação com o pai da criança, no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 5) Qual a influência do número de filhos no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 6) Qual a influência do planeamento da gravidez no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 7) Qual a influência do desejo da gravidez no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?

- 8) Qual a influência do acompanhamento da enfermagem na consulta, no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 9) Qual a influência da realização de preparação para a amamentação no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 10) Quais as principais fontes de informação sobre a amamentação a que a mãe recorreu?
- 11) Qual a influência do tipo de parto no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 12) Qual a influência da percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 13) Qual a influência da experiência anterior de amamentar no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 14) Qual a influência da percepção da experiência atual de amamentar no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 15) Qual a frequência com que as mães amamentam na sala de partos?
- 16) Qual a frequência com que as mães fazem amamentação exclusiva, nas primeiras 48 a 72 horas?
- 17) Qual a influência da percepção do apoio do pai, relativamente à amamentação, no desenvolvimento de competências parentais na amamentação?
- 18) Qual a frequência com que o enfermeiro do puerpério falou com a mãe sobre a amamentação?
- 19) Qual a frequência com que o enfermeiro do puerpério negociou com a mãe o processo de amamentação?
- 20) Qual a relação entre a ocorrência de fissura e ingurgitamento mamário e existência de competências parentais na amamentação?

3.3. *Hipóteses e Variáveis*

A hipótese é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis na população em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004). Ela permite estabelecer ligação de associação ou de causalidade entre as variáveis e é objeto de uma verificação empírica (Fortin, 2009).

Neste estudo foram definidas as seguintes hipóteses:

H₁: A idade influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₂: A escolaridade influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₃: A coabitação com o pai da criança influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₄: O número de filhos influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₅: O planeamento da gravidez influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₆: O desejo da gravidez influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₇: O acompanhamento da enfermagem na consulta influencia o nível das competências parentais na amamentação.

H₈: A preparação para a amamentação influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₉: O tipo de fonte de informação, a que a mãe recorreu durante a gravidez, influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₁₀: O tipo de parto influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₁₁: A percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto influencia o nível de competências parentais na amamentação.

H₁₂: A experiência anterior de amamentar influencia o nível das competências parentais na amamentação.

H₁₃: A percepção da experiência atual de amamentar influencia o nível das competências parentais na amamentação.

H₁₄: A percepção do apoio do pai, na amamentação, influencia o nível das competências parentais na amamentação.

H₁₅: O nível de competências parentais na amamentação influencia a ocorrência de fissura, nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto.

H₁₆: O nível de competências parentais na amamentação influencia a ocorrência de ingurgitamento mamário, nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto.

Por sua vez, as variáveis são definidas como qualidades, propriedades ou características de pessoas, grupos ou situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo (Polit Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009). São conceitos que constituem o objeto da investigação e aos quais é atribuído um valor numérico (Fortin, 2009). Podem ser classificadas segundo o papel que exercem na investigação, em variáveis independentes e dependentes (Fortin, 2009).

As variáveis independentes são os elementos introduzidos e manipulados numa situação de investigação, com vista a produzir efeito sobre uma outra variável. São consideradas como as causas que antecedem ou influenciam as variáveis dependentes (Fortin, 2009).

Neste estudo as variáveis independentes são:

- A idade materna, a escolaridade, a coabitação com o pai da criança;
- O número de filhos;
- O planeamento da gravidez, o desejo da gravidez;

- O acompanhamento da enfermagem na consulta;
- A frequência de sessões de preparação para a amamentação;
- O tipo de fonte de informação a que a mãe recorreu;
- O tipo de parto, a percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto;
- A experiência anterior de amamentar, percepção da experiência atual de amamentar;
- A percepção do apoio do pai na amamentação.

As variáveis dependentes são aquelas que o investigador tem interesse em compreender, explicar, prever ou influenciar e que sofrem o efeito da variável independente (Fortin, 2009).

Neste estudo as variáveis dependentes são:

- O nível das competências parentais na amamentação;
- A ocorrência de fissura;
- A ocorrência de ingurgitamento mamário.

Ressalve-se que nas hipóteses 15 e 16 o nível das competências parentais assume-se como variável independente.

De seguida, é realizada a definição concetual e operacional das variáveis.

A - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

As características sociodemográficas das mães dizem respeito à **idade**, à **escolaridade**, **profissão** e ao facto de a mãe **coabitar com o pai do filho**.

A idade refere-se ao número de anos transcorridos até à data do estudo. Esta variável foi operacionalizada em três classes:

- 14 - 24 anos;
- 25 - 35 anos;
- 36 - 46 anos.

A variável escolaridade diz respeito ao número de anos de estudos completados com sucesso e está operacionalizada da seguinte forma:

- Ensino Básico - 1 a 9 anos;
- Ensino Secundário - 10 a 12 anos;
- Ensino Superior -> 12 anos

A variável profissão foi operacionalizada de acordo com a Classificação Nacional de profissões, do Instituto de Emprego e Formação Profissional (Portugal, 2011):

- Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas;
- Grupo 1 - Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos;
- Grupo 2 - Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas;
- Grupo 3 - Técnicos e Profissões de Nível Intermédio;
- Grupo 4 - Pessoal Administrativo;
- Grupo 5 - Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores;
- Grupo 6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta;
- Grupo 7 - Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices;
- Grupo 8 - Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
- Grupo 9 - Trabalhadores Não Qualificados.

B - CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA

O **planeamento da gravidez** refere-se ao fato de a gravidez ter ocorrido por planificação da mãe ou do casal.

O **número de filhos** refere-se ao número de filhos nascidos vivos. Neste estudo consideramos **primípara** a mulher que tem um filho e **multípara** a que tem dois ou mais filhos.

O **desejo da gravidez** refere-se ao fato de a gravidez ter ocorrido por vontade da mãe ou do casal.

O **acompanhamento da enfermagem na consulta** diz respeito às intervenções de enfermagem, durante as consultas de vigilância da gravidez, que visam promover a amamentação.

A **preparação para a amamentação** refere-se à frequência de sessões de preparação que visam desenvolver conhecimentos e habilidades na amamentação.

C - FONTES DE INFORMAÇÃO

As **fontes de informação** referem-se aos meios a que a mãe recorreu, tanto na gravidez como após o nascimento do filho, para adquirir conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas, sobre o processo de amamentação. Neste estudo foram consideradas as seguintes fontes de informação: livros, internet, familiares, outras mães, enfermeiro, conselheira da amamentação, médico, outros e nenhum.

D - CARACTERIZAÇÃO DO PARTO

O **tipo de parto** refere-se ao parto eutócico ou vaginal que ocorre com ou sem episiotomia e sem intervenção instrumental; e o parto distócico que é realizado com intervenções instrumentais tais como fórceps, ventosa ou cesariana.

A **perceção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto** refere-se ao modo como a mãe vê a experiência do parto e os primeiros dias pós-parto, que pode ser de forma positiva ou negativa.

E - EXPERIÊNCIA DE AMAMENTAR

A **experiência anterior de amamentar** refere-se ao fato de a mãe já ter amamentado anteriormente.

A **perceção da experiência atual de amamentar** diz respeito ao modo como a mãe vê a experiência atual de amamentar e a considera positiva ou negativa.

A **perceção do apoio do pai à amamentação** está relacionada com a forma como a mãe percebe a posição do pai em relação à amamentação.

Relativamente às variáveis dependentes temos as competências parentais na amamentação e a fissura do mamilo e o ingurgitamento mamário, que constituem complicações inerentes à amamentação.

As competências parentais na amamentação são definidas como o conjunto de conhecimentos e de habilidades que facilitam e otimizam o desempenho da mãe na amamentação (Cardoso, 2011, p. 52).

O nível das competências parentais é calculado a partir da seguinte equação matemática:

$$\frac{\sum \text{"respostas sim"} \text{ nos conhecimentos e habilidades} - [\text{itens não avaliados} + \text{itens não aplicáveis}]}{\text{total de itens} - [\text{itens não avaliados} + \text{itens não aplicáveis}]}$$

A partir do valor obtido, que se situará entre [0,1] avaliamos as competências parentais na amamentação, de acordo com o definido por Cardoso (2011, p. 175), segundo os seguintes parâmetros:

Muito fraco [0-0,20]

Fraco]0,20-0,40]

Razoável]0,40-0,60]

Bom]0,60-0,80]

Muito Bom]0,80-1]

Relativamente às complicações associadas à amamentação: a **fissura** refere-se à situação do mamilo com ferida: fenda ou rasgão do tecido de revestimento da superfície do corpo, acompanhada por diminuição da elasticidade e capacidade de distensão da pele, por marcas vermelhas de estiramento através das quais se revela o tecido da derme, e o **ingurgitamento mamário** refere-se à situação em que há tumefação das mamas, com sensação de dor e peso, devido à acumulação de leite após o nascimento de uma criança (CIPE, 2011, p. 55 -59).

3.4. Contexto e Participantes

O estudo teve como contexto o Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave - E.P.E.

A justificação da escolha prendeu-se com o interesse e a disponibilidade da instituição para colaborar com projetos de investigação relacionados com a SC para a segurança e qualidade nos cuidados, bem como, com o facto de existirem condições para a implementação da supervisão, nomeadamente recursos humanos com formação específica em supervisão.

Este serviço é constituído por nove enfermarias, cada uma das quais comporta três a quatro camas, o que resulta numa lotação máxima de 31 camas. O serviço não tem um espaço destinado à amamentação, mas possui uma sala onde as mães podem extrair leite com alguma privacidade.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 enfermeiros, dos quais 15 são enfermeiros especialistas e apenas três são generalistas. Para além da formação especializada, dez destes enfermeiros são conselheiros da amamentação e quatro têm formação específica em SC.

O método de trabalho utilizado é o método individual, existindo uma filosofia de cuidados promotora da amamentação.

Apesar de não existir nenhum modelo de supervisão que oriente a prática clínica, a equipa considera que seria pertinente a implementação de um modelo de SC e que existem condições para a implementação do mesmo.

Num trabalho de investigação existe a necessidade de se especificar a população. A população é constituída por um conjunto de indivíduos que têm características comuns (Fortin, 2009), definidas por um conjunto de critérios específicos (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A população deste estudo é composta por todas as puérperas assistidas no Centro Hospitalar do Médio Ave - E.P.E. Sendo a população acessível constituída por 217 puérperas, que estiveram internadas no serviço de obstetrícia, no período compreendido entre 7 de fevereiro e 7 de abril de 2012.

Uma vez delimitada a população, torna-se necessário definir a amostra. A amostra é a parte da população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa da população, ou seja ela deve ter características que lhe permitam substituir o conjunto da população alvo (Fortin, 2009).

Neste estudo recorreu-se à amostra não probabilística - acidental ou de conveniência, a qual é “(...) constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” ou seja “(...) indivíduos que estão no local certo e no momento certo.” (Fortin, 2009, p. 321).

A amostra deste estudo foi constituída por 135 puérperas, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão:

- Ter intenção de amamentar;
- Estar a amamentar;
- Aceitar participar no estudo.

Foram ainda definidos os subseqüentes critérios de exclusão:

- Puérpera nas primeiras seis horas de puerpério;
- Mãe que nunca tenha amamentado;
- Mãe que não tenha intenção de amamentar;
- Mãe de recém-nascido internado noutra hospital;

- Mãe de recém-nascido com malformação impeditiva de sucção eficaz;
- Mãe de recém-nascido com perturbação da sucção/deglutição;
- Mãe de recém-nascido com contra-indicação temporária ou definitiva para amamentar;
- Mãe de recém-nascido, com alterações cognitivas impeditivas de colaborar no estudo.

3.5. *Procedimentos para a Colheita de Dados*

O instrumento de colheita de dados deve ser capaz de obter todas as informações adequadas e necessárias para testar as hipóteses, devendo para isso englobar perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos e formulá-las com o máximo de precisão (Quivy e Campenhoudt, 2008).

“A escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno e das variáveis...” (Fortin, 2009, p. 368).

Face às questões de investigação, finalidade e objetivos apresentados, o instrumento de recolha de dados que consideramos mais adequado foi o formulário.

O formulário é constituído por um conjunto de questões, enunciadas como perguntas, de forma organizada e sistematizada, tendo como objetivo obter determinadas informações, através de entrevista e/ou observação (Pinto, 2010).

Na aplicação do formulário o investigador estabelece contacto pessoal - face a face com o investigado, o que permite esclarecer dúvidas e facilitar o entendimento das questões (Santos, 2007).

O formulário tem ainda como vantagens: o fato de poder ser utilizado em quase todo o segmento da população, o permitir obter as respostas no imediato, existir menor possibilidade de distorção e não haver o risco das questões serem respondidas por terceiros (Santos, 2007).

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo é um formulário não estruturado **designado por Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP) adaptado** (anexo I). Este instrumento foi criado no âmbito da

Tese de Doutorado de Cardoso (2011) e adaptado ao contexto e objetivos do estudo. A autorização para utilização do mesmo foi dada pela autora (anexo II).

O Instrumento é constituído por duas partes: a primeira parte permite efetuar a caracterização das mães e identificar os fatores que interferem nas competências parentais, como fatores sociodemográficos, características da gravidez e parto, fontes de informação utilizadas pela mãe, suporte social, experiência e perceção da amamentação e parceria de cuidados no pós-parto. A segunda parte tem por finalidade avaliar as competências parentais das mães relativamente à amamentação.

A avaliação das competências parentais na amamentação é feita tendo em conta duas dimensões: os conhecimentos e as habilidades. Os conhecimentos maternos são avaliados tendo por base 26 indicadores. As habilidades são avaliadas mediante a observação da mamada e têm em conta 17 indicadores.

Os conhecimentos referem-se ao conteúdo de informação relacionado com a competência parental amamentar e lidar com as complicações associadas. Quando avaliado como “sim”, traduz o diagnóstico de conhecimento demonstrado, isto é a mãe evidencia os conteúdos da informação necessários para a tomada de decisão relativa à amamentação, sendo atribuído o valor de “1”. Se avaliado como não, traduz o diagnóstico de conhecimento não demonstrado, isto é, o conhecimento que a mãe evidencia pode ser: não adequado, incorreto ou insuficiente para a tomada de decisão relativa aos cuidados à criança, sendo atribuído o valor “0”. Assinala-se “não se aplica” quando a avaliação do conhecimento não é necessária para o caso específico (Cardoso, 2011).

As habilidades referem-se às tarefas relacionadas com a amamentação. Assim, se a mãe desempenha a atividade em conformidade com o esperado, a habilidade é avaliada como “demonstrada”, sendo atribuído valor “1”, se pelo contrário, na observação do desempenho da atividade, se verifica que há erros ou ações que colocam em risco a criança ou a mãe, ou se existem efeitos secundários resultantes de cuidados deficitários/inadequados à situação, a habilidade é avaliada como “não demonstrada”, sendo atribuído valor “0”. Tal como na avaliação dos conhecimentos, assinala-se “não se aplica” quando a avaliação da habilidade não é necessária para o caso específico (Cardoso, 2011).

Cada indicador tem critérios de diagnóstico, bem definidos, os quais são apresentados em anexo (anexo III).

Os indicadores avaliados quer nos conhecimentos, quer nas habilidades são descritos nas tabelas um e dois respectivamente.

TABELA 1: Indicadores da Avaliação dos Conhecimentos na Amamentação

CONHECIMENTOS NA AMAMENTAÇÃO	
Benefícios da amamentação	Diferença entre a subida de leite e o ingurgitamento mamário
Características do colostro e do leite	Fatores de risco de ingurgitamento mamário
Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas	Medidas de prevenção do ingurgitamento mamário
Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas	Fatores de risco de fissura do mamilo
Sinais de ingestão nutricional suficiente	Medidas de prevenção de fissura do mamilo
Sinais de fome	Influência da alimentação da mãe na composição do leite
Sinais de saciedade	Estratégias para manter a lactação/amamentação
Aumento de peso adequado	Extração de leite
Posição da mãe e do filho	Condições e material para armazenar leite materno
Sinais de pega adequada	Descongelamento do leite materno
Estratégias para manter o bebê acordado durante a mamada	Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança
Sinais de produção e libertação de leite	Efeitos da ingestão de cafeína na criança
Medidas que estimulam e comprometem a lactação	Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança

TABELA 2: Indicadores da Avaliação das Habilidades na Amamentação

HABILIDADES NA AMAMENTAÇÃO	
Gerir a frequência das refeições	Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama
Identificar as necessidades nutricionais e hídricas	Adotar medidas adequadas de higiene das mamas
Percecionar a suficiência e a qualidade do leite	Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere
Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente	Reconhecer sinais de fissura do mamilo
Identificar sinais de fome	Implementar medidas de tratamento
Identificar sinais de ejeção de leite	Reconhecer sinais de ingurgitamento mamário
Adotar posição confortável e posicionar a criança	Implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário
Assegurar pega adequada	Extrair leite manualmente/com bomba
Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada	

O pré-teste foi realizado através da aplicação do formulário a 10% da amostra, durante o período de sete de fevereiro a três de março de 2012, com o objetivo de aperfeiçoar o mesmo. Em virtude de não ter sido necessário efetuar alterações no formulário, esta percentagem da amostra foi inserida no estudo.

O formulário foi aplicado por duas investigadoras, que efetuaram preparação adequada para o efeito, antes de partirem para o terreno, durante o período de três de março a sete de abril.

3.6. *Procedimentos para a Análise de Dados*

Os dados recolhidos, durante um estudo, não são passíveis de análise direta. Eles têm de ser organizados e submetidos a tratamento estatístico, de modo a que possam descrever a amostra e permitam tirar conclusões (Fortin, 2009).

Desta forma, os dados devem passar por um processo de codificação, isto é “*um processo de tradução dos dados para a forma empírica*” e devem ainda ser transferidos dos documentos escritos para arquivos de computador, para que se proceda a sua análise (Polit, Beck e Hungler, 2004).

A análise dos dados obtidos no decurso do estudo de investigação deve ser realizada de modo ordenado e coerente, por forma a evidenciar padrões e relações entre as variáveis e a dar resposta às questões de investigação (Polit, Beck e Hungler, 2004)

Neste estudo, foi utilizado um programa de tratamento estatístico de dados designado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0, fazendo uma análise descritiva univariada e bivariada.

A análise descritiva dos dados visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

Na análise univariada, cada variável foi estudada isoladamente e de forma descritiva (medidas de tendência central), utilizando-se figuras e tabelas para a sua representação. Na análise bivariada procurou-se responder às perguntas de investigação e descrever o grau e a magnitude das relações entre duas variáveis (Polit, Beck e Hungler, 2004).

3.7. *Aspetos Éticos*

A investigação em enfermagem obedece aos princípios éticos universais. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, assumem especial importância nesta área uma vez que o seu alvo é o ser humano e as suas respostas às situações de saúde/doença. (Martins, 2008).

Num processo de investigação, a ética refere-se à qualidade das técnicas de investigação, no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo (Nunes, 2005).

A ética em investigação engloba a qualidade dos procedimentos, desde a pertinência do tema, realização da pesquisa, escolha da técnica adequada, informação a dar aos participantes, obtenção do consentimento voluntário e esclarecido até à publicação e divulgação dos resultados. Pelo que os aspetos éticos devem ser tidos em conta em todas as etapas do processo de investigação (Nunes, 2005).

No que se refere em específico à investigação em enfermagem, esta deve reger-se pela Tomada de Posição da Ordem dos Enfermeiros (2006), bem como pelas diretrizes éticas do *International Council of Nurses* (2003) Cit. por Ordem dos Enfermeiros (2007), segundo as quais, a investigação em enfermagem deve ter em conta: os princípios da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

O consentimento informado é imprescindível em qualquer estudo de investigação e define-se como o processo pelo qual os investigadores asseguram que os participantes: recebem informação completa sobre o estudo, decidem de forma livre e esclarecida participar ou não no mesmo, são informados relativamente à ausência de prejuízo por aceitarem ou recusarem participar e são esclarecidos relativamente ao direito ao anonimato e confidencialidade (Nunes, 2005).

Assim, este trabalho de investigação teve em atenção todos os princípios éticos referidos e assegurou os direitos das pessoas envolvidas, ao longo das várias fases do processo. Neste sentido, foram contemplados os seguintes pressupostos:

1. Obtenção de autorização para a colheita de dados no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Ave - E.P.E. (Anexo IV);
2. Obtenção do consentimento informado de todos os participantes no estudo, bem como dos seus progenitores, no caso das mães que são menores de idade;
3. Respeito pela vulnerabilidade das mães inerente à situação de pós-parto;
4. Isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

CAPÍTULO III

A SC E AS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NA AMAMENTAÇÃO: RESULTADOS

4. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste estudo as variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas através da média, desvio padrão, mediana e percentis mínimos e máximos.

Para testar hipóteses sobre a independência/dependência de variáveis categóricas foi aplicado o teste exato de qui-quadrado. No que se refere às hipóteses que envolvem variáveis contínuas foi utilizado o teste de Kruskal Wallis, devido à assimetria das variáveis.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de $\alpha=5\%$.

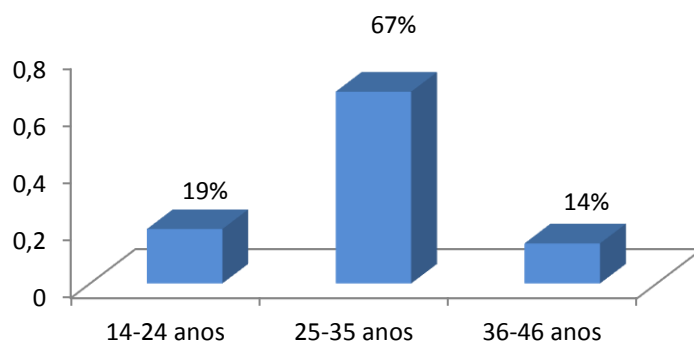
4.1. *Caracterização Geral da Amostra*

As mães são caracterizadas relativamente: às condições sociodemográficas; história obstétrica; fontes de informação a que recorreram para desenvolver competências; suporte social; tipo de parto e experiência de amamentar.

4.1.1. *Características Sociodemográficas*

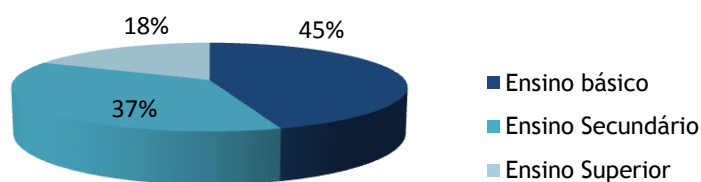
A **idade** das 135 mães que constituem a nossa amostra oscilou entre os 14 e os 40 anos, com uma média de idades de 30 anos e um desvio padrão de seis anos. A faixa etária entre os 25 e os 35 anos é a mais representativa (Figura 1).

FIGURA 1: Gráfico da Frequência Relativa da Idade das Mães



No que se refere ao nível de escolaridade, 45% (n=61) das mães completaram o ensino básico, 37% (n=50) o ensino secundário e apenas 18% (n=24), o ensino superior (Figura 2).

FIGURA 2: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Escolaridade das Mães



Quando questionada a profissão das mães, as respostas à questão referida distribuíram-se por oito dos nove grandes grupos da Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional, conforme o apresentado no quadro seguinte.

QUADRO 1: Distribuição das Mães de Acordo com a Profissão

Grupo	Designação	n	(%)
0	Profissões das Forças Armadas	1	(1)
1	Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e gestores Executivos	3	(2)
2	Especialistas das atividades intelectuais e Científicas	17	(13)
3	Técnicos e Profissões de nível Intermédio	12	(9)
4	Pessoal Administrativo	11	(8)
5	Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	17	(13)
7	Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	14	(10)
9	Trabalhadores não Qualificados	24	(18)

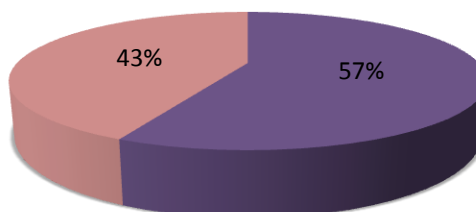
Do total de mães participantes neste estudo: 1% (n=1) eram ainda domésticas, 24% (n=33) desempregadas e 1% (n=2) estudantes.

Relativamente ao facto de **coabitar com o pai do seu filho**, 96% (n=129) das mães afirmaram viver em comum com o mesmo e 4% (n=6) referiram viver em diferentes domicílios.

4.1.2. Características da História Obstétrica

No que se refere ao **número de filhos**, 57% (n=77) das mães eram primíparas e 43% (n=58) múltiparas (Figura 3).

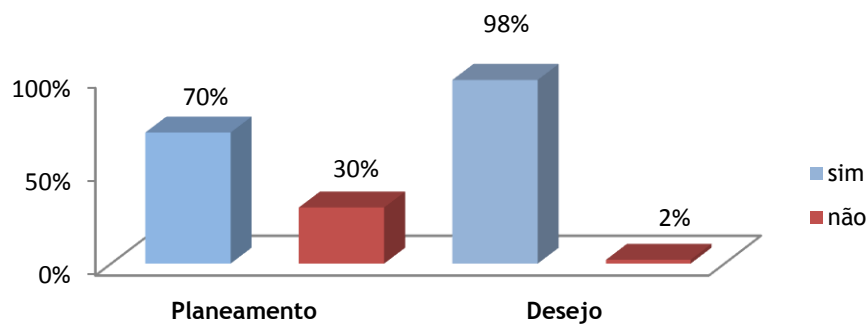
FIGURA 3: Gráfico da Frequência Relativa do Número de Filhos



Relativamente ao **planeamento da gravidez**, 70% (n=94) das mães referiram ter planeado a mesma e 30% (n= 41) afirmaram não o ter feito.

Quando questionadas sobre o **desejo da gravidez**, 98% (n=132) das mães expressaram que a gravidez foi desejada e 2% (n=3) mencionaram que não desejaram a gravidez (Figura 4).

FIGURA 4: Gráfico da Frequência Relativa do Planeamento e Desejo da Gravidez



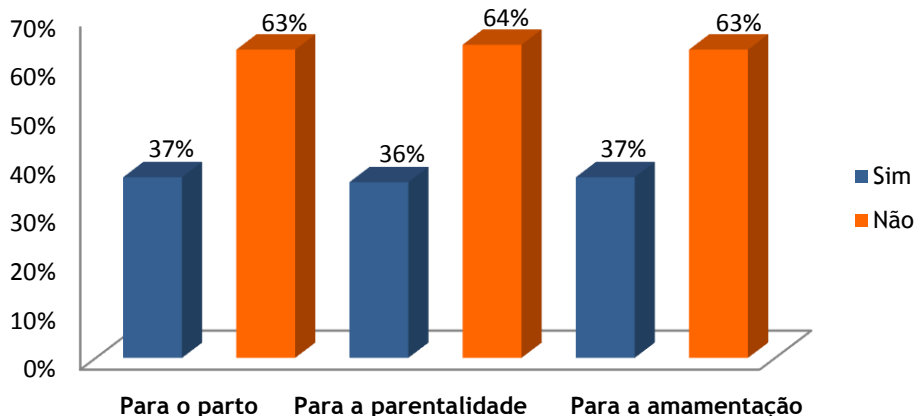
No que diz respeito à ocorrência de **complicações durante a gravidez**, 88% (n=119) das mães tiveram uma gravidez sem intercorrências e 12% (n=16) apresentaram complicações.

No que concerne ao **acompanhamento da mãe, por parte da enfermeira, durante as consultas de vigilância da gravidez**, 77% (n=104) das mães referiram ter usufruído do mesmo e 23% (n=31) mencionaram não ter tido qualquer acompanhamento.

Das mães que tiveram acompanhamento de enfermagem na consulta, 50% (mediana=9) tiveram pelo menos nove contactos com a enfermeira e 90% tiveram entre cinco e nove contactos (P05=5; P95=9).

Relativamente à **preparação para a amamentação**, uma percentagem significativa de mães (63%, n=85) não frequentou qualquer sessão de preparação para a amamentação e apenas 37% (n=50) assistiram a estas sessões (Figura 5).

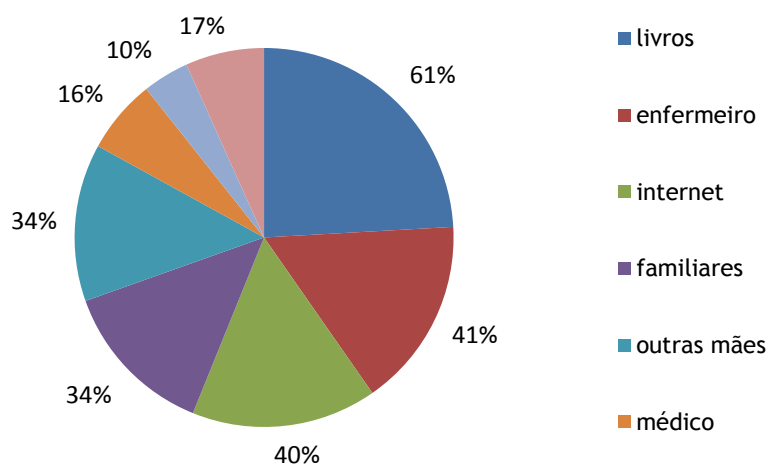
FIGURA 5: Gráfico da Frequência Relativa da Assiduidade de Sessões de Preparação



4.1.3. Fontes de Informação

Pela análise dos dados verificamos que os meios a que as mães recorreram para adquirir conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas sobre o processo de amamentação são: os livros (61%, n=83), enfermeiro (41%, n=55), internet (40%, n=54), familiares (34%, n=46), outras mães (34%, n=46), médico (16%, n=22) e conselheira da amamentação (10%, n=13). De salientar que 17% (n=23) das mães não utilizaram qualquer fonte de informação (Figura 6).

FIGURA 6: Gráfico da Frequência Relativa da Fonte de Informação Utilizada

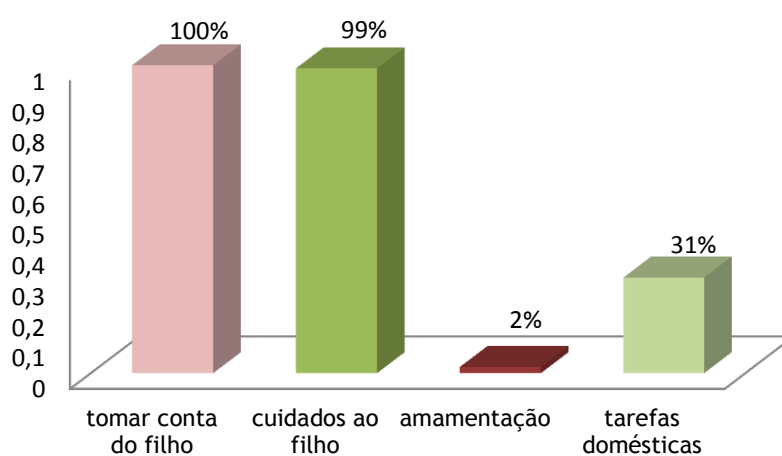


4.1.4. Suporte Social

No que se refere ao suporte social, 95% (n=128) das mães afirmaram que esperavam ter ajuda para cuidar do filho e 5% (n=7) referiram que não esperavam ter qualquer ajuda.

Relativamente ao tipo de ajuda, o mais referido foi tomar conta da criança (100%, n=128), seguido dos cuidados à criança (99%, n=127), tarefas domésticas, (31%, n=40) e amamentação (2%, n=3) (Figura 7).

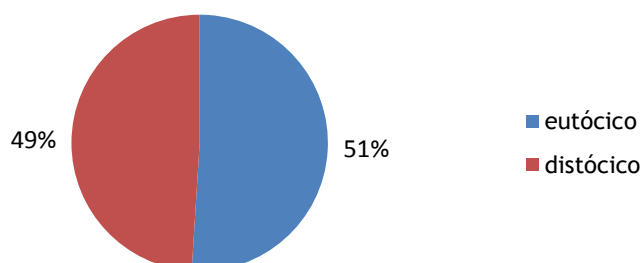
FIGURA 7: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Ajuda para Cuidar do Filho



4.1.5. Características do Parto

No que concerne ao tipo de parto, 51% (n=69) das mães efetuaram parto eutócico e 49% (n=66) parto distócico (Figura 8).

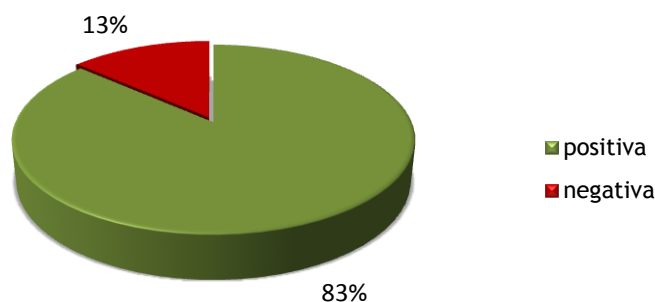
FIGURA 8: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Parto



Das 135 mães que participaram neste estudo, 4% (n=5) tiveram **complicações** durante o parto e 9% (n=12) tiveram complicações no pós-parto.

Relativamente à **percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto**, 83% (n=112) das mães consideraram a experiência positiva e somente 13% (n=18) consideraram a experiência negativa (Figura 9).

FIGURA 9: Gráfico da Frequência Relativa da Percepção da Experiência do Parto e dos Primeiros Dias Pós-parto



4.1.6. Experiência de Amamentar

No que diz respeito à **experiência anterior de amamentar**, 39% (n=53) das mães já tinham experiência, no entanto para 61% (n=82) constituiu uma primeira experiência.

Das mães que tinham experiência anterior de amamentar, 50% tinham amamentado apenas por três meses e 90% entre um e 18 meses.

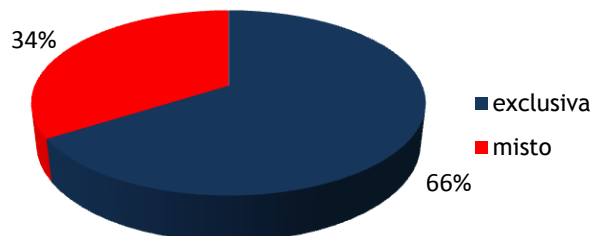
Destas mães, 88% (n=36) consideraram a experiência positiva e 12% (n=5) consideraram negativa.

A totalidade das mães da nossa amostra (n=135) **demonstrou intenção de amamentar** e no momento da colheita de dados, 99% (n=134) das mães estavam efetivamente a fazê-lo. Apenas 1% (n=1) não estava a amamentar devido ao internamento do recém-nascido no serviço de neonatologia, por complicações pós-parto.

Quanto ao número de vezes que as mães já tinham amamentado, desde o nascimento do filho até ao momento em que os dados foram colhidos: 50% (mediana=8) das mães já tinham amamentado pelo menos oito vezes e 90% entre duas e 25 vezes (P05=2; P95=25).

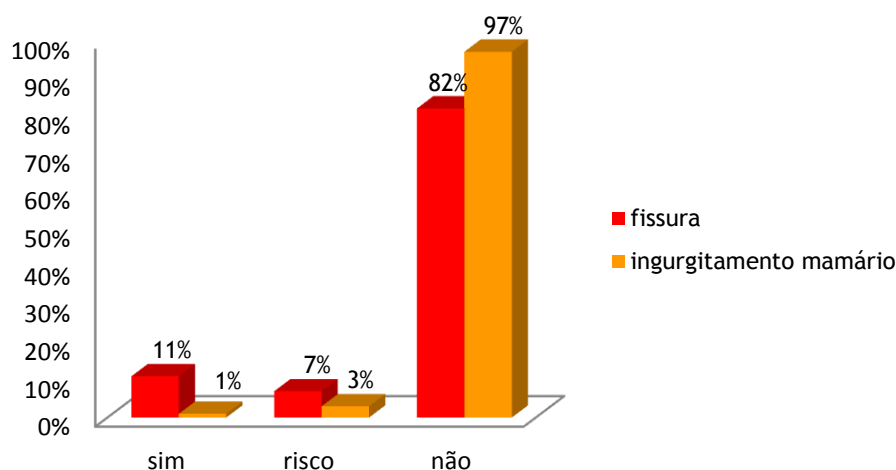
No que se refere ao tipo de aleitamento, 66% (n= 89) das mães encontravam-se a fazer amamentação exclusiva e 34% (n=45) estavam a fazer aleitamento misto (Figura 10).

FIGURA 10: Gráfico da Frequência Relativa do Tipo de Aleitamento



Relativamente à ocorrência de complicações inerentes à amamentação, como a fissura do mamilo e o ingurgitamento mamário: 11% (n=13) das mães apresentaram fissura, 7% (n=9) apresentaram risco, e 82% (n=99) não apresentavam alterações da integridade da pele do mamilo; 1% (n=1) das mães apresentaram ingurgitamento mamário, 3% (n=3) apresentaram risco e 97% (n=115) não apresentaram qualquer sinal de ingurgitamento mamário (Figura 11).

FIGURA 11: Gráfico da Frequência Relativa da Ocorrência de Fissura e Ingurgitamento Mamário



No que se refere à percepção atual da experiência de amamentar, 98% (n=131) das mães consideraram a mesma positiva e 2% (n=3) consideraram negativa.

Relativamente à percepção materna do apoio do pai à amamentação, 96% (n=129) das mães consideraram que o pai apoiava a amamentação e 4% (n=5) consideraram que não.

4.2. Caracterização dos Cuidados de Enfermagem

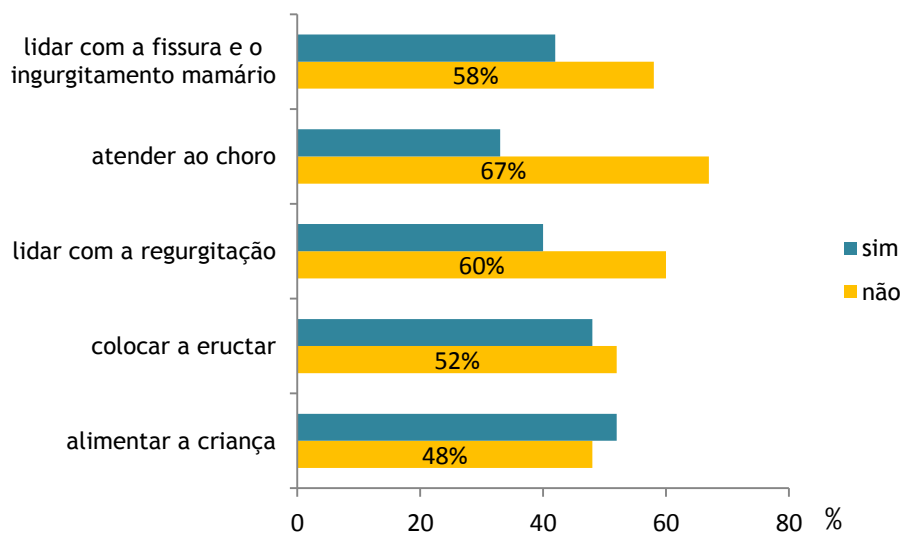
Neste estudo, os cuidados de enfermagem são caracterizados relativamente: ao início precoce da amamentação; à disponibilidade dos enfermeiros para falarem com as mães sobre a amamentação e à parceria de cuidados.

No que concerne à **oportunidade para amamentar na sala de partos**, 67% (n=91) das mães referiram que tiveram a possibilidade de amamentar imediatamente após o nascimento e 33% (n=44) mencionaram que não.

No serviço de puerpério, 57% (n=77) das mães declararam que **os enfermeiros falaram com elas sobre a amamentação** e 43% (n=58) afirmaram que não.

Em relação à **parceria de cuidados**: 55% (n=74) das mães expressaram que os enfermeiros negociaram com elas o processo da amamentação e 45% (n=61) expressaram que não (Figura 12).

FIGURA 12: Gráfico da Frequência Relativa da Parceria de Cuidados



4.3. *Caracterização das Competências Parentais na Amamentação*

As competências parentais na amamentação abarcam os conhecimentos e as habilidades das mães no que se refere a este processo. Tendo em conta que as habilidades foram avaliadas pela observação da mamada, só foi possível avaliar as mesmas a 121 mães.

4.3.1. *Caracterização dos Conhecimentos sobre a Amamentação*

Relativamente aos conhecimentos sobre a amamentação, 63% (n=85) das mães apresentaram conhecimentos sobre os benefícios da mesma.

No que se refere à gestão do processo de amamentação: 67% (n=90) das mães revelaram conhecimentos sobre os critérios para decidir o intervalo e a duração das mamadas; 90% (n= 122) demonstraram conhecimentos sobre os sinais de fome; 91% (n=123) mostraram conhecimentos sobre sinais de saciedade e 57% (n=77) apresentaram conhecimentos sobre sinais de produção e libertação de leite. No entanto, 56% (n=75) não demonstraram conhecimentos sobre as características do colostro e do leite; 53% (n=71) não evidenciaram conhecimentos sobre os critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas; 50% (n=67) não demonstraram conhecimentos sobre sinais de ingestão nutricional suficiente; 67% (n=91) não evidenciaram conhecimentos sobre as medidas que estimulam ou comprometem a lactação e 72% (n=97) não mostraram conhecimentos sobre o aumento de peso, adequado, do filho.

No que concerne ao conhecimento sobre a forma de efetuar uma boa pega: 70% (n=94) das mães evidenciaram conhecimentos sobre a posição correta da mãe e do filho, durante a mamada; 70% (n=95) revelaram conhecimentos sobre os sinais de uma pega adequada e 76% (n=102) demonstraram conhecimentos sobre as estratégias para manter o filho acordado durante a mamada.

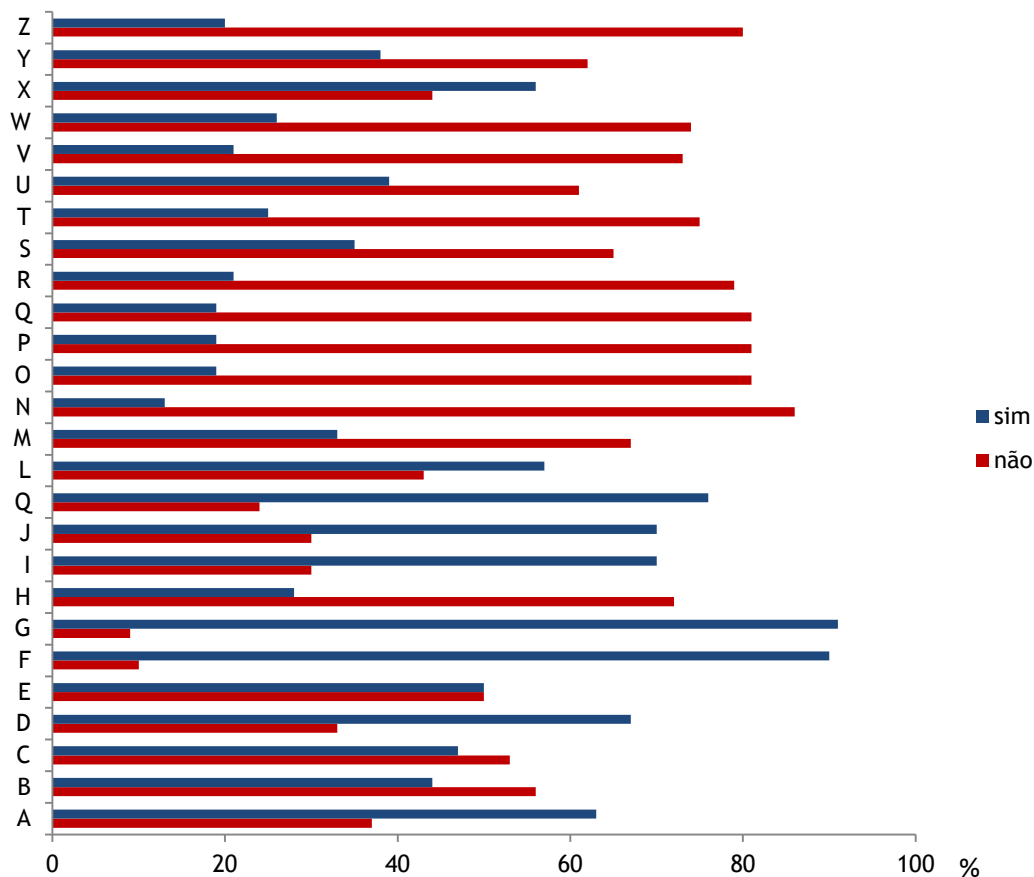
Em relação aos conhecimentos inerentes aos problemas da amamentação: 86% (n=116) das mães não revelaram conhecimentos sobre a diferença entre a subida do leite e o ingurgitamento mamário; 81% (n= 109) não demonstraram conhecimentos sobre os fatores de risco do ingurgitamento mamário, da fissura do

mamilo e as medidas de prevenção do ingurgitamento mamário, e 79% (n=106) não evidenciaram conhecimentos sobre as medidas de prevenção da fissura do mamilo.

Relativamente aos conhecimentos necessários para prolongar a amamentação até aos seis meses de idade da criança: 75% (n=101) das mães não demonstraram conhecimentos sobre as estratégias para manter a lactação/amamentação; 61% (n=82) não mostraram conhecimentos sobre como extrair leite para armazenar; 73% (n=99) não evidenciaram conhecimentos sobre as condições e material para armazenar leite materno e 74% (n=100) não apresentaram conhecimentos sobre como descongelar o leite materno.

No que diz respeito a comportamentos seguros, 56% (n=5) das mães demonstraram conhecimentos sobre os efeitos de fumar e do fumo do tabaco na criança. Contudo, 65% (n=88) não revelaram conhecimentos sobre a influência da sua alimentação no leite; 62% (n=39) não mostraram conhecimentos sobre os efeitos da ingestão de cafeína na criança e 80% (n=8) não revelaram conhecimentos sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança (Figura 13).

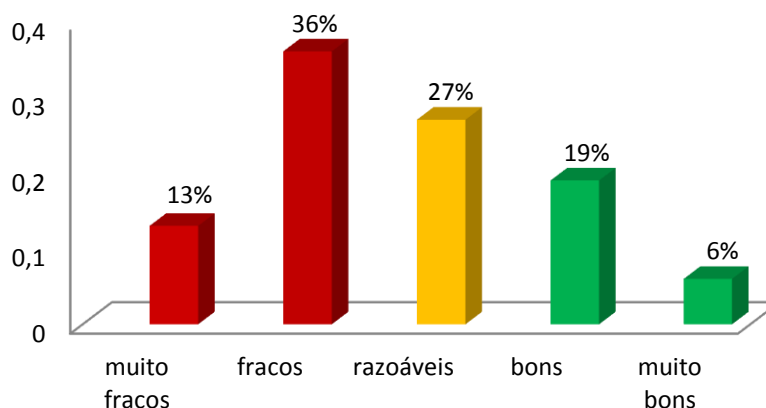
FIGURA 13: Gráfico da Frequência Relativa dos Conhecimentos sobre a Amamentação



- Legenda**
- A - Benefícios da amamentação
 - B - Características do colostro e do leite
 - C - Critérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas
 - D - Critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas
 - E - Sinais de ingestão nutricional suficiente
 - F - Sinais de fome
 - G - Sinais de saciedade
 - H - Aumento de peso adequado
 - I - Posição da mãe e do filho
 - J - Sinais de pega adequada
 - K - Estratégias para manter a criança acordada durante a mamada
 - L - Sinais de produção e liberação de leite
 - M - Medidas que estimulam e comprometem a lactação
 - N - Diferença entre a subida de leite e o ingurgitamento mamário
 - O - Fatores de risco do ingurgitamento mamário
 - P - Medidas de prevenção do ingurgitamento mamário
 - Q - Fatores de risco da fissura do mamilo
 - R - Medidas de prevenção da fissura do mamilo
 - S - Influência da alimentação da mãe na composição do leite
 - T - Estratégias para manter a lactação/amamentação
 - U - Extração de leite
 - V - Condições e material para armazenar leite materno
 - W - Descongelamento do leite materno
 - X - Efeitos de fumar/fumo do tabaco na criança
 - Y - Efeitos da ingestão de cafeína na criança
 - Z - Efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas na criança

Tendo em conta a globalidade dos conhecimentos: 13% (n=17) das mães apresentavam conhecimentos sobre a amamentação muito fracos; 36% (n=49) fracos; 27% (n=36) razoáveis; 19% (n=25) bons e 6% (n=8) muito bons (Figura 14).

FIGURA 14: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Conhecimentos sobre a Amamentação

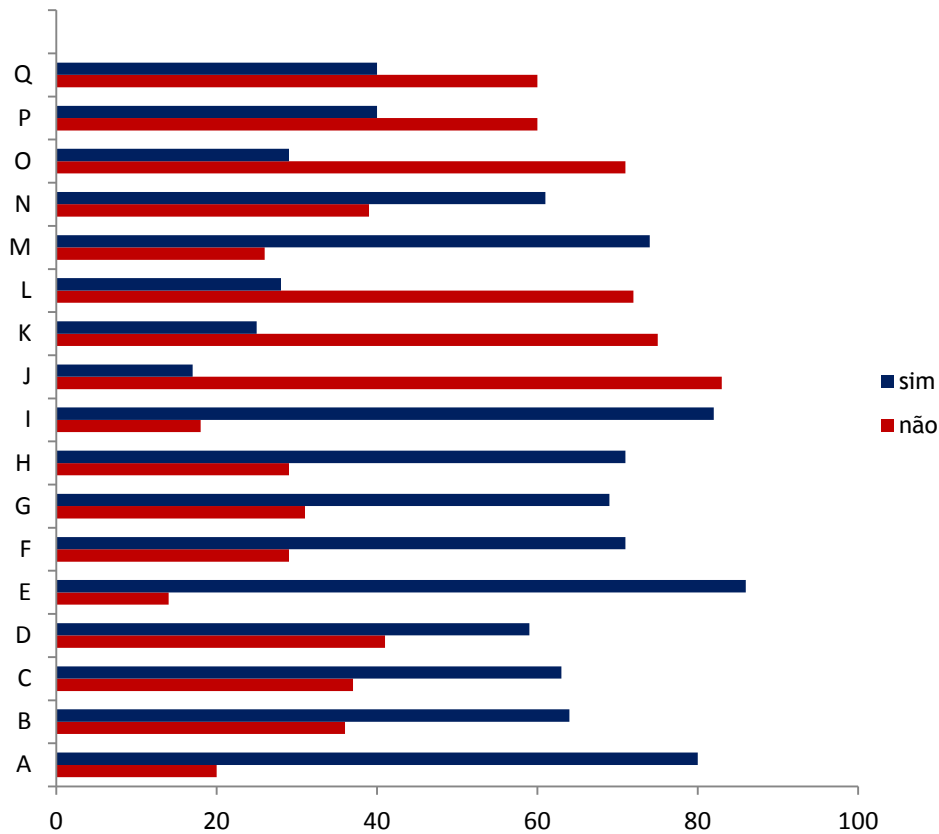


4.3.2. Caracterização das Habilidades para Amamentação

No que diz respeito às habilidades: 80% (n=97) das mães foram capazes de gerir a frequência das refeições do filho; 64% (n=77) conseguiram identificar as necessidades nutricionais e hídricas do filho; 63% (n=76) demonstraram capacidade de perceber a suficiência e a qualidade do leite; 59% (n=71) foram capazes de identificar sinais de ingestão nutricional suficiente; 86% (n=104) conseguiram identificar sinais de fome; 71% (n=86) foram capazes de identificar sinais de ejeção de leite; 69% (n=84) conseguiram adotar uma posição confortável e posicionar o filho adequadamente; 71% (n=86) foram capazes de assegurar uma pega adequada; 82% (n=99) evidenciaram capacidade para estimular o filho durante a mamada, mantendo-o acordado; 74% (n=17) souberam reconhecer sinais de fissura do mamilo; 61% (n=14) foram capazes de implementar medidas de tratamento da fissura. Contudo 83% (n=101) não demonstraram habilidades para interromper a sucção antes de retirar o filho da mama; 75% (n=91) não foram capazes de adotar medidas adequadas de higiene das mamas; 72% (n=87) não conseguiram reconhecer o efeito, no filho, dos alimentos que ingeriram; 71% (n=5) não identificaram sinais de ingurgitamento mamário; 60% (n=3) não souberam

implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário nem extrair o leite manualmente ou com bomba (Figura 15).

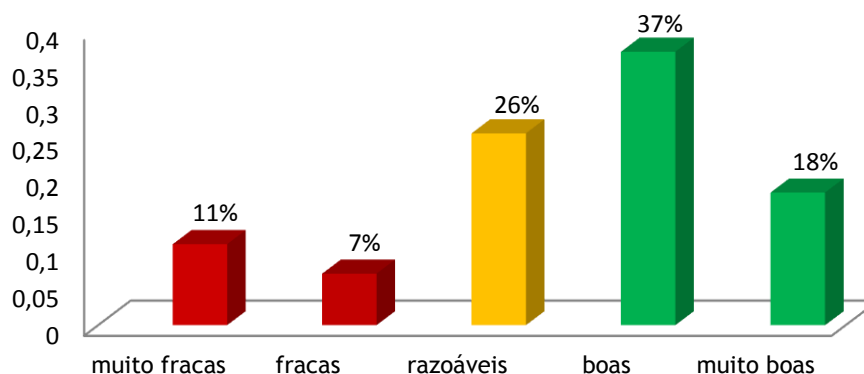
FIGURA 15: Gráfico da Frequência Relativa das Habilidades na Amamentação



- Legenda**
- A - Gerir a frequência das refeições
 - B - Identificar as necessidades nutricionais e hídricas
 - C - Percecionar a suficiência e a qualidade do leite
 - D - Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente
 - E - Identificar sinais de fome
 - F - Identificar sinais de ejeção de leite
 - G - Adotar posição confortável e posicionar a criança
 - H - Assegurar a pega adequada
 - I - Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada
 - J - Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama
 - K - Adotar medidas adequadas de higiene das mamas
 - L - Reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere
 - M - Reconhecer sinais de fissura do mamilo
 - N - Implementar medidas de tratamento da fissura
 - O - Reconhecer sinais de Ingurgitamento mamário
 - P - Implementar medidas de alívio do Ingurgitamento mamário
 - Q - Extrair leite manualmente ou com a bomba

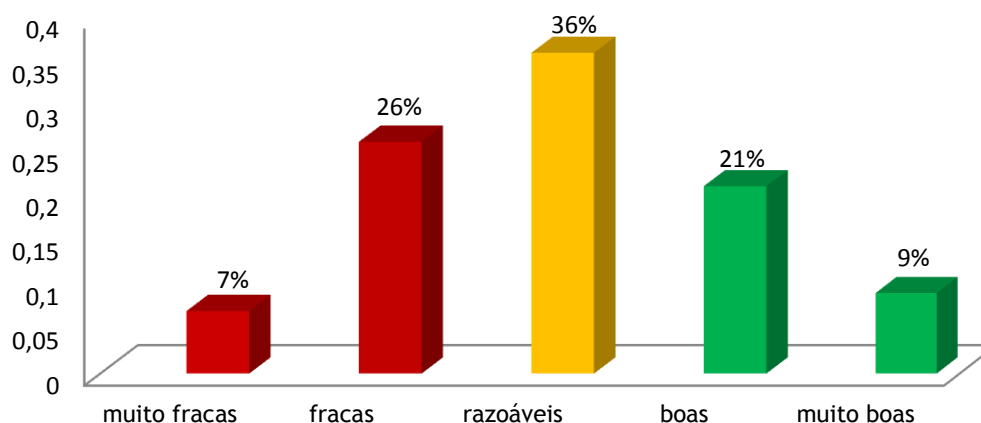
Tendo em conta a totalidade das habilidades: 11% (n=13) das mães apresentavam habilidades na amamentação, muito fracas; 7% (n=9) fracas; 26% (n=32) razoáveis; 37% (n=45) boas e 18% (n=22) muito boas (Figura 16).

FIGURA 16: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Habilidades na Amamentação



No que concerne às **competências parentais na amamentação**: 7% (n=9) das mães apresentaram competências muito fracas; 26% (n=31) fracas; 36% (n= 44) razoáveis; 21% (n=26) boas e 9% (n=11) muito boas (Figura 17).

FIGURA 17: Gráfico da Frequência Relativa do Nível de Competências Parentais na Amamentação



4.4. Comprovação das Hipóteses

Através da realização dos testes estatísticos foi possível verificar as relações entre as variáveis em estudo.

Assim relativamente às hipóteses:

H₁ - A idade influencia o nível de competências parentais na amamentação. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais na amamentação entre as mães mais jovens e as mais velhas ($p=0,227$), pelo que não se confirmou a hipótese.

H₂ - A escolaridade influencia o nível de competências parentais na amamentação. Apurou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais na amamentação entre as mães com maior nível de escolaridade e as mães com menor nível ($p<0,001$). Constatando-se que as mães com melhores competências são aquelas que têm níveis de escolaridade mais elevados (Tabela 3).

TABELA 3: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Idade e Escolaridade

	Competências Parentais			p ¹	H
	Muito Fracas/Fracas	Razoáveis	Boas/Muito Boas		
Idade					
Média	28,90	30,07	30,78		
DP	7,36	5,35	4,16		
P05	17,00	22,00	23,00	0,227	2,966
Mediana	29,00	30,00	31,00		
P95	42,50	40,00	37,00		
Escolaridade					
Média	8,67	10,59	12,19		
DP	2,96	2,76	2,89		
P05	4,00	5,00	6,00	<0,001	23,802
Mediana	9,00	12,00	12,00		
P95	15,00	15,00	15,00		

1 - Teste kruskall Walis

H₃ - A coabitação com o pai da criança influencia o nível de competências parentais. Constatou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,206$), pelo que se rejeitou a hipótese.

TABELA 4: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Coabitação com o Pai do Filho

	Competências Parentais						p ¹	χ ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Coabita com o pai, n (%)								
Não	3	(75)	1	(25)	0	(0)		
Sim	37	(32)	43	(37)	37	(32)	0,206	3,613

1 - Teste Exato de Pearson

H₄ - O número de filhos influencia o nível de competências parentais na amamentação. Comprovou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,428$), pelo que não se confirmou a hipótese.

H₅ - O planeamento da gravidez influencia o nível de competências parentais na amamentação. Verificou-se que a associação das duas variáveis é estatisticamente significativa ($p=0,019$). Observando-se que as mães que planearam a gravidez têm mais competências parentais na amamentação (Tabela 5).

H₆ - O desejo da gravidez influencia o nível de competências parentais na amamentação. Apurou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,521$), pelo que se rejeitou a hipótese.

H₇ - O acompanhamento da enfermagem na consulta influencia o nível das competências parentais na amamentação. Constatou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,169$), pelo que não se confirmou a hipótese.

H₈ - A preparação para a amamentação influencia o nível de competências parentais. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais, na amamentação, entre as mães que frequentaram sessões de preparação para a amamentação e as que não frequentaram ($p<0,001$). Observando-se que as mães que frequentaram essas sessões têm mais competências (Tabela 5).

TABELA 5: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Variáveis da História Obstétrica

	Competências parentais						p ¹	X ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Número de filhos								
1	23	(57)	21	(48)	23	(62)	0,428	1,804
>=2	17	(43)	23	(52)	14	(38)		
Gravidez planeada, n (%)								
Não	17	(46)	15	(41)	5	(14)	0,019	8,010
Sim	23	(27)	29	(35)	32	(38)		
Gravidez desejada, n (%)								
Não	2	(67)	1	(33)	0	(0)	0,521	2,000
Sim	38	(32)	43	(36)	37	(31)		
Acompanhamento de enfermagem na consulta, n (%)								
Não	7	(28)	13	(52)	5	(20)	0,169	3,516
Sim	33	(34)	31	(32)	32	(33)		
Frequentou sessões de preparação para a parentalidade, n (%)								
Não	33	(83)	30	(68)	12	(32)	<0,001	21,57
Sim	7	(18)	14	(32)	25	(68)		
Frequentou sessões de preparação para a amamentação, n (%)								
Não	32	(80)	30	(68)	12	(32)	<0,001	19,74
Sim	8	(20)	14	(32)	25	(68)		

1 - Teste Exato de Pearson

H₉ - O tipo de fonte de informação, a que a mãe recorreu durante a gravidez, influencia o nível de competências parentais na amamentação. Verificou-se que a associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$), exceto no que se refere: à associação entre o recurso a livros e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação ($p = 0,042$), observando-se que as mães que recorrem a livros para obter informação têm mais competências parentais, e à associação entre o recurso a familiares e o desenvolvimento dessas mesmas competências ($p = 0,003$), constatando-se que as

mães que obtiveram ajuda/informação junto dos familiares apresentam menos competências parentais na amamentação (Tabela 6).

TABELA 6: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Fontes de Informação

	Competências Parentais						p ¹	χ ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Encontrou ajuda/informação junto de: n (%)								
Livros								
Não	22	(45)	17	(35)	10	(20)	0,042	6,341
Sim	18	(25)	27	(38)	27	(38)		
Internet								
Não	26	(36)	25	(34)	22	(30)	0,733	0,603
Sim	14	(29)	19	(40)	15	(31)		
Familiares								
Não	19	(24)	30	(38)	31	(39)	0,003	11,427
Sim	21	(51)	14	(34)	6	(15)		
Outras mães								
Não	27	(34)	27	(34)	25	(32)	0,811	0,470
Sim	13	(31)	17	(40)	12	(29)		
Enfermeiro								
Não	25	(35)	22	(31)	25	(35)	0,253	2,797
Sim	15	(31)	22	(45)	12	(24)		
Conselheira da amamentação								
Não	38	(35)	40	(37)	30	(28)	0,138	4,080
Sim	2	(15)	4	(31)	7	(54)		
Médico								
Não	33	(33)	33	(33)	35	(35)	0,062	5,634
Sim	7	(35)	11	(55)	2	(10)		

1 - Teste Exato de Pearson

H₁₀ - O tipo de parto influencia o nível de competências parentais na amamentação. Constatou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa (p=0,111), pelo que se rejeita a hipótese.

H₁₁ - A percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto influencia o nível de competências parentais na amamentação. Comprovou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa (p=0,478), pelo que não se confirma a hipótese.

TABELA 7: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e as Variáveis do Parto e Nascimento

	Competências Parentais						p ¹	χ ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Tipo de parto, n (%)								
Eutócico	25	(42)	18	(31)	16	(27)	0,111	4,559
Distócico	15	(24)	26	(42)	21	(34)		
Experiência do parto e 1º dias, n (%)								
Negativa	7	(47)	4	(27)	4	(27)	0,478	1,556
Positiva	31	(31)	38	(38)	32	(32)		

1 - Teste Exato de Pearson

H₁₂ - A experiência anterior de amamentar influencia o nível das competências parentais na amamentação. Apurou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,458$), pelo que se rejeita a hipótese.

H₁₃ - A percepção da experiência atual de amamentar influencia o nível das competências parentais na amamentação. Verificou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p=0,402$), pelo que não se confirma a hipótese.

H₁₄ - A percepção do apoio do pai, na amamentação, influencia o nível das competências parentais na amamentação. Constatou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p =0,056$), pelo que não se aceita a hipótese.

TABELA 8: Relação Entre as Competências Parentais na Amamentação e a Experiência de Amamentar

	Competências Parentais						p ¹	χ ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Experiência anterior de amamentar, n (%)								
Não	26	(65)	23	(52)	23	(62)	0,458	1,565
Sim	14	(35)	21	(48)	14	(38)		
Percepção experiência amamentar n (%)								
Negativa	2	(5)	0	(0)	1	(3)	0,402	2,177
Positiva	38	(95)	44	(100)	36	(97)		
O Pai apoia a amamentação n (%)								
Não	4	(10)	0	(0)	1	(3)	0,056	5,564
Sim	36	(90)	44	(100)	36	(97)		

1 - Teste Exato de Pearson

H₁₅: O nível de competências parentais influencia a ocorrência de fissura, nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto. Apurou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa (p=0,275), pelo que se rejeita a hipótese.

H₁₆: O nível de competências parentais influencia a ocorrência de ingurgitamento mamário, nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto. Observou-se que a associação das duas variáveis não é estatisticamente significativa (p=0,638), pelo que não se confirma a hipótese.

TABELA 9: Relação Entre as Competências Parentais e as Complicações da Amamentação

	Competências parentais						p ¹	χ ²
	Muito Fracas/Fracas		Razoáveis		Boas/Muito Boas			
Fissura no mamilo, n (%)								
Não	34	(94)	37	(88)	28	(82)	0,275	2,498
Sim	2	(6)	5	(12)	6	(18)		
Ingurgitamento mamário, n (%)								
Não	37	(100)	42	(100)	36	(97)	0,638	2,154
Sim	0	(0)	0	(0)	1	(3)		

1 - Teste Exato de Pearson

5. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos dados, consideramos pertinente proceder à sua apreciação global, no sentido de se destacarem os resultados mais significativos, confrontando-os com os aspetos teóricos relacionados e apontados na fundamentação teórica deste trabalho.

A análise das características sociodemográficas da nossa amostra permite-nos concluir que a idade média, das mães, ao nascimento do primeiro filho é de 30 anos, valor ligeiramente superior à média nacional de 28,9 anos apresentada pelo Instituto Nacional de Estatística relativa ao ano de 2010 (Portugal, 2012).

Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, nas competências parentais na amamentação, entre as mães mais jovens e as mais velhas, apesar de a literatura fazer referência ao facto dos pais adolescentes serem mais inexperientes e apresentarem menos conhecimentos (Lowdermilk e Perry, 2008; Mannel, Martens e Walker, 2011). Diversos estudos realizados também evidenciam uma relação entre a idade e a existência de competências parentais na amamentação (Dewan [et al.], 2002; Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Zhou, Younger e Kearney, 2010; Tokumaru [et al.], 2011), bem como entre a idade materna e o prolongamento da amamentação (Sarafana [et al.], 2006).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maior percentagem de mães (45%) detém apenas o ensino básico e só 18% destas possuem formação académica superior, o que corresponde a um valor superior ao apresentado pelo INE, segundo o qual, apesar de nos últimos anos se ter verificado um aumento do nível de escolaridade da população, apenas 16% dos portugueses possuem nível de escolaridade correspondente ao ensino superior (Portugal, 2012).

No presente estudo verificou-se que as mães com maior nível de escolaridade apresentaram mais competências parentais. Esta relação é descrita pela literatura e evidenciada em vários estudos, tais como os realizados por Giugliani [et al.] (1995); Tarkka, Paunonen e Laippala (1999); Rubin (1975) Cit. por Mercer (2004); Forster, Maclachlan e Lumley, (2006); Caldeira, Moreira e Pinto (2007); Zhou, Younger e Kearney (2010). De referir ainda que as mães com elevado nível de

escolaridade amamentam mais e por mais tempo (Sarafana [et al.], 2006; Pereira [et al.], 2010; Carneiro e Galvão, 2012).

Relativamente à profissão, uma percentagem significativa de mães (24%) encontrava-se desempregada e 18% eram trabalhadoras não qualificadas. Segundo Mannel, Martens, Walker (2011), as mães desempregadas têm maior probabilidade de amamentar, até aos seis meses de idade do filho, do que as mulheres empregadas a tempo inteiro. Por outro lado o tipo de profissão também afeta a duração da amamentação. As mães com cargos administrativos ou de gestão têm uma maior tendência para amamentar durante mais tempo do que as mães com empregos de baixos salários e que requerem menos habilitações (Galtry, 1997; Hanson [et al.], 2003 Cit. por Mannel, Martens e Walker, 2011).

No que concerne à coabitação dos pais, 96% das mães da nossa amostra coabitam com os pais dos seus filhos, o que corresponde a um valor significativamente superior à média nacional, que é de 77,6% (Portugal, 2012). Neste estudo não se verificou uma relação entre a coabitação com o pai do filho e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Gibson-Davis (2008), segundo os quais, a presença do pai não tem efeitos sobre as competências parentais das mães. No entanto Forster [et al.] (2006) e Pereira [et al.] (2010) referem que as mães que vivem em comum com os pais dos seus filhos aderem mais e por mais tempo à amamentação.

Em relação à história obstétrica, verificamos a existência de uma maior percentagem de mães primíparas (57%) que múltíparas (43%), o que se justifica pelo fato de em Portugal o índice sintético de fecundidade ser de 1,37 crianças por mulher (Portugal, 2012). Relativamente à relação entre o número de filhos e o nível de competências parentais na amamentação, neste estudo não se confirmou uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis. No entanto segundo Galvão (2006), Thulier e Mercer (2009) e Fujimori [et al.] (2010), a experiência em amamentar facilita o estabelecimento da amamentação, pelo que as mães primíparas necessitam de maior atenção e apoio para que desenvolvam competências parentais na amamentação. A primiparidade associa-se ainda a taxas de abandono da amamentação mais elevadas e mais precoces (Caldeira, Moreira e Pinto, 2007).

A intenção e o desejo de engravidar são considerados por vários autores (Taylor e Cabral, 2002; Forster, Maclachlan e Lumley, 2006; Thulier e Mercer,

2009), como fatores determinantes no sucesso da amamentação. Neste estudo, para além de se ter observado uma percentagem significativa de mães (70%) que planearam a gravidez, também se verificou que existe relação estatisticamente significativa entre o planeamento desta e o desenvolvimento de competências parentais. Constatando-se ainda que as mães que planearam a gravidez têm mais competências parentais na amamentação. O planeamento da gravidez apresenta-se como um fator potenciador da amamentação, por estar relacionado com maiores recursos económicos, maior apoio social e uma atitude proactiva no desenvolvimento de competências parentais na amamentação (Ying, 2010).

Apesar da maioria das mães (98%) ter desejado a gravidez, neste estudo, não foi possível estabelecer relação entre esse fator e o desenvolvimento das competências parentais na amamentação.

No que concerne ao acompanhamento da mãe, por parte da enfermeira, durante as consultas de vigilância da gravidez, 77% das mães referiram ter desfrutado do mesmo e 50% mencionaram ter contactado com o enfermeiro pelo menos nove vezes. No entanto, não se verificou neste estudo uma relação estatisticamente significativa entre este fator e o desenvolvimento de competências parentais. Tal fato causa alguma estranheza e cria a necessidade de obter esclarecimentos adicionais sobre a forma como foi realizado o referido acompanhamento. Resultados diferentes foram obtidos num estudo realizado por Giugliani [et al.] (1995), onde se concluiu que o acompanhamento pré-natal influenciava positivamente o nível de competências parentais na amamentação. Contudo, nesse mesmo estudo também se verificou que 47% das mães com acompanhamento de enfermagem, durante as consultas de vigilância da gravidez, não receberam qualquer orientação sobre a amamentação. As consultas pré-natais têm para além de outros objetivos a promoção da educação para a saúde, constituindo momentos ideais para a realização de intervenções educativas e de sensibilização para a amamentação. É durante a realização destas consultas que se fornece informação correta, atempada e reafirmada sobre as vantagens da amamentação e a forma de resolver os problemas inerentes a este processo (Libório, 2011).

Já no que se refere à frequência de sessões de preparação para a amamentação, 37% da nossa amostra referiram ter participado nas mesmas. Tendo-se verificado, neste estudo, que a preparação para a amamentação contribui para o desenvolvimento de competências neste domínio. A literatura

(Tarkka, Paunonen e Laippala,1999; Rubin,1975 Cit. por Mercer, 2004) e os estudos realizados por Sarafana [et al.] (2006) e Deave, Johnson e Ingram (2008) realçam esta relação, bem como os benefícios da preparação pré-natal no êxito do processo da amamentação, alertando-nos para a necessidade de universalização deste tipo de aconselhamento.

No presente estudo as principais fontes de informação a que as mães recorreram para adquirir conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas sobre o processo de amamentação foram os livros, os enfermeiros e a internet. Resultados idênticos foram obtidos por Sarafana [et al.] (2006); Maia (2007); Deave, Johnson e Ingram (2008). Informar as mães sobre as vantagens e a prática da amamentação constitui uma das medidas importantes para o sucesso da amamentação, definidas pela UNICEF/OMS (Levy e Bértolo, 2008). Neste estudo observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o recurso a livros e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação, verificando-se que as mães que recorreram a livros para obter informação sobre a amamentação apresentaram mais competências parentais. O fornecimento de informação escrita sobre a amamentação tem demonstrado contribuir para o sucesso da mesma (Galvão, 2006; Lin [et al.], 2008; Ying, 2010). Contudo não se verificou relação estatisticamente significativa entre o recurso aos enfermeiros e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação, o que levanta a necessidade de se refletir sobre o tipo de aconselhamento e ajuda prestados pelos enfermeiros. Observou-se, também, que existe uma relação estatisticamente significativa entre o recurso a familiares e o nível de competências parentais na amamentação, verificando-se que as mães, que recorreram a familiares para obterem informação ou ajuda na amamentação, apresentaram menos competências parentais. Nakano [et al.] (2007) e Fujimor [et al.] (2010) consideram que muitas vezes os familiares, na tentativa de ajudar a resolver dúvidas e inseguranças, contribuem para a interrupção da amamentação. Tendo em conta que 34% (n=46) das mães recorrem a este tipo de informação impõe-se a necessidade de intervir e fornecer a estas mães esclarecimentos pertinentes, relevantes, em linguagem acessível e cientificamente sustentada (Carvalho e Tamez, 2002).

Ao analisarmos as características do parto pudemos concluir que, no que se refere ao tipo de parto, a realização de partos eutócicos e distócicos ocorreu em percentagens muito semelhantes, respetivamente 51% e 49%. Verificando-se que a

percentagem de partos por cesariana é significativamente superior à média nacional de 36,3%, apresentada pelo Instituto Nacional de Estatística relativa ao ano de 2010 (Portugal, 2011) e ultrapassa significativamente os valores propostos pelo plano nacional de saúde 2004-2010, que são de 24,8% (Portugal, 2004).

Os partos distócicos, nomeadamente as cesarianas, podem dificultar o contacto precoce e a prática imediata da amamentação devido à dor incisional e ao efeito pós-anestésico, propiciando a introdução do leite artificial. No parto eutócico o primeiro contacto mãe-filho ocorre mais precocemente, o que facilita o estabelecimento da amamentação (Faleiros, Trezza e Carandina, 2006). Por outro lado, no parto distócico a permanência no hospital é mais prolongada, propiciando um maior apoio e acompanhamento das mães, por parte da equipa de enfermagem (Warren, 2005; Galvão, 2006; Thulier e Mercer, 2009).

Neste estudo não se verificou relação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e o desenvolvimento de competências na amamentação, e uma vez que a literatura aponta divergências em relação à influência dessa variável, novos estudos devem ser realizados para investigar a influência do tipo de parto no desenvolvimento de competências parentais na amamentação.

Independentemente dos resultados considera-se importante a implementação precoce de intervenções de enfermagem que visem proporcionar o desenvolvimento das competências maternas na amamentação. Os primeiros dias após o parto constituem momentos de intensa aprendizagem para a mãe e recém-nascido, pelo que a maior parte da educação, que visa o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, deve ter lugar imediatamente após o nascimento. A promoção da aprendizagem correta de amamentar num espaço de horas após o parto constitui uma boa prática de saúde (Levy e Bértolo, 2008; Brasil, 2009c).

Relativamente à perceção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto, neste estudo, 83% (n=112) das mães consideraram a experiência positiva, o que é extremamente importante, pois segundo Levy e Bértolo (2008) os acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estadia da mãe e do recém-nascido em meio hospitalar podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento e a duração da amamentação. Galvão (2006), Sheehan, Schmied e Barclay (2009) referem que o enfermeiro pode contribuir para que as mães considerem a amamentação, uma experiência positiva; proporcionando-lhes um apoio efetivo, dando resposta às necessidades específicas de cada uma delas e ampliando a

confiança e as competências maternas. Contudo uma intervenção desadequada pode contribuir para uma experiência negativa, para o aumento da insegurança e conseqüentemente para o abandono precoce da amamentação. Os enfermeiros apresentam por vezes comportamentos desencorajadores da aprendizagem da amamentação, tais como: pressa no atendimento, excesso de pressão para a amamentação, demonstração de despreocupação, exibição de comportamentos negativos para com a mãe, ausência de assistência durante a mamada, falta de disponibilidade para a orientação, avaliação inadequada da técnica da amamentação, ausência de informações ou informações inconsistentes e a promoção de práticas inúteis. Tais condutas contribuem para o descontentamento das mães, com as suas experiências de amamentação e são descritas como desfavoráveis à iniciação e manutenção deste processo (McInnes e Chambers, 2008; Szucs, Miracle e Rosenman, 2009). Neste estudo, não foi, no entanto, possível estabelecer uma relação entre a percepção da experiência do parto e dos primeiros dias pós-parto, e o desenvolvimento de competências parentais na amamentação.

No presente estudo uma percentagem significativa de mães (61%) não tinha experiência anterior de amamentar e 50% das que tinham, apenas haviam amamentado por três meses. Apesar de a literatura relatar que a experiência prévia favorece o desenvolvimento de competências na amamentação e promove a manutenção da amamentação por mais tempo (Pereira [et al.], 2010), neste estudo não se verificou relação estatisticamente significativa entre este fator e o desenvolvimento de competências parentais.

No que diz respeito à experiência atual de amamentar: 50% das mães tinham amamentado pelo menos oito vezes e 90% entre duas e 25 vezes, o que revela uma experiência na amamentação muito restrita. Neste estudo não se verificou relação entre a percepção da experiência atual de amamentar e o nível de competências parentais, no entanto constatou-se que 98% das mães consideraram esta experiência muito positiva. Sandes [et al.] (2007) referem que uma experiência positiva de amamentar contribui para a manutenção da amamentação por mais tempo.

Relativamente ao tipo de aleitamento realizado pelas mães, constatou-se que 66% destas se encontravam a fazer amamentação exclusiva, o que fica aquém dos dados apresentados no relatório sobre o aleitamento materno em Portugal, referente aos anos de 2010 e 2011, que apresenta uma percentagem de

aleitamento materno exclusivo de 72,5%, até ao momento da alta hospitalar. A introdução precoce de leite artificial continua a ser uma prática frequente; pelo que é necessário orientar os enfermeiros para o prejuízo da mesma, na implementação e manutenção da amamentação (Sarafana [et al.], 2006; Caldeira, Moreira e Pinto, 2007; Bolton [et al.], 2009; Observatório do Aleitamento Materno, 2012). Uma das medidas importantes para o sucesso da amamentação, definidas pela UNICEF/OMS é não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica (Levy e Bértolo, 2008). Segundo um estudo efetuado por Carneiro e Galvão (2012), as crianças que efetuam suplemento na maternidade abandonam mais precocemente a amamentação.

No que se refere à ocorrência de complicações associadas à amamentação: 11% das mães apresentaram fissura e 1% ingurgitamento mamário. Embora a percentagem de ocorrência destes problemas não seja elevada, merece a nossa atenção, pois constituem fatores de risco para o sucesso da amamentação. Apesar de estar descrito na literatura que os problemas com a amamentação se devem muitas vezes à falta de competências; no presente estudo não se verificou relação estatisticamente significativa entre o nível de competências parentais na amamentação e a ocorrência de fissura ou ingurgitamento mamário nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto. Contudo apurou-se que as mães têm défices de conhecimentos sobre a diferença entre a subida do leite e o ingurgitamento mamário, os fatores de risco do ingurgitamento mamário e da fissura do mamilo e as medidas de prevenção dos mesmos.

No que se refere às habilidades, as maiores dificuldades apresentadas pelas mães foram: a interrupção da sucção antes de retirar o filho da mama, a adoção de medidas adequadas de higiene das mamas, a identificação de sinais de ingurgitamento mamário e a implementação de medidas de alívio do mesmo. Esta situação contribuiu para que os problemas inerentes à amamentação se instalem mais facilmente e se tornem verdadeiros obstáculos à manutenção da mesma (Osório e Queiroz, 2007; Carvalhães, Parada e Costa, 2007; Araújo [et al.], 2008; Thulier e Mercer, 2009, Fujimor, 2010). De salientar que, no que diz respeito à parceria de cuidados, apenas 42% (n=57) das mães tiveram oportunidade de falar com o enfermeiro, do puerpério, sobre esta temática. Os enfermeiros devem providenciar orientação antecipada, assistindo as mães na prevenção destas complicações (Mannel, Martens e Walker, 2011).

No que diz respeito à percepção materna do apoio do pai à amamentação, a maioria das mães (96%) considerou que beneficiava do mesmo. Apesar do apoio do companheiro e da família se apresentarem como fatores de extrema importância na decisão da mãe amamentar e no desenvolvimento de capacidades para fazê-lo com sucesso (Kong e Lee, 2004; Olayemi [et al.], 2007; Lowdermilk e Perry, 2008; Sousa, 2010). Neste estudo, não se verificou relação estatisticamente significativa entre o apoio do pai da criança à amamentação e o desenvolvimento de competências maternas.

Ao refletirmos sobre cuidados de enfermagem prestados, concluímos que apenas 67% das mães amamentaram na sala de partos, percentagem claramente inferior à apresentada no estudo realizado por Galvão (2006), onde 93,7% dos recém-nascidos foram amamentados na primeira meia hora após o nascimento. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento, constitui uma das medidas de sucesso do aleitamento materno definidas pela UNICEF/OMS (Levy e Bértolo, 2008). O início precoce da amamentação estimula a produção de leite materno (WHO, 2010c), tem um impacto positivo na duração da amamentação exclusiva (Pérez [et al.], 1994) e facilita a ligação emocional da mãe e do filho (Klaus, 2007). De acordo com Galvão (2006) e Carneiro e Galvão (2012), a amamentação precoce influencia o aparecimento de dificuldades, o envolvimento, a satisfação materna e a duração da amamentação.

No presente estudo apenas 57% (n=77) das mães declararam ter falado com o enfermeiro do puerpério sobre a amamentação e somente 55% (n=74) tiveram a oportunidade de negociar com ele o referido processo. Resultados idênticos foram obtidos no estudo realizado por Giugliani [et al.] (1995), onde praticamente metade das mães afirmaram não ter recebido orientação sobre a amamentação na maternidade, após o nascimento do filho, bem como num estudo realizado por Hall e Hauck (2007) onde as mães relatam falta de apoio por parte dos enfermeiros e a existência de conselhos conflitantes e inúteis. A orientação das mães sobre a amamentação no período pós-parto aumenta os seus conhecimentos sobre o assunto e, conseqüentemente, a prevalência dessa prática por um período mais longo (Giugliani [et al.], 2000; Galvão, 2006). As mães necessitam de orientação e apoio congruente, sensível, eficaz e salutar para que vivenciem esta experiência com sucesso (Nelson, 2007). A uniformidade da informação é crucial para o sucesso da intervenção de enfermagem. Segundo Galvão (2006) e Carneiro

e Galvão (2012), as mães que recebem suporte informativo adequado sobre a amamentação têm menor dificuldade em amamentar.

Relativamente aos conhecimentos sobre a amamentação, neste estudo verificou-se que as mães têm défices de conhecimentos sobre as características do colostro e do leite, o que as leva, a frequentemente considerarem o seu leite fraco ou de má qualidade. Galvão (2006) refere que a maioria dos desmames ocorre por as mães considerarem que têm pouco leite e que este é fraco. A produção insuficiente de leite deve-se na maioria dos casos a dificuldades técnicas e à inadequada gestão do processo de amamentação (Thulier e Mercer, 2009).

As mães não demonstraram igualmente conhecimentos sobre: sinais de ingestão nutricional suficiente, critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas, aumento de peso adequado do filho e medidas que estimulam ou comprometem a lactação. Isto contribuiu para uma gestão inadequada do processo de amamentação, conduzindo à perceção errónea da incapacidade para suprir as necessidades nutricionais do filho por hipo ou agalactia (Sandes [et al.], 2007; Natal e Martins, 2011) e contribui para a introdução precoce do leite adaptado (Sarafana [et al.], 2006; Thulier e Mercer, 2009).

Apesar da maioria das mães não apresentar comportamentos de risco, 65% (n=88) desconhecem a influência da sua alimentação no leite, 44% (n=4) ignoram os efeitos de fumar/fumo do tabaco nas crianças, 62% (n=39) não têm conhecimentos sobre os efeitos da ingestão de cafeína e 80% (n=8) desconhecem os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas, nas crianças. Esta situação pode conduzir a comportamentos de risco, com prejuízo para a saúde das crianças (Meleis, 2010; Mannel, Martens e Walker, 2011).

A maioria das mães desconhece ainda: as estratégias para manter a lactação/amamentação; a forma de extrair leite para armazenar; as condições e material para armazenar o leite materno e o processo de descongelamento. Este tipo de conhecimento é imprescindível para que a criança possa continuar a ser alimentada com leite materno mesmo nos períodos de ausência da mãe. Num estudo efetuado por Galvão (2006) constatou-se que 65,7 % das mães não tinham recebido qualquer orientação sobre esta temática, contudo aquelas que tinham usufruído de ensinamentos nesse sentido mantinham a amamentação por mais tempo.

Uma vez que as competências parentais na amamentação englobam os conhecimentos e as habilidades das mães relativos a este processo, este estudo

permite-nos concluir que globalmente as mães apresentam poucas competências parentais na amamentação, o que poderá constituir um fator potenciador do abandono precoce deste processo. Resultados semelhantes foram obtidos por Deave, Johnson e Ingram num estudo realizado em 2008, onde se concluiu que na generalidade os pais estavam mal preparados para a paternidade e existia a necessidade de melhorar as suas competências parentais através da educação pré-natal, onde o enfermeiro assume um papel fundamental. Os cuidados de enfermagem apresentam-se assim como imprescindíveis para o aumento das competências parentais na amamentação e para o sucesso da mesma (Azevedo, 2007).

CONTRIBUTOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SCE

A qualidade dos cuidados constitui um desiderato dos profissionais de saúde em geral e em particular dos enfermeiros. No que se refere aos cuidados de saúde infantil, a promoção, proteção e o suporte à amamentação, constituem uma prioridade dos cuidados de enfermagem.

A amamentação exclusiva da criança até aos seis meses de idade apresenta-se como uma meta preconizada pela UNICEF/OMS, mas também como um indicador da qualidade da alimentação infantil.

O sucesso da amamentação é determinado por uma multiplicidade de fatores, desde condições maternas, práticas hospitalares, fatores obstétricos, entre outros.

As competências parentais na amamentação são determinantes na adesão e manutenção deste processo e o desenvolvimento das mesmas constitui um foco de atenção para os enfermeiros. Este estudo permitiu-nos identificar algumas variáveis determinantes do desenvolvimento das competências parentais na amamentação, tais como: o nível de escolaridade, o planeamento da gravidez, a preparação para a amamentação e o recurso a livros para obtenção de informação. A identificação destes fatores é fundamental na orientação e planeamento de intervenções de enfermagem que promovam e prolonguem experiências de amamentação de sucesso.

No presente estudo foi ainda possível avaliar as competências parentais relativas à amamentação e identificar as necessidades em termos de conhecimentos e habilidades das mães relativamente a este processo.

As mães não demonstram conhecimentos sobre: características do colostro e do leite; critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas; sinais de ingestão nutricional suficiente; aumento de peso adequado do filho; medidas que estimulam ou comprometem a lactação; diferença entre a subida do leite e o

ingurgitamento mamário; fatores de risco do ingurgitamento mamário e da fissura do mamilo e medidas de prevenção dos mesmos; influência da alimentação da mãe no leite materno; estratégias para manter a lactação/amamentação; forma de extrair leite para armazenar; condições e material para armazenar o leite materno, processo de descongelamento do mesmo e efeitos da ingestão de cafeína e bebidas alcoólicas na criança.

Relativamente às habilidades, as principais dificuldades apresentadas pelas mães foram: a interrupção da sucção antes de retirar o filho da mama; a adoção de medidas adequadas de higiene das mamas; a identificação de sinais de ingurgitamento mamário e a implementação de medidas de alívio do mesmo; extração de leite manualmente ou com bomba e a identificação do efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere.

De uma forma geral, as mães apresentam déficit de competências parentais na amamentação, o que poderá constituir um fator potenciador do abandono precoce deste processo.

O enfermeiro assume um papel fundamental no desenvolvimento das competências parentais na amamentação, proporcionando informação, educação, treino de habilidades e suporte. Ele constitui ainda uma das principais fontes de informação, a que as mães recorrem para obter conhecimentos, habilidades e esclarecer dúvidas sobre o processo de amamentação. Neste estudo, não se verificou diferenças estatisticamente significativas no nível de competências parentais na amamentação, entre as mães que recorreram aos enfermeiros para obter informação e ajuda na amamentação e as que não recorreram, situação que impõe a necessidade de reflexão sobre as intervenções de educação para a saúde realizadas pelos enfermeiros. Identificaram-se ainda algumas práticas desfavoráveis à implementação e manutenção da amamentação, como: a iniciação tardia da amamentação, a introdução precoce do leite artificial, a falta de orientação e apoio no período pós-parto. Estes fatores prejudicam o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na amamentação e contribuem para o desmame precoce.

Os resultados obtidos neste estudo revelam a necessidade de questionar práticas, procedimentos e atitudes, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança do atendimento prestado às mães e recém-nascidos.

A SC, como processo promotor do desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, pode constituir um meio para a implementação de

práticas baseadas na evidência, que aumentem a qualidade do atendimento, a satisfação das mães e conseqüentemente o sucesso na amamentação.

Assim consideramos possível melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às mães e recém-nascidos através da implementação de um modelo de SC, como o modelo de Proctor (1986). Pela sua função formativa, este modelo pode proporcionar o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos enfermeiros, necessária para avaliar adequadamente: os fatores potenciais ou reais que possam interferir na capacidade das mães para amamentar; as competências parentais na amamentação e as necessidades em conhecimentos e habilidades por parte das mães. Para isso devem ser planejadas reuniões regulares, entre supervisores e supervisados, com o intuito de refletir sobre a prática, nomeadamente sobre a informação, apoio e orientação proporcionados pelos enfermeiros, às mães. Durante estas reuniões é importante refletir sobre os motivos pelos quais os enfermeiros não implementam, de forma sistemática, práticas favorecedoras da amamentação como: ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento; não dar ao recém-nascido nenhum outro líquido além do leite materno, a não ser seja por indicação médica e implementar a parceria de cuidados com os pais.

A discussão e o debate são também estratégias que podem ser utilizadas para propiciar o exercício da reflexão, tornando a compreensão da prática mais consciente e situada e gerando princípios orientadores de futuros comportamentos.

O supervisor deve incentivar a auto-supervisão, para que o supervisado desenvolva a capacidade de autocrítica e de análise das suas fragilidades.

A função formativa orienta para a formação contínua e a reflexão permanente sobre a prática, condições indispensáveis para alcançar o domínio do conhecimento científico e desenvolver habilidades clínicas e de aconselhamento, imprescindíveis para apoiar adequadamente as mães. Para isso, consideramos necessário elaborar um programa de formação a curto, médio e longo prazo, que permita a atualização contínua dos conhecimentos, dos enfermeiros, sobre as melhores práticas de promoção da amamentação.

Através da função formativa é possível orientar os supervisados, para que estes, na planificação das suas intervenções, prestem especial atenção, às mães com menor nível de escolaridade, que não planejaram a gravidez, nem efetuaram qualquer preparação para a amamentação e realçar a necessidade de implementar

estratégias que promovam o desenvolvimento das competências, dos pais, referentes: à gestão do processo de amamentação, à resolução das principais complicações inerentes a este processo, à implementação de medidas para manter a lactação até aos seis meses de idade da criança e à capacitação para extrair e conservar o leite materno.

Através da função normativa, do modelo de supervisão, é possível efetuar a avaliação contínua dos cuidados de enfermagem, por forma a atingir e manter elevados padrões de qualidade. Para isso devem ser elaborados protocolos de atuação e guias orientadores de boas práticas, que preconizem; a colheita de dados, quando a mãe entra no serviço, relativamente a: características sociodemográficas, história obstétrica, suporte social, preparação para a amamentação, características do parto e experiência de amamentar; a avaliação do nível de conhecimentos e habilidades dos pais, mediante a aplicação de um formulário, idêntico ao utilizado neste estudo, e a implementação de um processo de parceria de cuidados, que vise dar resposta as necessidades dos pais e recém-nascido.

O processo de parceria de cuidados deve contemplar a observação e avaliação da mamada, por parte do enfermeiro, de modo a identificar situações de dificuldade na amamentação e a proporcionar a aprendizagem correta de amamentar. Esta prática deve manter-se até que a mãe se sinta confiante, segura e o processo de amamentação esteja estabelecido.

A inclusão, orientação e encorajamento do pai, para que ele participe ativamente nas tarefas de apoio à mãe e nos cuidados ao filho, também deve fazer parte do processo de parceria de cuidados, pelos benefícios evidenciados no sucesso da amamentação.

A definição de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, que possibilitem a monitorização das práticas, constitui um aspeto fundamental na promoção da qualidade dos cuidados. Deste modo sugerimos o estabelecimento dos seguintes indicadores de qualidade: número mínimo de contactos entre as mães e o enfermeiro; nível de conhecimentos e habilidades demonstrados pelas mães, indispensável para a alta; estabelecimento do processo de amamentação, existência de parceria de cuidados e grau de satisfação dos pais.

A observação da prática, pelo supervisor, permite monitorizar, avaliar e identificar os aspetos que devem ser melhorados, sendo fundamental que o supervisionado receba *feedback* sobre o seu desempenho, para que mude

comportamentos, atinga e mantenha elevados padrões de qualidade, no exercício da sua prática.

Por fim, pela função reparadora, o supervisor pode proporcionar suporte e apoio ao supervisionado, para que este desenvolva competências e se torne perito nos cuidados que presta à mãe e recém-nascido.

Com a realização deste estudo ambicionamos contribuir para a elaboração de um modelo de SC que potencie a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às mães e recém-nascidos. Este apresenta naturalmente limitações: desde logo o facto de se tratar de um estudo transversal e como tal não permitir a avaliação contínua do desenvolvimento das competências parentais na amamentação ao longo de todo o período de internamento, mas apenas num único momento; por outro lado não explora as razões que determinam as práticas desfavoráveis à amamentação, que podem estar relacionadas com défices de conhecimentos, falta de motivação e/ou ausência de recursos materiais e humanos; por último, este estudo utiliza uma amostra não probabilística, de conveniência, o que limita a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003. ISBN 972-8485-35-2.

- *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem.* Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-1852-2.

ANDRADE, C. - Transição para a idade adulta: das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica* [Em linha]. Vol. 28, nº 2 (abr. 2010), p. 255-267. [Consult. 1 abr. 2012]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n2/v28n2a02.pdf.2\(XXVIII\):255-267.>](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n2/v28n2a02.pdf.2(XXVIII):255-267.>). ISSN 0870-8231.

ARAUJO, O. [et al.] - Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista brasileira enfermagem* [Em linha]. Vol. 61, nº4 (2008), p. 488-492. [Consult. 2 de nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400015>>.

AWANO, M.; SHIMADA, K. - Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal* [Em linha]. Vol. 5, nº 9 (ago. 2010), p. 5-9. [Consult. 3 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731820.23;p.5:9>>.

AZEVEDO, M. - *Cuidar da mãe e do filho: Contributos dos cuidados de enfermagem nos primeiros dias após o nascimento.* Porto. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado.

AZEVEDO, T.; ROWELL, V. - *Referenciais da Educação da Rede Municipal de Ensino de Caxias do Sul* [Em linha]. (2010). [Consult. 28 mar. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://educacao.caxias.rs.gov.br/file.php/2/referenciais/caderno1.pdf>>.

BARONA-VILAR, C.; ESCRIBÁ-AGÜIR, V.; FERRERO-GANDÍA, R. - A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery* [Em linha]. Vol. 25, nº2 (abr. 2009), p. 187-194. [Consult. 28 mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493716>>.

BARUDY, J. - *Promover el buen trato y los recursos resilientes como bases de la prevención tratamiento de las consecuencias de la violencia humana*. Conferência inaugural da Pós-Graduação em Violência Doméstica. [Em linha]. Universidade Ramon Llull. Barcelona.(2003). [Consult. 14 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.observatorioperu.com/2011/agosto/Resiliencia.El%20buen%20trato.pdf](http://www.observatorioperu.com/2011/agosto/Resiliencia.El%20buen%20trato.pdf)>.

BAXTER, P. - The CCARE model of clinical supervision: Bridging the theory-practice gap. *Nurse Education in Practice* [Em linha]. Vol. 7, nº 2 (mar. 2007), p. 103-111. [Consult. 6 de mar. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689431](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689431)>.

BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M. - *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6.

BOLTON, T. [et al.] - Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. *Journal of human lactation* [Em linha]. Vol. 25, nº 1 (fev. 2009), p. 18-27. [Consult. 13 abr. 2012]. Disponível na internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18971503](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18971503)>.

BORGES, A.; PHILIPPI, S. - Opinião de mulheres de uma unidade de saúde da família sobre a quantidade de leite materno produzido. *Revista Latino-americana Enfermagem* [Em linha]. Vol.11, nº 3 (maio/jun. 2003), p. 287-292. [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:www.Scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16536.pdf](http://www.Scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16536.pdf)>.

BOTERF, G. - *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: Asa, 2005. ISBN 972-41-4243-4.

- *Repenser La compétence. Pour dépasser les idées reçues: quinze propositions*. Paris: Eyrolles, 2008. ISBN 978-2-212-54105-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde - Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos. [Em linha]. Nº107 (2002). [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia_crianças.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/guia_crianças.pdf)>.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 2: fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores. Brasília. Ministério da Saúde [Em linha]. (2009a). [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo2.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo2.pdf)>.ISBN 978-85-334-1575-1.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de vinte horas para equipas de maternidade. Editora do Ministério da Saúde. Brasília [Em linha]. (2009b). [Consult. 1 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. *Caderno de Atenção Básica* [Em linha]. nº 23, (2009c). [Consult. 25 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/1/118-CAB_23_Saude_da_Crianca_em_01_06_09.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/8/1/118-CAB_23_Saude_da_Crianca_em_01_06_09.pdf)>.

BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. -The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (2008), p. 86-94. [Consult. 24 nov.2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ajan.com.au/vol25/ajan_25-3_brunero.pdf](http://www.ajan.com.au/vol25/ajan_25-3_brunero.pdf)>.

BUENO, L.; TERUYA, K. - Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 80, nº 5 (nov. 2004), p. 126-130. [Consult. 24 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700003](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700003)>.

CALDEIRA, T.; MOREIRA, P.; PINTO, E. - Aleitamento materno: estudo dos fatores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Nº23 (2007), p. 685-699.

CANAVAL, G. [et al.] - La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*. ISSN 1657-5997. Vol. 7, nº 1 (2007), p. 8-24.

CARDOSO, A. - tornar-se Mãe, Tornar-se Pai: Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais. Porto. 2011. Tese de Doutoramento. Documento policopiado.

CARNEIRO, P.; GALVÃO, D. - Aleitamento Materno no Concelho de Portimão aos 6 meses de vida do bebé: Fatores Condicionantes. *Nursing*. Ano 24, nº 277 (jan./fev. 2012), p. 8-12.

CARVALHAES, M.; CORRÊA, C. - Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 79, nº1 (jan./fev. 2003), p. 13-20. [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.v.79n.1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.v.79n.1)>.

CARVALHÃES, M.; PARADA, C.; COSTA, M. - Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP. *Revista Latino-americana* [Em linha]. Vol.15, nº 1 (jan/fev. 2007), p. 62-69. [Consult. 1 de nov. 2011]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a10.pdf)>.

CARVALHO, M.; TAMEZ, R. - *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. p. 115-131.

CASTRO, L.; ARAÚJO, L. - Aspectos socioculturais da amamentação. In: *Aleitamento materno: manual prático*, 2.ed. Londrina: Athalaia Gráfica e Editora, 2006.

CLOUGH, A. - Clinical supervision in primary care. *Primary health care* [Em linha]. Vol.13, nº9 (nov. 2003), p. 15-18. [Consult. 1 fev. 2008]. Disponível na Internet:<[URL: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=67938852-8dc8-4de69a861d953437b9bf%40sessionmgr111&vid=1&hid=123&bdata=Jmxhbm9c9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004037694](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=67938852-8dc8-4de69a861d953437b9bf%40sessionmgr111&vid=1&hid=123&bdata=Jmxhbm9c9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004037694)>.

CRUZ, O. - *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-054-1.

CUTCLIFFE, J.; BUTTERWORTH, T.; PROCTOR B. - *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. New York: Taylor & Francis e - Library, 2005. ISBN: 0-415-22886-7.

CUTCLIFFE, J.; LOWE, L. - A comparison of North American and european conceptualizations of clinical supervision. *Mental Health Nursing* [Em Linha]. Vol.

26 (2005), p. 475-488. [Consult. 1 de fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020063](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020063)>.

DAVIS, C.; BUKE, L. - The effectiveness of clinical supervision for a group of ward managers based in a district general hospital: an evaluative study. *Journal of Nursing Management* [Em Linha]. (ago. 2011). [Consult. 1 de fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01277.x/abstract;jsessionid=09FBC8BF8E04DA9C2CC7CCC94AA40140.d02t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01277.x/abstract;jsessionid=09FBC8BF8E04DA9C2CC7CCC94AA40140.d02t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>)>.

DEAVE, T.; JOHNSON, D.; INGRAM, J. - Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* [Em linha]. Vol. 8, nº 30 (jul. 2008). [Consult. 15 jun. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/)>.

DECRETO-LEI nº 184/9. *D.R. I Série*. Nº 184 (09-09-22), p. 6761-6763.

DEERY, R. - An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery* [Em Linha]. Vol. 21, nº 2 (jun. 2005), p. 161-176. [Consult. 1 de fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613805000136](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613805000136)>.

DEWAN, N. [et al.] - Breast-feeding knowledge and attitudes of teenage mothers in Liverpool. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [Em Linha]. Vol. 15, nº 1 (fev. 2002), p. 33-37. [Consult. 18 de jun. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903787](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11903787)>.

DOOLEY, K. [et al] - Behaviorally anchored competencies: evaluation tool for training via distance. *Human Resource Development International* [Em linha] Vol. 7, nº 3, (2004). [Consult. 19 mar. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F1367886042000210958](http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F1367886042000210958)>.

EBERSOLD, S. [et al.] - Nurses and Breastfeeding. Are you Supportive? *Nursing for Women's Health* [Em linha]. Vol. 11, nº 5 (Out/Nov. 2007), p. 482-487. [Consult. 8 nov. 2011]. Disponível na Internet: <[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-486X.2007.00216.x/a_bstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-486X.2007.00216.x/a_bstract)>.

FALEIROS, F.; TREZZA, E.; CARANDINA, L. - Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* [Em linha]. Vol. 19, nº 5 (Set./Out. 2006). [Consult. 24 jun. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010)>.

FAUGIER, J.; BUTTERWORTH, T. - *Clinical Supervision: a position paper* [Em linha]. (1994). [Consult. 8 mar. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/ClinicalSupervision1.pdf.ISBN1-898992-02-9](http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/ClinicalSupervision1.pdf.ISBN1-898992-02-9)>.

FONSECA, M. - *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-68-9.

FORSTER, D.; MACLACHLAN, H.; LUMLEY, J. - Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Breastfeed Journal* [Em linha]. Vol. 18, nº 1 (out. 2006). [Consult. 10 jan. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/18.Factorsassociatedwithbreastfeedingatsixmonthspostpartuminagr1:18](http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/18.Factorsassociatedwithbreastfeedingatsixmonthspostpartuminagr1:18)>.

FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FUJIMORI, E. [et al.] - Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface* [Em linha]. Vol. 14, nº 33. (abr./jun. 2010), p. 315-327. [Consult. 31 out. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ff89f62e-6a84-4493-b721-67543200866d%40sessionmgr114&vid=10&hid=104.v.14rn.33,p.315-27>>. ISSN 1414-3283.

GAGE, J.; EVERETT, K.; BULLOCK, L. - Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship* [Em linha]. (mar. 2006). [Consult. 30 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x/full>>.

GALVÃO, D. - *Amamentação bem-sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-8930-11-0.

GARCÍA, R. - *As competências parentais no mundo contemporâneo como fator de proteção no desenvolvimento do ser humano: um desafio para pais e profissionais*. Rio Grande. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2006. Dissertação de Mestrado.

GARRIDO, A. - A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Aveiro. Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

GIBSON-DAVIS, C. - Family structure effects on maternal and paternal parenting in low income families. *Journal of Marriage and Family* [Em linha]. Vol. 70, nº 2 (maio 2008), p. 452 - 465. [Consult. 12 de jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17413737.2008.00493.x/full>>.

GIUGLIANI, E. - O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol.76, supl.3 (2000), p. 238-252. [Consult. 24 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:[http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-S238/port_print.htm.76\(Supl.3\):s238-s52](http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-S238/port_print.htm.76(Supl.3):s238-s52)>.

- Amamentação exclusiva e sua promoção. In Carvalho, M.; Tamez, R. - *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN 85-277-1085-4.

GIUGLIANI, E. [et al.] - Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 71, nº 2 (1995), p. 77-81. [Consult. 13 jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:www.jpmed.com.br/conteudo/95-71-02-77/port.pdf>.

- Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. *Revista Chilena de Pediatria* [Em linha]. Vol. 71, nº 5 (set. 2000). [Consult. 13 Jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062000000500017&script=sci_arttext>.

GRAÇA, L.; FIGUEIREDO, M.; CONCEIÇÃO, M. - Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol.19, nº 2 (mar./abr. 2011). [Consult. 4 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf>.

GRAFFY J; TAYLOR J. - What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth* [Em linha]. Vol. 32, nº 3 (set. 2005), p. 179-186.

[Consult. 8 nov. 2011]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128971](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128971)>.

HALL, W.; HAUCK, Y. - Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* [Em linha]. Vol. 44, nº 5 (jul. 2007), p. 786-795. [Consult. 15 jun. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581077](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581077)>.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA M. - A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* [Em linha]. Vol. 17, nº 9 (maio 2008), p. 1132-1143. [Consult. 1 nov. 2011]. Disponível na Internet: <[URL:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416790](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416790)>.

HARVEY, L. - Analytic Quality Glossary. *Quality Research International* [Em linha]. (2004). [Consult. 20 mar. 2012]. Disponível na Internet :<[URL:http://www.qualityresearchinternational.com/glossary/.](http://www.qualityresearchinternational.com/glossary/)>.

HERON, J. - *Helping the Client: a Creative Practical Guide*. London: Sage Publication, 2001. ISBN: 0-7619-7289-7.

HYRKAS, K. - *Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi - profession teams*. *Academic Dissertation* [Em linha] (2002). [Consult. 22 feb. 2012.] Disponível na Internet: <[URL:http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5351-4.pdf](http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5351-4.pdf)>.

HYRKAS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATAJA, R. - Nursing and healthcare management and policy: Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 55, nº 4 (ago. 2006), p. 521-535. [Consult. 23 abr. 2012]. Disponível na Internet: [URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x/references>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x/references).

HYRKÄS, K.; LEHTI, K. - Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management* [Em linha]. Vol. 11, nº 3 (maio 2003), p. 177-188. [Consult. 23 abr. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12694365](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12694365)>.

HYRKÄS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 33, nº 4 (fev. 2001), p. 492-502. [Consult. 4 abr. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251737](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251737)>.

INTERNATIONAL BOARD OF LACTATION CONSULTANT EXAMINERS - *Competências Clínicas para a Prática de Profissionais com Certificado Internacional de Consultor em Amamentação* [Em linha]. (17 jan. 2011). [Consult. 17 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.americas.iblce.org/upload/ClinicalCompetencies_port_2011%2003%2017_final.pdf](http://www.americas.iblce.org/upload/ClinicalCompetencies_port_2011%2003%2017_final.pdf)>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Versão 2.0. Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

JANISSE, H. [et al.] - Perceived Energy for Parenting: A New Conceptualization and Scale. *Journal of Child and Family Studies* [Em linha]. Vol. 18, nº 3 (jun. 2009), p. 312-322. [Consult. 30 mar. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.mendeley.com/research/perceived-energy-parenting-new-conceptualization-scale/](http://www.mendeley.com/research/perceived-energy-parenting-new-conceptualization-scale/)>.

KING'S FUND - *Patient-centred care* [Em linha]. (31 mar. 2009). [Consult. 29 fev. 2012.] Disponível na Internet:<[URL:http://www.kingsfund.org.uk/topics/patientcentred_care/index.html](http://www.kingsfund.org.uk/topics/patientcentred_care/index.html)>.

KLAUS, M. - Mother and Infant: Early Emotional Ties. *Pediatrics* [Em linha]. Vol. 102 (8 mar. 2007), p. 1244-1246. [Consult. 26 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://breastcrawl.org/pdf/mother-and-Infant-early-emotional-ties.pdf.p.1244-1246.>](http://breastcrawl.org/pdf/mother-and-Infant-early-emotional-ties.pdf.p.1244-1246.>).

KIRKHAM, M.; STAPLETON, H. - Midwives' support needs as childbirth changes. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 32, nº 2 (ago. 2000), p. 465-472. [Consult. 26 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964196](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10964196)>.

KONG, S.; LEE, D.- Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of advanced nursing* [Em linha]. Vol. 46, nº 4 (maio. 2004), p. 369-379. [Consult. 10 jan. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117348](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117348)>.

KURINIJ, N. [et al.] - Does Maternal Employment Affect Breast-Feeding? *American Journal of Public Health* [Em linha]. Vol. 79, nº 9 (set. 1989), p. 1247-1250. [Consult. 12 maio 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349698/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349698/)>.

LE DEIST, F.; WINTERTON, J. - What Is Competence? *Human Resource Development International* [Em linha]. Vol. 8, nº 1 (mar. 2005), p. 27-46. [Consult. 20 mar. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.slideshare.net/bradpenn/what-is-competence](http://www.slideshare.net/bradpenn/what-is-competence)>.

LENNOX, S.; SKINNER, J.; FOUREUR, M. - Mentorship, preceptorship and clinical supervision: three key processes for supporting midwives. *New Zealand College of Midwives Journal* [Em linha]. (out. 2008). [Consult. 12 maio 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.thefreelibrary.com/Mentorship,+preceptorship+and+clinical+supervision%3A+three+key...-a0206107527](http://www.thefreelibrary.com/Mentorship,+preceptorship+and+clinical+supervision%3A+three+key...-a0206107527)>.

LEVY, L.; BÉRTOLO H. - *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa : Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.

LIBÓRIO, T. - *Acompanhamento da grávida em cuidados de saúde primários* [Em linha]. (set. 2011). [Consult. 12 jun. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/docs/5ano/SM_CSP.pdf](http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligeral/docs/5ano/SM_CSP.pdf)>.

LIN, C. [et al.] - Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. [Em linha]. Vol. 17, nº 21 (nov. 2008), p. 2838-2845. [Consult. 25 jun. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02289.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02289.x/full)>.

LINDAHL, B.; NORBERG, A. - Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal Of Clinical Nursing* [Em linha]. Vol.11, nº 6 (2002), p. 809-818. [Consult. 20 mar. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12427187](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12427187).doi:10.1046/j.2.2002.00652.x>.

LIU, C. [et al.] - Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 68, nº 4 (abr. 2012), p. 908-918. [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790741](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790741)>.

LOPES, M. [et. al] - Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid* [Em linha]. Vol.18, nº 2 (2009), p. 113-120. [Consult. 13 fev. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1798/179814021003.pdf>>.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

MAIA, M. - *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Porto. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de Mestrado.

MANNEL, R.; MARTENS, P.; WALKER, M. - *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-59-2.

MARQUES, E. [et al.] - A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares edos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. Vol.15 (supl.1) (jun. 2010), p. 1391-1400. [Consult. 30 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700049&script=scj_arttext>. ISSN 1413-8123.

MARTINS, J. - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, nº 2 (2008). ISSN 0873-8904.

MCFADDEN, A. [et al.] - Postnatal. Does breastfeeding really matter? A national multidisciplinary breastfeeding knowledge and skills assessment. *Midwifery Digest* [Em linha]. Vol.17, nº 1 (mar. 2007), p. 85-88 . [Consult. 11 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL:[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=9&sid=f406c5db-f89e-48ce-ac9f-87833f487d6c%40sessionmgr111&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009584991.17\(1\):85-8](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=9&sid=f406c5db-f89e-48ce-ac9f-87833f487d6c%40sessionmgr111&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009584991.17(1):85-8)>.

MCLNNES, R.; CHAMBERS J. - Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 62, nº 4 (maio 2008), p. 407-427. [Consult. 6 nov. 2011]. Disponível na Internet<URL:<http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476941>>.

MCSHERRY, R. - Clinical supervision and clinical governance. *Nursing Times* [Em linha]. Vol. 98, nº 23 (jun de 2002), p. 30. [Consult. 24 maio 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-researchclinical-supervision-and-clinical-governance/206333.article>>.

MELEIS, A. - *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 4ª ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-2.

– *Transitions Theory: Middle - Range and Situation - Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, A. [et al.] - *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances In Nursing Science*. Vol. 23, nº 1, Set. 2000, p. 12-28.

MELO, F. [et al.] - *Sistematização da Assistência de Enfermagem em Alojamento Conjunto*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem [Em linha]. (dez. 2009). [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01723.pdf>.

MERCER, R. - Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship* [Em linha]. Vol. 36, nº 3 (2004), p. 226-232. [Consult. 6 nov.

2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>>.

MILLS, J.; FRANCIS, K., BONNER A. - Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural and Remote Health* [Em linha], nº 5 (2005), p. 410. [Consult. 8 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?articleid=410>>.

MOORHEAD, S. [et al.] - *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-343-5.

MOURA-RAMOS, M.; CANAVARRO, M. C. - Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica* [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (2007), p. 399-413. [Consult. 1 abr. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/109>>. ISSN 0870-8231.

NAKANO, A. [et al.] - Women' s social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 15, nº 2 (2007), p. 230-238. [Consult. 1 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200007>. ISSN 0104-1169.

NATAL, S.; MARTINS, R. - Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium*. Nº40 (2011), p. 39-51.

NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING AND MIDWIFERY - *Clinical Supervision: A Structured Approach to Best Practice* [Em linha]. (sept. 2008). [Consult. 1 feb. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>>.

NELSON, A. - Maternal-newborn nurses experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol.60, nº 1 (out. 2007), p. 29-38. [Consult. 15 jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04373.x/full>>.

NHS - Clinical supervision policy [Em linha]. (mar. 2006). [Consult. 31 jan. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.erypct.nhs.uk/upload/HERHIS/East%20Riding%20PCTs/Document%20Store/Policies/CP%2032%20CLINICAL%20UPREVISION%20POLICY.pdf>>.

- High quality care for all: NHS Next Stage Review final report [Em linha]. (30 jun. 2008). [Consult. 29 fev. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825>. ISBN 978-0-10-174322-8.

- Policy and Framework for Clinical Supervision for All Professional and Support Staff [Em linha]. TP019. (jun. 2011). [Consult. 10 de mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.onelcommunityservices.nhs.uk/content_files/staff_file_s/Policies/NHSLA_policies/Clinical_Supervision_Policy_and_Framework.pdf>.

NHS - NMAHP Supervision: Supporting Learning Environments [Em linha]. [Consult. 4 mar. 2012]. Disponível na Internet :<URL:<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/nmahpsupervision/participation/models-of-supervision/theoretical-models.aspx>>.

NHS FOUNDATION TRUST - Clinical and management supervision for all bhft staff (clinical and non-clinical staff). Berkshire Healthcare NHS Foundation Trust [Em linha]. (mar. 2011). [Consult. 20 fev. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.berkshirehealthcare.nhs.uk/_store/documents/ccr097clinicalandmanagementsupervisionversion3.pdf>.

NHS LANARKSHIRE - Professional/Clinical Supervision Handbook for Allied Health Professionals [Em linha]. Version I.(abr. 2010). [Consult. 4 mar. 2012] Disponível na Internet:<URL:[http://www.lanpdc.scot.nhs.uk/Resources/Lists/Publications/Attachments/52/Prof-Clini-Super-%20AHPS\(2\).pdf](http://www.lanpdc.scot.nhs.uk/Resources/Lists/Publications/Attachments/52/Prof-Clini-Super-%20AHPS(2).pdf)>.

NHS LEICESTERSHIRE COUNTY AND RUTLAND - Clinical Supervision Policy [Em linha]. (fev. 2009). [Consult. 30 jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://documents.lcrchs.nhs.uk/Library/GP003ClinicalSupervisionPolicyFinalDraftDec08.pdf>>.

NHS PLYMOUTH - Clinical Supervision Policy Version Head of Clinical Psychology Services [Em linha]. Version II, nº1 (fev. 2011). [Consult. 20 de fev. de 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.plymouthpct.nhs.uk/CorporateInformation/policiesprocedures/Documents/Clinical%20Guidance/Clin%20Supervision%20v2.1.pdf>>.

NICHOLLS, L. ; WEBB, C. - What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Nº 56, (nov. 2006). p. 414-429. [Consult. 15 de fev. 2012.]. Disponível na Internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x/full>>.

NUNES, L. - Ética na Investigação em Enfermagem. Fundamentos e horizontes. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-67-7.

NURSING & MIDWIFERY COUNCIL - Clinical Supervision for Registered Nurses [Em linha]. (abr. 2008). [Consult. 25 jan. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.nmc-uk.org/About-us/>>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Estado da Arte. [Em linha]. (25 fev. 2010). [Consult. 29 fev. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.observaport.org/node/25>>.

OLAYEMI, O. [et al.] - The influence of social support on the duration of breast-feeding among antenatal patients in Ibadan. *Journal of Obstetrics Gynaecology* [Em linha]. Vol. 27, nº 8. (nov . 2007), p. 802-805. [Consult. 7 nov. 2011]. Disponível na Internet:< URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18097898>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos [Em linha]. (dez. 2001). [Consult. 21 de mar. 2012]. Disponível na Internet :<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

– Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar* [Em linha]. (out. 2003). [Consult. 21 de mar. 2012] Disponível na Internet :<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>.

– Investigação em Enfermagem:Tomada de posição[Em linha]. (26 abr. 2006). [Consult. 24 abr. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/.../TomadaPosicao_26Ab>.

– Consentimento Informado [Em linha]. (15 mar. 2007). [Consult. 24 abr. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>.EP02/07.>.

– Caderno temático. Modelo de Desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências [Em linha]. (jan. 2010). [Consult. 26 jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>>.

– Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem [Em linha]. (out. 2011), p. 9. [Consult. 23 de jan. 2012]. Disponível na Internet :<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>>.

OSORIO, C.; QUEIROZ, A. - Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Revista de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 11, nº 2 (jun. 2007), p. 261-267. [Consult. 1 de nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/eam/v11n2/v11n2a12.pdf>>.

PAJAK, E. - Clinical supervision and psychological functions: a new direction for theory and practices [Em linha]. Vol. 17, nº 3 (mar. 2002), p. 189. [Consult. 25 de mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:[http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=3b0724b2-6129-4aca-9c86-bbe16e1e9029%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ehh&AN=6558835.17\(3\):189.>](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=3b0724b2-6129-4aca-9c86-bbe16e1e9029%40sessionmgr12&vid=1&hid=21&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ehh&AN=6558835.17(3):189.>)>.

PEREIRA, R. [et al.] - Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública* [Em linha]. Vol. 26, nº 12 (jan. 2010), p. 2343-2354. [Consult. 14 de jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf>>.

PÉREZ, R. [et al.] - Infant-feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success - an analytical overview. *American Journal of Public Health* [Em linha]. Vol. 84, nº 1 (1 jan. 1994), p. 89-97. [Consult. 26 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL:[http://web.Ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=642c7474-3e82-428c-b35e-3673b4139e23%40sessionmgr104&vid=2&hid=108.84\(1\):89-97](http://web.Ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=642c7474-3e82-428c-b35e-3673b4139e23%40sessionmgr104&vid=2&hid=108.84(1):89-97)>.

PERRENOUD, P. - Construire des compétences, tout un programme. *Vie pédagogique* [Em linha], p. 16-20. (set-out. 1999). [Consult. 20 mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_14.html>.

– Construindo competências. *Nova Escola* [Em linha]. (Set. 2000), p. 19-31. [Consult. 13 mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.htm>.

PERRENOUD, P. [et al.] - Formando Professores Profissionais: Quais estratégias? Quais competências? Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. ISBN 85-7307-774-3.

PERRENOUD, P.; THURLER, M. - As competências para ensinar no século XXI: A formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-363-0021-3.

PESSOA, M. - A qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Nº 4 (out./nov./dez 2005), p. 49-52.

PIAZZALUNGA, C.; LAMOUNIER, J. - O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Revista Médica de Minas Gerais* [Em linha]. Vol.11, nº 2 (2011), p. 133-141. [Consult. 30 de jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/.../361/346>>.

PINTO, A. - Metodologia do trabalho científico: planejamento, estrutura e apresentação de trabalhos acadêmicos, segundo as normas da ABNT. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [Em linha]. (fev. 2010). [Consult. 19 de jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.iceg.pucminas.br/ApostilaMetdologiaCientificaAdministracao.pdf>>.

PINTO, T. - Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade: Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta [Em linha]. Vol. 22, nº 2-3 (2008), p. 57-68 [Consult. 19 de jan. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0871-3413.

PIRES, R. - Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional. Aveiro. Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção- Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos [Em linha]. Vol. I (2004). [Consult. 11 mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_61.html>.

- Departamento da Qualidade na Saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde [Em linha] (2009). [Consult. 29 fev.2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf>.

- Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços [Em linha]. (dez. 2010). [Consult. 11 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/>>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [Em linha]. (2011). [Consult. 30 maio. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://portal.iefp.pt/portal/page?_pageid=177,139188&_dad=g_portal_iefp&_schema=GOV_PORTAL_IIEFP&id=4>.

- Anuário Estatístico de Portugal. Destaque [Em linha]. (jan. 2012). [Consult. 8 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Observatório do aleitamento materno. Registo do Aleitamento Materno: Relatório julho 2010-junho 2011 [Em linha]. (fev.2012). [Consult. 19 maio. 2012]. Disponível na Internet: <URL: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>.

PROCTOR, B. - Supervision: a co-operative exercise in accountability. Marken, M., Payne, M. Enabling and Ensuring Supervision in Practice. National Youth Bureau and the Council for Education and Training in Youth and Community Work. Leicester, 1986. p. 21-34.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 978-972-662-275-8.

RAMOS, M. [et al.] - A adaptação paterna na transição para a parentalidade .*Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología* [Em linha]. Vol.10, nº 2 (2005). [Consult. 1 Abr. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155531](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155531)>.ISSN1579-4113.

RANCOURT, L. [et al.] - Guide d'évaluation des capacités parentales: adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans. 3 ed. Montréal : Centre Jeunesse de Montréal, 2006.

RIBEIRO, J. - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Oliveira de Azeméis: Legis, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.

RIBEIRO, O. [et al.] - Qualidade dos Cuidados de Saúde. Millenium [Em linha] nº 35 (nov. 2008). [Consult. 29 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357](http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357)>.

ROLDÃO, M. - Gestão do Currículo e Avaliação de competências: as questões dos professores. Lisboa: Editorial Presença, 2003. ISBN 972-23-3086-1.

SANCHES, M. - Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 80, nº 5 (2004), p. 155-162. [Consult. 23 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a07.pdf.v.80,n.5,p.s155-62](http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a07.pdf.v.80,n.5,p.s155-62)>.

SANDES, A. [et al.] - Aleitamento Materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa* [Em linha]. II Série, Vol. 20, nº 3 (Maio/Jun. 2007), p. 193-200. [Consult. 30 out. 2011]. Disponível na Internet <[URL:http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/193-200.pdf.20:193-200](http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/193-200.pdf.20:193-200)>.

SANTOS, L. - Tópicos sobre Educação, Metodologia da Pesquisa Científica, Direito. Salvador: Quarteto, 2007. ISBN: 9788587243690.

SARAFANA, S. [et al.] - Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Ano 1, nº 37 (2006), p. 9-14.

SCHMIDT, R.; WRISBERG, C. - Aprendizagem e performance motora: uma abordagem da aprendizagem baseada no problema. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 8573077964.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. - Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* [Em linha]. Vol. 26, nº 2, (1994). p. 119-127 [Consult. 19 abr. 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf](http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf)>.

SCHUMACHER, K.; JONES, P. ; MELEIS, A. - Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. Pennsylvania: School of Nursing Departmental Papers, 1999.

SCHYVE, P. - Healthcare organizations. A guide to joint commission leadership standards. San Diego: The Governance Institute, 2009.

SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics* [Em linha]. (2001). [Consult. 23 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfvie](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfvie)>

[wer/pdfviewer?sid=b4bc2c39-d21e-4ca8-83e4-2e2a300b7061%40sessionmgr10&vid=2&hid=112.>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609044).

SEVERINSSON, E.; HARUNA, M.; FRIBERG, F. - Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model - a pilot study. *Journal of Nursing Management* [Em linha]. Vol.18, nº 4 (maio 2010), p. 400-408. [Consult. 23 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609044](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609044)>.

SEVERINSSON, E.; SAND, Å. - Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. *Journal of Nursing Management* [Em linha]. Vol. 18 (2010), p. 669-677. [Consult. 23 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-)>.

SHANLEY, M.; STEVENSON, C. - Clinical Supervision revisited. *Journal of Nursing Management* [Em linha]. Vol. 14, nº 8 (2006), p. 586-592. [Consult. 1 fev. 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.mendeley.com/research/clinical-supervision-revisited/#page-1](http://www.mendeley.com/research/clinical-supervision-revisited/#page-1)>.

SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L.- Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal & Child Nutrition* [Em linha]. Vol. 5, nº 2 (abr. 2009), p. 138-150. [Consult. 6 nov. 2011]. Disponível na Internet:<[SOUSA, A. - Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese. São Paulo. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2010. Dissertação de Mestrado.](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=072813e5-2982-4e37-a469-31436a0ab831%40sessionmgr13&vid=5&hid=7.55(2):138-50(54ref).>>.</p></div><div data-bbox=)

SZUCS, K.; MIRACLE, D.; ROSENMAN, M. - Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeeding Medicine* [Em linha]. Vol.4, nº 1 (mar. 2009), p. 31-42 [Consult. 13 nov. 2011]. Disponível na Internet :<[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19196036](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19196036)>.

TARKKA, M. - Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 41, nº 3 (fev. 2003), p. 233-240. [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02524.x/full.>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02524.x/full.>)>.

TARKKA, M.; PAUNONEN, M.; LAIPPALA, P. - What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth* [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (Set. 1998), p. 175-181. [Consult. 12 maio 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=afe3a652-a388-45a0-9919-a96de21fe285%40sessionmgr114&vid=1&hid=125&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=1998066635.>](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=afe3a652-a388-45a0-9919-a96de21fe285%40sessionmgr114&vid=1&hid=125&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=1998066635.>)>.

- Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 29, nº 1 (Jan.1999), p. 113-118. [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet: <[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00868.x/full.>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00868.x/full.>)>.

- First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of advanced nursing* [Em linha]. Vol. 31, nº 1 (jan. 2000), p. 20-26. [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet:<[URL:http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01264.x/full.>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01264.x/full.>)>.

TAYLOR, J.; CABRAL, H. - Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *Journal of Family Practice* [Em linha]. Vol. 51, nº 5 (maio 2002), p. 431-436. [Consult. 16 maio 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12019050>.51(5):431-6.>.

TEIXEIRA, M.; NITSCHKE, R. - Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres - avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto Contexto Enfermagem* [Em linha]. Vol.17, nº 1 (jan/mar. 2008), p. 183-191. [Consult. 30 out. 2011]. Disponível na Internet: <URL:[http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.j.17\(1\),p.183-91](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.j.17(1),p.183-91)>.

THULIER, D.; MERCER, J. - Variables associated with breastfeeding duration. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Em linha]. Vol. 38, nº 3 (maio/jun. 2009), p. 259-268. [Consult. 13 abr. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b738e67a-9dc1-4fbf-a562-b533d5d0dde4%40sessionmgr11&vid=4&hid=11>>.

TOKUMARU, R. [et al.] - Diferenças no investimento materno em função de variáveis socioambientais. *Estudos de Psicologia* [Em linha]. Vol.16, nº1 (jan./abr. 2011), p. 49-55. [Consult. jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a07v16n1.pdf>>.

UNICEF; OMS - Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento. manual do participante. São Paulo: Ed. Nelson Francisco Brandão. [Em linha]. (1995). [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S0034-71672011000200014001&lng=en>.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 2: fortalecendo e sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores. Brasília. Ministério da Saúde. [Em linha]. (2009a). [Consult. 27 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo2.pdf>.ISBN 978-85-334-1575-1.

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de vinte horas para equipas de maternidade. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. [Em linha]. (2009b). [Consult. 1 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modulo3_ihac_alta.pdf>.

VALENTE, S. - Parâmetros curriculares e avaliação nas perspectivas do estado e da escola. Marília: Universidade Estadual Paulista, 2002. Tese de Doutorado.

VENANCIO, S. - Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 79, nº 1 (2003). [Consult. 27 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a01.pdf>.Vol.79,Nº1>.

WALSH, K. [et al.] - Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International journal of nursing practice* [Em linha]. Vol. 9, nº1 (fev. 2003), p. 33-39. [Consult. 11 mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-172X.2003.00400.x/abstract;jsessionid=B47DBB579C303E39918A20518C3BB225.d01t03>>.

WARREN, P. - First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 50, nº 5 (2005), p. 479-488. [Consult. 11 maio 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x/full>>.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical Supervision: models, measures and best practice. *Australian College of Mental Health Nurses Inc.* [Em linha]. (nov. 2007). [Consult. 8 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.acmhn.org/images/stories/Media/Monographs/pub_monograph_2002.pdf. ISBN 0958189005.>.

- Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing Times.net* [Em linha]. (abr. 2010). [Consult. 8 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20462102>>

WINTERTON, J.; DELAMARE, F.; STRINGFELLOW, E. - Typology of knowledge, skills and competences: Clarification of the concept and prototype. Office for Official Publications of the European Communities [Em linha]. (2006). [Consult. 19 mar. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.evta.net/website_docs/typologiesofksc_2011.pdf>. ISBN 92-896-0427-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Infant and young child feeding. WHO global report [Em linha]. Geneva, (2010a). [Consult. 06 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/s342/en/index.html>. FactsheetN°342.>.

- Infant and young child feeding data by country. WHO global report [Em linha]. Geneva, (2010b). [Consult. 30 out. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.who.int/nutrition/atabases/infantfeeding/countries/en/index.html>>.

- Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 3: country profiles. WHO global report [Em linha]. Geneva, (2010c). [Consult. 06 nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599757_eng.pdf>.

- 10 facts on breastfeeding. WHO global report [Em linha]. Geneva, (jul. 2011a). [Consult. 30 out. 2011]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.ht>>.

- Strengthening Midwifery Toolkit: Supervision of Midwives: Module 7. [Em linha]. (jul. 2011b). [Consult. 24 maio 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module7_eng.pdf>.

YING, L. - Breastfeeding Intention Among Pregnant Hong Kong Chinese Women. *Maternal and Child Health Journal* [Em linha]. Vol. 14, nº 5 (2010), p. 790-798. [Consult. 24 jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.springerlink.com/content/u875325655426714/fulltext.html>>.

ZABALA, A.; ARNAU, L. - Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2171-4.

ZHOU, Q.; YOUNGER, K.; KEARNEY, J.- An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. *BMC Public Health* [Em linha]. Vol. 10 (nov. 2010), p. 722. [Consult. 8 jun. 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/722>>.

ANEXOS

ANEXO I

I_ACP adaptado

Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP) adaptado

ID. _____

1 Idade: _____ anos | 2 Escolaridade: _____ anos | 3 Profissão: _____

4 Coabita com o pai não sim

GRAVIDEZ

5 Gesta: _____ 6 Para: _____

7 Gravidez planeada: não sim | 8 Gravidez desejada: não sim | 9 Complicações: não sim: (especificar) _____

10 Acompanhamento de enfermagem na consulta: não sim | 11 Se sim nº de vezes _____

12 Frequentou sessões de preparação para: o parto: não sim | 13 a parentalidade: não sim | 14 a amamentação: não sim

15 FONTES DE INFORMAÇÃO encontrou ajuda/informação junto de:

Livros Internet Familiares Outras mães Enfermeiro Conselheira da amamentação Médico Outros _____
 Nenhuma

SUPORTE SOCIAL (previsão)

16 Quem cuidará do bebé: mãe pai outro _____

17 Vai ter ajuda para cuidar do bebé: não sim

18 Tipo de ajuda: tomar conta do bebé nos cuidados ao bebé na amamentação nas tarefas domésticas outras _____

PARTO E NASCIMENTO : 19 Data do parto: _____ / _____ / _____

20 CONTACTO AO DIA _____

21 Tipo de parto: eutócico ventosa fórceps cesariana

Complicações: 22 durante o parto: não sim: (especificar) _____ 23 pós-parto: não sim: (especificar) _____

24 Experiência do parto (s) e 1.º dias: negativa positiva

CRIANÇA: Apgar: 25 1.º min _____ / 26 5.º min _____ 27 Peso: _____ g

28 Complicações neonatais: não sim: (especificar) _____

EM RELAÇÃO AO AMAMENTAR

29 Experiência anterior de amamentar não sim | 30 Se sim: Duração _____ (meses, último tiro) | 31 Apreciação da experiência: negativa positiva

32 Motivo para ter deixado de amamentar: _____

33 Expectativa atual: Intenção de amamentar Impossibilidade de amamentar 34 (especificar motivo): _____

35 Amamentou na sala de partos não sim

36 Alguém já lhe falou sobre a amamentação desde que chegou ao serviço do puerpério? não sim 37 Quem _____

38 Está a amamentar não sim 39 nº de vezes que amamentou _____ 40 Se Não amamenta, motivo: _____

41 Amamenta exclusivo misto

42 Perceção experiência amamentar: negativa positiva

43 O Pai apoia a amamentação não sim

EM RELAÇÃO À PARCERIA DE CUIDADOS

O enfermeiro do puerpério negociou com a mãe:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 44. <u>O processo da amamentação</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | 50. <u>Assegurar higiene do bebé</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 45. <u>Alimentar a criança</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | 51. <u>Manter a pele saudável</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 46. <u>Colocar a eructar</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | 52. <u>Vestir/despir</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 47. <u>Lidar com a requisição</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | 53. <u>Lidar com entema da fralda</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 48. <u>Atender ao choro</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | 54. <u>Garantir segurança e prevenir acidentes</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 49. <u>Lidar com a fissura/inquirtamento mamário</u> | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim | | |

CONHECIMENTOS NA AMAMENTAÇÃO

	não	sim		não	sim
55. Benefícios da amamentação	____/	____	69. Fatores de <u>risco de ingurgitamento mamário</u>	____/	____
56. Características do <u>colostró</u> e do leite	____/	____	70. Medidas de prevenção do ingurgitamento mamário	____/	____
57. Critérios para decidir quando <u>oferecer 1 ou as 2 mamas</u>	____/	____	71. Fatores de <u>risco de fissura do mamilo</u>	____/	____
58. Critérios para decidir o <u>intervalo e duração</u> das mamadas	____/	____	72. Medidas de <u>prevenção de fissura do mamilo</u>	____/	____
59. Sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u>	____/	____	73. Influência da <u>alimentação da mãe</u> no leite (composição)	____/	____
60. Sinais de <u>fome</u>	____/	____	74. Estratégias para <u>manter a lactação/amamentação</u>	____/	____
61. Sinais de <u>saciedade</u>	____/	____	75. Como <u>extrair leite</u> para armazenar	____/	____
62. <u>Aumento de peso adequado</u>	____/	____	76. <u>Condições e material</u> para armazenar leite materno	____/	____
63. <u>Posição</u> da mãe e do filho	____/	____	77. Como <u>descongelar</u> o leite materno	____/	____
64. Sinais de <u>pega adequada</u>	____/	____	78. Efeitos de <u>fumar/fumo do tabaco</u> na criança <input type="checkbox"/> não se aplica	____/	____
65. Estratégias para <u>manter o bebé acordado</u> durante a mamada	____/	____	79. Efeitos da <u>ingestão de cafeína</u> na criança <input type="checkbox"/> não se aplica	____/	____
66. Sinais de <u>produção e libertação de leite</u>	____/	____	80. Efeitos da <u>ingestão de bebidas alcoólicas</u> na criança <input type="checkbox"/> não se aplica	____/	____
67. Medidas que <u>estimulam/comprometem a lactação</u>	____/	____			
68. Diferença entre a <u>subida de leite</u> vs ingurgitamento mamário	____/	____			

HABILIDADES NA AMAMENTAÇÃO

		Não demonstrado	/ demonstrado
Se amamenta é <u>capaz</u> de:		____/	____
81. Gerir a <u>Frequência</u> das refeições		____/	____
82. Identificar as necessidades <u>nutricionais e hídricas</u>		____/	____
83. Percecionar a <u>suficiência e a qualidade</u> do leite		____/	____
84. Identificar sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u>	...perceber se a quantidade de leite que a criança ingere é suficiente para suprir as necessidades nutricionais.	____/	____
85. Identificar sinais de <u>fome</u>	...reconhecer quando tem fome.	____/	____
86. Identificar sinais de <u>ejeção de leite</u>	...reconhecer se o leite está a fluir durante a mamada.	____/	____
87. Adotar <u>posição</u> confortável e posicionar a criança	...adoptar uma posição confortável, garantindo que abocanha parte significativa da aréola.	____/	____
88. Assegurar <u>pega adequada</u>		____/	____
89. <u>Estimular a criança</u> durante a mamada, mantendo-a acordada	...mantê-lo acordado durante a mamada.	____/	____
90. <u>Interromper a sucção</u> antes de retirar a criança da mama	...garantir a integridade da pele da mama, através da higiene adequada e da interrupção a sucção (quando necessário).	____/	____
91. Adotar medidas adequadas de <u>higiene das mamas</u>		____/	____
92. Reconhecer o <u>efeito na criança dos alimentos</u> que a mãe ingere	...identificar os efeitos provocados pelos alimentos que ingere na criança.	____/	____
Em relação a <u>fissura</u> (<input type="checkbox"/> não se aplica) é <u>capaz</u> de:	93. Fissura do mamilo <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> risco de		
94. Reconhecer sinais de <u>fissura do mamilo</u>	...identificar se o mamilo tem fissura.	____/	____
95. Implementar medidas de <u>tratamento</u>	... saber o que fazer para promover a cicatrização e monitorizar a evolução.	____/	____
Em relação a <u>ingurgitamento mamário</u> (<input type="checkbox"/> não se aplica) é <u>capaz</u> de:	96. IM <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> risco de		
97. Reconhecer sinais de <u>IM</u>		____/	____
98. Implementar medidas de <u>alívio</u> do IM		____/	____
99. <u>Extrair leite</u> manualmente/com bomba		____/	____
100. <u>Não foram avaliadas as habilidades</u> <input type="checkbox"/> motivo _____			

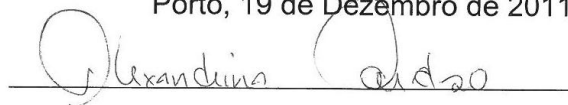
ANEXO II

Autorização para a utilização do I_ACP

Assunto: Autorização da utilização do Instrumento de Avaliação das Competências Parentais (I_ACP)

Alexandrina Maria Ramos Cardoso, professora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do I_ACP vem por este meio, autorizar a utilização do referido instrumento, no estudo intitulado ***Competências parentais na amamentação: Contributos para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem***, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP.

Porto, 19 de Dezembro de 2011



Alexandrina Cardoso

ANEXO III

Critérios de diagnóstico, para avaliação dos conhecimentos e das habilidades na amamentação

Competências Parentais

Avaliação dos conhecimentos e habilidades na amamentação

| Especificações |

Em relação ao AMAMENTAR , tem conhecimento sobre :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benefícios da amamentação 	<p>Facilita a perda de peso após o parto (consumo de calorias na produção de leite ajuda a desgastar as reservas acumuladas durante a gravidez); facilita o retorno do útero ao tamanho semelhante ao pré-gravídico (por estimulação da ocitocina, produzida para a liberação do leite, sobre o útero, provocando contrações); do ponto de vista prático: é rápido de "preparar", está à temperatura adequada, é gratuito; é uma experiência materna insubstituível – ninguém o pode fazer pela mãe; o leite materno é o melhor alimento para o bebê até aos 6 meses de vida;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Características do colostro e do leite 	<p>O leite materno é a melhor fonte nutricional para os primeiros 6 meses de vida; possui a quantidade apropriada de hidratos de carbono, proteínas e gordura, fornece os minerais, as vitaminas e as hormonas que a criança precisa para o seu crescimento; contém anticorpos maternos que ajudam na proteção contra infeções;</p> <p>O colostro é amarelo e cremoso, tem baixo teor em gordura e elevado em hidratos de carbono, proteínas e anticorpos, elevada digestibilidade; a sua composição química varia de dia para dia, de modo a suprir as necessidades nutricionais do bebê; atua como uma capa protetora do tubo digestivo do bebê, se este ingerir água ou substitutos alimentares, esta capa pode ser removida, facilitando a ocorrência de infeções; contém mais proteínas e vitamina A do que o leite maduro; tem efeito laxante, ajudando o bebê a eliminar o mecônio (primeiras eliminações intestinais do bebê, de cor negra) e a diminuir o risco de icterícia; produzido em quantidades reduzidas, o que facilita o funcionamento do estômago e rins do bebê, que ainda não comportam grandes volumes de líquido;</p> <p>Quatro a cinco dias após o parto (após a subida do leite), surge o leite de transição, em maior quantidade e com coloração acinzentada; - contém todos os macro-nutrientes – proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerais e água – nas quantidades que o bebê necessita. Muda consoante a hora do dia, a duração da mamada, as necessidades do bebê, e as doenças com que a mãe tenha tido contacto; este leite apresenta diferentes características ao longo da mamada: no início da mamada é mais aguado (contém proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água) e no final da mamada contém mais gordura (parece mais branco do que o leite do começo porque contém mais gordura; a gordura torna o leite do fim mais rico em energia);</p> <p>O leite maduro surge aproximadamente 15 dias após o parto; aumenta em quantidade (o seu volume aumenta de 700 a 800ml/24h) e muda seu aspeto e composição contendo todos os nutrientes que a criança precisa para crescer;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crítérios para decidir quando oferecer 1 ou as 2 mamas 	<p>Nos primeiros dias após o parto oferecer as 2 mamas (10 a 15 minutos em cada), para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada;</p> <p>Após a subida do leite, que ocorre entre o 2.º/5.º dia pós-parto, é importante esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra; na mamada seguinte, iniciar a mamada pela mama mais cheia, isto é, na mama onde o bebê mamou menos tempo; a justificação para esta alteração tem a ver com as alterações das características do leite ao longo da mamada. O leite inicial é mais rico em água e sais minerais enquanto o leite final é mais rico em gorduras.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crítérios para decidir o intervalo e duração das mamadas 	<p>O bebê deve ser alimentado em regime livre, isto é, em horário flexível; os aspetos a considerar são - hora e duração da última mamada; características da sucção; pausas durante a mamada; características da criança; sinais de saciedade; os intervalos podem variar entre 2h30m e as 4h30m durante o dia e ir até às 5h durante a noite (garantindo 6-10 refeições, nas 24 horas); este horário deve manter-se também durante a noite; nos primeiros dias, as mamadas são geralmente curtas, mas com o aumento da produção de leite a duração pode ir aumentando, estabilizando em torno dos 20 minutos; mas este tempo varia conforme as características da criança – algumas crianças conseguem esvaziar a mama em alguns minutos enquanto outras demoram meia hora.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais de ingestão nutricional suficiente 	<p>Seis ou+ micções/dia; uma ou + dejeções moles, amareladas por dia; aumento de peso - um ganho de peso de 25g por dia a partir do 10.º-14.º dia de vida; sinais de saciedade após a refeição - após a mamada fica calmo, adormece; apresenta bom turgor da pele e bom tônus muscular;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais de fome 	<p>Acordado; procura abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal; procura o mamilo, suga vigorosamente nos dedos, mostra-se inquieto; choro forte, arquejar as costas e dificuldade em adaptar-se à mama são sinais tardios de fome; nesta altura, é necessário pegar no bebê ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar; alguns bebês são muito calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem detetados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação; outros bebês acordam de repente e ficam aborrecidos se não são alimentados imediatamente;</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais de saciedade 	<p>Sucção mais lenta; larga espontaneamente a mama; fica relaxado ou adormece após a refeição, chora com moderação e está interessado na socialização;</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Posição da mãe e do filho</u> 	<p><i>Condições prévias: lavar as mãos, promover um ambiente calmo e relaxante, sem estímulos agressivos (a produção de ocitocina, hormona responsável pela contração das células mioepiteliais e pela ejeção do leite, apenas se dará se a mãe estiver relaxada e houver estimulação da libertação pelo contacto ocular mãe/bebé e pela sensação táctil da boca do bebé na mama).</i></p> <p><i>Mãe em <u>posição confortável</u>, com as costas e pés apoiados (se sentada) - uma postura correcta (com a coluna vertebral alinhada, e não curvada sobre o bebé) evita lombalgias, mantém os níveis de conforto durante a mamada, e promove o relaxamento; o mais importante na posição relativa é posicionar o bebé de modo a que este encare a mama de frente, sem necessidade de voltar a cabeça para mamar; a criança deve estar com corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão e boca e nariz ao nível da mama;</i></p> <p><i>Para <u>estimular pega adequada</u>: tocar os lábios do bebé com o mamilo, de modo a abrir a boca, esperar até que a boca do bebé esteja bem aberta, e depois mover o bebé até à mama, a boca do bebé deve estar bem aberta para conter uma grande porção de aréola, apontar o lábio inferior do bebé bem abaixo do mamilo, de modo que o seu queixo e lábio inferior toquem a mama antes do lábio superior; levar o bebé até à mama e não a mãe ao bebé. Se necessário pode colocar-se uma almofada no colo para elevar o bebé ao nível da mama sem necessidade de suportar todo o seu peso nos braços. Na posição de decúbito lateral, a boca do bebé deve ficar ao nível do mamilo.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sinais de pega adequada</u> 	<p><i>O corpo e cabeça do bebé estão alinhados; a cabeça está em ligeira extensão; o queixo do bebé toca a mama; o bebé respira livremente; a boca está bem aberta; os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior; o bebé suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; o bebé está calmo e mantém-se adaptado à mama;</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada</u> 	<p><i>Estimular com toques suaves a planta dos pés, as orelhas e/ou o nariz do bebé (as plantas dos pés, orelhas e nariz são zonas sensíveis dos bebés, cuja estimulação suave permite a manutenção do seu estado de vigília); retirar roupa (a descida da temperatura nos membros inferiores do bebé causa uma diminuição do conforto, facilitando o seu estado de alerta; é necessário cuidado para não expor ao frio uma porção excessiva, dado o risco de perda excessiva de calor, devido à imaturidade do sistema de regulação térmica do recém-nascido); massajar suavemente o corpo do bebé e falar com ele; mudar a fralda;</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sinais de produção e libertação de leite</u> 	<p><i>Mama mais pesada e mais tensa antes de amamentar; saída de colostro; criança satisfeita após a refeição; saída de leite mesmo antes de amamentar, perda de leite da mama oposta; sensação de formigueiro no início da mamada; aumento da dor abdominal associado a contrações uterinas por Acção da ocitocina sobre o útero, nos primeiros dias pós-parto; aumento da perda sanguínea uterina durante ou após a amamentação;</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Medidas que estimulam a lactação</u> 	<p><i>Há 2 fatores essenciais para a estimulação da lactação: a <u>sucção no mamilo e aréola</u> e o <u>esvaziamento da mama</u>: amamentar logo que possível após o parto; amamentar em regime livre; pega adequada para esvaziar a mama; amamentar durante a noite, principalmente no primeiro mês de vida da criança; esvaziar a mama se o bebé não o conseguiu fazer durante a mamada (nos primeiros dias); ambiente calmo e disponibilidade para amamentar são elementos que interferem na libertação do leite (a lactação é inibida pela presença de ansiedade, stress, tristeza – emoções que produzem hormonas de stress, antagonistas da Acção da ocitocina);</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Diferença entre a subida de leite vs ingurgitamento mamário</u> 	<p><i>A <u>subida de leite</u> ocorre entre o 2.º e 5.º dia de vida e corresponde ao processo de alteração das características do leite – a transformação do colostro em leite de transição; há a percepção de mama túrgida, congestionada, quente e dolorosa, mas resolve-se espontaneamente em algumas horas; a sintomatologia varia de mulher para mulher; por seu turno, quando existe <u>ingurgitamento mamário</u> há retenção de leite, acompanhada de tensão mamária intensa e dor – mamas aumentam de volume, ficam dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fatores de risco de ingurgitamento mamário</u> 	<p><i>Esvaziamento inadequado das mamas, provocado por má técnica de amamentação (posicionamento e pega - não se altera regularmente de posição ou a pega do mamilo é incorreta não há extração de leite de todos os ductos lactíferos, o que pode contribuir para o ingurgitamento mamário); mamadas de curta duração; uso de soutiens muito apertados; horários rígidos de amamentação; duração das mamadas demasiado curtas; presença de fissura (provoca dor com consequente diminuição da frequência e duração das mamadas); uso de chupeta; estado emocional da mãe – se triste, ansiosa, etc. há compromisso no reflexo de ejeção do leite;</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário</u> 	<p><i>Técnica de amamentação correta, assegurando uma pega correta e esvaziamento adequando da mama; horário e duração das mamadas flexíveis, amamentando em regime livre, i.e., sempre que a criança evidenciar sinais precoces de fome, garantindo 6-10 refeições, nas 24 horas; garantir ambiente calmo durante a mamada; não oferecer água ou qualquer alimento/suplemento à criança; usar soutien apropriado – alças largas, confortável e de algodão;</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fatores de risco de fissura</u> 	<p><i>Má pega, manutenção do mamilo húmido, higiene inadequada das mamas (uso de sabão), retirar a criança da mama ainda com vácuo entre a boca/mama o que pode provocar a agressão do mamilo e da pele envolvente;</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> Medidas de <u>prevenção de fissura do mamilo</u> 	<p>Pega adequada; apropriada higiene das mamas (não usar sabão aquando da higiene diária diretamente sobre as mamas); interromper a sucção antes de retirar a criança da mama (no caso de ser imperativo remover o bebé da mama, é necessário “quebrar” a sucção com um dedo entre a língua do bebé e a mama antes de separar o bebé); expor os mamilos ao ar por períodos; substituir o disco de amamentação frequentemente; usar arejadores de mamilo.</p>																																							
<ul style="list-style-type: none"> Influência da <u>alimentação da mãe no leite (composição)</u> 	<p>Não há restrições especiais. É, todavia, preciso considerar três aspetos: alguns alimentos podem alterar o gosto do leite, e o bebé pode gostar ou não; há componentes nos alimentos que podem ser mais alergénicos, mas todos os bebés são diferentes e por isso é necessário controlar o efeito do alimento quando é ingerido pela mãe na criança (diarreia e manchas na pele); a ingestão de líquidos por parte da mãe deve ser adequada à sede (não há evidência que o aumento de ingestão hídrica aumente a produção de leite).</p>																																							
<ul style="list-style-type: none"> Efeitos da <u>ingestão de cafeína</u>, de <u>bebidas alcoólicas</u> e <u>fumar</u> na criança 	<p>A ingestão de alimentos que contêm <u>cafeína</u> deve ser controlada. O consumo de café, chás verde e preto e refrigerantes e a consumir no máximo 300 mg de cafeína por dia, e somente após as mamadas; as reações do bebé podem ser várias: o bebé pode ficar mais agitado e com maior dificuldade em adormecer/dormir.</p> <table border="1" data-bbox="651 752 1190 1238"> <thead> <tr> <th>Bebidas</th> <th>Quantidade</th> <th>Teor de cafeína (mg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Café curto</td> <td>1 chávena</td> <td>104,3 mg</td> </tr> <tr> <td>Café médio</td> <td>1 chávena</td> <td>115,4 mg</td> </tr> <tr> <td>Café cheio</td> <td>1 chávena</td> <td>124,7 mg</td> </tr> <tr> <td>Café solúvel (instantâneo)</td> <td>1 chávena</td> <td>50 - 100 mg</td> </tr> <tr> <td>Café coado</td> <td>1 chávena de 150 ml</td> <td>80 – 135 mg</td> </tr> <tr> <td>Descafeinado</td> <td>1 chávena</td> <td>1 - 5 mg</td> </tr> <tr> <td>Capuccino</td> <td>1 chávena de 80ml</td> <td>80 – 100mg</td> </tr> <tr> <td>Chá preto ou verde</td> <td>1 chávena de 150 ml</td> <td>50 – 80 mg</td> </tr> <tr> <td>Coca – Cola</td> <td>1 lata</td> <td>35 - 45 mg</td> </tr> <tr> <td>Ice tea</td> <td>1 lata</td> <td>22 - 36 mg</td> </tr> <tr> <td>Chocolate</td> <td>60g</td> <td>10 – 50mg</td> </tr> <tr> <td>Bebidas energéticas</td> <td>1 lata</td> <td>80 mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>A criança tem uma capacidade reduzida para metabolizar o álcool que recebe através do leite materno, mesmo que em muito pequenas quantidades por isso a abstenção de ingestão de <u>bebidas alcoólicas</u> é recomendada; a quantidade de álcool encontrada no leite é a mesma encontrada no sangue da mãe, atingindo o seu pico uma hora após a ingestão; passadas 2 ou 3 horas após a ingestão de uma bebida alcoólica ou uma noite após a ingestão de algumas bebidas, o álcool é eliminado do leite da mesma forma que é eliminado do sangue da mãe; o consumo excessivo de álcool pode causar sonolência, fraqueza, perda de peso e desenvolvimento motor inadequados no recém-nascido e na mãe pode bloquear a libertação de ocitocina o que conduz a dificuldade na saída do leite, limitando o consumo de leite por parte do bebé;</p> <p>A mãe deve ser aconselhada a não consumir álcool, ou pelo menos que o faça após amamentar e que limite a quantidade a um máximo de 0,5g/kg de peso corporal (e.g. para uma mulher de 50Kg equivale a aproximadamente 200cc de vinho, 500cc de cerveja e 30cc de licor).</p> <p>Não é recomendável <u>fumar</u> ou frequentar lugares com fumo: um dos efeitos do <u>tabaco</u> é a redução da quantidade de leite e a passagem dos constituintes do tabaco passam para o leite; a concentração da nicotina no leite é 2,9 vezes maior que no sangue, provocando taquicardia no bebé; a nicotina pode também causar vômitos, diarreia, perturbação do sono e agitação, perturbações respiratórias (aumenta o muco e paralisa as defesas dos brônquios); os bebés que vivem em casas onde se fuma têm maior risco de morte súbita e de vir a sofrer de doenças das vias respiratórias, como pneumonias, bronquites e asma, e de otites. Um aumento de quase 60% na ocorrência de pneumonias e bronquites acontece quando um dos pais fuma, situação que se agrava ainda mais quando ambos fumam.</p>	Bebidas	Quantidade	Teor de cafeína (mg)	Café curto	1 chávena	104,3 mg	Café médio	1 chávena	115,4 mg	Café cheio	1 chávena	124,7 mg	Café solúvel (instantâneo)	1 chávena	50 - 100 mg	Café coado	1 chávena de 150 ml	80 – 135 mg	Descafeinado	1 chávena	1 - 5 mg	Capuccino	1 chávena de 80ml	80 – 100mg	Chá preto ou verde	1 chávena de 150 ml	50 – 80 mg	Coca – Cola	1 lata	35 - 45 mg	Ice tea	1 lata	22 - 36 mg	Chocolate	60g	10 – 50mg	Bebidas energéticas	1 lata	80 mg
Bebidas	Quantidade	Teor de cafeína (mg)																																						
Café curto	1 chávena	104,3 mg																																						
Café médio	1 chávena	115,4 mg																																						
Café cheio	1 chávena	124,7 mg																																						
Café solúvel (instantâneo)	1 chávena	50 - 100 mg																																						
Café coado	1 chávena de 150 ml	80 – 135 mg																																						
Descafeinado	1 chávena	1 - 5 mg																																						
Capuccino	1 chávena de 80ml	80 – 100mg																																						
Chá preto ou verde	1 chávena de 150 ml	50 – 80 mg																																						
Coca – Cola	1 lata	35 - 45 mg																																						
Ice tea	1 lata	22 - 36 mg																																						
Chocolate	60g	10 – 50mg																																						
Bebidas energéticas	1 lata	80 mg																																						

Em relação ao **ALIMENTAR A CRIANÇA** é capaz de:

<ul style="list-style-type: none"> Gerir a <u>Frequência</u> das refeições 	As crianças alimentadas com leite materno comem a cada 2/3 horas; o leite materno é facilmente digerido, por isso precisam comer com mais frequência; a frequência das mamadas vai diminuindo à medida que o bebé consegue ingerir mais quantidade de alimento a cada refeição; As alimentadas com leite artificial comem a cada 3/4 horas;
<ul style="list-style-type: none"> Identificar <u>Necessidades nutricionais e hídricas</u> 	<p><u>Leite materno</u>: regime livre; o leite materno é o alimento mais adequado para suprir as necessidades nutricionais das crianças até aos 6 meses de vida, exceto a <u>vitamina D</u> – para evitar a carência desta vitamina é necessário que o bebé tenha exposição regular à luz solar diariamente;</p> <p><u>Leite adaptado</u>: do nascimento à 2.ª semana: 60/90 ml (6-10 refeições); das 3 semanas aos 2 meses: 120-150 ml (5-8 refeições);</p> <p><u>Água</u>: não é necessário dar água pois em condições normais – sem calor em demasia e saudáveis, a quantidade de líquidos que ingerem nas mamadas é suficiente; sinais de ingestão de água suficientes são: 6-8 fraldas molhadas nas 24 horas; se as perdas estão aumentadas – transpiração abundante, febre, diarreia, respiração acelerada, vômitos – há que aumentar a oferta de água, no intervalo das refeições, para compensar as perdas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais de <u>ingestão nutricional suficiente</u> 	Seis ou+ micções/dia; uma ou + dejeções moles, amareladas por dia; aumento de peso - um ganho de peso de 25g por dia a partir do 10.º-14.º dia de vida; sinais de saciedade após a refeição - após a mamada fica calmo, adomece; apresenta bom turgor da pele e bom tônus muscular;
<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais de <u>fome</u> 	Acordado; procura abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal; procura o mamilo, suga vigorosamente nos dedos, mostra-se inquieto; choro forte, arquejar as costas e dificuldade em adaptar-se à mama são sinais tardios de fome; nesta altura, é necessário pegar no bebé ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar; alguns bebés são muito calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem detetados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação; outros bebés acordam de repente e ficam aborrecidos se não são alimentados imediatamente.
Se amamenta, é capaz de:	
<ul style="list-style-type: none"> Identificar sinais de <u>ejeção de leite</u> 	Saída de leite mesmo antes de amamentar, perda de leite da mama oposta; sensação de formigamento no início da mamada; aumento da dor abdominal associado a contrações uterinas por ação da ocitocina sobre o útero, nos primeiros dias pós-parto; aumento da perda sanguínea uterina durante ou após a amamentação;
<ul style="list-style-type: none"> Adotar <u>posição</u> confortável e posicionar a criança 	Adota posição confortável; posicionar a criança com o corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão e boca e nariz ao nível da mama;
<ul style="list-style-type: none"> Assegurar <u>pega adequada</u> 	Estimula pega adequada; corpo e cabeça do bebé estão alinhados; a cabeça está em ligeira extensão; o queixo do bebé toca a mama; o bebé respira livremente; a boca está bem aberta; os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora; a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior; o bebé suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula; a deglutição pode ser ouvida e/ou vista; o bebé está calmo e mantém-se adaptado à mama;
<ul style="list-style-type: none"> Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada 	Estimula a criança: toca nas mãos e pés; remove excesso de roupa;
<ul style="list-style-type: none"> Interromper a <u>sucção</u> antes de retirar a criança da mama 	Interrompe a sucção introduzindo um dedo entre a boca e a mama;
<ul style="list-style-type: none"> Adotar medidas de <u>higiene das mamas</u> indicadas 	Lava as mamas, no banho diário sem usar sabão diretamente nas mamas para não remover a gordura natural produzida pelas glândulas de Montgomery;
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer o <u>efeito dos alimentos</u> que a mãe ingere na criança 	Alteração no padrão de eliminação e características das fezes; manchas na pele;
<input type="checkbox"/> Se fissura, é capaz de:	
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer sinais de <u>fissura do mamilo</u> 	Mamilo com ferida, dorido e macerado
<ul style="list-style-type: none"> Implementar medidas de <u>tratamento da fissura do mamilo</u> 	Expor ao ar; aplicar, após cada mamada, uma gota de leite e deixar o mamilo secar ao ar (leite contém lípidos e água funcionando como um emoliente natural a pele) ou aplicar pequena quantidade de lanolina pura (Purelan ®, Lansinoh brand ®)/ Grelavite ®, no mamilo e deixar secar ao ar; substituir o disco de amamentação frequentemente; usar arejadores de mamilo; usar mamilo artificial na mama com fissura para evitar o contacto direto da mama com a ferida;
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer sinais de <u>cicatrização da fissura</u> 	Surge uma pequena crosta e a dor diminuiu;
<input type="checkbox"/> Se ingurgitamento mamário, é capaz de:	
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer sinais de <u>ingurgitamento mamário</u> 	Mama dolorosa, quente, ruborizada, brilhante, com aumento de volume, tensa, dor na axila; há retenção de leite, acompanhado de tensão mamária e dor – mamas aumentam de volume, ficam dolorosas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas.
<ul style="list-style-type: none"> Implementa medidas de <u>alívio</u> do ingurgitamento mamário 	O alívio do ingurgitamento mamário é conseguido através do <u>esvaziamento da mama</u> e <u>alívio da dor</u> : - horário e duração das mamadas flexíveis – regime livre; ambiente calmo durante a mamada; não oferecer água ou qualquer alimento à criança; assegurar uma pega adequada - extrair uma pequena quantidade de leite manualmente para facilitar a pega; alternar posição de amamentação; não oferecer suplementos ao bebé; - aplicar frio (o uso da bolsa de gelo ou de compressas geladas visa a reduzir o metabolismo mamário e, por conseguinte, a inibir a produção de leite; promove um efeito de dormência e diminui a inflamação e a congestão vascular); usar soutien apropriado (deve suportar as mamas mas sem as apertar, pois podem prejudicar a circulação sanguínea o que poderia provocar a acumulação de leite nos ductos galactóforos); extrair leite, manualmente ou com ajuda de bomba, até alívio da tensão e da dor

Avaliação das competências parentais – especificação dos conteúdos associados às competências parentais

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>extrair leite</u> manualmente/com bomba 	<p>provocado pela distensão mamária;</p> <p><u>Extrair leite manualmente</u>: massagem em movimentos circulares, com ajuda do chuveiro com água morna - facilita a fluidificação do leite;</p> <p><u>Extrair leite com bomba</u>: 1. lubrificar a mama com água morna; 2. colocar o mamilo e aréola na cavidade da bomba; 3. bombear a primeira mama, a segunda mama e voltar a bombear a primeira mama (a extração manual é preferível em relação à extração por bomba – este processo estimula uma maior produção de leite)</p> <p>A extração de leite deverá ser o suficiente para aliviar a dor pois se há esvaziamento completo da mama deixa de haver a ação local do fator inibidor da prolactina, presente no leite, com consequente aumento de produção de leite, entrando-se num ciclo vicioso: quanto mais se tira mais se produz;</p>
--	---

Adaptado do original Competências Parentais. Avaliação das Necessidades de Aprendizagem Parentais I especificações I da autora Alexandrina Cardoso, Setembro de 2010

ANEXO IV

Autorização para a realização do estudo



14/12/2011 - A Comissão e hora para parecer

RECEBIDO 12 DEZ. 2011

Enf.^a Directora

Deolinda Vale

Handwritten notes:
A Comissão
11/12/13
S. M. Carvalho
A

Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.
Largo Domingos Moreira
4780 - 371 Santo Tirso

Data: 06/12/2011

Assunto: Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Carta de parceria

Com os nossos melhores cumprimentos, serve o presente para vir junto de V. Exas juntar a documentação para a colheita de dados referente ao projecto de investigação supracitado, no âmbito da carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Média Ave - EPE (CHMA), assinada em 16 de Fevereiro de 2011.

O projecto de investigação **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados** está a ser realizado de acordo com o previsto, passando agora à fase inicial de colheita de dados. Assim, e de acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação iniciar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e no Serviço de Obstetria da Unidade de Famalicão. Neste contexto, anexam-se os instrumentos de colheita de dados a utilizar pelos investigadores que vão colaborar na colheita de dados, nomeadamente:

- Anexo 1 - Supervisão Clínica e o risco de queda (serviço de Medicina): Bárbara Filipa da Silva Lamas;
- Anexo 2 - Supervisão Clínica e autocuidado (serviço de Medicina): Sílvia Marlene Monteiro Teixeira;
- Anexo 3 - Supervisão Clínica e competências parentais na amamentação (serviço de Obstetria): Laura Maria Almeida da Silva Cruz;
- Anexo 4 - Supervisão Clínica e auto-eficácia parental nos cuidados ao filho (serviço de Obstetria): Ana Luísa Fonseca Andrade das Neves.

Será salvaguardada a garantia dos pressupostos éticos associados à protecção de dados.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

(António Luís Carvalho)

Handwritten note:
Não há inconveniente de natureza ética para a concretização deste trabalho. 3/12/2012