

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Mestrado em Ciências de Enfermagem

“As crenças

na decisão das mães em não amamentar”

Um contributo para a compreensão da ausência da amamentação

Ana Paula Sousa Santos Espada

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2008



UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem
Turma B**

**“As crenças na decisão das mães em não amamentar”
Um contributo para a compreensão da ausência de amamentação**

Autora

Ana Paula Sousa Santos Espada

Orientador

Professor Doutor José Amendoeira

**Tese para obtenção do
Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem**

Porto, 2008

“Descobri que aquilo que nós mães
temos em comum é que queremos
o melhor para os nossos filhos.
Como definimos o melhor
É um assunto nosso.”

Andy Steiner

Ao Jorge, meu marido e ao Diogo, meu filho
Por tudo.
De modo muito especial pelos momentos que passámos juntos
E também pelos que não foram possíveis.
Também à minha mãe, ao meu filho Sandro, à minha nora Solange e
Ao meu netinho, Rodrigo.
Todos vós sois os pilares da minha vida!

Às participantes deste estudo
(Catarina, Sara, Mariana, Ivone, Beatriz,
Joana, Lina, Sandra, Ana Teresa, Maria e Fátima),
sem as quais o mesmo não teria sido possível.

Ao meu orientador,
Professor Doutor José Amendoeira,
que me indicou o caminho e encorajou a percorrê-lo.

À Professora Amélia Meireles,
pelo apoio, aconselhamento e amizade.

A todos os que de uma forma ou de outra
contribuíram para a consecução deste trabalho, o meu

Muito Obrigada.

ABREVIATURAS

A.T. – Ana Teresa

B. – Beatriz

C. – Catarina

et al. – et allium

F. – Fátima

I. – Ivone

J. – Joana

L. - Lina

M. – Mariana

Ma. – Maria

S. – Sandra

Sa. – Sara

SIGLAS

AM – Aleitamento materno

CPAM – Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno

CSPD – Centro de Saúde de Ponta Delgada

EUA – Estados Unidos da América

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

RTP – Rádio Televisão Portuguesa

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

UMASS – University of Massachussets

RESUMO

Mesmo atendendo às vantagens do AM para a saúde e o bem-estar da criança e da mãe, as quais levam a OMS a estabelecer os seis meses como período de amamentação óptima, a não aderência a esta prática é um assunto que desperta a nossa motivação para estudo. Por outro lado, as crenças adquiridas pela influência do contexto que rodeia a mulher são documentadas por vários autores como estando na base da aderência a práticas de saúde em geral e ao AM em particular.

Este trabalho de investigação incide, então, na ausência da prática da amamentação devido a uma opção da mãe e que se manifesta pela não aderência desde o nascimento da criança ou pela sua interrupção até ao final do período neonatal. Como fio condutor estabelecemos as seguintes perguntas: Quais as crenças que as mães que não amamentam possuem relativamente ao AM? Que influências estiveram na base da construção dessas crenças? Formulámos o objectivo geral “Compreender as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar bem como influências subjacentes às mesmas” a que correspondem os objectivos específicos: Analisar as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar e Explorar como as mães que decidiram não amamentar foram influenciadas na construção das suas crenças sobre o AM.

Elaborámos o Enquadramento Teórico sobre: O corpo enquanto primeiro factor de atribuição de sentido, as crenças na base das decisões em saúde; a construção das crenças sobre AM por parte das mães; e o estado da arte da temática dos enfermeiros e as crenças sobre o AM.

Desenvolvemos este trabalho de investigação seguindo uma abordagem qualitativa com características fenomenológicas. Efectuámos entrevistas semi-estruturadas a onze mães que cumpriam os critérios de elegibilidade por nós estabelecidos, isto é, mães açorianas e residentes na ilha de São Miguel que não tenham iniciado a amamentação ou no caso de o terem feito, tenham interrompido até aos vinte e oito dias de vida do filho e que aceitassem participar assinando o consentimento informado.

Nos resultados surgiram duas dimensões, “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar”. Na primeira verificámos a existência de crenças de âmbito psicossocial,

seguidas de crenças de âmbito físico da mãe e depois, crenças sobre a qualidade do leite materno, crenças sobre a prestação de cuidados, crenças relacionadas com o bebé, crenças sobre o processo de amamentar e crenças sobre a díade mãe/filho. Quanto à segunda dimensão a influência mais registada é a das relações familiares, a seguir a das relações com outros profissionais de saúde, das relações de amizade, a das relações com os profissionais de enfermagem, do funcionamento do corpo, das relações com o meio circundante, da informação sobre AM e das relações com pessoas conhecidas.

ABSTRACT

Even given the advantages of breastfeeding for the health and welfare of the child and the mother which lead WHO to set the period of six months as optimal breastfeeding, non-adherence to this practice is a subject that arouses our motivation to study. Furthermore, the influence of beliefs acquired by environment encircling women are documented by various authors as being on the basis of adherence to health practices in general and to breastfeeding in particular.

This research focuses in the absence of the practice of breastfeeding because of a mother's choice and that is manifested by non-adherence since birth or interruption by the end of the neonatal period. We formulated the following questions to guide the study: What beliefs mothers who do not breastfeed have regarding this practice? Which influences are beneath those beliefs? We established the goal "To understand beliefs beneath mother's decision of not breastfeed and influences behind the same" in which the specific objectives are: to analyze beliefs beneath mother's decision to not breastfeed and explore how mothers who have decided to not breastfeed were influenced in their beliefs on breastfeeding.

We elaborated Theoretical Framework on: The body as the primary factor in allocation of sense, beliefs on the basis of decisions in health; construction of beliefs on breastfeeding by mothers; and the state of the art of the theme of nurses and beliefs on breastfeeding.

We develop this research following a qualitative approach with phenomenological features. Semi-structured interviews were conducted with eleven mothers who meet the eligibility criteria, that is, Azorean mothers that are residents in the Azores island of San Miguel that have not started breastfeeding or if they had, stopped up to twenty eight days of life of child and accepted to participate signing informed consent.

Outcomes revealed two dimensions, "Beliefs beneath mother's decision to not breastfeed" and "What influenced beliefs of mothers who decided not to breastfeed." The first dimension registered the following: psychosocial context beliefs, beliefs about mother's physical condition, beliefs about quality of mother's milk, beliefs about care, beliefs related to the baby, breastfeeding process beliefs and parent / child dyad beliefs. In the second dimension the influence most recorded were of family relationships, then the influence of relations with other health professionals, relations with friends, relations with nursing

professionals, body functioning, relations with surrounding environment, information on breastfeeding and influence of relations with known persons.

SUMÁRIO	f.
0 – <u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	15
1 – <u>PROBLEMÁTICA</u>	17
2 – <u>FINALIDADES E OBJECTIVOS</u>	21
3 – <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	22
3.1 – O CORPO: PRIMEIRO FACTOR DE ATRIBUIÇÃO DE SENTIDO	22
3.2 – AS CRENÇAS NA BASE DAS DECISÕES EM SAÚDE	25
3.3 – A CONSTRUÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE O AM POR PARTE DAS MÃES	30
3.4. – O ENFERMEIRO E AS CRENÇAS SOBRE O AM: O ESTADO DA ARTE	33
4 – <u>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</u>	39
4.1 – DESENHO DO ESTUDO	39
4.2 – PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	42
4.3 – PARTICIPANTES	42
4.4 – ACESSO AOS DADOS	43
4.5 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E DE ANÁLISE DE DADOS.....	45
4.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS	48
4.7 – PROCEDIMENTOS PARA ASSEGURAR O RIGOR	51
4.8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	54
5 – <u>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS</u>	55
5.1 – AS PARTICIPANTES	55
5.2 – CRENÇAS NA CONSTRUÇÃO DA DECISÃO DAS MÃES EM NÃO AMAMENTAR	74
5.3 – INFLUÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DAS CRENÇAS DAS MÃES QUE DECIDIRAM NÃO AMAMENTAR	125
6 – <u>CONCLUSÕES</u>	179

7 – <u>SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	184
8 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	191
ANEXOS	200
ANEXO I – <u>PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CSPD PARA</u> <u>COLABORAÇÃO NO ACESSO ÀS PARTICIPANTES</u>	201
ANEXO II – <u>AUTORIZAÇÃO DO CSPD PARA ACESSO ÀS</u> <u>PARTICIPANTES</u>	204
ANEXO III – <u>GUIÃO DE ENTREVISTA</u>	206
ANEXO IV – <u>CONSENTIMENTO INFORMADO</u>	213
ANEXO V – <u>MATRIZES DE ANÁLISE</u> <u>CRENÇAS NA CONSTRUÇÃO DA DECISÃO DAS MÃES</u> <u>EM NÃO AMAMENTAR</u>	217
<u>INFLUÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DAS CRENÇAS DAS</u> <u>MÃES QUE DECIDIRAM NÃO AMAMENTAR</u>	259

SEQUÊNCIA DE QUADROS

f.

QUADRO Nº 1 – Crenças do adulto e respectivas características e funções	26
QUADRO Nº 2 – Tipos de crenças que traduzem a orientação cognitiva da pessoa no seu mundo	27
QUADRO Nº 3 – Análise de dados de acordo com Cohen, Kahn e Steeves (2000) e Watson (2002).....	46
QUADRO Nº 4 – Temas da Dimensão “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e respectiva Explicitação, Crenças e Participantes	74
QUADRO Nº 5 - Direcção das Crenças Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras Face ao AM	122
QUADRO Nº 6 – Temas da Dimensão “Influências na construção das Crenças das mães que decidiram não amamentar”, e respectiva Explicitação, Influências e Participantes	126
QUADRO Nº 7 - Direcção das Influências Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras Face ao AM	175

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

f.

FIGURA Nº 1 – Análise conducente à compreensão do fenómeno em estudo	47

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

“Um recém-nascido faz apenas três exigências: o calor dos braços da sua mãe, alimento das suas mamas e segurança por saber que ela está presente. A amamentação satisfaz os três.”

Grantly Dick-Read

A importância da alimentação com leite materno nos primeiros meses de vida do ser humano está bem documentada. Contudo, nos Açores e, mais especificamente, em São Miguel, o abandono precoce ou mesmo a não iniciação desta prática é uma preocupação dos enfermeiros¹ especialistas em SMO. Fazendo parte deste grupo profissional, com prática clínica e docente na área e também como crente e praticante do AM este tema motiva-nos em qualquer das suas vertentes: existente², ausente³ ou interrompida⁴.

Para esta tese desenvolvida no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, XIII Turma, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, decidimos enveredar pelo fenómeno de ausência do AM, seja porque não houve a sua iniciação ou porque a mesma foi precocemente interrompida uma vez que pensamos que o mesmo tem na sua base crenças social e culturalmente construídas e por não encontrarmos nenhum trabalho versando este tema.

As crenças, enquanto fenómeno profundamente humano constituem para nós um interesse de estudo porque consideramos que é através do seu conhecimento e respeito pelas pessoas que as detêm que, no que se refere à saúde, os profissionais podem intervir na melhoria do bem-estar através de uma prestação de cuidados de qualidade.

Assim, da junção destes interesses surge-nos a motivação para estudar as crenças que estão na base da ausência⁵ do AM por parte das mães açorianas, para o que esta tese de mestrado

¹ Adoptamos a designação do profissional de Enfermagem de acordo com a regra geral da língua portuguesa, em que no plural ou no impessoal, se apresenta o género masculino. No caso de citações formais ou conceptuais respeitaremos a designação do autor sempre que a faça no feminino.

² Também designada com sucesso, quando ocorre durante pelo menos os primeiros quatro a seis meses de vida da criança.

³ Quando nunca houve iniciação do AM, ou seja, o recém-nascido nunca foi colocado à mama.

⁴ Para este trabalho consideramos quando o recém-nascido foi colocado à mama mas por qualquer motivo a mãe terminou antes dos vinte e oito dias de vida da criança, ou seja, estabelecemos como tempo máximo de amamentação o período neonatal.

⁵ Sempre que neste trabalho nos referirmos à ausência de amamentação estamos a designar a sua não iniciação ou a interrupção durante o período neonatal. O mesmo se aplica a “mãe que não amamenta”.

demonstrou ser o momento oportuno de estudo do fenómeno. Surge, portanto, a pergunta de partida:

- Quais as crenças que as mães que não amamentam possuem relativamente ao AM e que influências estiveram na base da sua construção?

Mesmo atendendo a que esta é a pergunta formal, assim redigida para dar cumprimento ao estabelecido por Quivy e Campenhoudt (2005:34) prosseguimos sobre a orientação de duas perguntas: Quais as crenças que as mães que não amamentam possuem relativamente ao AM? Que influências estiveram na base da construção dessas crenças?

O relatório desta investigação inicia-se pela problemática, na qual descrevemos o problema em estudo e a respectiva justificação. A seguir expomos a finalidade e os objectivos. No Enquadramento Teórico incidimos nos seguintes aspectos: o corpo como primeiro factor de atribuição de sentido; crenças na base das decisões em saúde; a construção das crenças sobre o AM por parte das mães; o enfermeiro e as crenças sobre o AM – o Estado da Arte⁶. No que se refere ao Enquadramento Metodológico apresentamos o desenho do estudo, as perguntas de investigação, as participantes (em que incluímos o contexto e o acesso ao campo), o acesso aos dados (procedimentos de colheita de dados), o tratamento e análise de dados, os procedimentos éticos, os procedimentos para assegurar o rigor e as limitações do estudo.

Na apresentação de resultados optámos por iniciar com uma história que construímos a partir dos relatos das participantes e a seguir descrevemos cada uma das dimensões em estudo: “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar” com os respectivos temas.

Contámos como recurso essencial com as orientações do Professor Doutor José Amendoeira, orientador desta tese.

As dificuldades que sentimos relacionaram-se essencialmente com as inevitáveis sobreposições das actividades de formanda e professora mas que entendemos serem igualmente uma forma de desenvolvimento, já que permitiram a adaptação e a aquisição de novas competências.

⁶ Aquilo que se conhece, se tem feito, se está a fazer e se perspectiva sobre um determinado assunto. Neste caso, o enfermeiro enquanto profissional de saúde face às crenças das mães e das populações relativamente ao AM.

1 - PROBLEMÁTICA

“A amamentação pode não ser a escolha certa para cada mãe
mas é a melhor escolha para cada bebé.”

Amy Spangler

Como referimos na Nota Introdutória, este trabalho tem subjacente a constatação da ausência da prática do AM por parte das mães açorianas, quer por não terem iniciado, quer por terem interrompido precocemente, isto é, antes dos vinte e oito dias de vida da criança, ou seja, durante o período neonatal. Segundo investigação efectuada, nomeadamente por, Behrman (2005), Steiner (2005), Galvão (2005) e Melhado (2008), apenas para nomear as mais recentes que encontrámos, as mães desistem de amamentar principalmente durante o primeiro mês de vida do seu filho.

Na opinião não fundamentada em qualquer estudo sistemático mas no que observamos e conversamos com grávidas, parturientes e puérperas, há uma componente relacionada com crenças que vão sendo transmitidas nos contextos que lhes estão próximos, especialmente pelas pessoas que lhes são significativas, como a família (marido, mãe e sogra, especialmente) e pelas amigas. Por outro lado, a percepção que, de um modo geral, os especialistas em SMO e os prestadores de cuidados a mães/crianças têm, é que nos Açores se amamenta menos do que em Portugal continental. Constatamos este último aspecto em verbalizações de enfermeiros e médicos que vindo prestar serviço nos Açores se admiram com o número de mães que não amamentam comparando com as mães do continente ainda que geralmente estes profissionais venham dos grandes centros urbanos cujos contextos socioculturais são distintos dos deste arquipélago. Simultaneamente, em 1997, professoras da UMASS Dartmouth, EUA constatavam que as mães de origem açoriana residentes no estado⁷ amamentavam menos que as outras. Isto levou a que nesse ano desenvolvêssemos⁸ um trabalho em todo o arquipélago cujos resultados indicaram que era nas ilhas de Terceira e São Miguel que as mães menos amamentavam sendo a ilha do Pico aquela em que a prática tinha percentuais mais elevados.

⁷ Massachussets é um dos principais estados americanos de imigração do povo açoriano.

⁸ Santos e Macedo (1997), nas referências bibliográficas.

Surge então a problemática desta tese. Para Quivy e Campenhoudt (2005:100) esta é uma fase que guia a investigação ao proporcionar-lhe coerência através de uma orientação teórica que constitui uma forma inteligível de conceber o que se quer estudar.

Começamos por definir, de acordo com a CIPE (2006) o que é “amamentação”:

Padrão alimentar ou de Ingestão de Líquidos com características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome. (p.45)

e por “amamentação exclusiva”

Amamentar com as características específicas: Alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros quatro a seis meses de vida. (p. 45)

A Unicef em 2001 explica que o estabelecimento de tempo mínimo de amamentação em quatro meses gerou confusão e diminuição de esforços para promover padrões óptimos de alimentação infantil pelo que em 18 de Maio do mesmo ano a OMS adoptou a resolução 53.2 que estabelece os seis meses como a duração óptima de AM. O Ministério da Saúde brasileiro (2002:22) recorda que a OMS, numa recomendação de saúde pública, exorta os Estados Membros a promoverem e apoiarem o AM desenvolvendo actividades que fortaleçam esta prática de modo a ser exclusiva durante os primeiros seis meses de vida.

Como referimos anteriormente, este trabalho incide na ausência de amamentação, por decisão da mãe, a qual eventualmente assenta nas suas crenças sobre AM e que se manifesta pela ausência de iniciação ou pela desistência durante o período neonatal. Ao circunscrevermos a desistência ao período neonatal estamos a considerar um período muito aquém do recomendado pela OMS e fazemo-lo para, por um lado termos um período de tempo nitidamente estabelecido e, principalmente porque entendemos que quando tal acontece, filho e mãe são satisfazem as necessidades possibilitadas pelo AM nem usufruem das suas vantagens. Optámos pela abordagem segundo a perspectiva das mães porque entendemos que é indispensável para compreender o fenómeno de modo a adequar a prestação de cuidados às suas crenças, significados e vivências, de modo a que os mesmos possam centrar-se nas populações a quem prestamos cuidados de enfermagem.

Amendoeira (2004) explica que a ênfase da investigação em enfermagem em Portugal, a partir da década de 1990 é nas práticas dos cuidados de enfermagem, em que as atitudes e os comportamentos de ajuda constituem actos de cuidar de acordo com o contexto cultural das pessoas, atendendo às suas crenças, valores e práticas. Para o autor a pessoa que cuida

deve desenvolver competências assentes em diferentes saberes que tenham a ver com o comportamento dos indivíduos e as respostas humanas à saúde, as necessidades de cada um e como as satisfazer e; o significado que cada pessoa atribui às acções que a auxiliam na resolução dos seus problemas de modo a crescerem e a ultrapassarem “o aqui e o agora” (p. 5).

No início do terceiro milénio vem-se acentuando um movimento de que “à mama é melhor”⁹, advindo dos mesmos países industrializados que introduziram a prática de alimentação dos RNs com leite artificial (explicamos com mais detalhe no Enquadramento Teórico). Neste revivalismo do AM encontramos o referido por Galvão (2005:6) quanto às mães estarem divididas entre duas opções opostas: a da amamentação com leite materno, essencialmente aconselhada pelos profissionais de saúde e a exercida pela pressão comercial do leite artificial.

Atendendo à história desta prática, com o seu rápido abandono na década de 1940, constatamos que as mães actuais são filhas e netas da “geração de biberon”. Por “geração do biberon” entendemos o que é descrito por Steiner (2005:119) e Behrmann (2005:3-4; 6): um período de tempo em que as crianças não forem amamentadas por se ter incutido na mãe a ideia de que o leite artificial era superior ao materno. Era-lhe dito que não tinha leite suficiente ou que este não alimentava o seu filho de modo adequado. Médicos e enfermeiras envolvidos num paradigma masculino e científico encorajavam o biberon explicando que o melhor para a criança era o que o homem criara, não o que a mãe naturalmente produzia. A formação dos profissionais de saúde não incluía nada ou quase nada sobre AM e era rotina as enfermeiras darem leite artificial aos bebés especialmente à noite independentemente de a mãe amamentar ou não.

Não sendo os Açores uma região industrializada é fortemente influenciada pela imigração para a América do Norte. A par dos vocábulos¹⁰ que entraram no discurso do povo açoriano, vêm malas, barris e caixotes “lá de fora”, da diáspora açoriana, trazendo os referidos objectos, arribando aos portos no dia de São Vapor ¹¹em que as pessoas correm aos portos para verem chegar os seus pequenos mas por vezes muito significativos

⁹ De “The breast is better” (slogan norte-americano de incentivo à prática da amamentação)

¹⁰ Ex: “alvarozes” para “overall”, fato de trabalho usado na construção civil; “suera” de “sweter”, camisola; “candilhos” de “candies”, guloseimas

¹¹ Designação do dia da chegada dos barcos que traziam estas mercadorias

“tesouros”, uma vez que estas “encomendas” vêm “carregadas da América – de baixo¹² ou de cima¹³ – ou do Canadá” de bens de consumo importantes para uma população que era essencialmente pobre¹⁴. Já em casa, na abertura das “encomendas” era a “festa” e ver a quem servia o vestido preto, o garrido, a saia de viés, as calças de cotim, a “suera nova em folha” e quentinha para a “vavó” e os “alvarozes” para o trabalho camponês do “homem” ou de um dos “rapazes da casa”. Não eram raras as discussões e os amuos provocados pela distribuição feita pela mãe que tentava contentar a todos e facilmente apaziguava os ânimos distribuindo os “candilhos” pelos mais amuados e pelas crianças e velhos da casa. À mãe de família cabia igualmente o guardar as “mercias”¹⁵ para os “dias de festa” e dar à filha mais velha ou à do meio o enxoval inteirinho para o “beby”¹⁶ que nascerá daí a semanas e que traz de tudo, desde as fraldas, os fatinhos, os xales, as “envoltas” ou “envolvedouros”¹⁷, a “a primeira roupa” a vestir e os *biberons*, as pinças, as tetinas e todos os “preparos”, mesmo a panela para a “fervura”. Era assim na América e no Canadá, terras de sonho e de abundância, então “era bom também para a gente que nada tinha numa terra tão pobrinha”¹⁸ E possivelmente iniciou-se assim numa região não industrializada uma prática importada das que o são do outro lado do Atlântico.

Para este trabalho procedemos a uma estimativa das mães que não iniciam o AM ou que o interrompem até ao final do período neonatal nas duas unidades de saúde em que a prestação de cuidados é por enfermeira especialista em SMO. Reportando ao ano de 2006 foi-nos referido por estas profissionais que, na unidade de saúde de Capelas a percentagem de mães nas situações indicadas era de 75% enquanto na unidade de saúde de São José é de cerca de 25%. A primeira unidade insere-se num meio essencialmente rural e a segunda fica na cidade de Ponta Delgada. Não nos foi possível obter dados relativos ao HDES nem às utentes/filhos cuja vigilância decorreu em consultas privadas.

¹² Costa Leste dos EUA

¹³ Costa Oeste dos EUA

¹⁴ “O Produto Interno Bruto dos Açores atingiu, em 2002, os 2,4 mil milhões de euros, segundo os dados mais recentes das contas regionais. Atendendo a que, em relação ao ano anterior, registou um crescimento nominal (8,2%) superior à média nacional (4,8%), a Região reforçou notoriamente a sua importância relativa no todo nacional. Em resultado deste comportamento da economia regional, a partir de 2002, os Açores deixam de ser a última região NUTS II do país em termos do PIB per capita. Constata-se uma convergência real do PIB per capita com a média nacional e europeia, representando agora 82% do valor médio nacional.” <http://pt.wikipedia.org/wiki/A%C3%A7ores>

¹⁵ Mercearias

¹⁶ Bebê

¹⁷ Pequenos e macios cobertores, para envolver a criança e protegê-la do frio

¹⁸ Construímos este relato de acordo com a nossa observação e o que nos contaram pessoas mais idosas desta ilha sobre a realidade de um passado ainda recente, muito semelhante à ilha Terceira (como referimos antes, as duas ilhas em que a taxa de AM é mais baixa) e a qual acreditamos ter influência na baixa adesão das mães açorianas a esta prática. Agradecemos o contributo de D. Conceição Tavares (nome fictício), 84 anos, da freguesia dos Arrifes e de D. Helena Medeiros (nome fictício), 78 anos, de S. José, respectivamente tia da investigadora e avó de uma amiga.

2 – FINALIDADES E OBJECTIVOS

“Nunca é demasiado tarde para seres quem devias ter sido”
George Eliot

Este trabalho de investigação pretende desvelar crenças das mães que não amamentam e, ao fazê-lo, tornar possível o planeamento de estratégias que, respeitando-as e à sua escolha informada, fomentem uma maior aderência ao AM, atendendo à enquanto pessoa integrada na sua família e na comunidade a que pertence e que sobre ela tem influência. Como defende Duarte (2002:15) as crenças fazem parte do cliente dos cuidados de saúde e, como tal, devem ser compreendidas e reconhecidas pois “somente partindo das crenças de cada grupo populacional é que se poderá construir um plano visando a promoção da saúde (...)” (p. 18). Formulámos, portanto, os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- Compreender as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar bem como influências subjacentes às mesmas.

Objectivos Específicos:

- Analisar as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar;
- Explorar como as mães que decidiram não amamentar foram influenciadas na construção das suas crenças sobre o AM.

3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Sei que o meu trabalho é uma
gota no oceano, mas sem ele
o oceano seria menor.”

Madre Teresa de Calcutá

Este Enquadramento Teórico segue uma lógica do mais geral para o mais específico: 1) O corpo: primeiro factor de atribuição de sentido; 2) Crenças na base das decisões em saúde; 3) A construção das crenças sobre o AM por parte das mães; 4) O enfermeiro e as crenças sobre o AM: o Estado da Arte.

3.1 – O CORPO: PRIMEIRO FACTOR DE ATRIBUIÇÃO DE SENTIDO

“O corpo é uma condição mesma do homem,
o primeiro vector de sentido.”

Le Breton

O AM acontece num processo que está imerso num contexto cultural, social e psicológico para além do biológico. Acontece no corpo e para o corpo. E é por isto que temos necessidade de abordar teoricamente esta dimensão essencial à concretização do AM. Fazemo-lo de acordo com alguns autores que versam o corpo no âmbito multicontextual do ser humano.

Duarte (2002: 64-65; 109-111) considera que o corpo é um eixo de ligação entre as várias dimensões humanas sendo tanto emissor como receptor de mensagens que descodifica e é o centro de vivências pois é nesta dialéctica entre o corpo e o meio envolvente que as pessoas estruturam o que vivem no mundo. As formas de o compreender são diversas: como instrumento, isto é, o corpo que a pessoa utiliza para trabalhar e a que recorre na sua vida quotidiana ou que é utilizado pelos outros; como veículo, ou seja, uma forma de entrar em contacto com o meio circundante incluindo outras pessoas e possibilitando a atribuição de sentido à vida; como identidade, isto é, a sua apresentação a que também possui um sentido,

um valor de bem ou de castigo. Estas diferentes formas de entender o corpo diferem consoante os contextos socioculturais e psicológicos em que as pessoas vivem e se inserem.

Ribeiro (2005:7-8) vai mais além na sua concepção do corpo que todos nós somos e considera que a existência humana é antes de tudo uma forma corporal. Historicamente recorda que nos anos 1960 e 1970 assumiu um meio de declaração de liberdade quanto ao livre arbítrio do seu uso enquanto nas duas décadas seguintes se tomou consciência crescente de que o que é visível na pessoa constitui tanto uma forma de identificação como de socialização – a pessoa identifica-se subjectivamente com o seu corpo e é através dele que interage socialmente. O mesmo autor (p. 15-24) considera também que o corpo é experimentado como “o corpo objecto” e “o corpo vivido”. O primeiro é aquele que se nos apresenta imediatamente quando o olhamos e é o que pertence ao indivíduo, o seu aspecto físico que permite a orientação no tempo, espaço e pessoa. Nesta dimensão é ainda representado de dois modos distintos: por um lado, o conjunto de órgãos quando o alvo de interesse é o seu funcionamento e, por outro, a sua aparência, a forma como se apresenta aos outros e como estes o vêem. Estas duas dimensões interligam-se pois dificilmente alguém pensa no seu corpo apenas como abstracção biológica e a sua vivência em sociedade não é possível sem o corpo tátil sobre o qual a própria pessoa e quem a rodeia tem sentimentos e atribui sentido. Cada um desenvolve diferentes imagens corporais de si mesmo e experimenta o seu corpo de acordo com quatro pólos: o “Eu” que corresponde ao corpo que “eu tenho” ou com “o meu corpo” (p. 17); a aparência que é o que se mostra aos outros e é alvo de uma avaliação inicial pelos mesmos, cumprindo uma função social; o terceiro é o conjunto de órgãos e sistemas estudados pela anatomia e pela fisiologia, uma dimensão mais conhecida dos profissionais de saúde do que do próprio indivíduo; e o quarto, a corporeidade que constitui uma forma de *gestalt*, ou seja, é mais do que a soma das partes anteriores. A segunda concepção, a do corpo vivido, não exclui a anterior uma vez que assenta nela para a compreender pois cada pessoa só conhece o seu corpo porque o vive num determinado tempo, espaço e em relação com alguém. Esta corporeidade não tem a ver apenas com o momento presente; há uma história que lhe está ligada e que contribui para a sua identidade.

A experiência do corpo é concebida por diversos autores. Por exemplo, Cash e Pruzinsky (1990:159-161) explicam que acontece de acordo com diferentes níveis e funções, a saber: o conceito do corpo, interior à pessoa, em que é cognitivamente conhecido como uma entidade abstracta e um mundo privado; a fantasia do corpo, uma forma de relação em que

este serve de estímulo aos outros e é também uma forma de expressão; o corpo próprio que tem uma função tanto para a própria pessoa como para as outras pois é um estímulo para estas, é um instrumento de acção intencional e é ainda uma fonte de necessidades, impulsos e reflexos; o esquema do corpo inclui aspectos cognitivos e emocionais que registam as sensações e processam a informação. Os autores (p.337-347) explicam o desenvolvimento das imagens corporais: começam com percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e a experiência corporal. Desenvolvem-se de modo multifacetado consoante as funções que descrevemos acima, em experiências que se relacionam intimamente com sentimentos sobre si próprio e que são englobam valores socialmente transmitidos. São dinâmicas e, ao longo da vida, influenciam o processamento de informação e, consequentemente, o comportamento.

No entendimento de Ribeiro (2002:25-26) as funções corporais podem ser agradáveis ou não de acordo com o valor atribuído às experiências do corpo vivido. Esta atribuição de valor não é constante; tem altos e baixos e o que a pessoa valoriza de determinado modo num determinado momento difere consoante as funções que lhe atribui, as experiências anteriores e os projectos futuros. O autor (p.39-57) também se refere à Identidade Corporal propriamente dita que engloba o Imaginário Corporal, os Valores Corporais, a Inteligência Corporal e o Eu Corporal. O Imaginário Corporal relaciona-se com o corpo socialmente construído e desta forma varia de cultura para cultura e dentro da mesma, da pessoa que se vê a si mesma e da pessoa que olha e, neste caso, torna-se o corpo como é compreendido pelo outro. No que se refere aos Valores Corporais “Cada indivíduo avalia o seu corpo segundo a percepção que tem do seu desempenho nas diferentes funções, tendo em conta os níveis de satisfação ou insatisfação daí decorrentes” (Ribeiro, 2002:43), ou seja, cada um avalia as qualidades reais do seu corpo a que o autor designa por “valor objectivo” e os benefícios que este lhe traz, o “valor subjectivo”. Os valores corporais são: o bem-estar, relacionado com o organismo físico que leva ao empenho das pessoas para o manter vivo e saudável, sem sofrimento e com qualidade de vida; a energia e destreza, em que o corpo enquanto instrumento desenvolve actividades que exigem, por exemplo, força e precisão de movimentos; prazer, isto é, o corpo erótico vivido em experiências agradáveis de acordo com as habilidades de cada pessoa e segundo determinadas normas; e a aparência ou corpo social a que já nos referimos como sendo o que as outras pessoas vêem primeiro e em que se valoriza a boa aparência. Estes valores são hierarquizados segundo critérios pessoais imbuídos de factores sociais e culturais que evoluem com o tempo mas em que nas diversas sociedades e culturas se dá primazia às partes relacionadas com a identidade social e sexual.

Quanto à Inteligência Corporal, inclui as emoções primárias e secundárias e constitui uma forma de sentir e de viver o corpo segundo uma concepção adoptada de Damásio que permite fazer escolhas através dos marcadores somáticos, ou seja, acções espontâneas que harmonizam a razão com as emoções. A pessoa ao compreender o corpo como seu e identificando-se com ele como único e diferente de todos os outros estabelece o seu Eu Corporal. Esta construção processa-se a partir do nascimento, com as experiências vividas com outras pessoas, por comparação e identificação fazendo com que atribua um determinado valor ao seu corpo que conduz à sua identidade e à auto-estima.

3.2 – AS CRENÇAS NA BASE DAS DECISÕES EM SAÚDE

“Não são os acontecimentos da nossa vida que nos moldam,
mas as nossas crenças sobre esses acontecimentos.”
Anthony Robbins

Antes de começarmos a incidir na dialéctica entre crenças e decisões na saúde, pretendemos clarificar o conceito de crenças. Fazemos este exercício de compreensão começando por uma abordagem genérica e prosseguindo pela elaboração de um sistema de crenças desde a infância até à idade adulta. Por ser a faixa etária que nos interessa, apresentamos as do adulto segundo as suas características e funções, os elementos constituintes de cada crença e, por fim, os tipos que traduzem a orientação cognitiva da pessoa no mundo.

De acordo com Diniz (2004:13) existem diferentes definições de crenças consoante o conteúdo epistemológico em que se inscrevem. Possuem um carácter subjectivo que se relaciona como “a *verdade objectiva* acerca dos factos” (p. 17) e no seu modo mais básico é “a acção de acreditar ou o seu efeito” (p. 17), em que acreditar é assumir algo como verdade. Por outro lado, as crenças podem ser entendidas como um “conjunto de ‘opiniões que constituem os princípios, as regras em que assenta um partido, uma doutrina.” (p. 17) Para este estudo adoptámos o conceito de crenças que o autor intitula de “Carácter sistémico das crenças” (pp. 97-104), as quais estão ligadas a desejos, incorporam razões pessoais e/ou sociais e podem ser conscientes ou inconscientes. Na construção de um sistema de crenças há uma evolução desde a infância (crenças primitivas), até serem abandonadas na adolescência, altura em que surgem as “de autoridade” (crenças secundárias) advindas de uma fonte tão credível que, geralmente, não são contestadas. A sua função é conceber uma realidade que permite a adaptação a um mundo que faça sentido

e seja real. São aprendidas em realidades diversas através de pessoas de referência que variam de indivíduo para indivíduo conforme os contextos (família, grupo, classe, religião, entre outros). Muitas crenças advêm da vivência comum em grupos de referência e produzem a identidade grupal. São típicas de um grupo e não de toda a sociedade. Diríamos que pertencem a subgrupos de uma cultura. Nesta evolução chega-se ao adulto, o qual “possui milhares de crenças sobre o que prefere ou não, o que é verdadeiro ou falso, bom ou mau, bonito ou feio, relativamente à realidade física e social do mundo em que vive” (Diniz, 2004:100-101). No quadro nº 1 procuramos sintetizar, de acordo com o autor, os diferentes tipos de crenças dos adultos e respectivas características e funções.

Quadro nº 1 – Crenças do adulto e respectivas características e funções

Tipo de Crenças	Características	Funções
Descritivas ou “existenciais”	Verdadeiras ou Falsas	Descrever alguém ou algo de acordo com um significado que pode ser verdadeiro ou falso.
“Avaliativas”	Juízos do tipo “bom” ou “mau”	Avaliar alguém ou algo de acordo com um juízo de “bom” ou “mau”.
Prescritivas	De acordo com preferência ou desejo	Escolher de acordo com o juízo emitido na base de uma preferência ou desejo.
Valores ou crenças globais ou unitárias	Crenças com componentes cognitivas, afectivas ou comportamentais	Eleger uma preferência que está para além dos objectivos imediatos da pessoa. Guiam acções, atitudes, comportamentos, avaliações e justificações de si ou de outrem.

As crenças estão na base das atitudes e orientam o comportamento se bem que entre as primeiras e o último haja um processo de agregação, também designado de “clustering” (Diniz, 2004: 104) e é através da sua interacção que se integram num “agregado de orientação cognitiva” (p.104) que produz a intenção do comportamento. Diniz (p. 101) explica ainda o que são os componentes de cada crença: cognitivos (conhecimento sobre o que é verdadeiro ou falso, desejável ou indesejável, bom ou mau); afectivos (pelos efeitos que desencadeiam no próprio ou em quem o rodeia, assumindo uma posição positiva ou negativa relativamente ao objecto da crença ou ao que a ela associa) e comportamentais (que desencadeiam uma acção). Finalmente e, ainda segundo o mesmo autor descrevemos os quatro tipos de crenças que traduzam a orientação cognitiva de uma pessoa no seu mundo. Fazemo-lo novamente num quadro que resume o seu pensamento e com os exemplos.

**Quadro nº 2 – Tipos de crenças que traduzem a orientação cognitiva da
pessoa no seu mundo**

Tipo de Crenças	Referente	Sentido	Incidência	Exemplo
Crenças acerca de si próprio	É a própria pessoa	Ligadas a um ou mais significados que reflectem informação sobre a própria pessoa.	Hábitos, acções, capacidades, sentimentos, sensações sobre si próprio.	“Eu nunca minto”
Crenças gerais	Não é a própria pessoa	Ligadas a um ou mais significados sobre alguém ou algo que não a própria pessoa nem relacionado com ela.	Pessoas, objectos, acontecimentos ou algo do passado, presente ou futuro ou de alguém não relacionado com a própria pessoa.	“As pessoas mentem muito” “Mentir não é punível”
Crenças acerca de normas ou regras	Não é a própria pessoa	Ligadas a um ou mais significados sobre uma “relação normativa” de dever ou de não dever mas que não se relacionam com a própria pessoa.	Normas, regras, padrões éticos ou não aplicados a pessoas, comportamentos, objectos ou acontecimentos não relacionados com a própria pessoa.	“As pessoas não devem mentir” “A vida não deve ser baseada em mentiras”
Crenças acerca de objectivos	É a própria pessoa	Ligadas a um ou mais significados que reflectem uma “relação desejada”, de atracção ou rejeição.	Acções, comportamentos, objectivos, situações ou aspectos dos desejos e aspirações do self face ao futuro.	“Eu quero mentir com poucos sentimentos de culpa”

Esclareçamos alguns conceitos que podem estar associados e/ou confundidos com o de crenças.

Temos vindo a referir-nos a tradição. Loux¹⁹ (1983:25-26) estabelece duas definições: a primeira enquanto doutrina ou prática religiosa ou moral transmitida ao longo dos séculos através da palavra e do exemplo, a segunda como um modo ou conjunto de modos de pensar, fazer ou agir que constituem uma herança do passado. Há ainda a tradição viva, a

¹⁹ Usamos este livro com esta data por ser uma referência para o fenómeno em estudo (sendo como tal referido pelos orientadores de temáticas relacionadas com crenças) e por não conseguirmos encontrar uma edição mais recente, mesmo após uma minuciosa procura em diferentes livrarias e bibliotecas, a nível nacional e internacional, incluindo Internet.

que se transforma à medida que é transmitida de uma geração a outra, integrando elementos e abandonando outros de forma a adaptar-se à realidade.

Outra diferença é entre crenças e superstição. Esta, segundo a mesma autora (p. 27) tem a ver com um comportamento irracional, geralmente formal e convencional, relacionado com o sagrado. É uma crença que é, simultaneamente, errada e irracional.

Entramos na dialéctica entre crenças e saúde. Para além da dimensão cultural ser reconhecida pela OMS no seu conceito de saúde, Loux (1983:35) declara que muitas funções corporais são culturais e para Swanson (1993:353) a saúde é também um fenómeno culturalmente definido e a experiência de bem-estar é subjectiva. Duarte (2002:13) explica que o ser humano aprende e incorpora conhecimentos, capacidades e experiências acerca dos fenómenos de saúde/doença bem como da capacidade para o auto-cuidado através de tradições, experiências pessoais e com outras pessoas, profissionais de saúde, entre outros meios cujas mensagens se integram de modo individual e colectivo, a nível familiar, de grupo social e comunitário, portanto, nos contextos em que a pessoa vive e se relaciona.

No que se refere ao três níveis de prevenção, Loux (1983: 73-76) explica que a primária é a mais coerente com as recomendações populares e nestas o Homem está ligado à natureza nomeadamente aos seus ciclos e estações, havendo crenças sobre a relação entre o corpo e as estações do ano ou as condições meteorológicas, bem como comparação com os animais, principalmente nas populações rurais. Reparamos que também em Portugal e, mais concretamente, nos Açores esta realidade se encontra em provérbios como “Se queres conhecer o teu corpo mata o teu porco” e a atribuição de dores osteo articulares aos níveis da humidade atmosférica.

A noção popular de prevenção descrita por Loux (1983:85-88) assenta numa visão do corpo feita de inter-relações complexas: as diferentes partes entre si, o corpo com o universo, a dimensão técnica com a dimensão simbólica em que os diferentes órgãos, a sua composição anatómica e as funções fisiológicas se relacionam com o mundo natural e social. Toda esta dinâmica é assim um campo fértil de crenças e da sua interligação, não esquecendo que “Chaque société, chaque culture, apprend ainsi à ses membres, des leur plus jeune age, les façons rituelles de faire s’exprimer son corps.”²⁰ (p. 95) e cada parte do corpo tem um

²⁰ Cada sociedade, cada cultura, transmite assim aos seus membros, desde a mais tenra idade, os rituais de expressão do corpo. (Tradução livre, nossa)

significado simbólico. Por tudo isto a autora (pp.239; 304-305) considera essencial respeitar as crenças de um sistema cultural e declara não ser possível estudar um traço do mesmo em separado já que existe uma teia complexa de significados e crenças que lhe proporciona coerência. Simultaneamente, as crenças enquadram os problemas dessa cultura, pelo que não as podemos desgarrar, nem às práticas e rituais de um simbolismo que determina um quadro social e cultural específico num momento da sua existência. Tal facto deve ser compreendido e aceite pelos profissionais de saúde se querem ajudar as pessoas, pois como defende Amendoeira (2000), implica que a pessoa esteja no centro da prestação de cuidados, em todas as suas vertentes, enquanto actor, ou seja, pessoa activa com o seu próprio sistema de valores e capacidade de escolha para que possa tomar decisões fundamentadas, onde é reconhecida a intencionalidade da sua acção. O processo de cuidados é um sistema complexo de relações interpessoais em que a pessoa a quem os mesmos são prestados, tal como o prestador, interagem num processo que inclui autonomia, conhecimento e responsabilidade.

Segundo Duarte (2002:39-41) é a concepção que cada pessoa tem da saúde, o modo como a define e as crenças mais ou menos conscientes que tem sobre a mesma que determinam a procura dos cuidados de saúde. Apresenta nos “Modelos de estudo de comportamento de pedido de ajuda” (pp. 46-48) uma sequência dos recursos a quem as pessoas recorrem no caso de reconhecerem necessidade de ajuda. São, em primeiro lugar, as fontes que consideram de referência e proximidade, como família e amigos e, em último lugar, psicólogos e psiquiatras, passando por padres e clínicos gerais. Ao mesmo tempo, esta procura tem a ver com a compreensão da pessoa da gravidade da sua situação e o valor que atribui ao acto de procura de cuidados.

A autora (p. 54-56; 78-79) sublinha que a cultura afecta os significados atribuídos aos fenómenos de saúde/doença e que valores familiares avaliam a situação e o sentido da procura de ajuda. Por outro lado, muitas pessoas têm dificuldade em compreender a linguagem médica e não gostam de ler assuntos de saúde, para além de desejarem médicos (e não podemos deixar de acrescentar, enfermeiros) que as escutem.

3.3 – A CONSTRUÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE O AM POR PARTE DAS MÃES

“Eu nunca morreria pelas minhas crenças
porque posso estar errado.”

Bertrand Russell

Até ao momento actual, em todo o mundo, nunca um RN teve tão poucas oportunidades de ser amamentado. Assim o afirmam Coates e Riordan (2004:3-5) autoras em que nos baseamos para uma breve resenha histórica sobre o AM. Até à década de 1940 a prevalência desta prática era elevada em quase todas as sociedades. Apesar dos leites preparados para substituírem o leite materno terem começado a surgir no início do século XX, a sua adopção ocorre lentamente na Europa e na América do Norte, estando então limitado a segmentos elitistas da sociedade. A sua expansão ocorre após a II Guerra Mundial nos países industrializados, uma vez que as mulheres passam a ser uma fonte muito importante de trabalho e também por influência dos movimentos feministas levando ao abandono do AM nos países em desenvolvimento.

De acordo com as supra citadas autoras (pp.655-657) o que sabemos sobre a pré-história e a história ancestral do AM vem de áreas geograficamente bem definidas: Oeste Europeu, Ásia Menor, Médio Oriente e Norte de África onde se encontrou material escrito, estátuas, artefactos religiosos, correspondência pessoal e literatura médica que remonta a antes de 2000 a.C.

Os mamíferos caracterizam-se pela presença de mamas que segregam e expelem um fluido (coloostro e leite) que durante muito tempo é o único alimento das jovens crias. O modo de manter os RNs ao longo da história da humanidade seguiu esta ordem natural a que o Homem pertence. A forma como acontecia na Antiguidade é estudada actualmente através da etnografia em povos como os iKing do deserto do Kalahari e nas sociedades caçadoras e colectoras da Papua Nova Guiné, onde a amamentação vai até aos 2-6 anos de vida da criança.

Mas a sociedade e a cultura evoluíram e chegamos ao contexto social, tecnológico e médico dos dias de hoje. Os avanços tecnológicos permitem cada vez mais o aperfeiçoamento dos leites artificiais, enquanto a pressão publicitária promove o *biberon* em detrimento da

amamentação. Especialmente a partir da década de 1970 a prática do AM vem aumentando nos países do Ocidente mas ainda está longe do preconizado pela OMS.

Como expusemos no sub capítulo anterior, as crenças começam a formar-se na infância. Loux (1983:120-121) afirma que os conhecimentos sobre o corpo são transmitidos pela família desde a primeira infância e esta educação é a mais importante e duradoura. É neste período que a criança, no seu ambiente familiar, aprende papéis sociais, as meninas por imitação com as mães e também com pessoas exteriores à família. Neste caso, a autora enfatiza a cultura adquirida na escola mas defende que há francas diferenças entre os dois meios. O discurso de prevenção está interiorizado após a primeira infância e acontece de modo nitidamente diferente na escola onde há uma aprendizagem de regras básicas de higiene e de prevenção de cáries dentárias, por exemplo. Na família a educação difere consoante a situação cultural e, portanto, enquanto no primeiro caso há um nivelamento cultural, no segundo a educação depende do contexto sociocultural. Assim, o corpo enquanto fenómeno cultural enfrenta um conflito entre a aprendizagem na família e na escola. Na primeira faz-se de forma gestual, oral, de transmissão de saberes ancestrais e tradicionais enquanto na segunda é de modo livresco e expositivo. São saberes diferentes com formas de transmissão igualmente distintas. Loux (1983:121-123) entende que a educação escolar pode ser uma forma de controlo da família ou uma forma de a complementar. Em qualquer dos casos, a escola geralmente nega os saberes e as linguagens tradicionais e as relações entre a educação escolar e a familiar dependem da posição social e cultural desta pois, frequentemente, os professores pertencem a um meio sociocultural diferente.

Entretanto, sobretudo nos meios rurais, as mulheres desenvolvem uma tradição de saberes de domínio biológico e natural em que os fenómenos culturais têm a sua própria realidade. Loux (1983:114-120) explica que neste meio, a transmissão de saberes acontece na vida quotidiana, a partir da via lúdica na criança e progredindo com uma aprendizagem simbólica com função educativa por rituais, os quais permitem acção, adaptação, identificação e coerência cultural. Bushy (1999:351) explica que neste meio as pessoas contam essencialmente com ajuda informal como vizinhos, familiares mais ou menos próximos, grupo e igreja. Contudo, Loux (1983:127) reconhece que esta descrição corresponde a uma sociedade de que pode restar apenas uma nostalgia e em que cada vez predominam mais os saberes escolares e universitários. Admitindo que esta realidade pode estar cada vez mais longe nos meios muito urbanizados, pensamos que a mesma ainda está

bastante presente no contexto cultural que pretendemos estudar em que mesmo havendo uma diferenciação entre meio rural e meio urbano, esta não é tão acentuada como em outros pontos do planeta e mesmo do país. Porém, como a autora, reconhecemos a crescente medicalização do corpo, especificamente na área em que somos especialistas. É o caso da medicação para a dismenorreia que substitui as tradicionais tisanas e que atravessa toda a vida fértil da mulher, até à menopausa, em que a terapia de substituição hormonal retarda um acontecimento naturalmente aceite e vivido pelas nossas avós. Entre estes extremos está a medicalização do parto e do AM, fenómenos intimamente ligados, onde a mãe é submetida a analgesia ou anestesia e é proporcionado ao RN um *biberon* de leite que não o materno, impedindo o contacto com o calor e a mama da mãe, simultaneamente fonte de aconchego, amor e alimento. Este quadro retrata o que temos e vivemos e tal como refere Merleau-Ponty (1999:489), é necessário que, a seguir à descoberta do mundo natural, descubramos o mundo social, não como um objecto ou soma de objectos mas como um campo permanente de existência, do qual nos podemos desviar, mas de que não podemos deixar de pertencer.

Galvão (2005: XIV) declara que o sucesso do AM tem a ver com a história de vida da própria mãe que decide amamentar ou não e, portanto, há necessidade de conhecer os contextos em que ocorrem as atitudes e padrões de comportamento face a esta prática. À semelhança de outros autores, reconhece que a nova mãe se estrutura em toda a sua história, incluindo o que aprendeu sobre bebés e a sua alimentação, quer isso lhe tenha sido transmitido explicitamente pela verbalização ou pela observação e assim, o que depreendeu do que observou em familiares, vizinhas e amigas é extremamente importante uma vez que sabe que pode contar ou não com elas para a apoiarem.

Resumindo e recorrendo a Riordan e Auerbach (2004:743) porque nos identificamos com as suas razões, a intenção da mãe em amamentar é o factor mais importante para a sua decisão de iniciar ou de manter esta prática. Por seu lado, esta intenção é influenciada pelas suas crenças as quais resultam da sua história de vida e da influência do seu grupo sociocultural, nomeadamente das pessoas que lhe são significativas, quer pelo exemplo e ensinamentos, quer pelo potencial apoio que antecipa.

3.4 – O ENFERMEIRO E AS CRENÇAS SOBRE O AM: O ESTADO DA ARTE

“Verificamos que as crenças das pessoas sobre a sua eficácia afectam muito significativamente as suas escolhas. Especialmente, afectam os seus níveis de motivação e de perseverança face aos obstáculos.”
Albert Bandura

Neste subcapítulo abordamos o que se tem investigado e efectuado na amamentação, assentando numa base teórica que consideramos coerente com o nosso objecto de estudo e com o que se preconiza na actuação dos enfermeiros. Por “estado da arte” entendemos o que se tem estudado e feito, se está a estudar e a fazer e se perspectiva sobre um determinado assunto. Neste caso, o enfermeiro face às crenças das mães e das populações quanto ao AM.

O REPE, publicado no decreto-lei nº 161/96, 4 de Setembro, define no artº 4º a

Enfermagem como a profissão que, na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003:18) declara quanto às competências do enfermeiro de cuidados gerais nos pontos 14 a 16, relativos a “Prática segundo a ética”, que o enfermeiro reconhece as crenças das pessoas de quem cuida, bem como os seus valores e o modo como estes podem influenciar a prestação de cuidados. No que concerne à “Prestação de cuidados” nomeadamente à “Promoção da Saúde” (p. 19-20) é determinado que o enfermeiro entenda as pessoas a quem presta cuidados numa perspectiva holística, actuando de modo a dar-lhes poder para adoptarem estilos de vida saudáveis, enquanto compreende as suas tradições e crenças sobre a saúde. Para além disto estabelece a comunicação e relações interpessoais, nomeadamente quando “Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” (p. 21) e “Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder” (p. 22).

Tal como Watson (2002:14) acreditamos que a ciência de enfermagem deve prosseguir na descoberta e na procura de significados ocultos que a vida e a natureza têm para as pessoas. Por isto, achámos pertinente incluir neste sub capítulo uma panorâmica do conhecimento produzido sobre o objecto de estudo a que nos dedicamos. Fá-lo-emos atendendo ao que defendemos ser a enfermagem enquanto profissão e disciplina e, começando com uma visão

mais genérica, internacional, progredimos para o que encontrámos sobre a realidade portuguesa.

Na nossa perspectiva a teoria de Jean Watson adequa-se ao nosso estudo pelo realce que dá à relação entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida e como essa relação é importante na transformação e evolução de ambos. Simultaneamente a sua teoria tem em linha de conta as crenças da pessoa enquanto ser no mundo, ou seja, a pessoa é entendida como englobando uma dimensão espiritual, uma mental e outra física, que vive no tempo e no espaço e atribui significado à sua existência, ou seja, constrói crenças e valores acerca de si e da vida, os quais lhe permitem o “acesso a um sentido mais elevado do eu” (Watson, 2002:84) ao qual acede mais rapidamente através das suas emoções e do seu mundo subjectivo.

Consideramos que o AM possui bases que vão além do biológico e que passam pelo modo que cada mulher, família e sociedade vêem o corpo, o filho, entendem esta díade e que significado lhe atribuem. Quanto ao AM, os profissionais de enfermagem têm oportunidade, se entenderem a pessoa nos seus múltiplos aspectos, de promoverem a expansão dos seus conhecimentos, de ajudar as mães e a sua família a lidarem satisfatoriamente com o AM e, ao fazerem-no, os próprios enfermeiros têm igualmente oportunidade de se desenvolverem nas suas diversas dimensões humanas.

Watson (2002:28-31) defende que o enfermeiro deve conhecer a voz da ciência e a voz do povo, pois só assim conseguirá cumprir o seu compromisso de cuidar. Naquilo que é conhecido como o “sistema de valores de Watson” (pp. 65-66) a autora declara um respeito e uma admiração profunda pelos mistérios da vida e reconhece a dimensão espiritual e o poder interior que permitem o crescimento e a mudança de quem cuida e de quem é cuidador (cuidar transpessoal). Portanto, este cuidado exige consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, num papel em que o profissional actua dando liberdade de escolha e autonomia a quem cuida. Isto leva a que esta pessoa se conheça melhor bem como aos processos de aquisição de auto-controlo e de auto-cuidado enquanto o enfermeiro é co-participante. A ciência de enfermagem, sendo ciência humana deve ter a pessoa como ponto de partida. A autora (pp.71-73) dá valor à metafísica e entende o cuidar como o ideal moral dos enfermeiros, tendo assim “um importante papel social na melhoria da dignidade e da preservação da humanidade” (2002:73) No que designa por “Relação Transpessoal do Cuidar” (p. 112) há a compreensão dos sentimentos e a valorização dos significados atribuídos pelas pessoas.

A teoria de Watson sobre o cuidar transpessoal inclui doze factores que são aflorados neste seu livro de 2002 e que foram pormenorizadamente descritos no de 1985. O valor das crenças pessoais e o devido respeito que devem merecer por parte do enfermeiro integram o primeiro factor, sistema de valores humanistas-altruistas em que a autora (1985: 11), reconhecendo a sua existência, explica que se começam a formar na infância através das experiências da criança e incluem crenças e estilos de vida. No segundo factor de cuidar, instilação de fé e esperança, o papel do enfermeiro tem a seguinte recomendação:

Regardless of what scientific regimen is required for the care of a person, the nurse discovers what is meaningful and important for the particular person. The person's beliefs are never disregarded; they are encouraged and respected as significant influences in promoting and maintaining health.²¹ (p. 15)

Referindo-se às necessidades psicossociais Watson (1985:187-190) especifica a de afiliação e que a mesma se relaciona com dois tipos de grupos. Os primários são os que proporcionam segurança emocional e controlo social, geralmente constituídos pela família nuclear ou alargada, o lar, que proporciona estabilidade e segurança e é neste grupo que os papéis são tradicionalmente definidos e aceites de acordo com as tendências culturais. Os grupos secundários proporcionam oportunidades de relação fora da família e podem ser constituídos por colegas, vizinhos, contextos sociais, de negócios, religiosos, entre outros.

Desta forma, a teoria de Watson de que apresentamos apenas uma indispensável breve abordagem enquadra o que desejamos estudar, já que coloca o cuidar no centro do papel do enfermeiro, com respeito pela individualidade, significados e crenças de cada pessoa. O mesmo acontece com Swanson (1993:354-356) que concebe uma estrutura de cuidados de enfermagem onde sustenta a importância de manter a crença nas pessoas e nas suas capacidades de ultrapassarem os acontecimentos e as transições da vida sem deixar de atribuir sentido ao futuro. A autora afirma

That there is a personal meaning to be found in whatever health condition or developmental challenge the person is facing.²² (Swanson, 1993:354)

Isto implica estar com a pessoa e capacitá-la a alcançar o seu bem-estar de acordo com o que para ela é importante e significativo.

²¹ Independentemente do regime científico necessário para cuidar de uma pessoa, o enfermeiro descobre o que é significativo e importante para essa pessoa específica. As suas crenças nunca são desprezadas; são encorajadas e respeitadas como influências significativas na promoção e na manutenção da saúde. (Tradução livre, nossa)

²² Que existe um significado a ser encontrado seja qual for o desafio da situação de saúde ou de desenvolvimento que a pessoa está a enfrentar. (Tradução livre, nossa)

Trazendo para o nosso objecto de estudo, defendemos que cabe ao enfermeiro conhecer as crenças das mães bem como os seus conhecimentos e trabalhar com elas. Como Riordan e Bocar (2004:689-690) acreditamos na educação para a saúde no sentido de motivar a mãe e a família e prepará-las para a amamentação. Mas há que respeitar as diferentes capacidades sem fazer tábua rasa delas. Riordan (2004:513) defende que se respeite a cultura dominante e as suas práticas e para tal, apresenta três tipos de crenças sobre o AM, das quais aponta exemplos: as úteis, como ter a criança aconchegada a si, amamentar a pedido ou prolongar a prática de modo a aumentar o espaço inter genético; as inofensivas como o uso de amuletos em volta do pescoço da criança ou não comer alho; e as perigosas como colocar crianças e mães em quartos diferentes e considerar o colostro perigoso, inutilizando-o.

Pereira (2006:34; 43-44; 50; 65) imputa aos profissionais de saúde a principal responsabilidade pelo sucesso do AM e declara que as mães são as menos responsáveis nos casos de insucesso. Aponta os mitos e a falta de informação e de apoio por parte da família e da sociedade. Considera que há falta de investigação sobre o tema e que mesmo existindo a Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê²³ há mais de vinte anos em diversos países com muito êxito, em Portugal, dando-se início, não se desenvolveu. A falta de apoio e de informação, principalmente nas primíparas, leva a que as mesmas se sintam inseguras, temam não ter leite suficiente, não saberem amamentar e, se iniciam a prática, abandonam-na à primeira dificuldade. Entende ainda que os profissionais de saúde não estão preparados para informarem e apoiarem as mães. É essencial “que as orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, porque aumenta a ansiedade e a angústia das mães” (Pereira, 2006:49). A cultura de AM coloca em prática as medidas estabelecidas pela Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê, informa a população em geral, desde a família às entidades patronais e formula novas leis que protegem a maternidade para além de cumprir as existentes. O papel do enfermeiro deve começar no período pré-natal e continua na gravidez, durante o parto, após este e enquanto durar a amamentação. A autora recua ainda mais na vida da mulher e afirma que o contacto com a amamentação deve ser feito na infância, quando a criança tem oportunidade de a ver na sua própria família. Finalmente, como a autora, acreditamos que amamentar é uma arte que inclui amor, alimento biológico e psicológico, é belo e agradável e podem ser desenvolvidas estratégias de acordo com as necessidades (a que acrescentamos, as crenças) de modo a incentivar o início e a manutenção de um acto profundamente natural.

²³ Em Portugal o Hospital Garcia de Horta e a Maternidade Bissaya Barreto são instituições credenciadas como “Hospitais Amigos do Bebê”.

Quanto à investigação existente, encontrámos um número elevado de trabalhos sobre AM. Contudo no que se refere às crenças das mães que não amamentam ou que o fazem durante pouco tempo, o mesmo não aconteceu.

A falta de unanimidade e conformidade na actuação dos enfermeiros para sensibilizar e incrementar o AM é encontrada nos trabalhos de Tennant, Wallace e Law (2006), Daneault, Brandy e Godin (2004), Mann et al. (2003), Condon et al (2003), entre muitos outros). Vaucher e Durman (2005:213) recomendam o uso de protocolos para orientar as mães enquanto Cavalcante et al (2005) reconhecem a importância dos enfermeiros no processo.

Riordan (2004:716-718) afirma que os efeitos da cultura no AM estão documentados, entre outros por: Morse (1989) relativamente às práticas da amamentação natural pelas mães imigrantes nos Estados Unidos; Libbus (2000) sobre a aculturação das mulheres mexicanas nos Estados Unidos e; Loiselle et al (2001) que comparam esta prática a nível hospitalar entre mulheres que nasceram ou não no Canadá. Um estudo de Riordan e Gill-Hopple (2001) sobre motivos para não amamentar informa que as mães diziam que tinham de tirar leite à bomba porque iam trabalhar, se sentiam amarradas, o leite adaptado era gratuito e que amamentar doía insuportavelmente. Algumas mães acreditavam que a criança amamentada ficava estragada com mimos e que não sabiam se bebia o leite suficiente. Nas culturas de imigrantes asiáticas e dado o simbolismo erótico da mama, há pudor e resistência pois consideram que a sexualidade e a maternidade são incompatíveis. Amamentar em público ou na presença de amigos é um assunto extremamente sensível às normas culturais da América do Norte. No que se refere à influência familiar a autora aponta exemplos, como a avó materna do bebé, o apoio de pessoas significativas (emocional, à auto-estima, financeiro e de redes de suporte). Igualmente importante é o pai da criança, o qual para a autora (p. 733) é frequentemente a principal influência, o que é igualmente demonstrado em estudos da América do Norte (Cavalcante et al, 2005; Pavill, 2002; Bar-Jan & Darby, 1997; Gorman, Byrd & van Deslice, 1995) e o de Soares et al (2002) nos Açores.

Encontrámos os trabalhos de Moreno Manzanares, Cabrera Sanz e Garcia López (1997), Behrmann (2005), Steiner (2005), Ahluwalia, Morrow e Hsia (2005), Galvão (2005) e Melhado (2008) que demonstram que as mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida.

Fazendo uma súmula deste Enquadramento Teórico, começamos do mais geral para o mais específico em que o corpo é, enquanto fachada da pessoa, o primeiro factor que leva cada uma a atribuir sentido a si mesma e ao que a rodeia.   também um aspecto essencial do AM uma vez que esta prática   biológica. Assim, cabe ao enfermeiro conhecer os diferentes significados que o corpo tem para as pessoas e como os mesmos são construídos, nomeadamente no que se refere às crenças, o que são e que importância tem. Depois incidimos nas crenças sobre o AM e as influências na sua construção. Finalmente abordámos alguns aspectos já investigados sobre o tema e os contributos que podem ter para a prestação de cuidados de enfermagem.

4- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

“Possuo seis honestos empregados
que me ensinaram tudo o que sei.
Os seus nomes são O Quê, Porquê, Quando,
Como, Onde e Quem.”
Rudyard Kipling

Neste capítulo apresentamos: o desenho do estudo; as perguntas de investigação; as participantes incluindo o acesso às mesmas e o respectivo contexto; o acesso aos dados abrangendo o instrumento e os procedimentos da sua colheita; os procedimentos de tratamento e de análise de dados; os procedimentos éticos; os procedimentos para assegurar o rigor e as limitações do estudo.

4.1 – DESENHO DO ESTUDO

"A busca da felicidade é pessoal,
e não um modelo que possamos dar aos outros."
Paulo Coelho

Atendendo a que estudámos um fenómeno humano que tem a ver com as crenças das mães que não amamentam e influências na sua construção, optámos por um desenho de investigação qualitativo com características fenomenológicas. Esta decisão baseou-se também no facto do tema ser complexo, íntimo, sensível e pouco explorado na enfermagem (não encontrámos nenhum estudo sobre crenças para não amamentar), para além de termos pretendido aceder à subjectividade da pessoa, a qual tem uma forte interdependência com o ambiente social e cultural. De acordo com Zohem (2002:1-3) a fenomenologia estuda as experiências vividas e é útil quando se estuda um novo assunto ou quando se pretende ou se necessita de uma nova perspectiva sobre um determinado tema.

Em Enfermagem, Polit e Hungler (1999:11-12) referem-se ao paradigma naturalista em oposição ao paradigma positivista. Segundo as autoras, aquele também é conhecido como fenomenológico ou construtivista e reflecte o pensamento pós moderno de desconstrução

(no sentido de colocar de parte velhas ideias e estruturas) e reconstrução, sendo uma tentativa importante de enquadrar a investigação em enfermagem. Do ponto de vista ontológico a realidade é perspectivada como múltipla e subjectiva e é uma construção dos indivíduos que participam na investigação; a realidade existe dentro de um contexto e são possíveis muitas construções. Epistemologicamente, o investigador interage com os participantes e os resultados são consequência desta interacção. Em termos axiológicos, a subjectividade e os valores são inevitáveis e desejáveis. Metodologicamente, trata-se de um processo indutivo, cuja ênfase está na totalidade e holismo do fenómeno; as interpretações surgem das experiências dos participantes a partir de um projecto flexível, contextualizado, com relevo da narrativa e da análise qualitativa, na procura de padrões. A posição do investigador é relativista pois reconhece múltiplas interpretações da realidade e a não existência de um processo que possa determinar a verdade ou falsidade de algo.

Merleau-Ponty (1999:1-2) explica que a fenomenologia é o estudo das essências e tudo se resume na sua definição. Também é uma filosofia que as recoloca na existência; as coisas existem antes de serem pensadas e reflectidas e o que a fenomenologia faz é reencontrar este mundo e tentar descrever a experiência como ela é. Por seu lado van Manen (1990:9-21) considera que este tipo de investigação é adequado quando se pretende incidir nos seguintes aspectos: 1) O estudo da experiência de vida, do mundo e do quotidiano em que ocorre; 2) A explicação dos fenómenos que surgem à consciência e uma vez que toda a consciência é consciência de algo, implica uma intencionalidade; 3) O estudo das essências questionando a verdadeira natureza dos fenómenos - a essência de um fenómeno é universal e uma intenção sistemática de revelar as estruturas significativas da vida; 4) A descrição dos significados vividos e existenciais através dos quais se pode explicar os significados da vida quotidiana; 5) O estudo científico dos fenómenos humanos - enquanto ciência procura um saber sistemático, explícito, autocrítico e intersubjectivo; 6) Atribuição de sentido ao quotidiano; 7) A exploração do que significa ser humano; 8) Pensar sobre a experiência original. Uma vez que tínhamos por objectivos específicos “analisar as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “explorar como as mães que decidiram não amamentar foram influenciadas na construção das suas crenças sobre o AM” em que, enquadrando no acima exposto por van Manen, pretendemos incidir na experiência de vida quanto ao fenómeno de ausência de amamentação consoante a explicação que ocorreu à consciência das mães tentando compreender a sua natureza, os significados de acordo com a sua vivência quotidiana, considerámos que uma abordagem com características fenomenológicas seria a mais adequada.

De acordo com Zohren (2002:5) a fenomenologia hermenêutica foi primeiramente apresentada por Husserl e depois modificada por Heidegger e Gadamer. Heidegger interessou-se pela aprendizagem e pela compreensão da estrutura dos existenciais²⁴ ou da experiência vivida, também designado como munda-da-vida, como o mundo pessoal dos indivíduos é experimentado de acordo com quatro estruturas: espacialidade, corporalidade, temporalidade e relacionalidade. Gadamer expandiu a definição anterior para se referir à capacidade humana de compreender a sua própria existência. Zohren (2002:4-5) entende que a investigação fenomenológica é adequada para a enfermagem porque procura compreender as necessidades da outra pessoa e o modo como experimenta a sua vida.

Watson (2002:39) considera que a enfermagem se embrenha cada vez mais na fenomenologia por ser uma arte e uma ciência que tem um carácter indutivo, subjectivo e orientado pela metafísica. Na sua visão da ciência de enfermagem a autora (p. 53;69-70) explica que a metafísica tem a ver com as transacções entre os seres humanos que vão além do alcançável pelos sentidos, entrando na espiritualidade e também nos valores e nas crenças que são manifestados e partilhados pelos enfermeiros e pessoa a quem presta cuidados. Watson (2002: 137; 143-144) explica que a fenomenologia tenta descrever e compreender as experiências humanas de acordo com o que surgem ao conhecimento e incluem experiências de saúde, doença, perda-dor, ansiedade, esperança, desespero, amor e conceitos de existência, entre outros, ou seja, dirige-se às experiências humanas para as descrever, analisar e compreender de modo a aceder ao significado subjectivo de um determinado assunto da vida real. Assim, refere-se ao que as pessoas compreendem, experimentam e conceptualizam sobre um fenómeno.

Consideramos que este estudo possui características da fenomenologia hermenêutica porque tenta seguir uma orientação interpretativa, centrada nos sentidos da experiência ou ausência de amamentação, explicitando as orientações e interpretações que motivam as mães para a sua tomada de decisão consoante a sua atribuição de sentido. Salvaguardamos que, atendendo às condicionantes temporais de uma tese de mestrado, não pudemos seguir de modo purista as exigências deste tipo de investigação. Acreditamos como Boemer (1994:92) que o melhor caminho é o que faz sentido para o investigador e lhe proporciona possibilidades de mais conhecimento uma vez que um método por si só não traz resposta à complexidade do ser humano.

²⁴ Da expressão em inglês “life-world”

4.2 – PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

“Ter a consciência de que se é ignorante,
é um grande passo para o conhecimento.”

Benjamin Disraeli

Estas são perguntas que estão na base deste estudo:

- Ao longo da sua vida que contacto tiveram as mães com a amamentação?
- Tiveram oportunidade de ver a mãe, irmãs, amigas ou outras pessoas significativas a fazê-lo?
- O que acham disso (do que observaram ou não)?
- Que crenças têm as mães relativamente ao seu corpo enquanto fonte de alimentação do filho?
- Que crenças têm as mães sobre a forma como a família encara a amamentação?
- Que crenças têm as mães relativamente à forma como a comunidade compreende a amamentação?
- Que crenças possuem sobre o efeito que o AM tem no seu corpo?
- E na saúde e/ou relação com o seu filho?
- Que crenças possuem sobre as mães que amamentam?
- As mães não amamentam porque não querem?
- Ou porque acreditam que não podem?
- Ou porque acreditam que algo as impede?

4.3 – PARTICIPANTES

“Alguma vez te falei de...?”

Gabriel Kaplan

Atendendo às características deste estudo e também porque concordamos com Streubert (2002:25-26) de que as pessoas seleccionadas para uma investigação qualitativa são activas e participativas durante a mesma, designamos as mães estudadas por participantes. Na investigação qualitativa, as pessoas são seleccionadas por possuírem informação a que interessa aceder de acordo com a sua experiência. Esta forma de amostragem, intencional, é a mais frequentemente utilizada na investigação qualitativa, segundo vários autores, nomeadamente, Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) e Streubert (2002).

Inicialmente optámos por um contexto em que houvesse consultas de vigilância da gravidez com enfermeiras especialistas em SMO por considerarmos que estão mais despertas para esta prática. Porém, após autorização do CSPD (Anexos I e II) para acedermos às participantes e de termos contactado com as referidas enfermeiras, verificámos que as mães se recusavam a participar e, que mesmo quando manifestavam aceitação às enfermeiras, se recusavam connosco, quer de modo explícito quer de modo implícito como adiar contínua e várias vezes o encontro marcado. Por contingências laborais e temporais era-nos impossível estar nas unidades de saúde para o primeiro contacto com as mães o que poderia minimizar a renitência da sua participação e, portanto, posto este contexto, tivemos de alterar a forma de acesso que deixou de ser apenas segundo a indicação das enfermeiras de SMO para serem designadas por outras mães, num processo designado em “bola de neve” (Burguess, 1997: 59; Merriam, 1998:63). Explicamos melhor, a partir das duas primeiras mães que conseguimos que aderissem ao estudo a partir das enfermeiras especialistas, fomos contactando outras por elas indicadas, uma referindo outra que cumpria os critérios que estabelecemos até alcançarmos as onze mães que efectivamente participaram.

De acordo com Speziale (2007:38) a amostra em bola de neve é especialmente útil quando as pessoas a que se deseja aceder são difíceis de localizar, o que foi o nosso caso e, como tal, demonstrou ser uma estratégia eficaz de acesso às participantes.

Definimos os seguintes critérios de elegibilidade para a inclusão das participantes neste estudo:

- Mães açorianas e residentes na ilha de São Miguel;
- Mães que não tenham iniciado a amamentação ou no caso de o terem feito, tenham interrompido até aos 28 dias de vida do filho;
- Que aceitem participar no estudo assinando o consentimento informado.

4.4 – ACESSO AOS DADOS

“Pode dizer-se se uma pessoa é inteligente
de acordo com as suas respostas.
Pode dizer-se se uma pessoa é sábia
De acordo com as suas perguntas.”

Naguib Mahfouz

Decidimos aceder aos dados através de entrevista por esta proporcionar, de modo espontâneo, liberdade de resposta e de obtenção de significado da experiência vivida. Burgess (1997:112) e Merriam (1998:71-72) definem entrevista como uma conversa com objectivo. Assim, é importante não esquecer a sua finalidade e, neste sentido, atendemos ao que é apresentado por Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999:170), ou seja, uma posição da nossa parte que manifeste simultaneamente interesse e ignorância, ou seja, a manutenção de interesse e curiosidade sobre o que a participante diz, clarificando o assunto e procurando explicações mais profundas e pormenorizadas.

O tipo de entrevista por que optámos foi a semi-estruturada, a qual, segundo Merriam (1998:74, 81-82) e Polit e Hungler (1999:332) inclui um conjunto de perguntas a abordar, também designado por guião de entrevista, as quais foram colocadas de modo flexível, à medida que os assuntos foram ou não surgindo, sem uma pré determinação rígida de quando ou que palavras utilizar. Recorre-se a este tipo de entrevista quando se pretende informação específica sobre um determinado assunto, mas dando espaço individual de resposta consoante a experiência de cada pessoa, evitando, porém, demasiada dispersão.

Savoie-Zajc (2003) define entrevista semi-dirigida como uma

(...) interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo. (p. 282)

O autor (p. 284-285) explica que a entrevista é orientada pelo tema, os objectivos e as finalidades do estudo e que possui duas finalidades: permite ao entrevistador explicitar o universo da outra pessoa e compreender o seu mundo e ao entrevistado organizar e estruturar o seu pensamento.

O guião de entrevista está apresentado no Anexo (III) e a sua construção baseou-se na análise reflexiva do que pretendíamos saber a partir da pergunta de partida, dos objectivos e das perguntas de investigação delineadas tendo sido validado pelo orientador da tese.

As entrevistas foram gravadas em fita magnética áudio para preservar tudo o que foi dito para análise posterior. Merriam (1998:87) reconhece que a gravação pode ser mais ou menos incómoda para os entrevistados, mas que a maior parte dos mesmos, após os primeiros momentos, se esquece disso. Verificámos que tal aconteceu e tivemos o cuidado

de colocar o gravador de modo a não estar ostensivamente na frente das participantes. A gravação das entrevistas permite o registo com fidelidade de todas as conversas entre o entrevistador e o entrevistado. Segundo Taylor e Bogdan (1997:112-113) torna os participantes conscientes de que o objectivo é registar o que dizem. Relativamente ao entrevistador, permite captar mais do que a sua memória consegue reter. Por outro lado, favorece a interacção entre ambos, uma vez que facilita o contacto visual. O gravador deve ser discreto na sua aparência e localização. Reconhecendo as vantagens, Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999:182-183) alertam que só se deve gravar quando o participante dá autorização e aconselham a ter o cuidado de verificar o funcionamento do gravador e de preparar duas cassetes de sessenta minutos para, sendo necessário, interromper o menos possível. Atendemos a estas recomendações.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 16 de Novembro de 2007 e 5 de Janeiro de 2008 em local e hora determinados pelas participantes. Iniciámos a entrevista após a explicação do consentimento informado (Anexo IV) e da respectiva assinatura por parte de cada uma das intervenientes – investigadora e participante. A duração média das entrevistas foi de 21 minutos.

Após cada entrevista, geralmente ainda no automóvel em que nos deslocámos, procedemos a uma primeira anotação das impressões sobre a mesma, nomeadamente o nosso desempenho e a reacção da participante. Continuámos a elaborar notas de campo aquando da transcrição que decorreu tão imediatamente quanto possível. A duração média de transcrição foi de 87 minutos. Aquando da entrevista para colheita de dados informámos que teríamos necessidade de pelo menos mais uma para validação da nossa análise e esta foi agendada posteriormente. Esta validação decorreu de 7 a 31 de Março de 2008.

4.5 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E DE ANÁLISE DE DADOS

“A coisa mesmo mais pequenina
com um significado
vale mais do que a maior das coisas
sem ele.”

Carl Gustav Jung

Procurando coerência entre o tema, a pergunta de investigação, os objectivos e toda a estrutura deste trabalho procedemos a uma análise de dados com características fenomenológicas para a qual nos baseámos no método proposto por Cohen, Kahn e Steeves (2000:76-77) e por Watson (2002:142-143). Inspirámo-nos nestes autores, no primeiro caso, por serem claros e terem, na nossa opinião, uma estrutura coerente com a de Watson mas mais detalhada na sua explicação e a opção por esta autora foi pela sua adequação à nossa concepção de enfermagem. A seguir apresentamos um Quadro em que estabelecemos o paralelismo entre estas duas propostas seguindo-se imediatamente da descrição dos procedimentos que desenvolvemos nas fases que designamos por pré-análise, análise e síntese.

Quadro nº 3

Análise de dados de acordo com Cohen, Kahn e Steeves (2000) e Watson (2002)

Fases \ Autores	Cohen, Kahn e Steeves (2000)	Watson (2002)
Pré-análise	Imersão nos dados: estabelecimento de uma gestalt ou interpretações iniciais	Leitura do protocolo para obter uma visão geral
Análise	Transformação ou redução: o que é relevante e o que não é. Evidência do que se pretende fazer sobressair e guardar. Análise por temas atribuindo um código aos extractos das passagens. Agrupamento dos extractos com significado semelhante para melhor análise.	Divisão do protocolo em unidades de significação marcando cada uma. Interrogação de cada unidade sobre a sua relevância para o estudo. Redução das unidades de significação consoante a respectiva caracterização para o fenómeno em estudo.
Síntese	Agrupamento do que foi rotulado de acordo com as suas semelhanças. Colocação dos nomes dos temas nas margens. Atribuição de um rótulo aos temas com sentido semelhante. Identificação e comparação dos temas de modo coerente.	Integração das declarações em estruturas que sintetizam o todo e englobam a estrutura das experiências de modo a serem comparadas com outras.

Na fase de pré-análise procedemos a uma leitura flutuante e depois a outra mais profunda para obtermos uma primeira compreensão do todo. Escrevemos então uma história a partir da nossa compreensão do que foi dito e atendendo também às notas de campo que havíamos escrito.

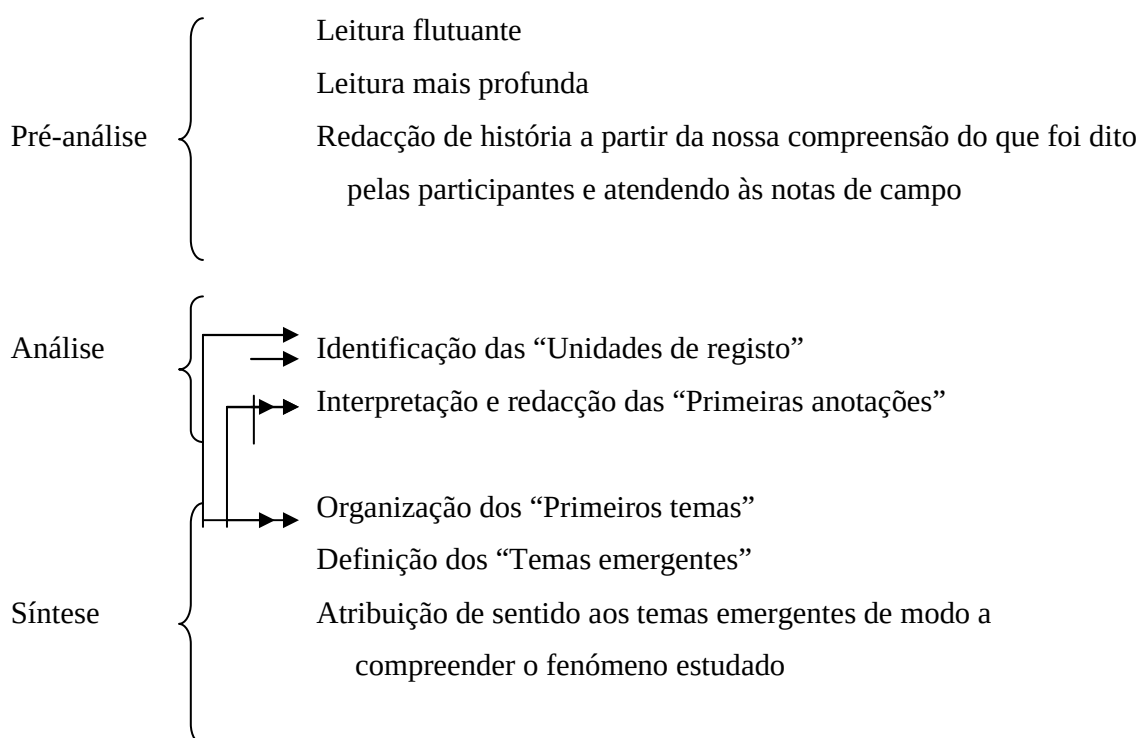
Na fase de análise, baseando-nos nas dimensões em estudo e recorrendo a matrizes, incluímos na primeira coluna da esquerda as unidades de registo, ou seja, extractos das entrevistas que possuem conteúdo que respondem aos objectivos deste estudo, a que atribuímos uma interpretação escrita na segunda coluna que designámos por “Primeiras anotações”. Na última coluna em “Localização” colocámos a indicação da “E” – entrevista e “L”- Linha, designando a localização das unidades de registo na entrevista.

Na fase de síntese baseando-nos nas etapas anteriormente descritas fomos encontrando os “Primeiros temas” que, por sua vez, foram agrupados nos “Temas emergentes” (terceira coluna). As matrizes de análise são apresentadas no Anexo V.

No esquema seguinte apresentamos o nosso procedimento de análise.

Figura nº 1

Análise conducente à compreensão do fenómeno em estudo



Deste modo obtivemos os temas em que para a primeira dimensão, “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar”, considerámos a inclusão de diferentes tipos de crenças que contribuem para um grupo mais amplo e inclusivo das mesmas, o mesmo acontecendo na segunda dimensão, “Influências na construção das crenças das mães que

decidiram não amamentar”, a que a um tema principal de influências correspondem diversas variações.

4.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

“A integridade sem conhecimento é fraca e inútil
e o conhecimento sem integridade é perigoso e pavoroso.”

Samuel Johnson

Ao investigarmos as crenças das mães que não amamentam, temos consciência de estarmos a entrar num campo eticamente sensível. É que, se por um lado, o aleitamento materno é o mais saudável, por outro lado, estudámos quem não desejou aderir a esta prática ou a interrompeu. Pensamos que pode ter existido uma ambivalência desta mãe, perante os profissionais, perante si própria e, no nosso caso, perante os investigadores porque, se por um lado, podem reconhecer que é o melhor, a opção foi no sentido contrário, pelo leite artificial. Por conseguinte tivemos o máximo cuidado para não contribuir para o seu mal-estar ou culpabilização e adoptamos o ponto de vista de Frei Bernardo Domingues (2004), o qual, de tanto nos identificarmos, transcrevemos na íntegra:

É útil e necessário desenvolver o espírito de pesquisa rigorosa, de afinamento de critérios e de tolerância recíproca, recorrendo a rigorosos argumentos de razão, em busca de soluções ajustadas à complexidade da vida humanizada, tendo em conta a dignidade intrínseca da estrutura pessoal e as necessidades de bem promover o bem comum pela justiça comutativa, distributiva e a solidariedade (...) tendo em conta as circunstâncias influentes que envolvem a vida das pessoas em comunidade com filosofias diferenciadas nos fundamentos e comportamentos pessoais e sociais. (p. 188)

Se temos de ser rigorosos na investigação, também temos de ser tolerantes, atendendo à complexidade de cada pessoa e às circunstâncias únicas da sua vida. O mesmo autor (p. 188) chama a atenção para as particularidades dos desejos e apetências, atribuição de sentido, opções e motivações que se relacionam com valores e expressões culturais. Mantivemos atenção a estas premissas ao longo de todo o processo de investigação, tanto que, se inicialmente tínhamos a noção de que as mães não amamentam ou interrompem o AM precocemente pensando essencialmente em si mesmas, perante as evidências obtidas, alterámos a nossa forma de pensar, demonstrando que não enviesámos os resultados e nos mantivemos numa atitude de abertura às participantes e aos dados que proporcionaram.

Enquanto investigadores não deixamos de ser enfermeiros e, neste sentido, foi nossa preocupação ética demonstrar qualidades que ainda Frei Bernardo Domingues (p. 194) nos atribui: competência, honestidade, lealdade, sigilo, avaliação cuidadosa e reflectida dos riscos e benefícios, atendendo sempre ao maior bem possível no contexto que estudamos, superando preconceitos. Assim, continuando a basear-nos no mesmo autor defendemos a maturidade intelectual, ética e afectiva, que se traduz na tolerância pelas diferenças. Nunes, Amaral e Gonçalves (2005:38) sublinham o respeito pelos valores e costumes como estando na génese da boa prática de enfermagem, pois exercer esta profissão pressupõe sensibilidade para com as diferenças.

A dignidade humana é a base de todos os princípios éticos que norteiam a prática de enfermagem. Nunes, Amaral e Gonçalves (2005:61) consideram que essa mesma dignidade se baseia em quatro implicações: 1) inviolabilidade da pessoa, que não pode ser usada ou alvo de sacrifício por parte de outros; 2) reconhecimento da autonomia individual, de modo que cada pessoa planeie a sua vida de acordo com o que para si considera ser a excelência, mantendo o respeito por esse mesmo reconhecimento em todos os outros; 3) reconhecimento de que cada pessoa deve ser tratada do ponto de vista social, de acordo com a sua conduta e não segundo factores como a etnia, o sexo, a raça, o estatuto sociocultural ou económico; 4) exigência de solidariedade para com os outros seres humanos em caso de infelicidade e sofrimento.

Conscientes de que o objecto desta tese incide em fenómenos humanos, apoiámo-nos no Artº 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros, descrito pelas autoras supra referidas nas seguintes alíneas: a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e aqui entendemos a relação estabelecida entre e investigador e participante, pois o primeiro não deixa de estar ao abrigo do código deontológico da sua profissão; e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os nossos próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida – portanto, enquanto investigadores/enfermeiros, o nosso papel foi de ouvir, compreender e não julgar as suas opções; f) respeitar e fazer respeitar as opções culturais da pessoa e criar condições para que possa exercer, nestas áreas, os seus direitos - no que a esta alínea diz respeito, tivemos de respeitar a opção de não amamentar ou de interromper o AM, atendendo às condições culturais dessa pessoa bem como participar neste trabalho consoante o seu desejo e o que foi melhor para si. Como os autores acima indicados explicam, implica reconhecer que a outra pessoa é um

(...) parceiro interessado e que não pode ser considerado apenas numa perspectiva utilitarista (...) mas numa óptica de verdadeiros respeito da sua autonomia. (p. 92)

Resumindo, este estudo ao ter como participantes mães que não amamentam acarretou, na nossa forma de pensar, o risco de ao abordá-las, as fazer sentir julgadas quanto à sua decisão face ao AM, podendo mesmo desencadear sentimentos de culpa. Por isto partimos para a colheita de dados com a colaboração de enfermeiras que as conhecem e que fariam o papel de intermediárias. Perante a falta de sucesso desta estratégia, tivemos de a alterar como explicado no subcapítulo “Participantes”.

Abordámos as suas crenças de modo que começou por ser mais amplo e abarcasse a sua vida e experiências sem perguntas directas como “Porque não amamenta?” ou “Porque não amamentou?”. Evitámos assim uma forma inquisitiva que pudesse ser interpretada como julgamento da sua conduta e, como expusemos ao longo de todo este estudo, uma vez que as crenças começam a construir-se desde a infância, pensamos que, ao enveredar por uma forma de perguntar que tivesse em conta o seu caminho e experiências, nos permitiu compreender as suas crenças sobre o AM e o que influenciou a sua construção.

Explicámos ainda o que pretendíamos, pedimos o consentimento informado por escrito, lemos as transcrições das entrevistas, enfim, seguimos os preceitos do Relatório Belmont descritos por Polit e Hungler (1999:133-143), isto é, princípio da beneficência; principio de respeito à dignidade humana e princípio de justiça, com as devidas adequações à investigação qualitativa nomeadamente no que se refere ao anonimato e à confidencialidade. Se entendermos que o anonimato implica que nem o investigador conheça ou seja capaz de relacionar os dados com quem os forneceu, tal é impossível na investigação qualitativa em geral e neste trabalho em particular porque pela proximidade com as mães sabemos quem verbalizou o quê. Porém e, de acordo com diversos autores, nomeadamente Merriam (1998) e Streubert e Carpenter (2002) isto é inerente à investigação qualitativa e constitui uma das suas vantagens. Neste caso o que tivemos de salvaguardar foi a confidencialidade e, para tal, atribuímos a cada mãe um nome fictício que por opção de todas foi da nossa escolha mas é do seu conhecimento, de modo que apenas a investigadora e cada uma das participantes sabe quem é cada mãe. Ainda para respeitar a confidencialidade o material áudio e os consentimentos informados estão guardados em lugar seguro e a que só a investigadora tem acesso, sendo as fitas magnéticas

destruídas após a apresentação da tese como combinado com as participantes a quem apresentámos esta opção ou a de lhas entregar.

Por fim, afirmamos que acreditamos que cada mãe que participou é muito mais importante do que qualquer informação que nos pudesse fornecer. E comprometemo-nos para que em nada a sua identidade e dignidade seja afectada.

4.7 – PROCEDIMENTOS PARA ASSEGURAR O RIGOR

“O importante é não parar de questionar”

Albert Einstein

De acordo com Munhall (1994:188-189) e Kahn (2000:85-86) devido à investigação fenomenológica se basear em assumpções filosóficas e epistemológicas em que não se assume a existência dos factos e da realidade como objectiva mas de acordo com uma interpretação do investigador e depois do leitor, o desafio é produzir um texto que reflecta o diálogo ocorrido entre os participantes e o investigador diminuindo o mais possível os vieses e relatando o fenómeno como este se apresenta na interacção entre os actores (investigador e participante). Sendo assim, os esforços desenvolvem-se ao longo de todo o estudo e incluem várias formas que descrevemos consoante o que os autores recomendam e o que cumprimos.

Munhall (1994:188) considera que é essencial que o investigador aceite as suas limitações e que tenha a consciência de que procura compreender o significado ao estudar as experiências em contexto e voltando sempre que necessário à pergunta de investigação. Simultaneamente, é necessário rigor e mérito, orientação para a prática e para mais investigação. Encontramos as propostas desta autora no seu livro de 1994 (p. 189-193) e em MacKey (2007:562-563) começando pela Concordância Fenomenológica, ou seja, quando as pessoas concordam ao lerem ou ouvirem a apresentação do estudo e que começa com a concordância dos próprios participantes em que para isso o investigador volta a eles para que verifiquem se houve captação e interpretação do que a experiência significou para si. No nosso caso levámos as interpretações iniciais que fizemos do discurso o que constituiu uma oportunidade de clarificação e de validação de que estávamos a respeitar o que queriam dizer. Neste aspecto pudemos clarificar alguns aspectos com nove das participantes

que concordaram com a nossa interpretação. Duas participantes, porém, dispensaram esta etapa sublinhando que confiavam no nosso trabalho e que podíamos prosseguir com o seu contributo.

As outras propostas da autora supra referida são:

- * Ressonância: a interpretação do significado da experiência é familiar, parece correcta e liga-se às experiências anteriores. Tal é possível relativamente aos participantes como descrevemos acima mas também aos leitores se bem que a própria autora reconheça que nem tudo se reflecta em todas as pessoas da mesma maneira mas alguma coisa, de algum modo, o deve fazer.

- * Razoabilidade: todas as actividades do estudo, incluindo a interpretação do significado da experiência parecem razoáveis podendo guiar-se por perguntas como “A interpretação parece razoável?”, “Existe uma explicação possível do significado da experiência?”, “Os modos de obtenção dos dados foram razoáveis?” Neste sentido e atendendo ao recomendado tentámos expor as razões das nossas opções, dando resposta à pergunta “Porquê?” em todas as parte do estudo.

- * Representatividade: os resultados representam as várias dimensões da experiência, evidenciadas pelas várias fontes de dados. Consideramos que neste estudo há material suficiente para investigar o fenómeno a partir das várias participantes.

- * Reconhecibilidade: possibilita mais consciência de uma experiência, o que tal como a ressonância produz eco no leitor que reconhece certos aspectos e que se liga ao próximo critério.

- * Expansão da consciência: trata-se de uma resposta ao estudo que leva o leitor a compreender algo da experiência que ainda não tinha considerado. Implica conseguir questionar as crenças do investigador, exigindo que tenha o cuidado de não escolher o que vai ao encontro do que espera. Isto mostrou-se evidente quando nos apercebemos que tínhamos ideias enviesadas sobre o fenómeno em estudo as quais foram mudando com a evolução da investigação.

- * Facilidade da leitura: a redacção deve ser concreta, de fácil leitura, interessante e compreensível. Assim, a investigação deve ser escrita como uma conversa que suscite o

interesse, utilizando metáforas e analogias para expor uma experiência humana. Tentámos cumprir esta proposta recorrendo a metáforas, analogias, exposição das palavras proferidas pelas participantes e escrevendo do modo mais compreensível possível, reconhecendo, porém, que este critério não é particularmente fácil por ser bastante subjectivo e exigir competências de escrita que tentámos aperfeiçoar tanto quanto pudemos.

* Relevância: a investigação deve ser capaz de nos trazer para mais próximo da nossa humanidade, aumentar a nossa consciência, proporcionar compreensão, interpretação e possível significado além de guiar profissional e pessoalmente. Implica estudar um fenómeno relevante para o investigador, o que foi o nosso caso, de modo a absorver mais a atenção que é também relevante para a ciência humana e para os seres humanos. Pela delicadeza dos temas e a forma como os abordamos, apresentamos e interpretamos, consideramos que respeitámos este critério.

* Revelações: implica ir além da superfície da experiência e do fenómeno para alcançar um nível mais profundo de compreensão. Na nossa opinião este estudo trouxe revelações pois, subjacente e oculto à ausência do AM existem crenças e influências que podem parecer óbvias mas outras que, pelo menos para nós, constituíram por um lado, novidade e, por outro, fazem sentido.

* Responsabilidade: as considerações éticas estão evidentes, incluindo o processo de consentimento, a sensibilidade do conteúdo das conversas e a autenticidade da apresentação dos significados. Procurámos ser sempre fiéis às participantes cumprindo o que expusemos no subcapítulo das considerações éticas.

A autora apresenta ainda dois critérios, riqueza e resposta. Quanto à riqueza enquanto descrição cuidadosa, sensível e apaixonada da experiência humana, pensamos que são os leitores quem principalmente a podem determinar. Relativamente à resposta, a mesma tem a ver como as pessoas, participantes ou pares, reagem à importância do estudo. No nosso caso, deparámo-nos com o interesse advindo das participantes que procuraram mais informação, de colegas que solicitam a divulgação do trabalho, de uma organização de fomento e de aconselhamento em AM que mostrou interesse em divulgá-lo junto dos profissionais de saúde e da RTP-Açores que nos contactou para que, logo que seja possível, partilhemos este estudo através de este meio de comunicação social.

4.8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

“Não existem limitações para a mente
excepto aquelas que reconhecemos.”

Napoleon Hill

Consideramos que este estudo possui, como qualquer outro, limitações, isto é, aspectos que estão menos conseguidos ou aprofundados.

Uma das limitações que identificamos é não termos aprofundado as especificidades da crença de que o leite materno é melhor, uma vez que as respostas foram inespecíficas.

Duas participantes não validaram a nossa interpretação do que nos contaram. Foi uma opção sua, salvaguardando, porém, o seu desejo de participação. Mesmo atendendo a que cumprimos os aspectos éticos e metodológicos, pensamos que a sua ausência de validação possa ser um elemento de fragilidade deste estudo.

5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

“Aquele que é diferente de mim não me empobrece;
enriquece-me”

Antoine de Saint-Exupéry

Este capítulo inclui a apresentação dos dados obtidos consoante a nossa interpretação dos mesmos. Começamos pelas histórias que escrevemos a partir das primeiras anotações sendo também uma forma de dar a conhecer as mães que participaram neste estudo. Depois desenvolvemos a primeira e a segunda dimensão, respectivamente “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar”.

5.1 - AS PARTICIPANTES

“A tolerância é dar a cada ser humano
cada direito que exige para ti mesmo.”

Robert Green Ingersoll

O relato que se segue é uma interpretação nossa que contribuiu para compreendermos melhor o significado do que as participantes nos disseram. Antes de cada relato indicamos a respectiva caracterização quanto a idade, número de filhos, naturalidade, residência, composição do agregado familiar, profissão e escolaridade. Recordamos que foi atribuído um nome fictício a cada mãe e omitidos quaisquer dados que possam comprometer a confidencialidade. Após a história apresentamos as anotações que escrevemos imediatamente após a entrevista e enquanto a transcrevíamos o que nos ajudou a contextualizar. A cada história atribuímos um título que reflecte o seu conteúdo. Salvaguardamos que o discurso é intencionalmente simples e pouco elaborado para manter o mais possível as expressões utilizadas.

As mães que participaram neste estudo foram onze, com idades compreendidas entre os 19 anos e os 33 anos, todas casadas. Sete estavam a viver a sua primeira experiência de maternidade, duas a segunda e uma a terceira. No que se refere ao sexo dos filhos, seis são

do feminino e cinco do masculino e quanto à vigilância da gravidez, sete participantes fizeram-na no médico obstetra e quatro no centro de saúde.

Catarina

19 anos

1 filho

Naturalidade: Livramento

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido, filha, enteado, ao lado da casa da sogra

Profissão: Empregada Doméstica

Escolaridade: 7º ano

“Leite com cor diferente que não era benéfico para a criança”

Na família a alimentação dos bebés é com leite materno mas uma cunhada não quis amamentar. Tem uma irmã que amamentou durante alguns meses.

Nunca teve curiosidade de perguntar às amigas se amamentam ou não. Refere, com expressão de envergonhada, que falava com elas de vários assuntos mas não sobre aleitamento materno. As amigas concordavam que amamentasse e uma delas estava a amamentar se bem que não sabe quanto tempo o fez.

Sempre ouviu dizer que o leite materno era muito bom e por isso decidiu amamentar a filha, não o fazendo apenas se não pudesse.

Os aspectos estéticos como as mamas mais flácidas nunca lhe interessaram mas sabe que há mulheres que se preocupam com isso.

A vigilância da gravidez foi na Consulta de Alto Risco, onde a enfermeira lhe perguntou se ia amamentar pois os enfermeiros querem conhecer a decisão das mães sobre este assunto mas a enfermeira não explicou como se amamenta. Os médicos falaram pouco do AM durante a gravidez. Decidiu amamentar porque achava que era bom.

Na maternidade tomou a iniciativa de amamentar e o bebé mamou logo que nasceu. Teve apoio de outras puérperas que também lhe deram informações mas as enfermeiras não a apoiaram, sentindo-se abandonada pelas mesmas. Enquanto esteve internada o bebé foi apenas alimentado com leite materno.

Ao amamentar sentia abdominalgias e dores nas mamas; pensou que estas eram normais mas atribuiu as primeiras a algum problema de saúde.

Começou a emagrecer o que relacionou à amamentação. Também acha que o bebé não ficava satisfeito só com leite materno e a aparência do mesmo reforçou esta suspeita. Decidiu deixar de amamentar quando verificou que o leite tinha uma aparência diferente e não compreendeu essas mudanças mas pensou que o leite não era benéfico para o bebé. Desconhecia as alterações da cor e não teve ninguém de confiança a quem falar das mesmas.

Em casa continuou a amamentar durante cerca de 5 dias e depois passou a aleitamento misto. Neste aspecto foi apoiada pelo marido que o faria independentemente da decisão que tomasse. A mãe não achou muito bem que deixasse de amamentar e considerou que fazer leite misto aos 7 dias era muito cedo bem como deixar de amamentar aos 15 dias. Todas as pessoas, excepto a mãe concordaram que deixasse de amamentar. A sogra concordou que deixasse de amamentar [vive junto dela que é para si uma pessoa de referência]; ela própria não o fez.

Antigamente amamentava-se porque as pessoas não tinham que comer.

Não estava bem esclarecida quando começou a fazer aleitamento misto. Havia uma enfermeira em que depositava confiança mas não foi falar com ela quando começou a ter dificuldades na amamentação e não sabia o que devia fazer. Falou com os profissionais de

enfermagem apenas após deixar de amamentar. Não recorreu antes, quando começou a ter dificuldades, porque não sabia a quem se dirigir uma vez que não era atendida sempre pela mesma enfermeira e sentiu falta de um enfermeiro de referência. Não recorreu à mãe porque achou que estava desactualizada.

Os profissionais de enfermagem devem falar mais sobre AM, explicar como se amamenta e quais as vantagens. Nunca lhe foi explicado como amamentar, em que posição, durante quanto tempo e pensa que há necessidade de mais informação. Os profissionais de saúde dão poucas explicações sobre o AM e se estes não informam torna-se complicado. Os enfermeiros devem informar sobre a amamentação desde o início da gravidez mas a decisão cabe à mãe.

Nunca leu nada sobre AM e actualmente presta mais atenção à informação sobre este assunto. A comunicação social também dá pouca informação. Para as mães muito novas a informação é escassa.

Anotações: Catarina saiu da freguesia e de junto da casa dos pais para viver numa freguesia mais distante e ao lado da casa da sogra. A entrevista decorreu no seu domicílio quando estava sozinha. Durante a mesma demonstrou algum nervosismo, sorriso tímido mas sempre olhando nos olhos. As mãos dobravam e desdobravam ou enrolavam e desenrolavam o papel (que faz parte do consentimento informado) que ficou em seu poder com o meu contacto. A entrevista para validação também decorreu em sua casa e encontrava-se descontraindo, participou activamente e fez perguntas.

Sara

24 anos

2 filhas

Naturalidade: Fenais da Luz

Residência: Fenais da Luz

Vive com: marido, filha de 7 anos e a filha RN

Profissão: Empregada de Limpeza

Escolaridade: 8º ano

“Incapacidade de nutrir a filha”

A mãe amamentou e a irmã também o fez a um filho mas não a outro por este estar internado.

Não sabe a opinião da mãe sobre o AM pois ela não falava “dessas coisas”

Uma amiga amamentou pouco mais de uma semana e não conversava com as amigas sobre o assunto. Outra amiga alimentou o filho com leite artificial.

A sogra amamentou pouco tempo.

Antigamente o leite artificial era para os ricos; os pobres amamentavam.

Sempre teve intenção de amamentar durante os 4 meses de licença de parto e estava decidida a fazê-lo enquanto pudesse. No centro de saúde via cartazes com a importância de amamentar e durante a vigilância a enfermeira alertava-a para beber muita água para ter muito leite.

O RN mamou na primeira hora de vida. É normal ter pouco leite no primeiro e no segundo dia. Tinha muito leite e no hospital amamentava com muita frequência. Aí não teve orientação nem informação por parte das enfermeiras que apenas perguntavam se a criança mamara. As enfermeiras não se importam se a mãe amamenta ou não; deviam dar mais informação sobre as vantagens do AM e ainda mais e melhor informação sobre como

se faz. O RN não pegava bem de um lado e a enfermeira disse-lhe que os bebés preferem sempre uma mama à outra. Também lhe disseram para sacudir o bebé para o acordar e colocar à mama.

Na maternidade havia cartazes que diziam o que a mãe deve e não deve comer. Esses cartazes informavam que não se pode comer alho nem cebola mas as refeições hospitalares tinham as duas coisas. Há alimentos que a mãe não deve comer como o feijão e o repolho que provocam flatulência na criança. Não podia comer feijão e quando chegou a casa era o que tinha para comer. Ter que fazer comida diferente por estar a amamentar não é prático e não estava esclarecia sobre o que podia ou não podia comer. A mãe que amamenta não pode comer certas coisas pois há alimentos que fazem mal ao bebé, provocando, por exemplo, flatulência mas é difícil ver algumas comidas e não as poder comer. A alimentação da mãe que amamenta é mais saudável.

Quando se amamenta não se pode fazer outra coisa. Amamentar dá muito trabalho. A criança ainda não sabe onde fica a mama. As visitas que iam à sua casa achavam que a criança tinha fome e perguntavam se não alimentava o bebé. Amamentava durante 20 minutos em cada mama e as pessoas que a visitavam diziam que se calhar o seu leite não prestava e aconselhavam a iniciar leite artificial. Acreditou, então, que a criança tinha fome como as visitas diziam e ficava triste com os comentários que lhe faziam. Também acreditou que o seu leite não saciava a criança, que era fraco e que não prestava. Resignou-se então que não era adequado e ficou com a ideia de que era fraco.

O bebé aumentou pouco de peso e a enfermeira do centro de saúde aconselhou vigilância mais frequente. Comunicou então à enfermeira que a criança tinha sempre fome e perguntou se podia dar leite artificial o que foi desencorajado mas foi aconselhada a suplemento se necessário ou quando saísse de casa. Quando saía de casa alimentava a criança com leite artificial e depois de o beber a criança não quis mais mamar na mama pois deixou de gostar do AM.

Decidiu então amamentar durante a noite pois assim não tinha de se levantar e durante o dia usar leite artificial, mas ao fazê-lo a bebé ficou habituada a este.

Com a amamentação não sabia o leite que a criança bebia e deu o leite materno pelo biberon uma vez que este permite ver a quantidade de leite que a criança bebe.

Foi uma prima quem mais encorajou o leite artificial; esta prima teve dificuldades em amamentar, não se sentindo bem por outra senhora ter amamentado a sua filha.

A mãe aceitou a decisão de desistir de amamentar enquanto o marido lhe recordou que o leite materno é o melhor. Explicou então ao marido que a criança estava sempre com fome com o leite materno e ele aceitou a decisão da esposa. Mas quando a criança passou a ter cólicas ele atribuiu ao facto de já não ser amamentada. O leite materno provoca menos flatulência e o marido confrontou-a com as vantagens.

Contou à sogra as dificuldades que estava a ter com a amamentação e ela explicou-lhe que a principio o bebé não aumenta muito de peso. Aconselhou-a a fazer alimentação mista. A sogra apesar de ter amamentado pouco gostaria que Sara tivesse amamentado mais.

Ficou triste por passar a alimentar a bebé com leite artificial e reconhece que se deixou influenciar pelo que as visitas diziam quanto à criança ter fome sentindo-se julgada por a filha não ficar satisfeita com o leite materno. Acha que não devia ter interrompido a amamentação uma vez que nos primeiros dias há pouco leite. Foi pela pressão da opinião das visitas que passou para o leite artificial e não por sua vontade e convicção já que queria amamentar esta filha até porque não o fizera à mais velha.

Não amamentou a filha mais velha porque a menina nunca pegou na mama e estava internada no serviço de Neonatologia e por isso acreditava que na segunda vez teria mais sucesso.

Tinha vergonha de amamentar fora de casa. Numa ida ao centro comercial escondeu-se no automóvel no parque de estacionamento para que ninguém a visse amamentar.

Não estava esclarecida quando decidiu interromper a amamentação. Perguntou à enfermeira se podia dar leite artificial e esta encorajou o leite materno, reforçando que a decisão é da mãe. Pensou que se num serviço como a Neonatologia se podia fazer aleitamento misto também o poderia fazer em casa. Não ficou esclarecida quando falou com os profissionais de enfermagem. Depois de interromper a amamentação a enfermeira disse-lhe que não o devia ter feito.

Quando se tem um bebé é bom ter alguém que oriente porque a mãe tem muitas dúvidas.

Anotações: A entrevista decorreu no seu domicílio, na sala, estando em casa a filha mais velha que se manteve junto da mãe. Também não amamentou esta filha que esteve internada no serviço de Neonatologia. O RN encontra-se muito timpanizado e com certa obstipação desde que faz somente leite adaptado. Durante a entrevista a participante mostra-se muito introvertida mas foi relaxando com o desenrolar da mesma. Na entrevista para validação que também aconteceu em sua casa estava muito à-vontade e participou activamente.

Mariana

30 anos

1 filho

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido, filho de 11 anos (adoptivo) e o bebé

Profissão: Cabeleireira

Escolaridade: 9º ano

“A mãe que fuma não deve amamentar”

Na família os bebés são alimentados com leite materno e todas as mulheres na família amamentam.

Amamentar é um acto muito bonito, é uma das coisas mais bonitas da vida e uma experiência única. Ver amamentar é bonito pois é uma coisa que vem de dentro, é da própria mãe. O leite materno é muito bom e provoca menos cólicas à criança. As crianças amamentadas não ficam tantas vezes doentes se a mãe não fuma.

Não amamenta porque é fumadora pois o tabaco é mais perigoso para o bebé do que para o feto. A mãe fumadora que amamenta prejudica mais a criança do que a grávida fumadora prejudica o feto, portanto, não consegue amamentar. Se a mãe fuma o leite materno não tem os mesmos benefícios do que quando a mãe não fuma e a criança pode ter problemas respiratórios

O obstetra onde fez a vigilância da gravidez informou-a de que fumar e amamentar é pior do que na gravidez porque o fumo não vai tanto para o feto como vai para a criança amamentada. Apenas o médico lhe deu informação sobre tabagismo e amamentação.

Na maternidade perguntaram-lhe se ia amamentar e como fizera cesariana disse que não tinha leite mas que amamentaria se tivesse. A enfermeira explicou-lhe que devido à anestesia o leite leva mais tempo a aparecer. Enquanto esteve na maternidade não fumou e amamentou durante três dias pois estava decidida a fazê-lo. Na maternidade informaram do que não podia comer e a enfermeira explicou-lhe o que podia e o que não podia fazer para amamentar. Não expôs a sua situação de fumadora pois pensou que como estava a conseguir não fumar no hospital também o conseguiria fazer em casa fumando apenas cerca de dois cigarros por dia não prejudicando assim o bebé. Não consegue deixar de fumar apesar de já ter tentado; apenas conseguiu reduzir o número de cigarros.

Gostou de amamentar, foi uma experiência muito bonita, se bem que magoe um pouco. Tem boas condições anatómicas para amamentar e o RN ficava satisfeito. A única razão que a levou a não amamentar foi ser fumadora.

Depois da alta, o bebé tinha cólicas e chorava muito o que lhe foi muito difícil pois passou a noite a lidar com o RN. No dia a seguir a ter saído do hospital parou de amamentar. Começou logo a fumar e preparou-se para alimentar o RN com leite artificial. Não conseguiu reduzir o número de cigarros para poder amamentar. Fumar acalma-a e como o bebé era muito rebelde e não a deixava repousar refugiou-se no tabaco. Não está arrependida de ter interrompido a amamentação mas triste por não amamentar. Tem remorsos por não ter conseguido amamentar mas o vício de fumar foi mais forte do que a vontade de continuar a amamentação. Mantém a crença de que a mãe fumadora que amamenta prejudica a criança. Por outro lado, o leite artificial alimenta bem e é melhor para o bebé porque não tem tabaco. Amamentar também depende da criança.

Estava esclarecida quanto à sua decisão para interromper a amamentação pois o médico explicou-lhe a acção do tabaco sobre o feto e sobre a criança. Na família todas as mulheres amamentam porque não são fumadoras.

Não se importa com o que as outras pessoas pensam da sua decisão. A única opinião que lhe é importante é a do marido para além da sua e o esposo concordou que interrompesse a amamentação se bem que tinha a noção de que o leite materno é bom. Ele respeitou a opinião e a decisão da esposa.

As amigas concordaram que não amamentasse porque também acreditam que a mãe fumadora prejudica a criança se a amamentar. Falou com as amigas sobre tabagismo e amamentação e elas concordaram com a sua opinião.

Não falou com a enfermeira do centro de saúde, aquando do diagnóstico precoce sobre a sua situação e não se recorda se ela lhe perguntou se estava a amamentar.

A criança faz vigilância de saúde no pediatra e este não lhe disse nada por não estar a amamentar quando lhe comunicou a sua decisão.

Deve fazer-se educação para a saúde sobre AM desde o início da gravidez, principalmente no caso da mãe fumadora. O AM pertence à gravidez e deve falar-se disso ao longo da gestação. Nos últimos anos há melhoria de informação sobre amamentação.

A decisão das pessoas para amamentar deve ser respeitada.

A mãe que amamenta tem de ser mais cuidadosa com a sua alimentação, deve ser equilibrada e não pode comer certas coisas como laranja que provoca alergia e repolho que provoca flatulência. Também tem que beber muitos líquidos e comer muita fruta. Nem todas as pessoas podem ter uma alimentação equilibrada. Não concorda que a mãe que fuma amamente pois o tabaco passa para a criança através do leite materno e conhece casos de mães que fumam e amamentam.

Se uma mãe amamenta, acha bem que o faça fora de casa e, por si, sentir-se-ia bem a fazê-lo. Cobriria a criança com uma fralda enquanto amamentava. Amamentar em público é como dar o biberon.

Anotações: A entrevista foi efectuada no seu estabelecimento durante a hora de almoço, porém, não me foi confortável, pois tinha apenas duas cadeiras e tive que ficar com o gravador, guião e papéis no colo. A participante estava rouca, não se mostrou particularmente comunicativa, dando respostas curtas e em tom peremptório. É uma grande fumadora – 30 a 40 cigarros por dia. Quanto à validação, referindo que está novamente grávida, com muito trabalho e que confia plenamente em nós, sugeriu que não fosse feita mas declarou a sua vontade da informação fornecida ser incluída neste estudo.

Ivone

22 anos

1 filho

Naturalidade: Ribeira Grande

Residência: Capelas

Vive com: marido e o bebé com 3 meses

Profissão: Empregada doméstica

Escolaridade: Não sabe ler nem escrever

“O leite materno não é melhor do que o artificial”

Na família os bebés são alimentados com leite artificial. A avó amamentou mas a mãe não porque não tinha leite suficiente.

Uma prima amamentou dois ou três meses mas a maioria das amigas não amamenta porque não gosta. Falava com as amigas sobre o AM e elas dizem que amamentar é um sacrifício, que dá trabalho e não têm paciência para o fazer. Têm razão em não querer amamentar pois é preciso estar sempre disponível, expor o corpo, ter que se alimentar bem e não se pode sair de casa pois se se apanha frio pode ter-se uma mastite. As amigas concordaram que não amamentasse, muitas também não queriam amamentar e uma que estava grávida decidiu não o fazer. Houve amigas que disseram que o leite materno é o melhor mas duvida disso porque há leites artificiais muito bons.

Se a mãe que amamenta não se alimenta bem, não tem leite.

É uma vergonha amamentar em público porque tem de se expor a mama e toda a gente olha, havendo muita maldade nas pessoas que podem ver amamentar em locais públicos.

Teve oportunidade de ver pessoas a amamentar nomeadamente a prima mas não lhe agradava nem gostaria de estar na sua situação já que a prima parecia uma vaca pois a mãe que amamenta é como uma vaca a dar de mamar a um bezerro. Por tudo isto desagrada-lhe ver amamentar e como nunca gostou nunca quis fazê-lo. Amamentar é um sacrifício para a mãe que tem de estar sempre sujeita ao filho. Pode ser bom para quem tem tempo e está em casa porque não pode amamentar na rua.

Estava esclarecida quando decidiu não amamentar porque nunca o quis fazer e a decisão foi sua.

O seu corpo é independente do filho e não tem de ser alimento até porque o leite artificial é muito bom e é dele que gosta.

A mãe apoiou a sua decisão dizendo-lhe que também nunca amamentara. O marido reconheceu que a puérpera é que sabia o que era melhor para a criança e tranquilizou-a dizendo que havia dinheiro para comprar leite artificial. Todos apoiaram a sua decisão de não amamentar.

Sempre disse às enfermeiras que não ía amamentar. As enfermeiras explicaram os benefícios do AM e tentaram convencê-la a amamentar mas esteve sempre decidida a não o fazer. As enfermeiras explicaram o que devem explicar sobre o AM, fazem-no bem. Disse às enfermeiras que sabia que o leite materno é bom mas não queria amamentar.

Na maternidade as reacções das enfermeiras à sua decisão foram diferentes, consoante cada enfermeira; uma quis obrigá-la a colocar a criança à mama e teve vontade de a empurrar. Ficou indignada e impôs-se reiterando que não queria amamentar e sublinhando que a decisão era sua. Esta enfermeira ficou zangada por não querer amamentar mas houve enfermeiras que respeitaram a sua decisão.

A enfermeira do centro de saúde mostrou o seu desacordo por não amamentar.

Não se pode obrigar uma mãe a amamentar. As enfermeiras têm de explicar mas não podem obrigar porque as pessoas têm a sua vontade. Se a família aceita e se há dinheiro para comprar leite artificial mais ninguém tem nada a ver com isso.

Anotações: Entrevista realizada no seu domicílio, na sala de estar, estando o marido em casa (foi quem abriu a porta e mostrou-se muito afável) mas em outra divisão, com as portas fechadas pelo que houve privacidade. Nunca amamentou, nem sequer na maternidade; foi sempre peremptória neste aspecto desde o primeiro contacto com as enfermeiras aquando da vigilância da gravidez. A participante fala com segurança, olha nos olhos, mas é necessário dirigir as perguntas para obter informação. Por vezes faz pausas maiores em que o seu silêncio e olhar comunicam “já disse tudo”. Para a validação encontrámo-nos de novo em sua casa, sentindo-a mais afável do que na primeira vez.

Beatriz

25 anos

2 filhas

Naturalidade: Ilha de Santa Maria

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido e duas filhas: 9 anos e 10 meses

Profissão: Doméstica

Escolaridade: 6º ano

“Vergonha de amamentar”

Na família os bebés são alimentados com leite artificial por vergonha de amamentar e por não haver leite.

A mãe foi alimentada com leite artificial e com leite de vaca bem como a participante e as suas irmãs.

As amigas têm vergonha de amamentar em público e alimentam os filhos com leite artificial.

Teve oportunidade de ver pessoas a amamentarem e agrada-lhe ver as mães a fazerem-no. Porém, sente ambivalência entre gostar de ver as mães amamentarem e ficar intrigada por não terem vergonha de amamentar em público. Viu uma mãe a amamentar tranquilamente em público com o bebé coberto por uma fralda e considerou que estava feliz.

Amamentar é importante pois o leite materno é muito bom a todos os níveis: evita doenças, está à temperatura ideal, é mais prático, de mais fácil digestão e o bebé nem necessita de eructar. Para além disso, amamentar é continuar a sentir os filhos perto de si e faz parte do processo de ser mãe. A criança amamentada é mais saudável do que a alimentada com leite artificial

É tão importante a mãe amamentar pois é o melhor que pode dar aos filhos que deve ultrapassar a vergonha. A maioria das mães não amamenta porque tem vergonha mas devem assumir que o leite materno é o melhor que pode dar aos seus filhos.

As mães comem melhor porque comem mais fruta e bebem mais leite; a alimentação actual é muito diferente da de antigamente e é melhor para o AM. Se a mãe se alimenta bem o leite materno é mais forte mas, se pelo contrário, não se alimenta bem, o leite não é tão forte. Se a grávida não se alimenta bem dificilmente tem leite pois isso é importante para depois a mãe ter leite em quantidade e em qualidade. Assim, a mãe que amamenta deve beber leite, comer alimentos ricos em Ferro, legumes e fruta, ricos em vitamina C, evitar certas gorduras e não comer laranja.

Sentiu vergonha de amamentar, era muito nova e não estava preparada. Teve muito leite mas também teve vergonha de o fazer, principalmente em público por ter de expor a mama

a outras pessoas já que as crianças têm que mamar a qualquer hora e não amamentou para não expor o corpo em qualquer lugar.

Desistiu definitivamente de amamentar quando a criança tinha 15 dias dizendo que não podia dar leite mas a verdade é que o tinha em muita quantidade, ficando mesmo encharcada. Porém, a vergonha de expor a mama foi mais forte do que qualquer outra razão para amamentar uma vez que considerava ser feio e embaraçoso ter de o fazer.

Actualmente amamentaria e aconselha todas as mães que puderem amamentar a fazê-lo.

A sogra e o marido não concordaram que não amamentasse e ambos aconselharam-na a fazê-lo. A sogra referiu que estando em casa e não trabalhando podia amamentar e o marido incentivou-a a fazê-lo. Portanto, em casa foi apoiada a amamentar.

Amamentar teria poupado gastos com a criança

Conhecia poucas pessoas mas as visitas incentivaram a que amamentasse. As amigas dizem que o leite materno é mais saudável e evita doenças. Mas a vergonha foi o que prevaleceu e por isso não amamentou.

É de outra ilha açoriana na qual as mães raramente amamentam. Na infância e na adolescência nunca ouviu falar no AM.

O hospital está a obrigar as mães a amamentar; no hospital incentivam e obrigam a amamentar.

Algumas mães fazem suplemento e a maioria das mães não amamenta porque tem vergonha.

Quando decidiu não amamentar não estava esclarecida. Se por um lado sentia que devia de amamentar a vergonha venceu e não o fez. Ficou indecisa se estava a tomar a decisão correcta. Depois ficou muito arrependida porque desperdiçou uma coisa maravilhosa que era o seu leite

Durante a vigilância da gravidez a sua médica podia-a ter ajudado a ficar mais esclarecida mas nem ela nem os médicos ou os enfermeiros a incentivaram a amamentar. Os médicos devem falar sobre o AM. Logo no início quando engravidou deviam aconselhar a amamentar. Se fosse aconselhada e incentivada talvez se tivesse mentalizado. A mãe também a devia ter incentivado a amamentar, mesmo que não o tenha feito mas nunca lhe disse nada sobre o A.M. e foi neutra face à sua decisão.

Disse às enfermeiras que decidiu interromper a amamentação e, como tinha muito leite estava desesperada para secar. Teve dores nas mamas e febre por ter muito leite. As enfermeiras disseram que a única solução era secar o leite. Colocou panos de álcool nas mamas para este fim, como as pessoas antigas faziam. Pediu ajuda porque não sabia o que fazer para secar o leite. As enfermeiras incentivaram-na dizendo que tinha muito leite mas respondeu-lhes que não queria amamentar porque tinha vergonha. As enfermeiras do centro de saúde não a esclareceram de modo a amamentar. Faltou que lhe dessem mais informação pois era muito nova e não sabia nada. Faltou uma conversa mais profunda que a ajudasse a ultrapassar a vergonha. Os enfermeiros devem começar a preparar uma grávida, desde o início, para o AM, incentivando-a a amamentar, explicando o que fazer e as vantagens.

Na maternidade também não amamentou por ter vergonha e não teve qualquer orientação para o fazer. As enfermeiras não compreenderam porque não amamentava se tinha leite e uma enfermeira, por represália, não lhe deu biberon. Chamaram-lhe estúpida por não querer amamentar e disseram-lhe que estava a desperdiçar um bem precioso sem o saber. Actualmente reconhece que a enfermeira tinha razão e que devia ter seguido o seu conselho pois é muito importante amamentar.

Considera que sendo muito nova não tinha a noção de estar a inutilizar um bem precioso. Actualmente acha que devia ter lutado contra a vergonha para o bem da sua filha. Considera “maluqueira” ter sentido essa vergonha.

Desde a menarca que se deve falar do AM pois a partir do momento que a menina compreende deve falar-se disso. As mães devem falar com as filhas sobre o AM para as

prepararem para quando forem mães. A educação para a saúde sobre amamentação deve começar no lar da menina. As amigas devem falar sobre A.M. O início dos conhecimentos sobre A.M. deve começar em casa

Recomenda a todas as mães que o possam fazer e que tenham leite que amamentem já que o leite materno é o melhor em todos os sentidos.

Algumas mães não têm leite. Há gravidezes não desejadas em que as grávidas não se alimentam e depois não há leite.

Na segunda filha o leite era diferente do da primeira vez. Quando se vê leite com gordura é melhor. Como comeu menos da segunda filha o leite era mais fraco pois a alimentação da mãe é importante para a qualidade do leite. Com alimentação diferente [tinha menos apetite] o leite era mais aguado, mais fraco. Na primeira gravidez comeu mais e o leite era mais forte

Anotações: Entrevista na casa da participante na sua sala tendo sido muito bem recebida onde mostrou os presentes de Natal e chamou a filha mais velha para a apresentar, pedindo depois ao marido que estava em casa que tomasse conta das meninas para estarmos a sós. Demonstrou enorme à-vontade, disponibilidade, sendo muito comunicativa e antecipando mesmo as perguntas colocadas. Na entrevista de validação voltámos a encontrar-nos no seu domicílio demonstrando as mesmas características de recepção, abertura e cordialidade da primeira. Referiu que está a ponderar engravidar e que desta vez amamentará. Perguntou se nos podia contactar se tivesse dúvidas.

Joana

33 anos

1 filha

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido e a filha de 18 meses

Profissão: Gestora

Escolaridade: Licenciatura

“Há casos em que as mães não têm leite”

Não sabe como a mãe alimentou os filhos pois nunca lhe perguntou mas acha que amamentou.

A irmã não amamentou porque fez cesarianas

A amiga não amamentou porque não teve leite mas gostaria de o ter feito. Falava com ela sobre AM e a sua decisão era amamentar.

Tal como as amigas acredita que se uma mãe tiver leite deve amamentar mas se não tiver não se pode fazer nada. Há casos em que as mães não têm leite.

Amamentar é bom para a mãe e para o filho. O problema de alergia alimentar da filha poderia ter sido evitado se tivesse amamentado.

Excepto na maternidade nunca viu ninguém amamentar. A sua companheira de quarto na maternidade amamentou e viu-a fazê-lo. Quando a via amamentar tinha pena de não o fazer. Na maternidade colocou o RN à mama mas não tinha leite. Fez várias tentativas de amamentar. As enfermeiras aceitaram o facto de não ter leite. Quando tentou amamentar na maternidade sentiu a criança sugar mas o RN esteve tão pouco tempo à mama que não teve sensação nenhuma pois a mama não tinha nada. O RN tinha fome e sentiu frustração

por não ter leite. Queria amamentar e não queria ver a criança com fome. Teve muita pena de não amamentar.

A mãe é quem deve escolher se amamenta ou não. Tinha ouvido dizer que obrigam a amamentar na maternidade e esperava que lhe acontecesse o mesmo mas não foi assim. A mãe está demasiado cansada após o parto para ainda ser forçada a amamentar. As hormonas influenciam a amamentação e não se deve obrigar a mãe nem provocar stress. Deve deixar-se a natureza actuar.

Na maternidade o RN não foi colocado à mama assim que nasceu. Foi no serviço de puerpério que tal aconteceu.

Para uma mulher ter leite, durante a gravidez deve ter boa alimentação e estar bem consigo própria pois a mãe que amamenta deve alimentar-se bem e evitar stress. Também deve estar preparada para amamentar, isto é, estar preparada para ser mãe e para amamentar. Não deve ser obrigada a fazê-lo. Amamentar é algo muito específico.

Estava bem esclarecida quanto à amamentação o que tem a ver com a vantagem de a sua mãe ser profissional de saúde. O obstetra preparou-a para o AM durante a gravidez inclusive mostrando um livro com informação.

Ninguém da família fez comentários por não amamentar e ninguém a pressionou. A mãe mostrou resignação e disposição para continuar a tentar. O marido não fez qualquer comentário. As amigas referiram que era mais uma que não conseguia e mostraram resignação.

Quando o RN tinha duas semanas apareceu leite. Tentou amamentar com mamilo artificial mas a criança não pegou. A mãe disse que não valia a pena insistir porque era uma frustração. Fez então supressão da amamentação. Foi a mãe quem mais a apoiou. O marido compreendeu a situação e a sua frustração por não ter leite.

Aquando do diagnóstico precoce no centro de saúde a enfermeira perguntou se amamentava. Quando respondeu negativamente a enfermeira não disse nada.

Os profissionais de saúde devem começar a falar do AM desde o início da gestação pois a mulher necessita de tempo para decidir se vai amamentar já que com tanta coisa que acontece após o nascimento necessita desse tempo.

Gostaria de amamentar se tiver outro filho mas não sabe o que fazer para ter leite uma vez que fez tudo o que podia e sabia para ter leite. E teve-o, só que não foi na altura certa.

Anotações: Entrevista realizada no local de trabalho da participante, no seu gabinete, tendo desligado os telefones e avisado para não haver interrupções. Apresentou-se muito comunicativa, extrovertida, permitindo um diálogo frente a frente e de igual para igual. Declarou que dispensava a validação mas que queria que a informação proporcionada fosse utilizada.

Lina

29 anos

3 filhos: 7 anos, 4 anos e 8 meses

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido e os filhos

Profissão: Auxiliar de creche

Escolaridade: 6º ano

“Era seca e tinha falta de líquidos interiores”

Os filhos são alimentados com leite artificial e sempre lhe reagiram bem. O filho mais novo tem 8 meses e ainda é alimentado com leite artificial.

A mãe amamentou. Não tem irmãs mas tem cunhadas e estas amamentaram bem como as amigas.

O leite materno é saudável.

Teve oportunidade de ver outras mulheres a amamentarem. Quando viu questionou-se porque não teria sido capaz de o fazer também e não sabe porque não o conseguiu.

Gostaria de ter amamentado e não amamentou porque não pode; sabe que o leite materno é mais saudável, vem de dentro da mãe, é dela e é um factor de intimidade entre a mãe e a criança. É um alimento único e pessoal, portanto a amamentação é uma forma de maior intimidade. Tudo o que vem da mãe para os filhos é bom mas há mães que não consideram que tudo o que têm é bom e conhece pessoas que não amamentam porque não querem. As mães devem dar leite materno porque este é próprio da mãe, é intrínseco, um símbolo de amor e um factor de continuidade da ligação entre mãe e filho pelo que todas as mães devem amamentar. Se a mãe tem leite deve aproveitar e amamentar

A gravidez foi seguida pelo obstetra e este durante a vigilância falou sempre, desde o início, da importância do A.M. Foi sempre orientada para isso durante a vigilância.

Na maternidade ajudaram a colocar o RN à mama, nomeadamente para se posicionar mas sentia dificuldades na movimentação e em encontrar uma posição propícia uma vez que não conseguia estar sentada e tinha dores. Fez cesariana e teve partos complicados. Nunca teve leite. As enfermeiras tentaram ajudar e incentivaram-na a amamentar dizendo que tinha de o fazer porque era bom e que era o melhor para o bebé. Elas ajudavam-na sempre a amamentar. Concordava que amamentar era bom. No hospital esclareceram as vantagens do AM e não tem dúvida de que é bom.

No primeiro filho teve muitas dores e estava fraca porque perdera muito sangue no parto. Não conseguia pegar no bebé para amamentar. Precisava sempre de ajuda para pegar no RN porque sentia tonturas. No segundo filho teve leite durante a primeira semana e depois só teve numa mama. Tinha dores nas mamas e devido à cesariana. No último mais filho amamentou durante a primeira semana e após este tempo não conseguiu porque deixou de ter leite e o que teve enquanto estava no hospital não satisfazia o bebé.

Não tem leite porque os partos são secos e não tinha líquidos para gerar o bebé; tinha o interior seco. Como não tinha líquidos para gerar o bebé não teve leite. Ter feito cesariana e ter “parto seco” pode ter levado a não ter leite. Conhece pessoas que já na gravidez tinham leite mas nunca foi assim. Se já há leite na gravidez a mulher terá leite para amamentar. As mulheres com mamas grandes também têm mais leite. Amamentar e ter leite tem a ver com o organismo de cada mulher

A mãe era de opinião que devia amamentar mas aceitou que não conseguia fazê-lo. O marido também aceitou este facto.

Não estava esclarecida quando interrompeu a amamentação. Pensou que não tinha leite. Não falou com a enfermeira sobre as suas dificuldades. As amigas perguntaram se amamentava e reconheciam que o seu estado dificultava a amamentação mas incentivaram-na a tirar leite à bomba e ajudaram a tentar amamentar mas era seca de si própria e a bomba doía. Saía leite mas pelo aspecto via que não satisfazia o bebé.

No centro de saúde aquando do diagnóstico precoce não falaram do AM.

A educação para a saúde sobre A.M. deve começar no início da gestação

Anotações: Nunca amamentou os filhos A entrevista decorreu numa sala de reuniões do seu local de trabalho com toda a privacidade necessária. Mostrou um discurso contraditório: antes de iniciar a gravação falou muito e declarou que não tinha muito a dizer, que outras pessoas devem ter. Mas afirmou que sentiu “pressão para amamentar nos últimos dois filhos”, o que depois durante a gravação não verbalizou e defendeu-se quando abordámos a situação. Durante a entrevista mostrou um comportamento defensivo. Depois de tentativa de

quebra-gelo alargando mais os assuntos e desviando até para fora do âmbito da entrevista, houve maior abertura e mais informação. Gesticulou bastante nomeadamente fazendo gestos de ter peito seco e pequeno sublinhando mais a ideia de que por isso não teve leite. A validação decorreu na mesma sala e a participante mostrou concordância com tudo sem, porém, colocar perguntas ou acrescentar algo mais.

Sandra

30 anos

1 filho de 2 anos

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: São Vicente Ferreira

Vive com: marido e filho

Profissão: Cabeleireira

Escolaridade: 6º ano

“A amamentação não era suficiente para o filho e ele passou fome”

A mãe amamentou os filhos bem como as irmãs mas a irmã que teve o primeiro filho desistiu de amamentar porque doía e não persistiu.

Apenas uma amiga quis amamentar mas o RN não pegou e a maioria das amigas desistiu de amamentar porque o bebé não pegava ou porque bebeu leite artificial e depois não queria a mama. Uma tia amamentou mas desistiu porque o bebé tinha icterícia e tem uma amiga que ainda amamenta após 8 meses.

Mesmo antes de ter o seu filho viu outras mães amamentarem e acha que é um acto muito bonito pela relação da mãe com a criança e o leite materno é uma fonte de alimento para o bebé. É óbvio que o A.M. faz bem ao bebé.

Desde o início da gravidez que estava decidida a amamentar. Não preparou a mama para amamentar nem sabia que o devia fazer

Na gravidez o médico perguntou se queria amamentar mas não deu explicações sobre o AM. Deve falar-se da importância da amamentação durante a gravidez

Na primeira noite após a cesariana o bebé ficou no berçário para a mãe descansar.

Possivelmente a ansiedade fez com que não tivesse leite para satisfazer o RN. Era tudo novo e não conseguiu atingir a perfeição que desejava. A ansiedade não ajudou a amamentar com sucesso pois interfere com a amamentação.

A mãe que amamenta tem sorte. No seu caso tentou e não conseguiu. Ficou decepcionada por não conseguir amamentar. O seu filho era um bebé grande, tinha sempre fome e o seu leite não o satisfazia. O bebé estava sempre a chorar, dava suplemento e tinha de esperar 3 horas. A amamentação não era suficiente para o filho e ele passou fome porque só mamava colostro. Teve pouco leite para satisfazer o RN, aliás, nunca teve leite mas apenas colostro o que nem sabia o que era porque pensava que era sujidade do mamilo. Nunca lhe tinham falado do colostro e pensava que o leite materno tinha cor de leite comum. Foram as estudantes de enfermagem que lhe explicaram o que era o colostro.

Desistiu porque estava cansada e em pânico pois não dormia há cerca de 24 horas e também porque a criança passava fome. Não suportava ver o filho a beber água quente para saciar a fome e não valia a pena amamentar para o RN sofrer como sofreu com fome uma noite inteira. Nessa noite nem o RN nem ela dormiram e entrou em pânico por estar cansada e aflita por ver o filho sofrer com fome. A enfermeira do turno da noite levou o bebé para mãe descansar mas nunca conseguiu dormir e foi para junto da enfermeira. Quando decidiu desistir a enfermeira do turno da noite respeitou. No turno da manhã uma enfermeira ralou-lhe e maltratou-a por ter desistido de amamentar, acusando-a de não se importar com o bem do seu filho, que amamentar era mais económico, que pouparia

dinheiro. Ainda tentou amamentar depois de dizer que desistia, ou seja, tentou sempre amamentar enquanto esteve no hospital se bem que se desinteressou completamente da opinião da enfermeira que a ofendeu cortando a comunicação com a mesma.

Quando saiu da maternidade levava a receita de medicamento para supressão da lactação. Em casa é que desistiu mesmo de amamentar depois de começar a tomar os comprimidos mas só tomou 2 comprimidos porque o leite secou espontaneamente, o que a leva a deduzir que estava ansiosa.

Estava esclarecida quando decidiu desistir de amamentar e teve apoio das estudantes de enfermagem mas as enfermeiras não a esclareceram quando decidiu interromper o AM. A dimensão humana dos cuidados de saúde é essencial para ajudar a mãe a amamentar e as enfermeiras devem atender à individualidade de cada mãe nas suas reacções, acompanhando-as mais e não insistindo tanto para amamentarem; devem explicar e dar espaço e tempo de escolha e decisão atendendo à sua privacidade. Não se deve insistir para a mãe amamentar. No seu caso a falta de capacidade de comunicação da enfermeira foi o pior.

As pessoas próximas e os familiares respeitaram a sua decisão. As amigas perguntaram se estava a amamentar e porque não o fazia mas aceitaram a sua decisão.

Aquando do diagnóstico precoce a enfermeira perguntou se estava a amamentar ao que respondeu peremptoriamente que desistira de amamentar. Esta enfermeira reagiu melhor à sua decisão do que a do hospital.

Teve um filho planeado quando considerou que tinha condições e não para passar fome.

Se tivesse outro filho amamentava se tivesse sucesso mas senão, desistia na mesma.

A mãe que quer amamentar tem que ter cuidado com a alimentação durante a gravidez e diminuir a cafeína e o tabaco [é fumadora].

Se tivesse de amamentar em público não teria problema.

Anotações: A entrevista foi efectuada no salão de beleza onde trabalha, na sala de estética, só nós as duas, com muita disponibilidade e privacidade. Quando solicitada a participar relatou a sua experiência desagradável devido essencialmente à reacção de uma enfermeira que considera ter sido ofensiva. Durante a entrevista propriamente dita pareceu algo inibida a falar o que nos levou a dirigir mais as perguntas porque algumas ideias tendiam a ficar pelo meio, nomeadamente o que nos contara antes. Para a entrevista de validação deslocámo-nos a sua casa onde se mostrou calorosa e comunicativa.

Ana Teresa

30 anos

1 filho com 3 meses

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: pais, marido e filho

Profissão: Auxiliar de Acção Educativa

Escolaridade: 6º ano

“Umas mulheres têm leite e outras não”

Todas as irmãs amamentaram porque tinham leite. Fizeram-no durante três meses enquanto tiveram leite. A mãe não amamentou porque não tinha leite. As amigas não amamentaram porque dói e provoca fissuras nos mamilos. Há amigas que não têm leite.

Teve oportunidade de ver mães amamentarem e pensa que gostaria de ter feito igual pois sempre pensou que o faria se tivesse leite. Assim, teve desgosto de não ter leite. Não sabe

porque isso aconteceu nem nunca ninguém lhe explicou qual a razão. As mulheres são diferentes umas das outras quanto a terem leite. De acordo com a natureza de cada mulher, umas têm leite e outras não. Há mulheres que têm receio de amamentar, outras que dizem que dói e outras estão indecisas.

Não teve falta de leite por não beber leite porque bebe muito mas não sabe se isso produz mais leite. Na gravidez bebeu muito leite incluindo leite puro. Para ter leite é necessário beber líquidos e alimentar-se bem. Se a grávida não se alimenta bem não tem leite.

A vigilância da gravidez foi no centro de saúde onde a enfermeira falou do AM e acha (referindo isto com tom lacónico) que a enfermeira falou bem e ficou esclarecida para amamentar porque compreendeu o que lhe disse.

Foi orientada na maternidade para o AM e as enfermeiras incentivaram a amamentar mas não o fez porque experimentou e não tinha leite apesar do bebé chorar com fome. As enfermeiras perguntavam se a criança estava a mamar bem, uma viu se tinha leite mas como não tinha incentivou a fazer aleitamento misto. Como o bebé chorava muito a enfermeira decidiu dar biberon. Assim na maternidade o RN passou a tomar leite artificial porque não tinha leite e nunca teve subida de leite. Na maternidade as enfermeiras incentivaram a amamentar e estava bem orientada.

Quando colocava o RN à mama não sentia dor mas sim uma impressão e cócegas. Antes de experimentar não acreditava que doesse pois se assim fosse nenhuma mãe quereria amamentar. A dor que as pessoas sentem é psicológica. Há pessoas que dizem que o RN dá dentadas mas se a criança desse dentadas nenhuma mãe amamentaria. Há muitas mães que amamentam, portanto é porque não dói

Gostaria de ter amamentado mais mas não tinha leite e o RN não ficava satisfeito e à mama só tomava ar.

Quando teve alta foi à farmácia e comprou leite artificial. Não necessitou de tomar nada para supressão da lactação.

O marido foi a pessoa que mais a apoiou se bem que questionou porque é que algumas mulheres tinham leite e outras não. As irmãs não deram opinião; acharam natural porque a mãe também não teve leite. A mãe disse que também não teve leite. Acha que é como a mãe na falta de produção de leite

As amigas perguntaram se estava a amamentar e porque não o fazia. Respondeu-lhes que não tinha leite e elas disseram que não é fácil ver uma mulher que não tem leite.

A irmã mais velha teve muito leite e até pingava na roupa mas no seu caso nunca sujou sequer a roupa. Assim, notou a diferença entre si e a irmã que sujava a roupa com leite e pensava o quão era diferente dela.

Após o parto, quando voltou ao centro de saúde a enfermeira ao saber que não estava a amamentar disse que não compreendia porque não tinha leite. Durante a gravidez a enfermeira perguntava o que comia e depois de saber que não tinha leite disse que não via razão uma vez que bebia muito leite.

Na gravidez deve-se ir falando do AM para preparar para o aleitamento. A mãe é livre de escolher se quer amamentar ou não

Conhece mães que amamentam até um ano de idade do filho. As mães que amamentam muito tempo têm muito leite o que poupa dinheiro na farmácia.

Gostaria de ter mais um filho. Aí, se soubesse de haver algo que comesse para ter leite, comia. As vizinhas disseram que beber chá com leite durante a gravidez produz leite mas quando lhe deram este conselho já o bebé tinha nascido. Quando voltar a engravidar faz isso para ter leite, apesar de não gostar.

Anotações: A entrevista realizou-se na escola onde trabalha, após as horas lectivas, numa sala de reuniões. Apresentou-se introvertida e reservada havendo necessidade de formular e reformular perguntas no sentido de conseguir mais comunicação e informação. A validação

foi no mesmo local da entrevista de colheita de dados, mantendo a participante o mesmo comportamento acima descrito.

Maria

27 anos

Duas filhas: 7 anos e 3 meses

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido e filhas

Profissão: Escriturária

Escolaridade: 6º ano

“Não ser uma mulher normal devido à sensação erótica que a amamentação provoca”

A mãe e tios foram amamentados. A participante foi alimentada com leite de vaca e nunca teve problemas de saúde. É a mais velha dos irmãos e a mãe criou todos os filhos assim excepto o mais novo que foi com leite artificial. Portanto, a mãe nunca amamentou.

As amigas amamentaram

Já viu mães amamentarem nomeadamente as amigas mais íntimas.

Ao ver as outras mães amamentarem achava bonito ver a criança aconchegada à mãe.

Tinha dificuldade de colocar o RN na mama esquerda, a filha não mamava na mama direita e não se sentia bem a amamentar ficando confusa pois não sabia se a criança estava satisfeita já que não pegava bem na mama. Era mais fácil saber no biberon o que o bebé bebia e não saber o que ingeria deixava-a confusa.

As filhas, nomeadamente a mais velha, nunca quiseram mamar e nunca teve muito leite. O bebé nunca ficava satisfeito com a mama e mamava de pouco a pouco. Deixou de amamentar porque não sabia o que o bebé bebia.

Não se sentia bem com o bebé a mamar; metia-lhe impressão física e o que sentia levou a desistir de amamentar. A sensação que tinha quando amamentava era uma sensação sexual, o que lhe causava repugnância, sentindo-se anormal. Deixou de amamentar pela confusão que as sensações lhe provocavam. Nunca falou, nem sequer ao marido, nesta sensação de carácter sexual que a amamentação lhe provocava e nunca ouvira falar disso a outras mulheres o que a levou a pensar que é uma mulher diferente das outras. Por sentir que era estranho o que sentia não quis amamentar e achou melhor não partilhar as suas sensações com ninguém por ser um problema apenas seu. Sentia repugnância ao amamentar o que a levou a desistir. Na maternidade colocaram a criança à mama teve a sensação sexual e decidiu não amamentar.

A gravidez foi seguida por médico obstetra que não falou sobre AM.

Na maternidade a enfermeira dizia que tinha de amamentar mas não se sentia à-vontade a fazê-lo e disse que não queria. A enfermeira insistiu que tinha de amamentar porque é bom. Reconheceu que amamentar era bom mas ia preparar leite artificial às escondidas já que as enfermeiras não lho davam para que amamentasse. Aquando da filha mais velha, na maternidade as enfermeiras pensavam que amamentava e davam-lhe suplemento. Nunca lhe explicaram nada sobre o AM. Com a filha mais nova as enfermeiras aceitaram a sua opção. Desta vez as enfermeiras explicaram que estava errada em não amamentar, elucidaram-na mas respeitaram e aceitaram a sua decisão

O marido e a mãe respeitaram a sua decisão. A mãe disse que o leite materno era mais saudável para a criança mas reconheceu o seu direito a optar. Disse também que os filhos tomaram leite de vaca e sempre foram saudáveis realçando que o leite artificial é um avanço relativamente ao leite de vaca.

As amigas acharam que estava a desperdiçar dinheiro na farmácia e explicaram a comodidade do AM mas preferiu o incómodo do leite artificial a ter de amamentar. Explicava às amigas que assim sabia o que o bebé bebia.

Não notou que ninguém a criticasse.

Não estava esclarecida quando decidiu não amamentar. Nunca falou da sua sensação a ninguém e pensou que era um problema seu. Se soubesse que o que sentiu era natural e que iria passar talvez tivesse continuado a amamentar.

A vigilância de saúde das crianças é no pediatra e este explicou que o leite materno evita doenças ao RN e que era uma estupidez não amamentar. Reconheceu que o leite materno é bom mas manteve a sua decisão. Disse ao médico que sentia mais segurança com o leite artificial por saber o que o bebé mamava. O pediatra ao verificar a sua opção prescreveu leite artificial e aceitou a sua decisão.

Fez diagnóstico precoce no centro de saúde e as enfermeiras não perguntaram nada sobre o AM.

Deve fazer-se educação para a saúde sobre AM durante a gravidez ou quando a mulher decide engravidar pois deve ser preparada para amamentar

Quando vê uma mãe amamentar recorda a repugnância que sentiu e nota o seu à-vontade.

Não teria problema de amamentar em público. Taparia a mama e fá-lo-ia pois amamentar é uma coisa natural. Não se sentia bem era com as suas sensações e não com a exposição da mama.

Anotações: A entrevista foi realizada no seu domicílio, no escritório, em condições de completa privacidade. Apresentou-se muito extrovertida e comunicativa, com comunicação extremamente fácil, antecipando e respondendo antes da formulação de perguntas. Aquando da entrevista de validação recebeu-nos novamente na sua casa com grande afabilidade, muito comunicativa, demonstrando concordância com a nossa análise e querendo saber porque lhe acontecera o que a fizera sentir-se tão anormal.

Fátima

28 anos

1 filha com 6 meses

Naturalidade: Ponta Delgada

Residência: Ponta Delgada

Vive com: marido e filha

Profissão: Estudante universitária

Escolaridade: Licenciatura

“Amamentar é uma moda”

É filha única e a mãe não amamentou. Alguns primos foram amamentados e outros não Foi alimentada, bem como alguns primos, com leite artificial

Algumas amigas amamentam, outras não, mas a maioria fá-lo.

Tem amigas que não amamentam para estarem mais livres pois amamentar exige que a mãe esteja sempre com o filho e provoca alterações estéticas da mama como flacidez e mamas feias.

Viu outras mães, amigas e desconhecidas, a amamentarem e não aprecia pois considera um acto animal fazendo-lhe lembrar gatinhos com a gata. Ver mamar dá-lhe impressão.

Amamentar é também primitivo e com a evolução da humanidade não é necessário. Reconhece que é natural mas não é civilizado; é um acto animal que lhe desagrade. Ao não amamentar pode tal como a mãe ter um óptimo corpo aos cinquenta anos. Para além disso,

amamentar exige que a mãe esteja sempre com a criança e impede de ter uma vida social mais activa. É uma pessoa independente e faz exercício físico no ginásio.

Desde sempre pensou que não amamentaria pois havendo leites adaptados a amamentação é desnecessária; uma mãe não necessita de passar pelo processo de amamentar.

A gravidez foi seguida no obstetra o qual perguntou se ia amamentar ao que respondeu que não o queria fazer. O médico que é amigo e a conhece bem aceitou a sua decisão porque sabe que a tomou ponderadamente.

Na admissão à maternidade a enfermeira perguntou se ia amamentar ao que respondeu negativamente avisando que não insistissem para o fazer. A enfermeira respeitou a sua decisão e registou.

Ouvira dizer que na maternidade insistiam e obrigavam a amamentar mas não amamentar é um direito seu que quer ver respeitado

Depois do parto a enfermeira perguntou se queria pôr a RN à mama. Reiterou que não queria amamentar e que avisara na admissão. A enfermeira validou a sua decisão e conhecimentos quanto à não amamentação. Disse à enfermeira que estava decidida a não amamentar e que conhecia as vantagens. A enfermeira perguntou se depois de ver a menina não estava a mudar de ideias e compreendeu a sua decisão não havendo mais insistência. Todos os profissionais respeitaram a sua decisão mas desde sempre deixou claro que não amamentaria.

Para ser boa mãe não tem de amamentar e não admite que alguém diga que não é boa mãe por não o fazer. Adorou sentir a filha perto de si mas amamentar é diferente.

Todas as pessoas que conheciam a sua decisão apoiaram-na. O marido considerou que a escolha era da esposa e que era uma vantagem para si próprio poder alimentar a filha. A mãe achou bem a decisão da filha pois ela mesma não amamentou porque tinha uma carreira e a filha sempre foi saudável. As amigas sempre respeitaram a sua decisão, quer tenham amamentado ou não, bem como as colegas.

Quando os profissionais falam das vantagens do AM esquecem-se que os maridos colaboram. Os pais ajudam a mãe em tudo e se a mãe não amamenta o pai também pode alimentar a criança. Não amamentar permite a completa colaboração do pai a cuidar da criança. A mãe ajuda a cuidar da neta, inclusive na alimentação. O pai e a avó da criança poderem alimentar a criança são vantagens de não amamentar.

A bebé está muito bem com o leite artificial se bem que reconheça que o AM permite uma relação próxima com a mãe. Porém, para a criança ter esta relação com a mãe o leite materno não é indispensável. Por exemplo, viu uma mãe a amamentar sem prestar atenção à filha enquanto ela própria ao dar biberon dava toda a atenção à criança.

Não amamenta mas tem uma relação de muita intimidade com a filha. Pode dar muita coisa benéfica à filha sem ter de a amamentar. Se na gravidez mãe e feto são apenas um, após o parto são pessoas distintas. Uma mãe actual não tem de ter a criança sempre consigo e uma mãe que amamenta não é melhor mãe do que aquela que não o faz. O mais importante é o que sente e pensa. Cada mãe é livre para amamentar ou não. Amamentar é bom para quem o deseja. Respeita quem deseja amamentar mas quer que respeitem a sua decisão de não o fazer. É necessário respeitar as decisões quanto ao AM.

O leite materno é saudável mas há crianças amamentadas que também adoecem; adoecem tanto as crianças amamentadas como as que são alimentadas com leite artificial. Não é o leite materno que faz uma criança ser mais saudável

O leite materno provoca falta de liberdade da mãe, altera-lhe o corpo que pode não recuperar e não é coerente com o estado de desenvolvimento das sociedades actuais que leva a que existam outras opções. Uma mãe com poucos recursos faz sacrifício para amamentar porque não tem dinheiro para o leite artificial. Não amamentar é mais civilizado e mais adequado aos estilos de vida das famílias contemporâneas.

Adquiriu conhecimentos sobre AM na imprensa, nos meios de comunicação social, com familiares e com profissionais de saúde.

É necessário coerência por parte dos profissionais de saúde. Há médicas e enfermeiras a quem o AM não agrada em si mas dizem o contrário às mães, havendo portanto incoerência sobre o AM por parte das profissionais de saúde que fazem uma coisa e dizem outra.

A amamentação é uma moda, um movimento ideológico. O AM não pode ser um fundamentalismo e tem que se ver cada caso e o que é melhor para cada mãe e para cada pai. O mais importante é o bem-estar da filha, da família e o seu próprio

Anotações: A participante é detentora de uma licenciatura e está a fazer uma segunda. A entrevista realizou-se no seu domicílio, no escritório, em condições de completa privacidade. Mostrou-se muito comunicativa se bem que, inicialmente, parecendo um pouco “à defesa”, o que se foi desvanecendo à medida que, entusiasticamente deixou fluir o discurso. A entrevista de validação ocorreu no mesmo local e com plena concordância da participante que reiterou a importância que tem para si a partilha da sua opinião.

Todas as participantes tinham um ponto em comum, essencial para a sua inclusão neste estudo: nenhuma amamentara até aos vinte e oito dias de vida da criança apesar de a colheita de dados, em alguns casos, ter decorrido bastante depois. Nove mães interromperam a amamentação enquanto duas, Ivone e Fátima, em cujos discursos há a declaração explícita da sua oposição ao AM, não iniciaram. Sublinhamos que estas duas participantes se encontram em posições opostas de escolaridade; uma não sabe ler nem escrever e outra está a frequentar a segunda licenciatura o que vem contrariar o que encontrámos sobre as mães com mais escolaridade serem mais propícias a amamentar. Efectivamente quase toda a literatura a que acedemos aponta para serem as mães de escolaridade e nível socioeconómico mais elevado as que mais amamentam, mas tal como no nosso caso, o de Earle (2002:208) não encontrou essa relação e constatou que os conhecimentos sobre AM também se relacionam com estas variáveis. Simultaneamente, as crenças das duas participantes sobre a amamentação possuem semelhanças, como comparar a algo animalesco; Ivone fá-lo com bovinos (vacas e bezeros) e Fátima com felinos (gatas e gatinhos). A primeira vive num meio mais rural que a segunda, que sempre viveu na cidade, em que o contacto com gado possivelmente é mais fácil desde a infância. As declarações de intenção de ambas são claras perante os profissionais de saúde, o que verificamos igualmente aquando da obtenção de dados através sua segurança de discurso. Estas duas mães declaram que nunca quiseram amamentar. Ahluwalia, Morrow e Hsia (2005:1410-1411) constataam que as mães que antes do parto não têm intenção de amamentar, geralmente não o fazem.

5.2 - Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar

“Nada é tão firmemente credível
como aquilo de que sabemos menos.”

Michel Eyquem de Montaigne

Passamos à apresentação e discussão da primeira dimensão em estudo, “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar”, na qual estabelecemos a existência dos temas apresentados no quadro nº 4 onde incluímos a sua explicitação bem como as respectivas crenças e participantes. Seguimos uma lógica que começa com as crenças mais representadas, procurando uma ligação semântica entre si.

Quadro nº 4

Temas da Dimensão “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e Respectiva Explicitação, Crenças e Participantes

Temas	Explicitação	Crenças	Participantes
Crenças de âmbito psicossocial	Reconhecendo que todas as crenças possuem Uma base psicológica e social (para além de Outras influências que se encontram no enquadramento teórico) incluímos aqui aquelas que se manifestam em termos psicológicos e/ou sociais.	A decisão para amamentar é da mãe; Amamentar é um acto bonito; AM associado à pobreza; Necessidade de a mãe estar preparada para amamentar; AM é tabu; Amamentar em público é vergonhoso; Actualmente não teria vergonha de amamentar; É natural amamentar em público; Amamentar restringe a liberdade; Amamentar não é sinónimo de ser boa mãe; Estava esclarecida quanto ao AM; Mães jovens têm pouca informação sobre AM; A informação sobre AM deve começar na menarca; Há melhor informação sobre AM nos últimos anos; Há falta de informação sobre AM; Amamentar é um sacrifício; Amamentar é económico; Amamentar é prático; Necessidade de a mãe estar bem em termos psicológicos para amamentar; As mães devem amamentar; A mãe que amamenta tem sorte; A ansiedade contribui para o insucesso do AM; Amamentar é sexualmente repugnante; Amamentar é um acto animal; Amamentar é um acto primitivo; O AM é uma moda.	J.; S.; A.T.; F. M.; B.; S.; Ma. C.; Sa.; F. B.; J.; Ma. C.; Ma. Sa.; I.; B. B.; M.; Ma. I.; F. I.; F. S.; A.T. C. B. M. C. I. A.T. B. J. L. S. S. Ma. F. F. F.

Quadro nº 4

Temas da Dimensão “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e Respectiva Explicitação, Crenças e Participantes (cont.)

Crenças de âmbito da mãe	Inclui as crenças que se refiram a causas físicas da mãe face à não amamentação ou consequências que esta prática têm no corpo materno.	A alimentação da mãe que amamenta é mais saudável; Há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar; Há condições físicas desfavoráveis à amamentação; Há condições físicas favoráveis à amamentação; Há condições físicas que facilitam ou dificultam a amamentação; Amamentar magoa; Amamentar não magoa; Amamentar altera a estética do corpo; Amamentar provoca emagrecimento da mãe; As abdominalgias ao amamentar são devido a um problema; O frio provoca mastite na mãe que amamenta; Nos primeiros dias há pouco leite; As mães submetidas a cesariana têm problemas com o AM.	Sa.; M.; I.; B.; J.; S.; A.T. M.; B.; A.T. B.; J.; L.; A.T.; Ma. C.; S.; L.; A.T. L. C.; M.; L. A.T. C.; F. C. C. I. Sa. L.
Crenças relacionadas com o bebé	Juntámos neste tema o que as mães acreditam estar relacionado com a criança face ao AM.	Bebé não sabe mamar; As filhas nunca quiseram mamar; Bebé deixou de gostar do leite materno depois de experimentar o artificial; Amamentar também depende da criança; Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos.	Sa. Ma. Sa. M. J.
Crenças sobre a qualidade do leite materno	Agrupámos as que têm a ver com qualidades que as participantes atribuem ao leite materno.	O leite materno é o melhor; O leite materno não satisfaz a criança; O leite materno é adequado ao sistema gastrointestinal; O leite materno deve ter cor de leite comum; O colostro é uma substância imprópria; O leite era bom; O AM não protege tanto a criança como se diz.	C.; Sa.; M.; B.; L.; S. C.; Sa.; L.; S.; A.T.; Ma. Sa.; M.; B. C.; S. S. M. F.
Crenças sobre o processo de amamentar	As relacionadas com o que circunda o acto de amamentar em si mesmo, isto é, relativas ao processo e/ou à técnica.	Horário rígido da mamada; Mais segurança na quantidade ingerida pelo biberon; Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses; Amamentar dá muito trabalho; Há alimentos que ajudam a produzir leite.	C.; Sa. Sa.; Ma. Sa. Sa. A.T.
Crenças sobre a díade mãe/filho	Inclui a interacção e influência mútua entre a mãe e o filho face ao processo de amamentação.	O AM proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé; A alimentação da mãe que amamenta influencia o bebé; Fumar é incompatível com a amamentação; O corpo da mãe e o do filho são independentes.	M.; B.; L.; S.; Ma. Sa.; M. M.; S. I.; F.
Crenças sobre o leite artificial	As manifestações das participantes quanto ao que acreditam sobre o leite artificial.	O leite artificial também é bom.	Sa.; M.; I.; Ma.; F.
Crenças sobre a prestação de cuidados	Onde as participantes expuseram o que acreditam que foi ou devia ter sido a actuação dos prestadores de cuidados no que concerne o AM.	Os profissionais de saúde devem informar sobre AM durante a gravidez; A educação para a saúde sobre AM deve começar no início da gravidez; Indiferença das enfermeiras perante o AM; É obrigatório amamentar no hospital; Os profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai; Necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde; A humanização dos cuidados de enfermagem é essencial para o sucesso da amamentação.	C.; I.; B.; S.; Ma.; F. M. Sa. B. F. F. S.

Crenças de Âmbito Psicossocial

Este tema permite-nos, à luz da concepção de Diniz (2004) que apresentamos no enquadramento teórico reconhecer a existência de todas características e funções das crenças: Descritivas ou “existenciais” (ex. Amamentar não é sinónimo de ser boa mãe); “Avaliativas” (ex. Amamentar é um acto bonito; Amamentar é um sacrifício); Prescritivas

(ex. As mães devem amamentar; A decisão para amamentar é da mãe); Globais ou unitárias (ex. A mãe que amamenta tem sorte). Também encontramos os quatro tipos de crenças que traduzem a orientação cognitiva da pessoa no mundo: Crenças sobre si próprio (ex. Estava esclarecida quanto ao AM); Crenças gerais (ex. Amamentar é um acto bonito; Amamentar é um sacrifício; Amamentar é económico); Crenças acerca de normas ou regras (ex. A decisão para amamentar é da mãe; Necessidade de a mãe estar preparada para amamentar); Crenças acerca de objectivos (ex. Actualmente não teria vergonha de amamentar).

A crença de que **A decisão para amamentar é da mãe** manifesta-se em diferentes declarações como:

(...) o que eu acho é o seguinte: não se pode obrigar uma mulher a dar peito. A mulher não quer dar peito, a mulher não dá peito. Já explicaram, não explicaram? Fizeram o seu trabalho, então agora a gente escolhe. Que a gente está aqui também para escolher. O filho é meu, as maminhas são minhas, o marido não diz nada, a minha mãe concordou comigo, o que é que elas têm a ver com isso? Elas mandam na sua casa que eu mando na minha. (Ivone)

(...) porque muitas pessoas me diziam que iam insistir e que até me podiam obrigar e eu ia preparada para fazer valer o meu direito de escolha porque estou em plena função das minhas faculdades e não sou nenhuma criança. (...) E acima de tudo está o que eu penso e o que eu sinto. (...) Cada um é livre. (...) É bom para quem quer, respeito como quero ser respeitada por ter uma opção que é válida (...) É preciso saber respeitar as pessoas. E não pode haver fundamentalismos. Cada caso é um caso e é isso que se tem que ver: o que é melhor para aquela mãe e para aquele pai. (...) É como digo, respeito pela opinião de cada pessoa e nada de fundamentalismos. (...) [necessidade de] respeito pelas mães que não querem amamentar. (Fátima)

Estes são dois exemplos das mães que revelam esta crença. A decisão ser das mães é uma das crenças que reúne maior consenso. A liberdade, a escolha e a auto-determinação das pessoas está sempre subjacente e os enfermeiros devem “reflectir nas resoluções das pessoas que aprendem, no sentido de se tornarem motivadas e de tomarem as suas próprias decisões sobre o curso de uma acção.” (Redman, 2002:8).

Duarte (2002:17-18) acredita que todo o cliente é livre e capaz de pensar, o que o capacita a escolher o que lhe parecer melhor para o seu projecto de vida. É a partir das crenças das pessoas que se podem planear formas de promoção de saúde. A mesma autora (p. 90) de acordo com Lupton (1995) defende que a educação para a saúde tende a considerar as pessoas ignorantes e que é crucial a compreensão das suas convicções para a promoção da saúde. Isto exige a sua análise de acordo com o significado que lhe atribuem e com o que pensam os profissionais. Com base nisto a autora apela para a utilização de técnicas de

marketing na educação para a saúde. Consideramos que as pessoas possuem conhecimentos e crenças que necessitam de ser compreendidas e respeitadas para que possam adoptar estilos de vida mais saudáveis. Silva (1997:11) reconhece que a decisão para amamentar nem sempre é fácil e tem a ver com motivos inconscientes bem como com a simbologia do feminino, da sexualidade e da percepção do papel de mulher e de mãe. Portanto, o AM não é um acto puramente biológico e altruísta; mulher encara-o com os seus valores. Se os profissionais de saúde não o reconhecerem, não estão a colaborar para o estabelecimento do AM. A CPAM declara que

Amamentar não deve ser obrigatório nem o leite materno é insubstituível mas é a atitude natural da mãe, contentora durante a gestação, que agora tem o filho nos braços. Amamentar é tão natural como pegar no filho ao colo ou cantar-lhe para a adormecer (2007:11)

Esta Comissão (p. 17) entende que o AM é o seguimento lógico da gravidez e um privilégio apenas reservado às mulheres. Esta perspectiva pode ajudar as mães a adoptá-lo.

Amamentar é um acto bonito para Mariana, Beatriz, Sandra e Maria.

(...) é muito bonito; é um acto muito bonito (...) Uma experiência bonita (...) É muito bonito, já disse isso. Para mim é das coisas mais bonitas que se pode viver nessa vida é isso. (...) amamentar o bebé é uma experiência única mesmo. É muito bonito (...) Acho! Acho! [os olhos brilham] (Mariana)

(...) Achava graça, mas ao mesmo tempo pensava “Mas aquela Sr.^a, está ali, mas será que ela não tem receio, não é? Ela punha o peito de fora, depois escondia com uma fralda e ficava ali tranquila a dar de mamar ao seu bebé, com a maior naturalidade. Mas pronto eu via que ela se sentia feliz e eu acho muito bem a maneira da Sr.^a estar a dar de mamar ao seu filho. (Beatriz)

[Ver amamentar] É muito bonito! É o máximo! (...) É o máximo! (...) É bonito, é giro (...) É interessante, muito bonito. (Sandra)
Eu achava aquilo muito giro! (Maria)

Descortinamos nas palavras destas participantes a crença na beleza da amamentação apesar de apenas Beatriz a descrever, isto é, na felicidade manifestada pela mãe que viu amamentar, uma emoção que, segundo Coleman (1999) referido por Ribeiro (2005:134) é vivida com a participação de todo o corpo.

Numa óptica diferente da anterior está o **Aleitamento materno associado à pobreza** que se reflecte nas seguintes asserções:

(...) já se sabe que antigamente, pouco de comer a gente tinha, não é? Por isso eles usavam muito o leite. Sempre que podiam davam o leite do peito. (Catarina)

Antigamente não havia essas... o leite de lata era só para quem era rico. (Sara)

Não digo que uma mãe com poucos recursos económicos não se sujeite a tudo isso por falta de dinheiro para preparar o leite para a criança com a maior higiene e qualidade possível, até porque o leite não é barato. (Fátima)

Enquanto esta associação se apresenta em comparação ao que se passava outrora por parte de Catarina e Sara, para Fátima ainda acontece por falta de recursos económicos para adquirir leite artificial.

Este “antigamente” surge comparativamente ao que sucedia há algumas gerações pois o AM “apresenta comportamentos flutuantes alterando-se com a evolução histórica da humanidade” (Silva, 1997:18) em que nos últimos 200 anos se verifica um decréscimo quando a partir do século XVII se passou a recorrer a amas de leite. Até então, de acordo com Yalom (2000:15; 93) o AM nem se colocava em causa porque determinava a vida ou a morte de um RN. A instalação do leite artificial e do biberon como símbolo de modernidade e de progresso acontecem nos EUA no século XX. Assim explica Blum (1999:31) e Behrmann (2005:7) acrescenta que o leite artificial, numa cultura científica e masculina, passou a ser entendido como o melhor para as mulheres de estatuto socioeconómico mais elevado que passam a associar o AM a pobres e ignorantes.

Beatriz, Joana e Maria acreditam na **Necessidade de a mãe estar preparada para amamentar**

Porque aqui está, fui mãe aos 16 anos, não que naquela altura não estava bem preparada para ser mãe (...) que eu não devia ter vergonha porque era uma coisa natural mas para mim como era nova e não tinha a noção de que aquilo era um bem precioso. (Beatriz)

Eu não me sinto preparada para dar peito!” (...) Está mais bem preparada para as pessoas falarem sobre isso e tudo, para que quando a pessoa tem o filho já está preparada. (Maria)

Joana expõe a mesma crença mas não dirigida a si própria.

(...) tem que estar preparada para isso também! (...) Porque acho também!... Eu acho que há pessoas que não estão preparadas para ser mães. E pode interferir no amamentar que é uma coisa muito específica, não é? (...) A pessoa tem que estar, não é? (Joana)

No primeiro caso as duas mães atribuem a sua falta de preparação a serem muito novas. Loux (1983:236-237; 297; 305) reconhece que as mães jovens se sentem frequentemente sós o que aumenta a sua ansiedade. De acordo com a autora, isto foi provocado pelo êxodo rural e pela separação de gerações entre mãe e filhas e entre avós e netas. Como resultado, as mães jovens não têm quem lhes demonstre o AM; têm manuais de puericultura que não podem responder-lhes, falar-lhes, tranquilizá-las ou demonstrar-lhes como se faz. Defende que a resposta está nas enfermeiras que podem ter um papel central de formadoras e de intermediárias entre o moderno e o tradicional, o que exige a conjugação de diversos conhecimentos e uma dialéctica que permita reflectir caso a caso.

A preparação para amamentar pode ser entendida de diferentes modos (psicológico, familiar, social, físico, entre outros) mas a informação que nos foi fornecida parece referir-se a disponibilidade mental e psicológica. Na literatura que encontrámos a preparação e o apoio são reconhecidos como necessários.

Mercer desenvolveu a sua teoria de enfermagem designada por “Consecução do Papel Maternal” (Meighan, 2004:526) em que um dos principais conceitos é o apoio, entendido como a ajuda que a mãe recebe, a satisfação com a mesma e com as pessoas que estão envolvidas. Este apoio entendido como social subdivide-se em: emocional, que tem a ver com o sentir-se amada, cuidada e compreendida; informativo, que permite à mãe ajudar-se a si mesma através de informação que lhe pode ser útil; físico, ou seja, um tipo directo de ajuda; e de apreciação, a possibilidade de a mãe se avaliar no seu papel.

As mulheres actuais estão menos preparadas para a maternidade do que as suas avós. Assim o considera Kitzinger pois

Não só estão menos conscientes das realidades da maternidade e do que é um bebé, mas estão menos predispostas para se resignarem abnegadamente ao inevitável quando descobrem que as suas fantasias as desiludiram ou que lhes pintaram um quadro muito diferente da realidade. (...) Para muitas das mães actuais, a maternidade, embora aceite, surge como uma surpresa. (1996:28)

Riordan e Hoover (2004:185-186) defendem que a melhor preparação é a mãe aprender o mais possível sobre o AM antes de começar a amamentar, o que pode suceder com diversos recursos, como aulas, profissionais de saúde ou conselheiros de amamentação e partilha com outras mães que tiram dúvidas e orientam. De acordo com diversos autores, nos quais estes se incluem, a preparação do mamilo não só não é necessária como não é recomendável. A preparação da mama é ineficaz, como verificou Galvão (2005:121) no seu estudo em que as mulheres que não prepararam o mamilo referiram não sentir dificuldades com o AM. Por outro lado, a ideia da preparação física pode trazer consigo a de que a mãe tem algo errado. Ainda para Riordan e Hoover (2004:185-186) o órgão mais importante no

AM é o cérebro da mãe que recebe estímulos e produz leite. A criança é um bom professor e a mãe juntamente com alguém que a apoie tem capacidade de desempenhar o seu novo papel.

A manifestação de que o **Aleitamento materno é tabu** expressa-se assim:

Não senhora... (com expressão envergonhada) [Não falam sobre isso. Na Escola, quando andava na escola, alguém falou sobre isso?...] Nunca! (...) Relações sexuais, sim. Mas depois, de gravidez e amamentação, não. (Catarina)

Não, nunca falei nisso com ninguém. (...) Nada, com ninguém; até hoje nunca disse isto a ninguém. (...) E nem ao meu marido contei isso! (Maria)

A palavra “tabu” significa “proibido”, “escondido”. Kitzinger (1996:78) explica que o conceito se processa em torno da sujidade e da impureza em que a sujidade é entendida como “matéria fora do lugar” e em muitas culturas o corpo humano é um vaso que deve ter as entradas e as saídas fechadas para que todos os produtos que saem como a respiração e o calor não cheguem aos limites do corpo das outras pessoas. Nas tradições judaico-cristãs o que se relaciona com os princípios masculinos e femininos é considerado sujidade, portanto, tabu. Por isto é preciso esconder a mama e tudo o que a ela se refira, incluindo a sua função materna. A sua função sexual e erótica ultrapassa a biológica e existe dificuldade em aceitar o papel sexual em simultâneo com o maternal. Encontrámos estas constatações em diferentes autores nomeadamente Yalom (2000:57-59), Earle (2002:212), Hausman (2003:79-81) e Steiner (2005:72).

Uma crença que consideramos relacionada à anterior é a de que **Amamentar em público é vergonhoso** exposta por Sara, Ivone e Beatriz, tendo sido esta a razão de não amamentação por parte da última.

O que me levou a dizer que não vou amamentar foi uma simples razão: sentia-me envergonhada. (...) tive bastante leite com abundância para dar a ela mas o que me fez não dar foi a simples vergonha. (...) Sentia-me envergonhada de pôr ali o peito de fora à frente de qualquer pessoa. Porque aí está, as crianças têm a sua hora de comer, imagine, eu paro num sitio e a criança está a chorar e tenho que pôr o peito de fora naquele momento porque a criança tem que comer porque sei se não se der eles pegam a chorar e foi então o que então me levou a não dar o leite à minha filha. (Beatriz)

A vergonha levou mesmo uma mãe que tentou amamentar a esconder-se para o fazer:

Foi porque eu disse assim “Essa pequena está sempre com fome e depois eu quero sair e fico com vergonha de dar o peito nalgum lado.” (...) Até uma vez fui, a gente foi ao Parque Atlântico, estava na hora (sorri), o meu marido foi à farmácia e eu

disse “A hora é esta”. Lá fui dar o leite dentro do carro, baixei-me para ninguém ver (...) Foi mesmo dentro do carro. Estava sempre a ver para ninguém ver. (Sara)

E Ivone que manifesta oposição declarada ao AM também se refere à vergonha de o fazer em público:

(...) também não pode estar agora a dar peito na rua, não é? (...) Também acho que agora a gente não pode estar na rua, a criança quer comer e a gente já tem o peito de fora. É uma vergonha, não é? (...) Então eu estou na rua, pôr o peito de fora, está toda a gente a olhar para mim, é rapazes, é raparigas, é crianças pequeninas, há muita garotagem por aí. (...) Eu tinha que ir trabalhar. Eu não posso na rua com o pequeno e dar peito. (Ivone)

Os actos íntimos não são praticados em público. De acordo com Ribeiro (2005:9) o corpo é uma identidade da qual não motivo para ter vergonha. Porém, a vergonha aqui manifestada não é tanto do corpo mas de um acto considerado íntimo. E íntimo, afirmamos, pelo papel sexual e erótico atribuído às mamas em vez do seu papel biológico. Ribeiro (2005:41, 64-66) explica que as experiências corporais são interpretadas de modo racional mas são emocionalmente vividas de acordo com crenças e atitudes socialmente adquiridas. Cada contexto cultural possui as suas normas de exposição e de ocultação do corpo que se baseiam no imaginário colectivo. No mundo ocidental a mama é essencialmente um atributo sexual e a sociedade elabora as justificações para as normas instituídas. Um corpo que se expõe desafia o observador, emite uma intencionalidade e sugere uma interpretação. A necessidade de expor o corpo se a criança necessita de mamar em público justifica-se pela alimentação. Este é o motivo e não a sexualidade mas, interpretamos nós, se a mama for essencialmente entendida como sexual e o seu papel biológico natural não tiver sido interiorizado então torna-se difícil expô-la em público. Vemos reforçada esta nossa compreensão quando ainda o mesmo autor declara que se associa a cobertura do corpo ao pudor sexual e que o que principalmente se oculta são as actividades e os órgãos ligados à sexualidade. Mesmo que a mãe cubra o bebé e a mama, amamentar implica expor o corpo. No seu trabalho, Silva (1997:186-187), também verificou que para algumas mulheres, fazê-lo em público ou na presença de estranhos provoca constrangimento e vergonha que levam a que a mãe não amamente fora de casa e acaba por conduzir ao insucesso uma vez que há a administração de biberon. Constatações semelhantes são apresentadas por Blum (1999:127), Earle (2002:212), Hausman (2003:79) e Steiner (2005:63-65).

Yalom (2000:37; 262) recorda que a Bíblia, fonte literária fundamental das religiões judaico cristãs com forte influência na cultura ocidental, aconselha a que as mulheres mantenham o corpo afastado dos olhares de todas as pessoas, excepto do marido. Amamentar em público, segundo Riordan (2004:718-719) é algo extremamente sensível às normas culturais, sendo

mal visto, por exemplo na França e no México, cada vez melhor aceite nos Estados Unidos e perfeitamente natural no Canadá. De acordo com Scott e Mostyn (2003:276) também é encarado com a maior naturalidade na Austrália.

Beatriz acredita que **Actualmente não teria vergonha de amamentar.**

(...) mas se fosse agora não fazia isso [não amamentar por vergonha]! Não voltava a fazer isso, não! E aconselho todas as mães que puderem dar, dêem. (...) Depois muito arrependida, mais tarde por não dar leite à minha filha. Porque eu estava a desperdiçar uma coisa maravilhosa que eu podia ter dado à minha filha de bom de mim. (...) Naquele momento não... pronto, sabia que era bom mas não estava a imaginar que era uma coisa que valia mesmo a pena e que devia lutar pela minha filha e não pela minha maluqueira de pensar na vergonha. (...) Realmente agora reconheço que a enfermeira que estava de serviço, já não me lembro quem, mas que ela tinha toda a sua razão que eu estava na altura a ser estúpida para a minha própria filha. Devia ter realmente seguido o conselho que ela estava a dar. Neste momento acho que é muito importante uma mãe dar de mamar ao seu filho.
(Beatriz)

Para além de se declarar arrependida apela às mães que não desperdicem esta oportunidade, manifestando o que nos parece uma mudança de atitude e de mentalidade. A confirmar está a sua declaração aquando da validação dos dados de que pensa engravidar e desta vez tenciona amamentar.

Numa posição diferente da anterior estão Mariana e Maria para quem **É natural amamentar em público.**

Acho bem! [amamentar em público] (...) Sentia-me bem. Punha o meu filho no peito e punha uma fraldinha por cima! (...) É a mesma coisa que ir ao saco e pegar num biberon e pôr na boca. **(Mariana)**

Ah não tinha problema nenhum [de amamentar em público]! Tapa-se o peito, pronto, não tem problema nenhum que é uma coisa natural! (...) Mas eu não me sentia bem com o que eu sentia não em mostrar o peito. **(Maria)**

À medida que um acto se repete tende a banalizar-se. Ribeiro designa isto por “Lei da banalidade” em que o que todos fazem já ninguém repara e se opõe à “Lei da sexualidade” do corpo erótico que “dá origem a referências de como os homens reagem aos seios desnudados (olham ou não olham, pensam ou não pensam, sentem ou não sentem) e ao modo como as mulheres apreciam essas reacções.” (2005:68). Para o autor a vergonha é própria de quem cometeu um erro, relativamente a uma norma moral ou social. Apesar de as crenças se construírem socialmente, não têm de cristalizar e são passíveis de mudança. O pudor como factor cultural também tem esta possibilidade de evolução. Segundo Collière

(1999:276-277) as crenças são modificáveis nomeadamente quando há contacto com hábitos diferentes, quando alguém começa a duvidar e a incerteza se faz sentir ou quando há novos conhecimentos.

Steiner (2005:67-76) explica que quantas mais mulheres amamentarem em público mais naturalidade haverá e reconhece que nos EUA as mulheres têm dificuldade de o fazer por se associar a alimentação das crianças ao biberon e as mamas à actividade sexual. Aconselha as mães a treinarem a amamentação ao espelho para se habituarem a ver e a consciencializarem-se do quão natural e discreto pode ser. Constata-se ainda a existência de casos de mães que por vergonha se escondem para amamentar o que pode conduzir à interrupção do AM pois se sentem esta pressão tendem a parar mais cedo.

Amamentar restringe a liberdade para Ivone e Fátima:

(...) é preciso estar sempre ali pronta, disponível (...) eu acredito que é bom para quem tenha tempo, para quem... está sempre em casa, não é? (Ivone)

(...) porque amamentar exige muito que a mãe fique em casa ou que leve sempre a criança consigo e nem sempre dá jeito. (...) Oiça, amamentar exige a estadia constante da mãe perto da criança, sem sair, sem socializar (...) E eu sou uma pessoa muito independente, muito activa, já estou no ginásio (...) A falta de liberdade da mãe [é uma desvantagem] (...) então porque há-de uma mulher ter de ter uma criança agarrada aos seus seios para ser uma boa mãe? Não aceito essa ideia! (Fátima)

No trabalho de Silva (1997:188-189) algumas mães referem que o AM lhes tira a liberdade por limitar as suas actividades. Sobre este aspecto Hausman (2003:93-94;108) chama a atenção para os materiais de promoção do leite artificial que dão a ideia de promoverem a liberdade e a autonomia. Simultaneamente, com o biberon a mãe controla o bebé mas no AM o bebé controla a mãe e, desta forma, as representações opressoras do AM não lhe são favoráveis.

São também estas duas mães que manifestam a crença de que **Amamentar não é sinónimo de ser boa mãe.**

E a gente vai comprar e agente está comprando e eu estou a tratar do meu filho como deve ser. Leite, eu ponho no biberon, aquelas medidas de água, aquelas medidas de leite, eu faço isso tudo” (Ivone)

(...) adoro a minha filha e para ser mãe não tenho de amamentar e nem admito que me digam que sou menos boa mãe por isso. Adorei a minha linda filha logo que a vi, estava ali quentinha perto de mim mas amamentar é outra coisa. (...) Veja, a senhora que estava na cama ao lado da minha na maternidade dava de mamar muitas vezes a olhar para a televisão ou a falar para o lado. Digo-lhe, quando dou

o biberon à minha filha estou ali só para ela, olhamos uma para a outra. Se isso não é intimidade não sei o que é... (...) Nenhuma mãe que amamente é melhor mãe que eu só porque eu não quis amamentar. (Fátima)

Earle (2002:211) escreve que, apesar de o Reino Unido ter uma das taxas mais baixas de AM no mundo desenvolvido há uma associação entre amamentar e ser boa mãe. Yalom (2000:10; 19; 135) relata como a mama foi conotada como “boa” e “má” e a primeira era a que amamentava pois em vários momentos da história a boa mãe era o que o fazia. Ainda hoje nos EUA a mãe que amamenta é conotada como boa mãe e mulher honrada.

Steiner (2005:23; 26; 36; 45-46) afirma que não há um modo correcto de ser mãe, reconhecendo, porém, que as expectativas culturais sobre a mãe ideal fazem com que muitas tenham experiências difíceis. Sendo uma advogada do AM que se dedicou a escrever, pesquisar e editar experiências de mães nesta prática apela a que não se façam julgamentos muito menos antes de se conhecer a história toda. De modo semelhante, Maldonado (2005:131) recomenda a que não se confundam os conceitos de boa mãe e de mãe que amamenta uma vez que ser boa mãe tem a ver com a história de vida da mulher, incluindo as suas limitações e possibilidades.

Considerar uma mãe boa ou má é um juízo de valor que não se coaduna com a enfermagem, a qual deve estar isenta deste tipo de julgamentos. Na nossa forma de entender a profissão e o papel de advocacia que implica o seu desempenho de excelência tem que se fazer com base na análise e compreensão das situações.

Que **Estava esclarecida quanto ao AM** é uma crença de Sandra e de Ana Teresa

Eu acho que sim [estava esclarecida quanto ao A.M.] porque uma vantagem é ter uma mãe profissional de saúde. (Sandra)

Eu acho que estava bem orientada [na maternidade]. (...) [enfermeira durante a vigilância] Falou [dp A.M.] (...) Acho que ela disse bem... (...) Estava esclarecida para amamentar. (Ana Teresa)

A sua inclusão neste estudo indica que interromperam a amamentação ou que não amamentaram, respectivamente. Compreendemos então que para a amamentação ter sucesso é necessário mais do que informação e esclarecimento. Numa declaração conjunta da OMS e da Unicef em 1989 foram estabelecidos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” que, como podemos verificar, vai além desses requisitos:

- 1 – Ter uma norma escrita, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
- 6 – Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.²⁵

Ainda sobre informação encontramos a crença de Catarina de que **As mães jovens têm pouca informação sobre AM** o que, segundo a sua perspectiva, torna esta prática complicada.

Pronto, como eu que fui mãe muito nova e como há muitas mães muito novas, acho que há muito pouca informação. Porque são mães muito novas e não têm ninguém que lhes dê grandes apoios e a explicar tudo. Porque é muito complicado mas não temos tanta explicação por parte dos profissionais. (Catarina)

Riordan e Bocar (2004:704-705) explicam, quanto à educação para a saúde na adolescência, que a prioridade é o desenvolvimento de um sentido de identidade pessoal. Assuntos como egocentrismo, vergonha, sexualidade, estilos de vida, aprovação dos pares, regresso à escola e atitude face ao pai do bebé podem ser determinantes na decisão de amamentar. Um trabalho desenvolvido por Bryant (1992) identificou medos das adolescentes relativamente ao AM devido à falta de confiança e de liberdade, preocupações dietéticas, dor, desconforto e desfiguramento. Quando se trabalha com mães adolescentes devem evitar-se regras rígidas sobre posicionamento, dieta e amamentação exclusiva uma vez que as regras e os regulamentos são facilmente questionados. A aprendizagem deve ser divertida, rápida e adequada ao que acreditam ser importante e o recurso aos meios audiovisuais é particularmente adequada.

Para Beatriz **A informação sobre AM deve começar na menarca**

Desde o momento que uma criança se torna mulher, não tem idade. Tem que ter uma idade que compreenda. Mas desde o momento que uma criança atinja a sua maioridade do nível de mulher, que se prepara para ser mulher, a partir daí devemos dar os conselhos máximos às nossas filhas e se um dia serem mães que

²⁵ http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm

façam tudo o que puderem pelos seus filhos, se tiverem leite que dêem, não desperdiçarem o que temos de mais bom. (...) Deve-se principiar. Para mim deve-se principiar já dentro da nossa própria casa. E depois a seguir com amiga, informação da parte médica, quando se começa a ir aos médicos e essas coisas assim. Mas deve o início deve ser de casa. Estes conhecimentos, estes conselhos, devem começar de casa, na minha opinião penso eu que sim. (Beatriz)

Ao reflectirmos no seu discurso parece-nos que esta mãe acredita que para amamentar é necessário preparar a menina/mulher com base numa educação para atitudes e para afectos, algo mais sólido do que mera informação. Beatriz defende que deve iniciar-se no grupo mais primário, a família, neste caso a mãe, passando depois pelas amigas até chegar aos profissionais de saúde. Desde o nascimento a criança, neste caso, a menina inicia um processo de aprendizagem cultural no grupo em que se insere. As práticas e os cuidados com o corpo começam na socialização primária, a família, onde se vão adquirindo valores e crenças. De acordo com Barbosa referido por Couto (1994:39; 114) a esta socialização segue-se a secundária, em que a forma de aquisição de conhecimentos se alarga à escola e aos grupos. O que a pessoa aprendeu neste processo inicial é indispensável para a sua estabilidade, passa a integrar a sua personalidade e, mesmo com variações pessoais, estabelece regras e modos de pensar, sentir e agir.

Loux (1983:107) especifica que os conhecimentos sobre o corpo são transmitidos pela família desde a primeira infância. Alves e Almeida (1992) referidos por Galvão (2005:7) defendem que a informação sobre o AM deve ser proporcionada nas escolas quando se fala de nutrição. Uma formação neste sentido a nível do ensino básico é também a proposta de Martínez Roche et al. (2000: 433-435).

Encontrámos também a crença de que **Há falta de informação sobre AM**

Mas acho que ainda há muito pouca informação sobre isso. Só dizem, pronto que “É bom, é bom, é bom”, mas o ser bom da maneira que é e da maneira que se deve fazer, acho que há muito pouca explicação sobre isso. (Catarina)

Vaucher e Durman (2005:207) declaram que há muitos problemas como o AM por a informação às puérperas ser fragmentada, incompleta e não atender às suas crenças e cultura.

De modo inverso ao que temos vindo a verificar nas crenças de âmbito psicossocial relativas à informação, Mariana acredita que **Há melhor informação sobre AM nos últimos anos.**

Acho que de há uns anos para cá já se fala muito nisso. Uma grande diferença de alguns anos atrás. Acho que esta tudo dito. (Mariana)

Riordan e Auerbach (2004:738) reconhecem que as práticas profissionais melhoraram na última década devido, essencialmente, às exigências das clientes e ao programa de protecção à amamentação “Hospitais Amigos do Bebê” criado pela OMS e pela Unicef. Steiner (2005:119) confirma que actualmente a mensagem de médicos e enfermeiras passou a ser cada vez mais a do leite materno ser o melhor e superior ao leite artificial. Simultaneamente, estudos científicos que apoiam os benefícios do AM para a mãe e para a criança são progressivamente mais divulgados pelos meios de comunicação social e as campanhas de educação para a saúde tornam-se mais comuns.

Para Ivone **Amamentar é um sacrifício**

Eh menina, eu vou dizer uma coisa. Eu acho que elas têm razão [amamentar é um sacrifício]. (...) E como eu não queria me sujeitar a uma coisa daquelas eu não queria dar peito! E foi isso que sempre achei! (Ivone)

Mesmo atendendo às muitas vantagens do AM e a quanto pode ser satisfatório, este facto é verificado até pelas defensoras da amamentação. A título ilustrativo referimos uma enfermeira nossa conhecida que exerceu a sua actividade profissional num serviço de obstetrícia durante seis anos antes de ser mãe pela primeira vez. Sempre defendeu e fomentou o AM pelo que quando engravidou nem colocou outra hipótese que não a de amamentar. Contudo, na quarta semana de vida do seu filho declarava “Eu nunca mais digo a uma mãe que amamentar é fácil!”

Amamentar pode ser difícil. E, sendo assim, a motivação para o fazer necessita de ser superior às dificuldades pois para as pessoas “(...) é essencial que as experiências corporais sejam vividas como *corporalmente agradáveis*.” (Ribeiro, 2005:27).

Hausman (2003:179) reconhece que o AM implica tempo e disponibilidade física. Por seu lado Steiner (2005: 5; 13; 34-35) afirma que ter um filho é dizer adeus à vida que se conhecia anteriormente e que o AM pode ser extenuante levando a mãe a ficar facilmente desencorajada sendo então fácil recorrer ao biberon. A autora constata que poucas mulheres estão preparadas para a exigência e intensidade do AM e, para algumas, pode ser demais. Porém, na opinião de alguns conselheiros de amamentação, a mãe quando sabe demais antecipa dificuldades e preocupações que podem nem vir a acontecer. Neste caso, advogam a promoção do AM e a honestidade sem desencorajar, pois, apesar de algumas dificuldades iniciais o AM é muito recompensador. O AM deve ser encarado como a própria maternidade, com a existência de potenciais dificuldades mas com muita satisfação mesmo

que nem sempre seja fácil. No livro de Steiner (2005) várias mães confirmam que amamentar é difícil mas que vale a pena pois é uma das melhores coisas da vida. De modo semelhante, a CPAM (2007:19) confirma que os primeiros dias de amamentação são uma aprendizagem e nem sempre são fáceis mas que com aconselhamento e ajuda, a mãe ultrapassa as dificuldades.

Amamentar é económico é uma crença manifestada por uma das participantes que reconhece esta vantagem

E [amamentar] poupa bastante na farmácia. Isso é muito bom! (Ana Teresa)

Enquanto para outra **Amamentar é prático**

(...) em primeiro lugar é um leite que está sempre quentinho, podemos dar a qualquer hora do dia, a qualquer hora. Não temos que nos levantar para preparar e a mãe punha o peito de fora, põe a criança ali (...) Um leitinho sempre quentinho, sempre a horas para os nossos filhos, nada melhor do que isso. (Beatriz)

Que a amamentação é prática e económica é facilmente reconhecido e informado às mães quando se fala das vantagens do AM. De acordo com Coates e Riordan (2004:16), e apenas atendendo aos custos com o leite artificial em si mesmo, não contando com os eventuais gastos devido aos seus efeitos, a ausência de AM afecta a economia da família, da comunidade e do país. Nos países industrializados o custo do leite artificial pode exceder duas ou três vezes o dos alimentos da mãe que amamenta enquanto nos países em desenvolvimento é ainda muitas mais vezes superior.

Joana acredita que há **Necessidade de a mãe estar bem em termos psicológicos para amamentar**

[Para ter leite é necessário] estar bem consigo própria (...) Tem que evitar, não pode estar com stress. (Joana)

Silva (1997:175) encontrou uma crença idêntica na sua tese. Powers (2004:293-294) apresenta os resultados de um estudo de Chen et al (1998) que demonstram que altos níveis de stress e ansiedade estão associados ao atraso da lactogénese mas que mulheres que foram mães recentemente experimentam, muitas vezes, factores considerados geradores de stress, quer sejam de ordem física, social ou emocional, os quais geralmente não interferem com a amamentação. Por outro lado, stress moderado a grave foi documentado como inibidor da acção da ocitocina, interferindo com a ejeção do leite. Uma investigação de Ruvalcaba (1987) relatou vários casos de perda súbita de leite em mães e em vacas aquando do

terramoto da Cidade do México em 1985. Contudo, a mesma autora recorda que há mulheres que têm vivido em extremas circunstâncias de stress enquanto amamentam sem que tal interferisse na capacidade de o fazer.

Lina acredita que **As mães devem amamentar** e as suas seguintes palavras

(...) eu concordo é que as mães devem dar o leite materno. (...) Todas as mães que sejam mães. (Lina)

parecem-nos conter uma crítica às mães que não amamentam porque não querem. De acordo com Steiner (2005:XV-XVI) as mulheres que não amamentam são encaradas, muitas vezes, de modo severo pelas outras mães. Questionamos se subjacente a isto não estará uma ambivalência quanto à amamentação. A mesma autora (p. 29;37; 55) refere-se à ambivalência que existe em algumas mães face ao AM e que se vêem no dilema entre amamentar e não amamentar verificando-se que mesmo as mais convictas têm momentos de dúvida.

Berhmann (2005:2; 125; 128) testemunha a ambivalência que experimentou com o grande amor que sentia pela filha, a fusão que experimentava com ela mas a necessidade de ter mais tempo para si mesma. Assim, a autora entende que é necessário equilíbrio de modo que haja satisfação das necessidades da criança e da mãe. Também relata casos de mães que querem fazer o melhor mas que, simultaneamente, sentem que o AM é algo com que não se identificam.

Numa perspectiva mais psicanalítica, a ambivalência face ao AM é interpretada por Maldonado (2005a:112) como tendo subjacente uma dissociação entre a maternidade e a sexualidade – não amamentar por a mamas serem sexuais e, simultaneamente, por a amamentação ser um acto imaculado que deve ser destituído de sensualidade.

Possivelmente o insucesso na amamentação por parte de Sandra leva-a a acreditar que **A mãe que amamenta tem sorte**

(...) que bom e que sorte (risos). Principalmente que sorte! (...) Sorte... porque eu tentei e não consegui. (Sandra)

Será o AM também uma questão de sorte? Encontramos na literatura mães que assim o entendem. Hausman (2003:113-114) reconhece que existem autores que passam a mensagem de que amamentar com sucesso é para mães que têm sorte com o processo e com o filho.

Uma participante apresenta a sua crença de que **A ansiedade contribui para o insucesso do AM**

Eu também entrei foi, se calhar, num bocado de ansiedade. O primeiro filho! Ansiedade de tudo. Quer dizer é tudo diferente, é tudo novo. A gente quer conseguir e depois parece que aquilo não chega. A perfeição que se quer. Se calhar a ansiedade, a ansiedade! A ansiedade também ali não ajudou muito. (...) Interfere! Decididamente interfere. (...) Secou por si, praticamente. E acho que daí também eu digo que estava um bocado ansiosa. (Sandra)

Na sua tese de doutoramento Silva (1997:175) deparou-se com a crença de que o estado emocional pode levar ao desaparecimento do leite. A CPAM (2007:25) reconhece que a inquietação e o stress podem inibir o reflexo de expulsão do leite impedindo a sua saída.

Maria acredita que **Amamentar é sexualmente repugnante**, sendo a causa de não o ter feito.

E era isso que me fazia uma repugnância quando ela estava-me a chuchar. E não me sentia ali à-vontade de dar o peito. Eu sentia-me anormal. (...) Sim, sentir aquilo a dar de mamar como se fosse a ter relações! (...) Uma coisa muito confusa para mim. (Maria)

A repugnância face ao AM é documentada por Silva (1997:18) levando a que nos séculos XVII e XVIII as mães se recusassem a fazê-lo e recorressem a amas de leite. A mesma autora (p.190-191) encontrou mães que, não expressando a sua vertente sexual, declaram, contudo, que a boca da criança a mamar lhes era desagradável e que não gostavam que ela lhes tocasse na mama. Yalom explica que o erotismo da mama ensombra o seu significado biológico e maternal de modo que a “ordem de amamentar e a ordem de titilar constituem rivais que continuam a moldar o destino das mulheres” (p. 11). A mesma autora (p. 79; 271) reconhece que só recentemente as mulheres são capazes de falar dessas sensações pois chegou a ser considerado horrível que uma mãe o admitisse. Hausman (2003:80-84) de acordo com Contratto constata que a repugnância pela erotização do AM se liga à crença de que as boas mães não têm desejos sexuais. Argumenta, porém, que a sexualidade materna é normal se bem que haja um grande esforço para entender a mãe como assexual e separar a maternidade da sexualidade o que nos parece impossível; afinal tudo começou com um acto que por mais belo que seja é biologicamente sexual!

Também Steiner (2005:100-108) explica que se confunde o papel das mamas na sua dimensão erótica e biológica e, que por serem órgãos sexuais, a situação se complica. De acordo com Eszerik, professor de antropologia da York University em Toronto, a autora constata que o papel sexual atribuído à mama é característico da cultura ocidental e leva à

existência de tabus e à dificuldade das mães interpretarem a sua relação com a criança como sendo tanto nutritiva como sexual. Onde acaba uma e começa outra depende de como a mulher encara o mundo, o seu corpo e a sua própria pessoa. Os problemas surgem essencialmente quando a mulher está menos à-vontade com o seu corpo, especificamente, com as mamas e com a sua sexualidade. Há as que se sentem sensuais com o AM, as que se sentem bem com a excitação sexual ou as que têm diminuição da libido. Depende de cada uma. Seja como for, a autora enfatiza que não é fácil conjugar o papel de mãe e o de parceira de sexual porque as mulheres são ensinadas desde a mais tenra idade que uma mãe desiste de tudo pelo seu novo papel. Em resumo, o papel de mulher-mãe e mulher sexual confunde as pessoas.

Como já apresentámos, Fátima é manifestamente não aderente ao AM. Uma das suas crenças é que **Amamentar é um acto animal**.

[Amamentar] Parecia-me algo estranho, até animal, sei lá! (...) Sim, fazia-me lembrar os meus gatinhos a mamar na mãe. (Fátima)

Amamentar é efectivamente um acto animal. Nesta participante parece-nos interessante a sua oposição franca ao AM ao mesmo tempo que compara com “gatinhos”, em que o sufixo de diminuição traduz geralmente carinho e, por outro lado, uma vez que possui gatos, questionámo-nos o que esta comparação poderia significar. Assim, na entrevista de validação questionámo-la precisamente sobre o assunto, tendo-nos respondido com um franco sorriso que acha bonito nos gatinhos mas que os seres humanos, enquanto mais evoluídos, não têm de passar por isso. Na nossa perspectiva o que eventualmente está aqui em causa não é o facto do AM ser um acto animal, porque o é, mas a forma como a pessoa se entende no reino animal.

No trabalho de Silva (1997:191) a que já nos temos vindo a referir, a autora encontrou mães que se sentiam depreciativamente como vacas leiteiras. De modo semelhante, Hausman (2003:130) reconhece que a comparação das mulheres a animais pode não ser favorável e levar a que se recusem a amamentar. Mas aqui também se trata de uma postura individual. Behrmann (2005:10; 35-36; 72) relata o caso de uma mãe que horrorizada se recusava terminantemente a amamentar por achar que era um acto animal enquanto outra achava lindo e ainda outra que sempre se sentiu a praticar um acto animal desagradável enquanto amamentou, acabando por desistir após três meses.

Outra crença é que **Amamentar é um acto primitivo**

Sim, a ciência está desenvolvida, a humanidade está a evoluir e não me parece que haja necessidade de sermos tão primitivos. Sinceramente acho que a humanidade está a evoluir não a involuir. (...) Reconheço que possa ser natural e tudo isso mas não me parece civilizado (...) é um acto tão primitivo que não me parece que seja coerente com a civilização actual. (...) Não gosto de sentir que estou a praticar um acto animal e posso dar muito à minha filha sem passar por isso. (...) é mais prática, mais civilizada, mais coerente com uma família moderna em que todos partilham as suas funções e actividades. (Fátima)

Como verificamos na história da amamentação, também é um acto primitivo. Como o são muitos outros ligados à satisfação das necessidades humanas mais básicas. Kitzinger (1995:297) explica que algumas mulheres que se consideram civilizadas acham o AM um acto primitivo e animal. Hausman (2003:128-129) defende que o AM continua a ser tão importante agora como o era no limiar dos tempos porque simplesmente possuímos um corpo como os nossos antepassados. Porém, reconhece que esta associação pode levar à não amamentação e ter um efeito contraproducente.

Maldonado (2005a:105) reconhece que o AM é considerado por muitas pessoas como desnecessário, ultrapassado e primitivo. Mas este primitivo não tem necessariamente uma conotação negativa como verificamos em casos relatados por Behrmann (2005:73; 108-109): uma mãe sentia-se a fazer um acto primitivo, tal como as mulheres das cavernas mas isso fazia-se sentir em comunhão com natureza; outra mãe, vivendo também o que entendeu como acto muito primitivo, considerou-o o melhor que fizera na vida pois sentia-se muito feminina e aprendeu a ter mais respeito pelo seu corpo.

Quanto à evolução introduzida com o leite artificial, a CPAM (2007:17) comenta em tom irónico que o progresso e a evolução desnaturaram o processo natural de amamentar fazendo com que as mães acreditem que o leite artificial é tão bom como o materno e chegando ao ponto de já não saberem amamentar, com perda desta função natural e da sua aprendizagem.

Ainda a mesma participante crê que **O AM é uma moda**

Toda aponta para o leite materno ser melhor. Mas sabe, acho que também é uma questão de moda. Se olharmos para a história vemos isso. O que é bom hoje já não é amanhã e por aí fora. (...) Acho que é mais um movimento ideológico do que prático como o vegetarianismo, a macrobiótica ou a massagem chinesa. Modas! (Fátima)

Yalom (2000:14) afirma que após a diminuição da prática do AM, nos últimos vinte e cinco anos a amamentação voltou a estar em moda e Galvão (2005:4) explica que após a II Guerra

Mundial se assistiu ao regresso da moda de amamentar sob a influência de psicanalistas norte-americanas, mesmo atendendo a que houve nova diminuição nos anos 1960 e 1970.

Crenças de âmbito físico da mãe

Este tema engloba as crenças que se referem aos efeitos da amamentação no corpo da mãe.

Confrontando as crenças que surgiram com a classificação de Diniz (2004), à semelhança do que fizemos no tema previamente apresentado, verificamos que no que concerne às suas características e funções há: Descritivas ou “existenciais” (ex. O frio provoca mastite na mãe que amamenta; nos primeiros dias há pouco leite); “Avaliativas” (ex. Há condições físicas favoráveis à amamentação; Há condições físicas desfavoráveis à amamentação); Prescritivas (ex. Amamentar altera a estética do corpo); Globais ou unitárias (ex. Há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar). Quanto aos tipos de crenças que traduzem a orientação cognitiva da pessoa no mundo consideramos que existem: Crenças gerais (ex. Amamentar magoa; Nos primeiros dias há pouco leite); Crenças acerca de normas ou regras (ex. A alimentação das mães que amamenta é mais saudável). A maioria das crenças deste tema é do tipo “gerais”. Não existem “crenças acerca de si próprio” nem “crenças acerca de objectivos”, cujos referentes são a própria pessoa. Compreendemos então, que no que se refere a “Crenças de âmbito físico da mãe”, as participantes incidem num referente que não é a própria pessoa, o que parece indiciar que se colocam para além ou fora do que acreditam sobre a influência do AM no seu corpo. Reflectirá isto que, enquanto traduzem crenças que lhes são veiculadas, quando incidem em si mesmas, não têm tanta certeza?

Para sete das onze participantes, Sara, Mariana, Ivone, Beatriz, Joana, Sandra e Ana Teresa **A alimentação da mãe que amamenta é mais saudável**. Esta crença é expressa de modo genérico por Sara.

[Alimentação] É quanto é saudável. Num ponto é melhor para a nossa saúde.
(Sara)

enquanto para Beatriz, Joana e Sandra os cuidados com a alimentação da mãe que amamenta devem começar ainda na gravidez

Durante a gravidez o que é que é preciso? Ah, uma alimentação saudável, ter uma gravidez saudável (...) [depois do bebé nascer] A mesma coisa! Tem que se continuar com a boa alimentação, se estiver a dar peito então!... (Joana)

A alimentação. Já desde grávida a alimentação é mais regrada. (...) Se calhar diminuía na cafeína. Mas isso também lá está, também na gravidez. (Sandra)

Ivone considera que há uma relação entre a alimentação da mãe e a qualidade do leite quando diz

(...) é preciso a gente se alimentar muito bem (...) pois acho que tem que se alimentar bem, se a gente não se alimentar bem a gente não tem leite e... isso é o que eu acho. (Ivone)

acontecendo o mesmo com Beatriz

Sim, sim! (...) Comer bem é bom e importante. Deve-se considerar o leite talvez mais forte! (...) Também se a mulher não comer bem, se a mãe não comer bem o leite não é assim tão forte para a criança. Está a perceber? (...) quando chega a altura de ter o leite, praticamente se uma pessoa não se alimentou durante a gravidez eu acho que dificilmente tem leite para dar ao filho. (Beatriz)

Surtem também alimentos aconselhados e proibidos:

Uma pessoa tem que ter muito mais cuidado com a alimentação também quando está a dar peito. Há várias coisas que não pode comer (...) Por exemplo, não pode comer laranja, não pode comer repolho. (...) tem que se beber muitos líquidos para ter sempre leite, comer muita fruta, essas coisas assim! (...) Se a mãe fizer uma alimentação equilibrada, com tudo. (Mariana)

O que ela deve comer, deve ir mais para a base dos legumes que é ferro. A fruta também é uma coisa que é importante. Como dizem, a laranja tem vitamina C. o leite também é muito importante. Evitar certas gorduras que isso também não é muito aconselhável. (Beatriz)

Silva (1997:175) explica que as mães acreditam que para produzirem leite devem ter uma boa alimentação, o que encontrou igualmente no seu estudo. Porém, não há alimentos especificamente proibidos. Assim o demonstram Cleveland e McCrone (2005:118) bem como a CPAM (2007:38-39). Hausman (2003:111) defende que as mães foram levadas a acreditar que deveriam ter uma dieta mais rígida como forma de manterem a pureza dos seus corpos.

Mariana, Beatriz e Ana Teresa vão mais além acreditando que **Há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar**, a qual, na sua perspectiva deve começar ainda na gravidez.

(...) quando chega a altura de ter o leite, praticamente se uma pessoa não se alimentou durante a gravidez eu acho que dificilmente tem leite para dar ao filho. (...) Se tem é pouco ou nada porque a alimentação também é muito importante durante uma gravidez. (Mariana)

Se as pessoas podem; há pessoas que não podem fazer, um tipo de alimentação assim muito boa, não é? Há pessoas que não têm essas condições. (...) Se tem é pouco ou nada porque a alimentação também é muito importante durante uma gravidez. (Beatriz)

[Ana Teresa acredita que para ter leite é preciso beber líquidos e precisa se alimentar bem?] Eu penso que sim! Eu penso que se a grávida não se alimentar bem não deve ter leite. (Ana Teresa)

Powers (2004:280) explica que vários estudos não demonstram a existência de relação entre a ingestão reduzida de calorias ou de líquidos pela mãe e a quantidade de leite que produz. A má nutrição materna, de acordo com o Institute of Medicine (1991) referido pela autora, leva a baixo peso ao nascer e as crianças mais pequenas estimulam menos a produção de leite. Riordan (2004:722) corrobora da mesma opinião e acrescenta que apenas o leite de uma mulher gravemente mal nutrida terá alterações dos seus nutrientes e quantidade. Porém, Galvão (2005:54) apoiada em dados da OMS (1994) demonstra que, no que se refere a hidratos de carbono, proteínas e lípidos a alimentação da mãe não tem influência mas quanto a vitaminas e minerais há uma influência directa do estado nutricional materno.

Para Beatriz, Joana, Lina e Ana Teresa **Há condições físicas desfavoráveis à amamentação** como seja por não ter leite

[“Se as mães tiverem leite”. A Beatriz acha que há mães que não têm leite?] Eu acredito que algumas sim. (Beatriz)

(...) a pessoa é que se pode dar pode, se não dá não dá. (...) Que é muito importante mas se a gente puder dar, mas se não puder... não se pode fazer nada. (...) [Quando diz puder é no sentido de...] Ter! O poder é ter. Exactamente é mais por aí. Porque há casos que não pode mesmo! Há esses casos. (Joana)

É a natureza de cada pessoa. Umas dão e outras não, umas produzem leite e outras não. E devo ter pegado da parte da minha mãe [o não ter leite]. (Ana Teresa)
em que para esta participante possivelmente acontece por factor hereditário. No seu caso, como nos diz, pode ser ainda por uma condição intrínseca a “não ter líquidos”

Não tinha. Porque foi assim, os meus partos foram partos secos. (...) O interior seco, está a perceber? E eu não tinha as coisas suficientes, diz o médico, foi de consulta médica que, pronto, eu tinha falta daqueles líquidos para gerar o bebé (...) Eu não tinha líquido dentro de mim, também não tive leite! (...) [não sei se era] de ter o parto seco. (...) mas acho que era da pessoa, eu acho que era seca de mim. (Ana Teresa)

Esta crença leva-nos a ponderar na compreensão que as mulheres têm do corpo já que a participante atribui ter tido pouco leite a ter pouco líquido amniótico (desconhecemos se por oligoâmnios ou por ruptura prematura das membranas, uma vez que se refere a “ter poucos líquidos para gerar o bebé” mas também a “partos secos” em que esta última expressão é usada de modo popular para os casos de ruptura prematura de membranas) como se houvesse uma relação directa entre os dois fenómenos. A forma como as pessoas entendem o seu corpo relaciona-se com as crenças quanto ao seu tamanho, forma, estrutura e modos de funcionamento. Assim o afirma Duarte (2002:68) para quem estes conceitos são influenciados pelo espaço cultural da pessoa incluindo as suas experiências anteriores e a comparação com outras pessoas.

Encontrámos este tipo de crenças em alguns autores. Por exemplo Silva (1997:176) verificou que há mulheres que consideram não ter condições de alimentação, repouso, sono ou saúde para amamentarem. Por seu lado Blum (1999:70) aponta crenças frequentes como ter leite insuficiente e mamilos invertidos conducentes ao insucesso do AM.

Parece haver uma ligação entre a atribuição de sentido que a mãe faz ao leite e ao seu próprio corpo para o produzir e a adequação de ser mãe. Segundo Maldonado (2005a:110-111) estas vivências correspondem à auto-imagem onde está subjacente o medo de ser uma mãe inadequada ou de não conseguir cuidar bem do seu filho.

Lina e Ana Teresa também acreditam que **Há condições físicas favoráveis à amamentação**, o mesmo acontecendo com Catarina e Mariana.

No caso de Catarina e Ana Teresa as condições não são específicas:

Só se houvesse algum problema é que não ía [amamentar]. (Catarina)

Essas senhoras que fazem isso devem ser umas grandes senhoras de ter bastante leite, para fazer um trabalho desses. (Ana Teresa)

Para Mariana e Lina relacionam-se com a anatomia das mamas.

E eu por acaso tive [leite], ele pegava bem no peito, que eu tenho um mamilo grande e o bebé adaptou-se bem e eu tive muito leite. (Mariana)

E por acaso ela está com esses correntes de leite e eu disse a ela “Com os peitos que tu tens”, eu ficava assim (passa as mãos sobre as mamas em gesto de não ter nada), igual. “Os peitos que tu tens, dá”. (...) [A Lina acha que uma mulher se tiver peito maior, melhor?] Porque eu acho mesmo. Ela mesmo diz que sai. Então eu digo “aproveita, tu vais ter bastante”. (Lina)

A relação entre o tamanho e o formato das mamas ou a proeminência do mamilo e o sucesso da amamentação vem de longa data. Yalom (2000:227) descreve que no século XVI se defendia que as mamas adequadas para amamentar deviam ser grandes, firmes e de consistência moderada pois tais condições faziam com que o leite fluísse mais facilmente. Porém, muitos autores, entre os quais Riordan (2004:101) explicam que o tamanho das mamas não interfere na produção de leite.

Ainda relacionado com estas duas últimas crenças Lina denota a crença de que **Há condições anatómicas que facilitam ou dificultam a amamentação** pois amamentar e ter leite tem a ver com o organismo de cada mulher.

(...) porque há cesarianas e cesarianas, pronto e eu não sei e há pessoas e pessoas (...) em relação a isso eu acho que é do organismo da pessoa ou mesmo de dentro da pessoa. (Lina)

Factores anatómicos que estão relacionados com a capacidade de amamentar ou não são documentadas por Steiner (2005:19) que teve oportunidade de entrevistar mães que acreditavam possuir condições biológicas adequadas ao AM como mamilos proeminentes, não ter feito cirurgia e ter pele escura enquanto a pele clara, o cabelo ruivo e os mamilos macerados dificultavam

Catarina, Mariana e Lina detêm a crença de que **Amamentar magoa**

Por acaso eu achava que o peito era normal, como estava a chupar e tudo. (...) magoe um bocadinho do peito. (Mariana)

E depois já estava com dores nos meus peitos. (Lina)

Hausman (2003:58), Riordan (2004:260) e Steiner (2005:15) explicam que a dor se deve geralmente à má pega, ingurgitamento mamário e fissuras nos mamilos mas que com melhor posicionamento e adaptação da criança à mama a situação melhora. As autoras reconhecem que estas situações são desencorajadoras e provocam desapontamento à mãe.

Em contrapartida para Ana Teresa **Amamentar não magoa.**

Não, eu não acho que doía. Senão eu acho que mãe nenhuma queria dar leite. Eu acho que deve ser uma cisma da pessoa, tipo mais psicológico. (...) Porque senão, nenhuma mãe queria fazer isso. (Ana Teresa)

Perante esta crença de uma mãe que experimentou amamentar recordamos que o limiar de sensibilidade à dor é diferente de pessoa para pessoa e como Loux (1983:83) explica, a resistência à dor é considerada uma virtude.

Amamentar altera a estética do corpo é uma crença que encontramos expressa por duas mães:

Pronto, a estética não me importa muito, sinceramente. Se ficasse mais descaído [o peito], se ficasse melhor do que era antes, não me interessava (sorri). (...) Mas com a estética não em importa muito. (Catarina)

[como a mãe] poder chegar aos 50 anos com um corpo espectacular que para nós também é importante. (...) a mudança do seu corpo que pode nunca mais recuperar. (Fátima)

Enquanto para Catarina e, segundo as suas palavras, os factores estéticos, nomeadamente as mamas ficarem mais flácidas, não lhe interessem nem a preocupem, Fátima defende que ao não amamentar pode manter o corpo jovem pois acredita que a amamentação altera para sempre o corpo da mãe.

A estética é importante para as pessoas. Duarte (2002:92-93) refere-se à alimentação cuidada e ao exercício físico por motivos estéticos e para evitar a velhice a qual é “(...) analisada como algo a evitar, algo que se teme, porque o corpo, com as modificações próprias do envelhecimento, toma formas socialmente inaceitáveis” (p. 93). Se atendermos ao que Ribeiro (2005:43) afirma no sentido da aparência da pessoa, ou seja, o seu corpo social ser a fachada que aparece primeiro, compreendemos que a boa aparência é importante. Por outro lado, Cash e Pruzinsky (1990:82-83; 94-95) constataam que as mamas firmes e redondas são geralmente consideradas atractivas e culturalmente as mulheres têm o dever de cuidar de si, o que se evidencia nos estatutos socioeconómicos mais elevados. Yalom (2000:77) explica que na época renascentista as mães das esferas sociais superiores não amamentavam para não estragarem as mamas. A tese de doutoramento de Silva (1997:144) descreve mães que acreditam que amamentar interfere com a estética, neste caso, provocando flacidez mamária e aumento do tamanho dos mamilos. Por seu lado Galvão (2005:24) constata que o receio de perder a beleza das mamas é um dos factores de ausência de amamentação. Cleveland e McCrone (2005:118) verificaram que a mãe sentir-se atraente durante a amamentação é um factor relevante para a eficácia de enfrentar os desafios que surjam. Steiner (2005:XVI-XVII; 56; 108-112) reconhece a existência de mães que acreditam que amamentar provoca flacidez mamária e de outras para quem as mesmas nunca mais foram as mesmas: mulheres com mamas pequenas quase ficaram sem elas; uma

mãe que no segundo filho ficou as mamas estriadas e muito flácidas; mamas que ficaram maiores e outras mais pequenas. Encontrou igualmente mães que passaram a gostar mais das suas mamas, as que têm orgulho nelas e as que as acham muito mais bonitas por terem amamentado.

Para Catarina **Amamentar provoca emagrecimento da mãe**, o que aconteceu consigo.

Pronto, mas depois comecei a emagrecer muito. (Catarina)

Na investigação de Silva (1997:175-176) há indicações de mães que referem não poder amamentar por repercussões na sua saúde física, nomeadamente enfraquecendo-a. Bronner e Auerbach (2004:444) afirmam que uma rápida perda de peso por parte da mãe durante a amamentação pode indicar uma ingestão inadequada de calorias enquanto Steiner (2005:12-13) e Morin (2008:127) confirmam que amamentar gasta algumas centenas de calorias por dia o que para algumas mulheres é factor de satisfação.

Um caso parecido com o de Catarina é relatado por Behrmann (2005:71) sobre uma puérpera a quem a mãe aconselhava a parar de amamentar porque estava muito magra.

A mesma participante expõe a crença de que **As abdominalgias ao amamentar são devido a um problema**

Mas essa [dor] por aqui abaixo não conseguia perceber o que era. Cheguei a pensar que tivesse algum problema. Mas nunca cheguei a perceber porque era. (Catarina)

Ou seja, enquanto para Catarina a dor na mama/mamilo ao amamentar era natural, o mesmo não acontecia com as dores uterinas. Subjacente a isto parece-nos estar o desconhecimento da fisiologia da amamentação e da sua relação com e a involução uterina.

O frio provoca mastite na mãe que amamenta é uma crença evidenciada por Ivone,

[quem amamenta] não pode sair de casa para não apanhar um rebate. (Ivone)

o que a leva a considerar que quem amamenta não deve sair de casa para não apanhar frio.

As questões de “quente” e de “frio” são apontadas por Riordan (2004:722) como fazendo parte de crenças culturais relacionadas com os cuidados à mãe e à criança após o parto.

A mastite é uma infecção benigna e auto-limitada com poucas consequências para a criança. De acordo com Riordan (2004:250) os seus factores de risco estão devidamente documentados pela evidência: stress e fadiga (Fetherston, 1998; Riordan e Nichols, 1990); mamilos fissurados e dor nos mamilos (Fetherston, 1998; Foxman, Schwartz e Looman,

1994; Vogel et al, 1999); ingurgitamento e estase (Vogel et al, 1999; Fetherson, 2001). Fetherson (1998) verificou também que traumatismos ou constrição da mama por soutien apertado ou por posição de dormir podem ser outros factores e Foxman et al (2002) consideraram ainda o uso da bomba manual, má nutrição e exercícios vigorosos com os braços e o tórax.

Por outro lado e tendo em conta que esta participante apresenta uma oposição ao AM, compreendemos que a associação entre esta crença e a de não poder sair de casa pode ser desencorajador.

Sara detém a crença que se baseia em factos reais e facilmente constatáveis por qualquer mãe de que **Nos primeiros dias há pouco leite**, o que entende como normal.

(...) mas no primeiro dia e no segundo dia acho que é normal não ter muito leite. (...) Já se sabe que nos primeiros dias é assim. Depois quando ela se habituar...” E depois já se sabe o peito também corre pouco! (Sara)

Lina foi submetida a cesariana e crê que **As mães submetidas a cesariana têm problemas com o AM**

(...) pronto, a gente também tem que ter as posições, eu tive muitas dores, não conseguia pegar no bebé, também essas coisas. A gente também tem que poder. Eu não podia estar sempre sentada. Fiz cesariana. E foram partos muito complicados. [Tinha dor] de posição derivada à cesariana. (...) Era a tal coisa, não sei se era derivado às cesarianas. (Lina)

Riordan e Hoover (2004:204) explicam que a influência da cesariana no AM tem sido muito estudada e verifica-se que as mães que foram submetidas a esta intervenção apresentam taxas e duração de amamentação semelhantes aos das mães com parto vaginal. Contudo, como foi documentado por muitos autores como Chen et al (1998), Dewey et al (2003) e Evans et al (2003) a cesariana está associada ao atraso da lactogénese e, em consequência, ao início da amamentação. Para os autores supra referidos a cesariana afecta o AM principalmente porque atrasa o seu início e os prestadores de cuidados devem tranquilizar as mães de que não constitui uma ameaça à amamentação. Riordan e Hoover (2004:204-205) explicam que o leite surge um pouco mais tarde do que no parto vaginal.

A necessidade de encontrar uma posição confortável é muito evidente nestas mães e, tal como defendem Riordan (2004:9-12) e Steiner (2005:94-95), cabe aos profissionais de saúde a indispensável ajuda.

Sublinhamos que a mãe submetida a cesariana pode começar a amamentar a partir do momento em que está desperta, mesmo quando lhe foi administrada anestesia geral. Por outro lado, as novas técnicas de anestesia logo-regional possibilitam uma cesariana com a

mãe consciente e capaz de amamentar e de interagir com a criança desde o primeiro momento de vida.

Todo este contexto confirma-nos que é essencial conhecer o sistema de crenças de cada mulher sobre o seu corpo de modo que possa, com ajuda dos enfermeiros e outros profissionais de saúde encontrar alternativas que respeitem a sua forma de estar no mundo, eliminando, se possível, as crenças que não têm fundamento ou que são perniciosas e facilitando a prática de amamentação. Também cabe aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular encontrar com a mãe formas de diminuir desconfortos e de potenciar as suas capacidades físicas.

Crenças relacionadas com o bebé

A este tema foram atribuídas as crenças relacionadas com a criança face ao AM e que, de acordo com a classificação de Diniz (2004) englobam as seguintes características e funções: “Avaliativas” (ex. Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos); Prescritivas (ex. As filhas nunca quiseram amamentar); Globais ou unitárias (ex. Bebê não sabe mamar; Bebê deixou de gostar de leite materno depois de experimentar o artificial). Quanto ao tipo de crenças entendemos que existem: Crenças gerais (ex. Bebê não sabe mamar); Crenças acerca de normas ou regras (ex. Amamentar também depende da criança); Crenças acerca de objectivos (ex. Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos). Uma vez que este tema tem como alvo crenças que incidem num referente que efectivamente não é a própria pessoa, não estranhamos a inexistência de crenças sobre si próprio se bem que exista uma crença num tipo cujo referente é a própria pessoa, “crenças acerca de objectivos”, pois a mãe ao acreditar que se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos está a manifestar um significado que reflecte uma relação desejada, no sentido de o AM levar à ausência de alergia.

Sara acredita que o **Bebé não sabe mamar**

Porque é assim... já se sabe que a bebé é pequenina... E depois, ela ainda não tinha aquela noção de onde é que estava o peito para beber e ela punha-se assim (faz gestos como um RN à procura da mama) a procurar. (Sara)

Uma criança saudável é capaz de mamar assim que nasce. No processo de *self-attachment* demonstrado no estudo de Righard (1990), cujo filme conhecemos, referido por Behrmann

(2005:24) a criança nascida por um parto não medicalizado, e se não se lhe tocar, dentro de 50 minutos depois de colocada directamente no abdómen da mãe consegue trepar sozinha para a mama, encontrar o mamilo e pegar sem qualquer ajuda. Consideramos que esta informação deve ser dada à mãe possibilitando-lhes a visualização do filme com esta experiência pois é uma forma muito sensível e enternecedora de demonstrar as competências do bebé e as potencialidades do AM na vinculação.

As filhas nunca quiseram mamar de acordo com as palavras de Maria

E a Sílvia [filha mais velha] também não foi muito de mamar. Nem a Sara [filha mais nova]. Essa então nunca quis. (...) Era pegar no bebé e ter que dar o peito e ela não chupava na mama direita. (...) E ela foi uma bebé difícil de pegar no peito. (...) E a Sílvia não queria. (Maria)

Maria atribui um papel volitivo ao RN quanto ao modo como deseja ser alimentado. Silva (1997:138) verificou igualmente a existência da crença de que a amamentação depende da aceitação da criança em que “(...) o recém-nascido é tido como não aceitando o peito quando este demonstra dificuldades em apreender o mamilo” (p. 155) ou quando começa a ter um ritmo irregular de sucção.

Sara tentou amamentar mas interrompeu e acredita que o seu **Bebé deixou de gostar do leite materno depois de experimentar o artificial.**

Eu disse “Olá, ela já não gosta do leite do peito.” (...) Eu acho que ela ficou com aquele gosto. Eu disse “Já que ela não quer, ó, não quis!” (Sara)

Silva (1997:156-157) também encontrou mães que entendem que a criança prefere o biberon depois de o experimentar e outras que acreditam que o RN não gosta da mama. A CPAM (2007:28) reconhece que o biberon pode levar à recusa da mama porque o mecanismo de sucção é diferente; no biberon a criança recebe o leite imediatamente enquanto à mama necessita de sugar um ou dois minutos antes de ter leite abundante.

Mariana acredita que **Amamentar também depende da criança**

Acho que depende também da criança. (Mariana)

De novo, Silva (1999:148) constatou que as mães do seu estudo atribuíam ao comportamento do bebé a possibilidade de amamentar pois exerce influência no modo como a mãe constrói o seu significado de amamentar e determina a sua eficácia para o

fazer, sentindo-se mais ou menos segura quanto à capacidade de assegurar a nutrição do filho.

Joana detém a crença de que **Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos**

E depois mais tarde quando soube do problema dela [filha] de alimentação ainda mais pena tive. Porque se calhar aquilo tinha evitado muita coisa. (Joana)

Muitos autores explicam os benefícios do AM quanto aos problemas alérgicos. De acordo com Riordan (2004:116) as alergias são menos frequentes na criança amamentada porque o leite materno facilita a maturação inicial de moléculas antigénicas por parte da barreira intestinal até o corpo da criança ser capaz de desenvolver as suas próprias barreiras naturais.

Crenças sobre a qualidade do leite materno

Considerámos neste tema aquelas crenças que reflectem qualidades atribuídas ao leite materno. O mesmo inclui: Crenças descritivas ou “existenciais” (ex. O leite materno é adequado ao sistema gastrointestinal; O leite materno deve ter cor de leite comum); “Avaliativas” (ex. O leite era bom); Globais ou unitárias (ex. O AM não protege tanto a criança como se diz). Quanto aos tipos de crenças encontramos: Crenças sobre si próprio (ex. Estava esclarecida quanto ao AM); Crenças gerais (ex. O leite materno é o melhor; O colostro é uma substância imprópria); Crenças acerca de normas ou regras (ex. O AM não protege tanto a criança como se diz). Atendendo ao tema, consideramos coerente que a maioria das crenças sejam de tipo geral e não exista os dois tipos em que o referente é a própria pessoa.

Fazendo coro com uma frase muito conhecida Catarina, Sara, Mariana, Beatriz, Lina e Sandra acreditam que **O leite materno é o melhor.**

Eu disse tomei a decisão de dar porque achava que era bom. (Catarina)

O melhor que há é este [AM]. (Sara)

Uma mãe dar o leite (...) porque aquele leite da mãe é o melhor que podemos dar aos nossos filhos. (...) assumir, mãe, que aquilo é o melhor que podemos dar aos nossos filhos. (...) Saudável em todos os sentidos. (Beatriz)

As mães avaliam o leite pela sua composição de proteínas e vitaminas que consideram importantes para o crescimento e desenvolvimento do filho e consideram-no “(...) inigualável, sendo a garantia de boa saúde da criança” (Silva, 1997:134).

Catarina, Sara, Lina, Sandra, Ana Teresa e Maria acreditam que **O leite materno não satisfaz a criança**

Achei que não ficava farto só com o leite materno, comecei a fazer mistura, durante uns dias. (Catarina)

A não satisfação da criança com o leite materno desencadeia diversas manifestações, mais ou menos intensas. Acima verificámos que Catarina considera que o bebé não ficava satisfeito apenas com o leite materno, como veremos a seguir, Sara acredita que a criança tinha fome, fazendo fé no que lhe diziam as visitas e resignou-se por não ter leite adequado.

Pronto, fiquei com aquilo na cabeça. (...) E eu disse: “(...) só que ela coitadinha está sempre com fome (...) Fiquei cismada “Ah porque essa bebé não vai ficar cheia de fome!” O meu leite não prestava, era fraco. E pronto, pus isso na cabeça. (...) Pus isso na cabeça... “Ah, não tens, não tens!” (Sara)

As visitas em casa quando a mãe recente se depara com várias situações a resolver e, muitas vezes, sem qualquer apoio podem, como neste caso, ter uma influência pouco benéfica para o AM.

Já para Lina foi a aparência do leite que a levou a acreditar que não satisfazia a criança

(...) e lá no hospital saía mas não era aquele leite que satisfazia o bebé. (...) só que, pronto, saía mas não era aquele leite que a gente via que podia dar e satisfazer o bebé. (Lina)

Perante isto defendemos que os enfermeiros validem com as mães a sua experiência de amamentação e o que entendem por satisfação da criança a fim de informarem adequadamente. Por outro lado, quanto mais preparadas estiverem, mais facilmente resistem às influências externas como a das visitas de Sara.

Sandra apresenta uma experiência intensa e a leva a acreditar que o seu filho passou fome.

Era um bebé grande, estava sempre com muita fome, eu dei de mamar nos primeiros quatro dias só que nunca era suficiente porque o bebé estava sempre a chorar e depois dava o suplemento e depois tinha que esperar três horas de digestão, mas mesmo assim intercalava com a mama, não era suficiente. Passou muita fome, praticamente. (...) Porque passar fome não vale a pena, não tive um filho para passar fome! (...) Entrei em pânico porque além do cansaço e ver o filho assim. Ninguém gosta de ver um filho a chorar. Ou melhor a sofrer, porque ali já era sofrimento, não era uma birrinha porque tinha fome ou porque tem cocó ou porque tem xixi ou porque está com cólicas. Era mesmo fome. (Sandra)

Maria também acredita que a sua criança nunca se saciava.

Verificamos que no caso destas participantes as suas crenças ligam-se à sua experiência e acabam, em alguns casos como no de Sandra, na interrupção do AM. O leite materno é produzido à medida que a criança mama e se a mãe não sabe isto pode, como Loux (1983:228) explica, considerar que nunca é suficiente e inquietar-se por não saciar a criança.

Por seu lado, Silva (1997:151) deparou-se com mães que, se sentem que o filho está mal alimentado, ficam inseguras pois avaliam a situação da criança e as expectativas que tinham com o AM.

O que chama a atenção de Sandra é a intensidade e a frequência com que a criança mama bem como o choro, levando-a a interpretar tudo como sinais de fome. Hausman (2003:59) confirma que esta crença das mães as levam a desistir de amamentar. Smith e Riordan (2004:234) de acordo com o estudo de Christensson et al (1995) esclarecem que a criança chora para assinalar uma necessidade que, para além de alimentos, pode ser de conforto, calor ou presença da mãe, para além de também poder ser manifestação de dor, doença ou medo.

O AM é adequado ao sistema gastrointestinal é uma crença de Sara, Mariana e Beatriz.

Eu também disse “O pior é que este leite também vai dar mais gases”. Eu tinha a noção do problema que aquilo dá. (Sara)

Acredito que dê menos cólicas. (Mariana)

(...) nem é preciso até por a arrotar que o leite da mãe é completamente diferente da maneira de conservar no estômago e é muito importante, é muito importante. (Beatriz)

Este é um facto comprovado cuja informação é facilmente veiculada quanto ao leite materno provocar menos flatulência e cólicas à criança, sendo também de fácil digestão.

Para Catarina e Sandra **O leite materno deve ter cor de leite comum**

Passou-me pela cabeça deixar logo e já (sorriso). (...) Ele já se via muito amarelo. E eu não sabia porque a princípio era mais branco. Antes dos 15 dias já se via uma cor mais esquisita e achava que o bebé também não estava bem. (...) [Mais amarela! E o que é que achava que isso era?] Não sei, não sei explicar, porque era muito nova e também não tinha informação. (Catarina)

Pensei que era mesmo leite, cor de leite, não é? (...) Pensa-se leite, mama, leite. (...) [Quando pensava em leite pensava em quê?] Leite, branco. Principalmente na cor branca. (Sandra)

Estas duas participantes reconhecem o seu desconhecimento das características do leite materno e, sendo assim, baseiam-se na comparação com o aspecto do leite que conhecem que é o de vaca ou o artificial.

Novamente o aspecto do leite materno provoca crença de que **O colostro é uma substância imprópria.**

Acho que foi não ter leite mesmo. Nunca tive leite, foi só aquela coisa amarela. Que a gente chama “coisa amarela”, que isso não é branco nem amarelo. Foi quando eu conheci o colostro, lá está eu não sabia que era o colostro. Não sabia... que aquilo primeiro era o colostro, pensei que até primeiro aquilo fosse uma porcaria do mamilo ou coisa assim. No fim era colostro (risos). (...) Por isso também... Pois pensava que era porcaria. (Sandra)

Em Loux (1983:145) encontramos a crença do colostro ser maléfico por ser um produto intermédio entre sangue e leite, formado a partir de sangue do cordão umbilical. Também Yalom (2000:221; 228) se refere a Aristóteles acreditar que o colostro era inadequado para a criança e Jones, um médico inglês, afirmava em 1570 que fazia mal à criança.

Riordan (2004:719) reconhece que se em muitas culturas o colostro é aceite e encorajado, em outras é entendido como um leite “velho” que estava nas mamas há meses e que, portanto, não deve ser aproveitado, esperando a mãe pelo leite “verdadeiro”. Simultaneamente em muitos países em desenvolvimento as mães não o dão porque temem que seja veneno. Para a autora, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de explicar e de encorajar a amamentação com colostro. Ainda de acordo com a sua concepção, consideramos esta crença perigosa pois o colostro é extremamente benéfico para a criança e a sua inutilização priva-a das suas vantagens não apenas do ponto de vista nutricional mas também imunológico e digestivo.

Apesar do seu insucesso na amamentação Mariana acredita que **O leite era bom**

O leite era bom, saciava-o bem. (Mariana)

O leite foi considerado bom porque saciava a criança, o que segundo Silva (1997:53) geralmente acontece quando esta dorme bem e de acordo com o intervalo que faz entre as mamadas.

Fátima acredita que **O AM não protege tanto a criança de doenças como se diz**

Reconheço que também é saudável mas quantas crianças são amamentadas e adoecem? (...) Adoecem tanto as crianças amamentadas como as outras. Não é por aí. (Fátima)

Na investigação levada a cabo por Silva (1997:135-137) as mães que já tinham filhos compararam a criança amamentada com a que não o foi e afirmaram que a primeira é mais saudável e tem menos problemas de saúde. Mas também houve mães que acharam que a saúde mais fraca do seu filho tinha a ver com o AM.

Riordan (2004:115) apresenta estudos de Bauchner, Levantahal e Shapiro (1986) e Levanthal et al (1986) que, contra a defesa global de que o leite materno protege a saúde, levam a entender que a investigação sobre esta protecção carece de controlo de outras variáveis como baixo peso à nascença, tabagismo dos pais, saneamento e características socioeconómicas. Um estudo de Fuchs, Victor e Martines (1996) questionou a protecção a longo prazo contra a diarreia pois verificaram que as crianças que tinham deixado de ser amamentadas nos dois meses anteriores eram mais vulneráveis a este distúrbio.

Mas estudos com resultados inversos são muitos. O de MacArthur et al (2008:598) constituiu a principal novidade ao explicarem que as vantagens do AM vão além dos seis meses de vida protegendo a criança de leucemia na infância.

Crenças sobre o processo de amamentação

Estabelecemos neste tema as crenças que se relacionam com o processo de amamentação. Incluem, quanto às suas características e funções: Descritivas ou “existenciais” (ex. Horário rígida da mamada); “Avaliativas” (ex. Amamentar dá muito trabalho); Prescritivas (ex. Mais segurança na quantidade ingerida pelo biberon); Globais ou unitárias (ex. Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses). Já quanto ao tipo de crenças deparamo-nos com: Crenças sobre si próprio (ex. Maior segurança na quantidade ingerida pelo biberon); Crenças gerais (ex. Amamentar dá muito trabalho); Crenças acerca de normas ou regras (ex. Há alimentos que ajudam a produzir leite); Crenças acerca de objectivos (ex. Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses). Para nós é interessante que este tema, possuindo menos crenças, abrange todo o leque classificativo de Diniz (2004).

O **Horário rígido da mamada** foi uma crença manifestada por Catarina e Sara.

(...) que era 15 minutos [duração mamada] (Catarina)

Era 20 minutos num lado, 20 minutos no outro. (Sara)

De acordo com a nossa experiência pessoal de amamentação e profissional na prestação de cuidados de enfermagem e na orientação de estudantes em obstetrícia, a técnica da mamada é transmitida pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, de forma mais ou menos rígida em que, muitas vezes, é a própria experiência da mãe que acaba por lhe ensinar que tal não só não funciona como é inadequado. Por outro lado a evidência mostra como no caso de Silva (1997:152) que a mãe se adapta facilmente aos horários estabelecidos pelos profissionais de saúde e depois reproduzem as orientações e práticas de quando estavam internadas o que lhes pode gerar insegurança quando notam que o horário da criança não coincide com o seu.

González (1999:73; 115) declara que a amamentação com horário é um mito com razões vagas na disciplina ou na digestão mas como a criança mama de acordo com as suas necessidades, quando se estabelece um horário rígido, raramente resulta e o resultado é tanto pior quanto mais rígida for esta imposição. Efectivamente a criança necessita de mamar de modo irregular porque só assim consegue uma nutrição equilibrada permitindo alterar a composição do leite consoante as suas necessidades. Porém, como a humanidade tem necessidade de regras estabelecidas e, à semelhança do leite artificial, impôs-se um horário rígido de intervalo e duração das mamadas. Para além disto, Behrmann (2005:37-38) também explica que o horário rígido se baseia no modelo do aleitamento artificial e que conduz a dificuldades em cadeia, nomeadamente leite materno insuficiente pois as mamadas mais curtas levam o bebé a mamar menos e, em consequência, as mamas produzem menos leite, o que leva a mãe a pensar que tem pouco leite e a fornecer suplemento. Forma-se e repete-se um ciclo que a autora designa por “síndrome de leite insuficiente”. Relativamente a este assunto Maldonado (2005b:113-114) entende ser um dos mitos comuns e responsáveis pelo insucesso do AM porque a mãe, não compreendendo que a criança não estabelece um horário rígido, pensa que não tem leite suficiente ou que o tem fraco. Pelas consequências que este horário rígido comporta consideramos que a crença também é perigosa.

Em vez de rigidez no horário e técnica da mamada, Riordan e Hoover (2004:210-211) apontam as seguintes orientações a serem dadas: amamentar a criança frequentemente; manter a criança na mesma mama até ela ter terminado esse lado; evitar olhar para o relógio pois é a criança que dá as melhores pistas de saciedade; evitar o uso de mamilos artificiais, chuchas, suplemento de leite artificial e água nas primeiras duas a quatro semanas de vida; e reconhecer indícios de a criança ter mamado o suficiente como o som da deglutição e despertar para mamar pelo menos oito vezes por dia.

Mais segurança na quantidade ingerida pelo biberon é uma crença detida por duas participantes

Assim no biberon a gente vê o que ela bebe e pronto. (Sara)

(...)eu, em mim, nunca sabia quando estava satisfeito, o que bebia, o que não bebia (...) E ela depois tirava e eu não sabia se a bebé estava satisfeita se não estava. (...) Porque ela mamava era aos bocadinhos e no biberon eu sabia aquilo que ela tomava. (...) E era isso que para mim era muito mais fácil. Eu sabia “Ela toma aquilo ou se for preciso mais um bocadinho, toma.” Enquanto o peito ela nunca estava satisfeita. Era um bocadinho agora mais um bocadinho depois. Por isso é que eu deixei de dar o peito. (...) Era isso que me fazia confusão. (...) Eu disse “Mas eu prefiro ter esse trabalho todo e eu sinto-me bem em dar o biberon e eu sei que a bebé fica satisfeita e tudo!” (Maria)

em que ambos os casos têm a ver com a capacidade de no biberon ser possível ver a quantidade de leite ingerida. Steiner (2005:10) apresenta casos em que as mães sentiam necessidade de dar biberon para monitorizarem o que a criança bebia e considera que, muitas vezes, esta crença é infundida por quem rodeia a mãe. A CPAM (2007:57) explica que o melhor modo de verificar se a criança tomou leite suficiente é avaliar a sua eliminação intestinal e vesical em que esta é adequada se for de seis a oito micções diárias.

Sara acreditava que seria **Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses**

(...) eu sempre dizia que ia dar peito. Eu disse “Olha eu vou dar enquanto tiver. Vou ficar em casa os quatro meses. Depois então vou dar.” (...) Foi assim, eu estava decidida que ia dar peito. (...) Graças a Deus eu tinha leite de fartura. (Sara)

A sua intenção era amamentar durante a licença de maternidade. A OMS aconselha o AM durante, pelo menos, seis meses. Os quatro meses referidos por Sara têm como ponto de referência a duração da referida licença.

É importante que os enfermeiros informem sobre a dispensa para amamentação incluída na lei de protecção à maternidade e paternidade (Decreto Lei nº 70/2000, de 4 de Maio) e a conservação do leite em casa para dar à criança enquanto a mãe está a trabalhar, de preferência não utilizando o biberon.

Esta mãe também acredita que **Amamentar dá muito trabalho**

Depois eu disse “Ó Sara, é muito trabalho! (Sara)

o que se baseou na sua experiência pessoal. Recordamos a história da enfermeira de obstetrícia que ao amamentar o primeiro filho constatou que o AM não é tão simples como pensava e referia. E esta história pode ser também a de muitas outras mães.

Steiner (2005:6-7) explica de acordo com Adeboye, uma enfermeira que também é conselheira de amamentação, que as mães que acreditam que amamentar é fácil são as mais propensas a desistir questionando onde está todo o prazer que era suposto sentirem, pelo que defende que as mulheres saibam que o AM não é fácil mas que chegarão a um pouco em que o será, além de todas as vantagens que possui.

Perante o seu insucesso de amamentar Ana Teresa manifesta a crença de que **Há alimentos que ajudam a produzir leite** afirmando que um dia que volte a engravidar os experimentará mesmo que não sejam do seu agrado.

Se calhar um dia que eu volte a engravidar eu faço. Ouvi dizer que durante a gravidez a gente tem que beber leite, chá com leite, que é para fazer a grávida ter leite. Até que é uma coisa que eu não gosto muito mas se calhar eu vou experimentar a fazer isso. (Ana Teresa)

Este tipo de crença é bastante comum. Loux (1983:228) refere-se a crenças como beber água para ter mais leite.

As medidas para estimular a produção de leite são ancestrais, se bem que vão mudando com os tempos. Yalom (2000:219; 228) descreve uma perspectiva histórica destas práticas desde a VIII dinastia egípcia até à actualidade, passando pela corte de Luís XIII em que nesta, o primeiro livro de obstetrícia de que há conhecimento e que foi escrito por uma parteira, aconselhava determinados cuidados alimentares para ter leite.

Riordan (2004: 101) afirma que a evidência científica comprova que a produção de leite é regulada pela própria criança ao mamar. Também a CPAM (2007:39-40; 57) explica que o AM segue a lei da oferta e da procura: quanto mais a criança mama mais leite a mãe tem. Uma das principais causas de abandono da amamentação é a falta de confiança da mãe na sua capacidade de produzir leite suficiente.

Por seu lado Powers (2004:300) aponta algumas medidas para aumentar a produção de leite: aplicar calor húmido nas mamas alguns minutos antes da mamada; massajar as mamas antes e após a mesma; usar técnicas de relaxamento para diminuir o stress e melhorar a expulsão do leite; amamentar a criança ou fazer expressão manual ou com bomba pelo menos oito vezes por dia; e manter a expulsão do leite mesmo que saia apenas uma pequena quantidade.

Hale (2004:149) afirma que a estimulação com o uso de ervas é muito comum mas que há falta de evidência que comprove a sua eficácia. A este respeito Riordan (2004:719; 723) refere que alguns rituais como comer algo ou rezar a um patrono têm efeito placebo e que, a menos que as substâncias tenham efeitos nocivos, os profissionais de saúde devem

encorajar o seu uso pois assim demonstram que o sistema de saúde apoia o AM e respeita as crenças. De acordo com esta autora (p. 513) consideramos esta crença inofensiva.

Crenças sobre a díade mãe/filho

A este tema fizemos corresponder a influência do leite materno sobre a díade mãe/filho e consideramos que existem crenças: Descritivas ou “existenciais” (ex. O AM proporciona maior proximidade entre a mãe e a criança); “Avaliativas” (ex. Fumar é incompatível com a amamentação); Globais ou unitárias (ex. O corpo da mãe e o do filho são independentes). Consideramos ainda a existência de: Crenças gerais (ex. O corpo da mãe e o do filho são independentes); Crenças acerca de normas ou regras (ex. A alimentação da mãe que amamenta influencia o bebé); Crenças acerca de objectivos (ex. O AM proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé). Temos, portanto, crenças de diferentes tipos e funções em que, porém. Não descortinámos as prescritivas e que levam a escolher amamentar ou não de acordo com uma preferência ou desejo. Também não encontrámos crenças acerca de si próprio o que nos parece natural já que o seu referente é a própria pessoa e este tema, por natureza, implica duas (mãe e filho). Mesmo assim inclui o outro tipo de crenças em que o referente é a própria pessoa. Possivelmente aparece porque agrada à mãe a referida maior proximidade que o AM tem o potencial de provocar entre si e o seu filho.

Para Mariana, Beatriz, Lina, Sandra e Maria **O AM proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé** como é indicado nos seguintes exemplos

Porque além de termos os nossos filhos dentro da gente, a gente a dar leite, continuamos a senti-los mais perto deles. Que é muito importante para eles.
(Beatriz)

Porque tudo o que vem da gente para os nossos filhos é bom. (...) Porque é uma coisa nossa, pronto, é uma coisa nossa. **(Lina)**

A interacção entre a mãe e a criança durante a amamentação foi documentada na investigação, nomeadamente a de Epstein (1993) referida por Riordan (2004:518-520). Verificou que durante o AM a criança e a mãe se olhavam não apenas nos olhos mas outras partes do corpo e que a distância a que estão um do outro permite esse olhar íntimo. Para além disso, enquanto inicialmente a criança apenas olha, com o passar do tempo, começa também a explorar e a tocar o corpo da mãe, chegando mesmo a brincar, conforme a sua idade. Diversos autores entre os quais Gomes-Pedro, Garcia e Colarinha (1984) e Brazelton

(1992) referidos por Galvão (2005:16) explicam a importância da amamentação para a relação entre a mãe e a criança.

Consideramos irresistíveis as seguintes palavras de uma mãe

I loved the first time that my son smiled while he was latched on and I could see the corner of his mouth. It was the first time I knew he was looking at me in the eyes, and he actually flipped out the nipple because his smile was so wide. That was just delicious! (Behrmann, 2005:104)²⁶

Sara e Mariana expõem a sua crença de que **A alimentação da mãe que amamenta influencia o bebé.**

É assim se a gente não pode comer isso é porque faz mal ao bebé. (...) Dá gases! (...) Depois eu lembrei-me “não posso comer repolho e essas coisas que dão gases” (...) E eu fiquei aquela coisa. Eu tinha feito feijão e eu disse “Eu não posso comer isso!” Por causa da bebé. Isso é uma chatice, tenho que estar a fazer outras coisas. (Sara)

O repolho dá cólicas na criança. A laranja por causa da pele também. (Mariana)

Nestes dois casos as mães referem-se aos efeitos adversos que alguns alimentos possuem na criança. Sara exprime desagrado por ter de evitar certos alimentos.

Loux (1983:79) refere-se ao aspecto simbólico da alimentação para restaurar o corpo, prevenir a doença e a morte mas também provocar a doença.

As crenças quanto à alimentação da mãe que amamenta são ancestrais. Yalom (2000:222) explica que no século II a.c., Suranos de Éfeso, um famoso ginecologista, descreveu minuciosamente o que a mulher que amamentava podia ou não comer. Bronner e Auerbach (2004:444) referem-se ao trabalho de investigação de Lust, Brown e Thomas (1996) no qual as mães acreditam que determinados alimentos como brócolos, couve, couve-flor, chocolate, leite de vaca e cebola afectam o RN.

Somos de opinião de que a haver efeitos de alguns alimentos na criança são menos efeitos adversos que os produzidos pelo leite artificial. Como sempre, a alimentação deve ser equilibrada e sem exagero. Parece-nos que proibir a mãe comer o que gosta com moderação pode provocar insatisfação e entender o AM de modo menos agradável e positivo.

²⁶ Adorei a primeira vez que o meu filho sorriu enquanto estava a mamar e eu pude ver o canto da sua boca. Foi a primeira vez que senti que ele me olhava nos olhos e na realidade o seu sorriso era tão grande que tirou o mamilo da boca. Foi simplesmente delicioso! (Tradução livre, nossa)

Sendo fumadora Mariana acredita que **Fumar é incompatível com a amamentação**. Eis o seu relato que relata a crença que vai contra o seu desejo de amamentar:

Mas só não o faço porque fumo. Sou fumadora. (...) O meu problema é esse, Embora fume durante a gravidez mas tenho a noção de que na gravidez não vai tanto para o bebé como no leite materno. (...) E como sei que é uma coisa pronto, em que me deixo vencer pelo vício do fumo e sei que não vou reduzir mais ainda daquilo que reduzi na gravidez, mas se eu der peito eu não vou conseguir dar mais. (...) E tenho a noção que a mãe se está a fumar, através do leite materno está a prejudicar mais o seu filho, mais do que na gravidez. (...) Pronto, pus isso na cabeça e não consigo! (...) Então quando tive o meu pequenino, aqueles três dias no hospital, eu estive três dias, não estava a fumar, óbvio. (...) Mas quando saí foi a primeira coisa que fiz! (...) Fui à farmácia, comprei o leite de farmácia e comecei a dar. (...) Comecei a tomar os comprimidos para secar o peito (...) Foi quando eu fui para casa e... senti necessidade de fumar e ao primeiro cigarro, eu senti que se eu desse novamente peito eu estava a prejudicar uma criança que nasceu saudável. (...) Pronto, eu pus isso na cabeça e... (pausa) [olhos húmidos, aparentemente de lágrimas] (...) Conheço pessoas que mesmo a fumar a mesma quantidade que fumavam durante a gravidez dão peito. E aí eu não concordo! (...) Lá está, porque pus na cabeça que o fumo vai muito mais para a criança quando se está a dar leite. (...) Mais um motivo que me fez ficar com remorsos porque o meu leite era bom. Mas lá está, o vício venceu! (...) Eu sei e não aguentei e ainda hoje em dia eu continuo com a mesma opinião! (...) Acho que as crianças que bebem o leite materno, e sempre ouvi dizer, não ficam tanto doentes, tantas vezes. (...) Mas se essa mãe fuma e se está a dar peito, não acredito que seja assim muito bom. (...) Problemas de respiração, principalmente isso, os brônquios, principalmente isso. É o que eu acho! (Mariana)

Sandra também acredita que a mãe que amamenta deve evitar fumar.

A CPAM (2007) esclarece que é melhor não fumar, principalmente junto da criança, mas que uma mãe que fuma “(...) não deve de forma alguma deixar de amamentar ou provar o bebé do seu leite por fumar!” (p. 38), uma vez que o bebé pode beneficiar do leite materno que tende a reduzir os efeitos nocivos do tabaco. A Comissão apresenta as seguintes sugestões para a mãe que não consegue abster-se de fumar: diminuir o número de cigarros; evitar fumar durante ou logo antes da mamada; evitar fumar no compartimento em que a criança se encontra; abrir com frequência as janelas para arejar a casa.

Ivone e Fátima acreditam que **O corpo da mãe e o do filho são independentes**.

Sr.ª Enfermeira, eu acho que o meu corpo é o meu corpo e agora o meu filho está a tomar o leite... (Ivone)

Na gravidez somos um só, a mãe e o filho e mesmo assim ele já tem a sua personalidade mas não pode viver sem a mãe. (...) Mas depois de nascer já não. A mãe é importante mas não tem de passar forçosamente pela amamentação. (...) mas [que não amamentam] são livremente óptimas mães. (Fátima)

O desagrado pelo contacto íntimo de tocar na mama foi encontrado também por Silva (1999:191) em mães que achavam esquisito sentir a criança a mamar e declaravam que esse contacto lhes desagradava. Nesta lógica de raciocínio Hausman (2003:94), referindo-se aos valores americanos, reconhece que o AM desafia alguns como a grande proximidade física entre as pessoas que ultrapassa a sua zona de conforto. A autora (p. 108) reconhece que mulheres que tenham dificuldade com intimidade têm dificuldade em amamentar. Maldonado (2005a:104; 110; 114) também considera que a maior incidência de leite artificial e do fracasso do AM reflectem, para além das mudanças tecnológicas e sociais, um fenómeno da época actual, o temor dos afectos, da proximidade e do envolvimento onde o biberon é um intermediário que proporciona segurança e não envolvimento. As mães que amamentam atribuem maior importância às trocas afectivas do que as que preferem o leite artificial.

Crenças sobre o leite artificial

Registámos neste tema o que as mães manifestam acreditar sobre o leite artificial.

Surgiu-nos uma única crença, **O leite artificial também é bom** por parte de Sara, Mariana, Ivone, Maria e Fátima. Existem diferentes bases. Sara ao verificar que era administrado no serviço de Neonatologia depreende que é bom.

E eu disse “Já que eles [Neonatologia] fazem assim, também posso fazer!” E comprei o leite de lata e dei a ela! (Sara)

Para Mariana é essencial uma vez que não contém nicotina

Temos leites hoje em dia na farmácia, de todas as qualidades, anti-cólicas, tanta coisa que já existe e que alimenta na mesma a criança. Está bem alimentado e ali não tem fumo, não é? É isso que eu penso! (Mariana)

Salientamos que o risco do tabagismo para a criança não está apenas no leite mas também no ambiente circundante.

Ivone e Fátima estão convictas em que a variedade de leites artificiais existentes e os avanços científicos tornam-no tão bom quanto o materno.

Tem lá o leite da farmácia, já vende nos hipermercados e agora acho que é muito bom o leite de lata. (...) Eu disse “É o melhor porquê?” Agora também já há leites bons!” E então foi assim. (Ivone)

Com tantas opções existentes de leites adaptados às crianças das mais várias idades nunca me pareceu necessário passar pela amamentação. (...) a Inês está muito bem com o leite que compramos e com todos os cuidados de esterilizador e tudo o que é necessário. Ela tem o melhor, não lhe falta nada. (...) O outro leite é estudado e adaptado à criança. (...) Como lhe disse, acredito que o ser humano já saiu há muito do estado primitivo, está no século XXI, há soluções científicas para tudo. (Fátima)

Não se referindo especificamente ao leite artificial mas ao leite de vaca, Maria defende o primeiro já que mesmo com o segundo nunca teve problemas de saúde.

Foi a maneira que eu fui criada [com leite de vaca]. Pronto, nunca tive gastroenterites, nunca tive problema nenhum. (Maria)

Silva (1997:142) verificou que as mães não desvalorizam o leite materno mas quando optam por não amamentar consideram que os outros leites também são bons.

Blum (1999:34) recorda que Dr. Spock, o pediatra mais célebre e popular, também psicanalista e escritor, apoiava tanto o AM e como o biberon. Por outro lado a autora (p. 44-45) explica a importância de passar a mensagem de que o leite materno não é igual mas superior. E que a par de divulgar as vantagens do AM se incida nas desvantagens do leite artificial. A autora (p. 57) mostra como paradoxalmente a publicidade deste leite mostrava uma mãe a amamentar passando a mensagem de ser equivalente ou igual ao materno.

A Declaração de Innocenti no seu ponto 5. da versão revista em 2005 declara que “A amamentação artificial pode levar a doenças e em ultimas consequências à morte. Se a mulher não conseguir amamentar o bebé, deverá à mesma alimenta-lo com o seu próprio leite ou com um substituto do leite materno utilizando um copo limpo.”²⁷ Esta é a posição de um grupo de formuladores de políticas de saúde das Nações Unidas, reunidos em Spedale degli Innocenti, Florença, Itália, de 30 de Julho a 1 de Agosto de 1990 para protecção, promoção e apoio ao AM.

De acordo com Hausman (2003:94-95; 100; 138) as mães entendem que o leite artificial é uma alternativa adequada ao AM. Para mais o AM apresenta-se com várias desvantagens como o choro, o sono da criança e o tempo da mamada que acreditam menos regulado e ainda a alegada falta de liberdade. Por outro lado, as companhias que fabricam leite artificial criaram um modelo de cuidados no qual este se torna essencial existindo vários tipos para resolver diferentes problemas, desde cólicas e alergias a choro. Então a autora, feminista e defensora do AM, declara que tais leites servem para todas as crianças mas que

²⁷<http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%E9s/Declara%E7%E3odeInnocenti/tabid/369/Default.aspx>

o leite materno é vivo e muda consoante as necessidades daquela criança pelo que os artificiais nunca poderão ser substitutos com a mesma qualidade.

Coates e Riordan (2004:16) apresentam evidências sobre os riscos do leite artificial para a mãe e para a criança. Para esta e, segundo estudos efectuados desde há anos, traz maior risco de doença (Howard, 1905; Woodbury, 1922; Grulee, Sanford e Heron, 1934; Cunningham, Jelliffe e Jelliffe, 1991) pois não possui os benefícios da autoimunização do leite materno para além de que pode estar contaminado, contém substâncias estranhas aos seres humanos ou pode ainda estar misturado em proporções que não são fisiológicas. Os efeitos do leite artificial podem prolongar-se muito para além da infância. Para a mãe também impede a protecção contra certas patologias como a osteoporose, o cancro da mama antes da menopausa e o cancro do ovário.

Behrmann (2005:75) conta como conversas de tipo “foste criada assim [com biberon] e és saudável” são desencorajadoras do AM. A CPAM (2007:17) constata que a história dos últimos séculos alterou o AM como o prolongamento natural da gravidez fazendo com que o leite artificial seja entendido como uma alternativa tão válida. Simultaneamente considera que a “(...) publicidade sobre os leites artificiais é tal que uma parte da população acredita firmemente que o leite artificial é tão bom como o leite materno para alimentar o bebé” (p. 85). As nossas participantes incluem-se neste grupo.

A única crença encontrada neste tema inclui-se, na nossa perspectiva, nas características “Avaliativas” e é de tipo “Crenças gerais”.

Crenças sobre a prestação de cuidados

Neste tema atendemos ao que as participantes acreditam que foi ou devia ter sido a actuação dos prestadores de cuidados.

Classificamos as crenças encontradas como: Descritivas ou “existenciais” (ex. A humanização dos cuidados de enfermagem é essencial para o sucesso da amamentação); “Avaliativas” (ex. Os profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai; Indiferença das enfermeiras perante o AM); Prescritivas (ex. É obrigatório amamentar no hospital); Globais ou unitárias (ex. Os profissionais de enfermagem devem informar sobre o AM durante a gravidez; Necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde). Os tipos de crenças revelados são: Crenças gerais (ex. É obrigatório amamentar no hospital; Os

profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai); Crenças acerca de normas ou regras (ex. A educação para a saúde sobre AM deve começar no início da gravidez; Necessidade de coerência por parte dos profissionais saúde). Pensamos que existe harmonia entre os tipos de crenças e o tema já que este aponta para um referente que não é a própria pessoa e não encontramos crenças com este referente.

A crença de que **Os profissionais de saúde devem informar sobre AM durante a gravidez** é detida por Catarina, Ivone, Beatriz, Sandra, Maria e Fátima em que, por exemplo Beatriz afirma

Desde um momento que uma senhora, uma rapariga fique grávida é logo a prepararem, “Estás grávida”, dar os conselhos que temos que seguir durante a nossa gravidez, e quando estiver perto de nascer o nosso filho, começam “Olha, tu daqui para a frente, dar o leite ao filho” explicar como é que devemos de fazer, chamar mais a atenção, porque quando chegar a altura a gente estar preparada para realmente sabermos que temos de fazer aquilo e quais as vantagens que o leite da mãe tem, que é muito importante saber as vantagens do leite materno. Muito importante. (Beatriz)

A educação para a saúde tal como é reconhecida na carta de Ottawa (1986) e desenvolvida na Carta de Bangkok (2005) é um direito de todas as pessoas. Deve começar na família, continua pela vida adiante e é a estratégia para reforçar e favorecer os hábitos de vida saudáveis. Não é responsabilidade de uma única instituição mas de todo o ambiente e de todos os intervenientes na sociedade e na cultura se bem que os profissionais de saúde possuam um papel determinante enquanto agentes de mudança. Por outro lado, a educação para a saúde tem como objectivo a mudança de atitudes e de comportamentos, o que, de acordo com Redman (2002:17) é um processo e não um acontecimento; dá-se por aprendizagem gradual a partir da motivação para aprender, por etapas que exigem a mestria dos referidos profissionais.

De acordo com Riordan e Bocar (2004:694) a educação para a saúde sobre AM na gravidez deve atender que mulher fará a decisão final e, portanto, é necessário corrigir informação errada e proporcionar mais informação, encorajando as indecisas. Quando as mães começam a sentir os movimentos do seu filho iniciam o planeamento, entre outros aspectos, da forma de o alimentar. Necessitam de informação antes que se lhes pergunte como o irão fazer. No início da gravidez a educação para a saúde deve incidir nos benefícios do AM para a mãe e para o filho atendendo sempre às preocupações da mulher, incluindo as relacionadas com a conveniência, a vergonha, a participação do pai e a incorporação nos estilos de vida, sendo indispensável o respeito por valores e crenças. No final da gravidez deve focar os aspectos essenciais do AM nos primeiros dias. Neste aspecto Maldonado

(2005b:112) defende que se faça a preparação para o AM desde o início da gestação pois a mulher necessita de saber o que irá enfrentar, nomeadamente as dificuldades, como as contornar e a quem recorrer. Por seu lado Galvão (2005:7-8) refere-se ao Royal College of Midwives (1994) que entende ser contraproducente perguntar à mãe no início da gravidez se irá amamentar mas que se deve facultar a informação que a grávida solicitar.

Silva (1997) desenvolveu um estudo que teve por objectivo compreender a percepção que a mulher-mãe tem do AM, partindo do pressuposto “se o AM é um acto biológico por que as mulheres têm dificuldade de incorporá-los?” (p. 9) Nesta tese de doutoramento a autora teve necessidade não apenas de estudar o acto de amamentar mas também a experiência da gravidez defendendo que o AM não pode ser isolado da mesma e que, portanto, não deve ser circunscrito ao puerpério e ao RN mas alvo de acção desde o início da gravidez sob risco de que se assim não for, haver posterior dificuldade na amamentação até porque a decisão para amamentar é, muitas vezes, tomada durante o período gestacional.

A educação para a saúde sobre AM deve começar no início da gravidez é crença de Mariana

[quando é que acha importante que se fale no AM?] Desde o início da gravidez (...) Porque acho, principalmente, numa mãe não fumadora, na minha opinião. (...) Mas penso que desde o início da gravidez porque é uma coisa que pertence à gravidez. Isso é o que eu acho. Pertence; não é um aparte, não é um depois. Vai-se fazendo durante a gravidez, não é? Tudo da mesma natureza. Eu penso que desde o início. (Mariana)

que como diz, é uma parte integrante da gravidez e não um aparte. Consideramos que esta participante detém uma crença coerente com o acima defendido.

Sara acredita na **Indiferença das enfermeiras perante o AM**

Porque acho que hoje em dia elas antes do bebé nascer já estão perguntando “Vais dar peito ou vais dar biberon?” Antigamente no hospital elas não queriam que se desse biberon. Era peito. E agora já não é assim. Elas, acho que estão como aquelas “Queres dar, dá; não querem dar não dêem!” (Sara)

A participante refere-se às enfermeiras na maternidade não se importarem se a mãe amamenta ou não o que faz por comparação com o nascimento da primeira filha quando “não queriam que se desse o biberon”.

Anteriormente referimo-nos à necessidade de os profissionais de enfermagem respeitarem a decisão da mãe. Também é importante atender à eventual ineficácia da educação para a saúde após a criança nascer, pois como Riordan e Auerbach (2004:733) reconhecem, o tempo de internamento é escasso para proporcionar muita informação. De acordo com

Cordeiro (1987), Galvão (2005) declara que nem sempre os enfermeiros “têm presente a importância do AM [e as suas atitudes de dúvida] constituem um elemento negativo para a mãe que necessita de sólido apoio na tentativa de amamentar” (p. 27).

Tennant, Wallace e Law (2006:152) consideram que os profissionais de saúde têm falta de conhecimento para resolver os problemas das mães e assim não promovem o AM mesmo que tenham uma atitude positiva para com o mesmo.

Beatriz acredita que **É obrigatório amamentar no hospital**

(...) embora agora o hospital está a obrigar as mães a dar. Se elas têm, elas fazem os possíveis e obrigam as pessoas a darem. Aí é que a gente ainda ouve falar, uma moça “Olhe, eu estou a dar de mamar, mas estou a usar sempre um suplemento porque a criança às vezes nunca fica satisfeita”. (Beatriz)

De acordo com as suas palavras isso leva a que as mães recorram ao suplemento. Esclarecemos que, durante o espaço de tempo a que se refere o relato, era prática no hospital em causa que, sendo utilizado um suplemento, o leite artificial era diferente daquele da criança que apenas fazia biberon. O que Beatriz conta tem a ver com as mães que dizem que amamentam porque se sentem “obrigadas” mas depois referem que a criança não está satisfeita de modo a ser-lhes fornecido um suplemento que, obviamente, continua a ser de leite artificial. Na nossa prestação de cuidados directos bem como durante a orientação de estudantes em prática clínica tivemos oportunidade de observar este tipo de “jogo” a que as mães recorriam. A participante suscita-nos algumas indagações. Anteriormente Sara expunha o oposto, a crença de que há indiferença das enfermeiras quanto ao AM. Questionamos se, para além da leitura individual que cada pessoa faz da realidade, estão subjacentes práticas de cuidados diferentes consoante as enfermeiras em causa e que cada uma destas participantes tenha recebido cuidados de profissionais diferentes com práticas distintas.

Não podemos deixar de reflectir sobre esta obrigação que as mães podem sentir para amamentar. Brazelton (1992:29) refere que o valor do AM é tão reconhecido que se acaba por criticar as mães que não amamentam mas entende que se forem pressionadas a fazê-lo, o bebé e a relação entre os dois são afectados pois é uma prática que deve ser agradável para ambas as partes e nunca uma imposição.

Participantes do estudo de Silva (1997:182-184) consideraram-se também pressionadas pelos profissionais de saúde o que na opinião da investigadora é uma forma de levar ao insucesso porque não há alternativas, ao que acrescentamos que assim ficam encerradas as possibilidades de comunicação. Essa pressão como constata a autora, é muitas vezes

psicológica quando se responsabiliza a mãe pelos malefícios de não amamentar. De modo idêntico, Powers (2004:296) declara que obrigar a mãe a amamentar raramente produz um bom resultado. Eduardo Sá referido por Galvão (2005:IX) reconhece que se obriga a amamentar em muitas maternidades levando a situações intoleráveis.

Fátima expressa a crença de que **Os profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai**

Aliás, essa é uma coisa que acho que se esquecem quando falam de todas as vantagens. Hoje em dia os maridos colaboram em tudo em casa. (Fátima)

A participante refere-se especificamente à vantagem de que ao não amamentar, o pai pode colaborar nos cuidados, alimentando a criança a biberon. Num relato de Behrmann (2005:10) encontramos um médico que desencoraja a mãe a amamentar dizendo que assim o pai pode participar nos cuidados ao filho. Mas será que quando a mãe amamenta ele não pode colaborar?

Earle (2002:210-211) verificou que a participação do pai era importante na escolha do biberon em detrimento do AM e as mães estudadas expressavam necessidade de terem algum tempo livre sem a obrigação de serem elas a cuidar do RN. Porém, a autora tal como Steiner (2005:113-117) e a APAM (2007:50) referem-se a outros modos do pai cuidar da criança. Também Riordan (2004:733-736) e Bentley, Dee e Jensen (2003:3075) reconhecem que o pai é frequentemente a pessoa de maior apoio e influência no período de amamentação, sugerindo formas específicas de colaboração: ajudar a mãe a encontrar uma posição confortável; colaborar nas refeições e nas tarefas domésticas; pôr a criança a eructar; confortar e massajar o bebé; verificar o nível de fadiga da mãe; controlar as visitas; mostrar satisfação; mudar a fralda; dar banho ao bebé; embalar, cantar, ler ou brincar. Estas medidas tendem a encorajar e a reforçar a decisão de amamentar. A par disto, consideramos essencial que os enfermeiros incluam o pai em todos os cuidados e educação para a saúde, incentivando-o a um papel activo.

Ainda a mesma participante acredita que existe a **Necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde.**

E depois há que haver coerência. Como lhe disse sou uma pessoa que conhece muita gente e pessoas diferenciadas. Conheço médicas e enfermeiras que não acham graça nenhuma amamentar e não têm coragem de o dizer e passam uma mensagem que nem elas mesmas acreditam, está-me a perceber? (...) vejo muita incoerência em colegas suas e mesmo em médicas. (...) [há necessidade] maior coerência. (Fátima)

A coerência está na base da congruência, aspecto essencial no estabelecimento de uma relação de ajuda e em qualquer tipo de prestação de cuidados.

Sandra evidencia a crença de que **A humanização dos cuidados de enfermagem é essencial para o sucesso da amamentação**

O que é que eu aconselhava?... A parte humana. Em principio, tudo. Em principio tudo a parte humana. Porque para já por serem enfermeiros têm mais formação do que aquela pessoa que eu fui para ali não tinha nada, não sou enfermeira, eu não sei os processos do corpo humano até. E a parte humana porque há aquela mais melindrosa, há a mais receosa... e depois estamos muito sensíveis. Qualquer coisa... podem até estar a falar por bem e a gente está a levar para outro lado e é mesmo assim. (...) A insistência... “Ah tem que ser, porque isso faz bem e porque não sei o quê e vá lá e tente e tente e tente” e depois gere-se o silêncio. E depois é assim, não estamos sozinhas e está toda a gente a prestar atenção na conversa. (...) Está tudo a olhar, está tudo parado à espera. (Sandra)

A participante dá indicações sobre o que as mães que potencialmente amamentarão necessitam por parte dos profissionais de enfermagem.

Watson (1985:10) no factor de cuidar “Formação de um sistema de valores humanístico-altruista” defende que os cuidados de enfermagem se fundamentem num conjunto de valores humanos universais – simpatia, preocupação e amor – em que a partilha de atitudes e de crenças é essencial. Neste sentido, o cuidar baseia-se numa força que conduz a um sistema de valores que afecta o encontro entre o enfermeiro e as pessoas de quem cuida, em que o primeiro cumpre este preceito quando o bem-estar quem recebe cuidados assume um lugar proeminente na sua vida. Implica maturidade para promover os melhores cuidados a fim de as pessoas alcançarem melhor qualidade de vida, capacidade para enfrentarem as suas próprias limitações e adaptarem-se a elas, habilidade para compreenderem os seus sucessos e insucessos e uma filosofia que as capacite a gerir as inevitáveis crises da vida. Em suma, apoia a pessoa no seu processo, ajudando-a a desenvolver o seu potencial e a alcançar a melhor qualidade de vida possível. A mesma autora (p. 93-94) considera que nas instituições hospitalares se deve prestar especial atenção à privacidade pois com a despersonalização que tende a advir de perguntas, procedimentos e tratamentos íntimos a mesma fica fragilizada para o que também contribui a expectativa dos profissionais de que a pessoa partilhe informação íntima e exponha o seu corpo sem reservas. De acordo com Maslow a autora declara que os assuntos de saúde estão fortemente ligados à privacidade e esta é interpretada de modo que nos parece adequado ao que Sandra nos conta, no sentido em que tem o direito a excluir outras pessoas de determinado conhecimento sobre si. Para Watson (1985:94-95) a privacidade relaciona-se ainda com a dignidade e a integridade da

pessoa; a sua invasão provoca humilhação, embaraço e despersonalização. Possui diferentes funções que consideramos essenciais no AM: mantém a autonomia pessoal, o que é único ao ser humano possibilitando à mãe sentir-se detentora do poder da sua decisão; liberta emocionalmente do stress e esforços da vida quotidiana, o que é benéfico nos primeiros dias, quando o AM pode ser mais gerador de stress; ajuda a auto-avaliação fazendo com que a mãe seja capaz de examinar, avaliar e integrar os seus sentimentos e experiências ajudando a atribuir sentido ao AM em que o sucesso implica a percepção positiva da sua eficácia. Para além disto, ao salvaguardar a privacidade da pessoa, o enfermeiro faz com que confie nos cuidados que lhe presta.

A fim de compreender a direcção das crenças das mães relativamente ao AM optámos por agrupá-las em “Favoráveis”, “Desfavoráveis” e “Neutras”, conforme o Quadro nº 5. Designamos *Direcção* por entendermos que subjacente a cada crença está um motivo para aderir, não aderir ou ficar indiferente à amamentação. Para o agrupamento em causa reportámo-nos não apenas ao nome que atribuímos a cada crença mas também ao contexto em que a mesma se manifesta.

Quadro nº 5

Direcção das Crenças Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras Face ao AM

Direcção das crenças face ao AM	Crenças
Favoráveis	Amamentar é um acto bonito Actualmente não teria vergonha de amamentar É natural amamentar em público Há melhor informação sobre AM nos últimos anos Amamentar é económico Amamentar é prático As mães devem amamentar Amamentar não magoa Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos O leite materno é o melhor O leite materno é adequado ao sistema gastrointestinal O leite era bom Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses O AM proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé

Quadro nº 5

Direcção das Crenças Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras

Face ao AM (cont.)

Desfavoráveis	AM associado à pobreza AM é tabu Amamentar em público é vergonhoso Amamentar restringe a liberdade Amamentar não é sinónimo de ser boa mãe Mães jovens têm pouca informação sobre AM Há falta de informação sobre AM Amamentar é um sacrifício Necessidade de a mãe estar bem em termos psicológicos para amamentar As mães que amamentam têm sorte A ansiedade contribui para o insucesso do AM Amamentar é sexualmente repugnante Amamentar é um acto animal Amamentar é um acto primitivo O AM é uma moda Há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar Há condições físicas desfavoráveis à amamentação Há condições físicas favoráveis à amamentação Há condições físicas que facilitam ou dificultam a amamentação Amamentar magoa Amamentar altera a estética do corpo Amamentar provoca emagrecimento da mãe As abdominalgias ao amamentar são devido a um problema O frio provoca mastite na mãe que amamenta As mães submetidas a cesariana têm problemas com o AM. Bebé não sabe mamar As filhas nunca quiseram mamar Bebé deixou de gostar do leite materno depois de experimentar o artificial Amamentar também depende da criança O leite materno não satisfaz a criança O leite materno deve ter cor de leite comum O colostro é uma substância imprópria O AM não protege tanto a criança como se diz Horário rígido da mamada Mais segurança na quantidade exigida pelo biberon Amamentar dá muito trabalho A alimentação da mãe que amamenta influencia o bebé Fumar é incompatível com a amamentação O corpo da mãe e o do filho são independentes O leite artificial também é bom Indiferença das enfermeiras perante o AM É obrigatório amamentar no hospital Os profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai Necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde

Quadro nº 5

Direcção das Crenças Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras

Face ao AM (cont.)

Neutras	A decisão para amamentar é da mãe Necessidade de a mãe estar preparada para amamentar Estava esclarecida quanto ao AM A informação sobre AM deve começar na menarca A alimentação da mãe que amamenta é mais saudável Nos primeiros dias há pouco leite Há alimentos que ajudam a produzir leite Os profissionais de saúde devem informar sobre AM durante a gravidez A educação para a saúde sobre AM deve começar no início da gravidez A humanização dos cuidados de enfermagem é essencial para o sucesso da amamentação

Através de uma simples contagem numérica verificamos que existem 14 crenças favoráveis ao AM, 44 que são desfavoráveis e 10 neutras. Assim, a direcção mais representada é a de crenças desfavoráveis ao AM, o que no nosso entender, não abona a favor do mesmo mas ajuda a compreender porque é que as mães não amamentam.

Sinteticamente, quanto à dimensão que acabámos de apresentar, “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” constatamos que:

- Evidenciam-se as crenças de âmbito psicossocial, seguidas das crenças de âmbito físico da mãe. Depois, manifestam-se as crenças sobre a qualidade do leite materno, as crenças sobre a prestação de cuidados, as crenças relacionadas com o bebé, as crenças sobre o processo de amamentar e as crenças sobre a díade mãe/filho.
- Nas crenças de âmbito psicossocial destaca-se a crença de que a decisão para amamentar é da mãe e a de que amamentar é um acto bonito, seguindo-se o AM associado à pobreza, a necessidade de a mãe estar preparada para amamentar e amamentar em público é vergonhoso.
- No que se refere a crenças de âmbito físico da mãe surge a alimentação da mãe que amamenta é mais saudável, que em todo o estudo é a crença que reúne maior consenso. Ainda neste tema verificamos a existência da crença de que há condições físicas desfavoráveis à amamentação e de que há condições físicas favoráveis à amamentação. Com três

participantes cada, registamos as crenças de que há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar e amamentar magoa.

- Quanto às crenças sobre a qualidade do leite materno o destaque vai para o leite materno é o melhor e o leite materno não satisfaz a criança, respectivamente.
- Relativamente às crenças sobre a prestação de cuidados o que sobressai é os profissionais de saúde devem informar sobre AM durante a gravidez.
- Nas crenças relacionadas com o bebé uma mãe refere cada uma das seguintes: bebé não sabe mamar; as filhas nunca quiseram mamar; bebé deixou de gostar do leite; se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos.
- As crenças sobre o processo de amamentar salientam o horário rígido da mamada e mais segurança na quantidade ingerida pelo biberon.
- Quanto às crenças sobre a díade mãe/filho a que reúne maior consenso é o AM proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé.
- As crenças apresentadas apontam, maioritariamente, numa direcção Desfavorável ao AM.

5.3 - Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar

“Amo-te não por quem és,
mas por quem sou
quando estou contigo.”

Roy Croft

A segunda dimensão “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar” inclui os temas relativos aos vários tipos de influências que entendemos estarem subjacentes à construção das crenças das participantes. Baseámo-nos nos existenciais, ou seja, como define van Manen (1990: 101-106) espacialidade – o espaço vivido, corporalidade – o corpo vivido, temporalidade – o tempo vivido e relacionalidade ou comunalidade – experiência da relação humana.

À semelhança da dimensão anteriormente apresentada, começamos por expor os temas que surgiram bem como a nossa compreensão do que cada um engloba e prosseguimos com a

mesma lógica de ligação semântica entre si. O quadro seguinte resume os temas desta dimensão e a respectiva a explicitação, influências e participantes.

Quadro nº 6

Temas da Dimensão “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar” e Respectiva Explicitação, Influências e Participantes

Temas	Explicitação	Influências	Participantes
Influência das relações familiares	Incide nas relações com diferentes membros da família e a eventual influência na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar.	Família que amamenta Família que não amamenta Família com hábitos inconsistentes de amamentação Na família reconhece-se vantagens do AM Família incentivou a amamentar Apoio do marido Marido incentivou a amamentar Resignação do marido Apoio da mãe Mãe incentivou a amamentar Falta de incentivo à amamentação por parte da mãe Crenças da mãe Descrédito na informação da mãe Apoio da sogra Sogra proporciona orientação Influência da prima Tabus familiares	C.; M.; I.; S.; A.T. I.; B.; L.; A.T. Sa.; J.; L.; S.; Ma.; F. J. B. C.; M.; I.; J.; L.; A.T.; Ma.; F. B. Sa.; M.; A.T. Sa.; I.; J.; L.; Ma.; F. C. B.; J. A.T. C. C. Sa. Sa. Sa.
Influência das relações de amizade	Abrange as disposições face ao aleitamento materno por parte das amigas da participante.	Amigas favoráveis à amamentação Amigas que não querem amamentar Amigas falam sobre AM AM não é tema de conversa com amigas Pouca partilha de experiência de AM com amigas Amigas que não conseguiram amamentar Amigas interromperam amamentação Amigas concordam com a sua decisão Resignação das amigas	C.; B.; L.; S.; Ma.; F. I.; B.; A.T.; F. I.; J.; A.T. C.; Sa. C. J.; S.; A.T. Sa.; S. M.; F. J.; L.; S.
Influência das relações com pessoas conhecidas	Inclui as relações com diferentes pessoas conhecidas excluindo familiares e amigas.	Apoio de todas as pessoas Pessoas conhecidas que não querem amamentar Pessoas conhecidas favoráveis à amamentação Vizinhas aconselham medidas para ter leite Pessoas conhecidas acreditam que amamentar torna as mamas feias Influência da opinião das visitas na interrupção da amamentação	C.; I.; J.; S.; F. L.; A.T. A.T. A.T. F. Sa.

Quadro nº 6

Temas da Dimensão “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar” e Respectiva Explicação, Influências e Participantes (cont.)

Influência das relações com os profissionais de enfermagem	Incide exclusivamente nas relações da participante com os profissionais de enfermagem.	Diversas reacções das enfermeiras à sua decisão Orientação recebida na maternidade Na maternidade as enfermeiras explicaram os benefícios do AM Falta de apoio das enfermeiras na maternidade Orientação da enfermeira para alimentação mista Enfermeira interrompe alojamento conjunto Aquando do diagnóstico precoce as enfermeiras não falaram do AM Comunicação com a enfermeira sobre AM aquando do diagnóstico precoce Enfermeira discorda que não amamente Orientação da enfermeira não resolve o problema Orientação da enfermeira depois de ter interrompido a amamentação Falta de enfermeira de referência	I.; B.; S.; Ma.; F. M.; A.T. I. C.; Sa.; S. Sa.; A.T. S. L.; Ma. S. I. Sa.; A.T. C.; Sa C.
Influência das relações com outros profissionais de saúde	Abarca as relações da participante com profissionais de saúde, excepto os de enfermagem que constituem um tema distinto.	Pouca informação sobre AM durante a vigilância Ausência de procura de esclarecimento profissional para o AM Não procurou informação na maternidade Informação sobre AM durante a vigilância com médico obstetra Médico informa dos malefícios do tabaco para o bebé amamentado Médico obstetra aceitou a decisão da mãe Pediatra orienta para o AM Pediatra aceitou a decisão da mãe Falta de informação por parte do Pediatra Incoerência entre a informação e a prática	C.; B.; S.; Ma. C.; L. M. J.; L. M. Ma. Ma. Ma. M. Sa.
Influência do funcionamento do corpo	Inclui aspectos relacionados com a corporalidade, a forma como a participante experimentou o seu corpo face à prática ou ausência de amamentação.	Experiência de amamentação Experiência anterior negativa de amamentação Tentativa de amamentação na maternidade mas sem ter leite Aparecimento tardio de leite Leite tem aparência de ser fraco Amamentação frequente Bebé aumenta pouco de peso Experiência pessoal sobre alimentação da grávida/quantidade e qualidade do leite Sensação sexual provocada pela sucção	C.; Ma. Sa. J. J. C. Sa. Sa. Ma. Ma.
Influência da experiência com leite artificial	Atende às experiências da participante com a prática de alimentação da criança com leite artificial.	Experiência de alimentação com leite artificial	Sa.
Influência da informação sobre AM	Abrange a informação que a participante refere ter recebido sobre o AM independentemente de quem ou o que a proporcionou.	Falta de esclarecimento que fundamentasse a decisão para interromper o AM Esclarecimento que fundamentou a decisão de interromper ou de não iniciar o AM Informação de que o leite materno é bom Informação sobre AM durante a vigilância Desconhecimento da causa do insucesso da amamentação Múltiplas fontes de informação sobre AM Falta de informação sobre o colostro	C.; Sa.; B.; L.; Ma. M.; I.; S. C.; Sa.; L. C.; Sa. L.; A.T. F. S.

Influência das relações familiares

A influência dos de familiares engloba várias pessoas e contextos.

A **Família que amamenta** foi uma das influências que encontramos para a construção das crenças das mães em estudo.

De que modo a família que amamenta influencia a decisão de não o fazer? A resposta a esta pergunta não parece ser directa. E possivelmente não é linear porque o fenómeno da amamentação é complexo. Pode pensar-se que numa família que amamenta a prática da amamentação é mais consistente. Steiner (2005) e Behrmann (2005) encontraram várias mães que amamentava e que se pertenciam a famílias com tradição neste sentido.

Analisemos com mais pormenor. Algumas participantes referem a sua vontade em amamentar acabando por interromper e não ter sucesso. As duas mães que demonstram uma atitude expressamente em oposição à amamentação não foram amamentadas.

Nas situações em que considerámos a existência de família que amamenta temos Catarina, Mariana, Sandra e Ana Teresa, quer por parte da própria mãe quer de irmãs ou cunhadas como podemos verificar na seguinte referência:

Pronto, as minhas irmãs amamentaram porque elas tinham leite. (...) Tenho cinco sobrinhos, qualquer um deles, elas amamentaram. (...) Se calhar aí uns três meses porque depois também deixavam de ter leite. Mas enquanto elas tiveram elas sempre deram. (Ana Teresa)

Também na família de Ivone houve prática da amamentação pela avó e por uma prima mas não pela mãe. Incluímos aqui o seu relato porque nos parece que o mesmo é pertinente quando nos conta a sua opinião ao ter visto uma prima amamentar e compreendeu que “não queria aquilo” para si.

A minha avó... a minha avó deu peito. Ela deu peito sempre aos seus filhos (...) Tem uma prima minha que ela deu (...) Foi a minha prima [que viu amamentar], como eu já lhe disse a minha prima deu de mamar aí uns dois meses. (...) Eu cá pensava “Eu não queria aquilo para mim”. Ela parece uma vaca leiteira! Eu não queria aquilo para mim. (...) As vacas a gente vê, vai pelos caminhos, a gente vê as vacas a dar... a dar... os bezerros a mamar nas vacas. Eu disse “Aquilo é tal e qual!” Eu não gostei, não gostei nada de ver ali o pequeno agarrado às maminhas da mãe. Eu não gostei nada. (...) E tenho uma prima que deu, ela deu bastante tempo, ela deu dois ou três meses. (Ivone)

Isto remete-nos de novo para a importância da mãe e da família nuclear na problemática do AM uma vez que são o contacto inicial com uma possível influência mais marcante. Ivone não teve a mãe como modelo de amamentação; quem viu amamentar foram outros membros da família, o que lhe desagradou.

A influência da **Família que não amamenta** aparece representada precisamente em Ivone cuja mãe não amamentou.

Os bebés, quando são pequeninos eles são alimentados é com o leite de farmácia. É com aqueles leites de lata que agora também se vendem nos hipermercados. (...) Agora a minha mãe não deu! (...) A minha mãe não deu, ela diz que não tinha leite

suficiente e que depois não pegava no peito nem a minha irmã e então ela não deu. A minha mãe nunca deu leite do peito à gente, ela nunca deu! (Ivone)

Na família de Beatriz também não existe prática de amamentação, muitas vezes, tal como ela, por vergonha de o fazer.

Praticamente quase todos [os bebés da família são alimentados] com esses leites que se compram nas farmácias. Não a leite materno. (...) Por uma questão, muita vergonha outra às vezes por não ter (...) A minha mãe foi praticamente assim criada com leite das farmácias e chegou a uma altura que foi através do leite de vaca (...) Portanto, também foi assim [a minha alimentação e a das minhas irmãs]. (Beatriz)

Lina fala-nos da sua própria experiência anterior com os outros filhos.

Ah... o leite... A minha primeira filha experimentou três latas. Só se deu com a quarta. O nome dos leites já não me lembro. São amamentados assim até quase fazer um ano. (...) Deram-se muito bem no leite, o pequenino ainda está a beber leite de lata. [Que idade tem o mais pequenino?] Oito meses. (Lina)

Pensamos vislumbrar em Beatriz uma construção que se baseia na identificação familiar enquanto para Lina se estabeleceu um hábito que é reforçado por “todos se darem bem” com o leite artificial. Não ter sido amamentada e ser saudável é encontrado também no trabalho de Silva (1997:147) levando a autora a afirmar que pode levar a pensar que o leite materno não é essencial e é dispensável ou substituível.

Galvão (2005:109; 127) verificou que poucas mães actuais tiveram oportunidade de ver a sua mãe amamentar e que as mulheres que tiveram essa oportunidade o fazem durante mais tempo.

A influência da **Família com hábitos inconsistentes de amamentação** é encontrada nos relatos de Sara, Ivone, Joana, Lina, Sandra, Maria e Fátima. Restringimos estes hábitos à primeira e segunda geração uma vez que algumas participantes referem-se à prática da amamentação por avós mas não pelas mães o que nos fez analisar estas gerações em separado até porque as suas mães fazem parte do que designamos “geração do biberon”. De acordo com Behrmann as mães que faziam parte desta geração não tiveram oportunidade de experimentar e confirmar a capacidade do seu corpo alimentar o filho. Pelo contrário, foram ensinadas a confiar nos médicos. Nessa altura amamentar três ou quatro meses era considerado muito tempo.

Sara sabe que a mãe amamentou mas não quanto tempo o fez:

A minha mãe acho que dava era peito. (...) Ah não sei! [quanto tempo] (...)A todos os filhos ela deu. (Sara)

Isto leva-nos a pensar que este não é um tema falado e partilhado no seu lar de origem.

Joana não sabe como a mãe alimentou os filhos pois nunca lhe perguntou se bem que refere que possivelmente terá amamentado. Relativamente à irmã declara que não sabe.

(...) por acaso da minha mãe nunca lhe perguntei (...) mas a minha irmã não deu peito porque ela fez cesarianas. (...) Pronto, a minha mãe não me recorda mas acho que deu. (Joana)

No caso de Sandra há a irmã mais velha que segundo a sua interpretação, sendo nova quando foi mãe se queixava de dores e não foi persistente enquanto uma tia desistiu de amamentar por a criança ter icterícia.

[Irmã mais velha] Não também como o meu caso. Desistiu, mas desistiu mesmo. (...) Portanto, queixava-se que doía muito. Mas também foi muito novinha com 17 anos. Portanto, não foi persistente! (...) Uma tia minha que também amamentou sempre o bebé mas desistiu por o bebé ter icterícia. (Sandra)

Quanto a Maria, enquanto a avó amamentou a mãe e os tios, já a sua mãe não o fez.

Portanto, que eu saiba, a minha mãe queria dar-me de mamar mas eu nunca peguei no peito. E os meus antepassados, tios e tudo, a minha mãe até foi criada até aos 3 anos com o peito. E eu fui criada foi com leite de vaca. (...) [Irmãos] Também foram assim. Menos o mais moço que foi criado com leite em pó da farmácia. (...) Não, [a mãe] não deu de mamar. (Maria)

Fátima relata que a mãe não amamentou enquanto tias maternas e paternas o fizeram.

(...) a minha mãe não amamentou. Tenho primos da parte da minha mãe e do meu pai e alguns foram amamentados mas a maioria não foi. (...) Eu e os meus primos fomos alimentados com leite da farmácia. (Fátima)

Atendendo a Maria e Fátima, verificamos que é na geração das suas mães que o AM deixa de acontecer, correspondendo na nossa concepção à referida geração do biberon. É de referir que todas estas mães, à excepção de Joana, fazem parte das que acreditam que o leite artificial também é bom.

Joana diz-nos que **Na família reconhece-se vantagens do AM**

Mas sempre que a gente fala nessas coisas a ideia que eu tenho sempre que a gente fala nessas coisas é que é bom e que é bom para a mãe e o filho. (Joana)

Pelo que nos contou, pretendia amamentar, porém, teve insucesso devido à subida tardia de leite. Mesmo assim reflectimos que, como refere a determinada altura, sendo a mãe profissional de saúde, é possível que tenha apenas ouvido um breve discurso teórico sobre o assunto. Como diz, não sabe quanto tempo a mãe amamentou, o que aponta para a ausência de comunicação com a progenitora sobre o assunto.

A **Família incentivou a amamentar** como verificamos nas seguintes palavras

Eles [marido e sogra] diziam-me “Tu fazes mal!” (...) Portanto, eles aconselhavam-me que sim. (...) [então quer dizer dentro de casa não teve apoio para não amamentar...] Não, não, não. (...) Principalmente a minha sogra “Estás em casa, não trabalhas, podias dar o leite à menina” mas como eu estava em casa tinha tempo para dar o leite à menina. (Beatriz)

Neste caso a família indicada é a do marido, nomeadamente este e a sogra uma vez que a participante é de outra ilha mudando-se para S. Miguel quando casou.

O **Apoio do marido** é indicado por oito participantes e é entendido como apoio à decisão da esposa.

No caso de Catarina, Mariana, Ivone, Lina e Maria o marido mostrou concordância como relata o exemplo:

[E o que é que o seu marido achou dessa questão de amamentar e de...?] Ele sempre concordou comigo. (...) Sempre concordou que eu tivesse dado e concordou na altura para deixar. Portanto, não teve problema contra isso. (...) Ele era praticamente a decisão que eu achasse melhor. Era a decisão que nós tomávamos. (Catarina)

O marido de Joana não apenas a apoiou compreendeu a sua frustração por não ter sucesso na amamentação.

O marido não, então nessas coisas não faz nenhum comentário nem nada disso. (...) E o meu marido não deu. Ele percebeu que eu tinha ficado assim frustrada, não falou, nem comentou, nunca mais falámos. (Joana)

Relativamente a Ana Teresa, foi o marido quem mais a apoiou.

O meu marido [foi a pessoa que mais apoiou] (Ana Teresa)

No que concerne a Fátima o marido para além de apoiar, reconheceu a vantagem de ele próprio poder alimentar a criança.

Achava que a escolha era minha e que assim até podia alimentar ele próprio a nossa filha. (Fátima)

Riordan (2004:733) refere-se a um estudo desenvolvido por Pollock, Bustamante-Forest e Giaratano em 2002 onde os autores verificaram que 81% dos pais desejavam que a mãe amamentasse. Steiner (2005:61) apresenta o depoimento de uma mãe em que o apoio do marido torna o AM ainda mais agradável e duradouro. Junto das participantes constatamos que o apoio do marido é a influência mais representada.

No caso de Beatriz há uma ida mais além uma vez que o **Marido incentivou a amamentar** apelando à vertente económica.

O meu marido nunca se opôs [à amamentação], até pelo contrário, no sentido poupávamos nos gastos que tínhamos com a criança. (Beatriz)

Riordan (2004:733) considera que o marido é, com frequência, a principal influência e aponta as diferentes investigações levadas a cabo na América do Norte que apontam neste sentido: Cavalcante et al (2005); Pavill, 2002; Bar-Jan & Darby, 1997; Gorman, Byrd & van Deslice, 1995. Galvão (2005:111) também demonstra como o marido é importante no apoio à mãe por a conhecer e por ser, frequentemente, a pessoa mais próxima.

A **Resignação do marido** está presente nos casos de Sara, Mariana e Ana Teresa. Considerámos resignação quando as participantes nos relatam o desejo dos maridos de que amamentassem mas acabaram por se conformar com a sua decisão.

O marido de Sara recordou-lhe que o leite materno é o melhor e confrontou-a com as suas vantagens. Acabou por se resignar com a decisão da esposa o AM mas quando a criança apresentou cólicas ainda lhe disse que o leite artificial provoca flatulência.

(...) o meu marido, eu disse a ele e ele disse “Mas o leite do peito não é melhor?” (...) e eu não a posso ver sempre com fome. Ela disse “Ó, isso é contigo; queres dar... dá!” (...) ela bebia o leitinho de leite, deu-lhe dores de barriga e ele disse “Olha, já viste? Convinha teres dado era o teu... e não o de lata, porque de lata dá mais gases!” (...) E ele disse “Isso é contigo. Por mim tu dás é o leite do peito.” E ele dizia-me “Até porque não dá muito trabalho, escusas de estar a ferver biberons... e o leite do peito é quentinho na hora...” (Sara)

Pensamos que esta defesa que o marido de Sara faz do AM pode influenciar a sua crença de que o leite materno é adequado ao sistema gastrointestinal do RN. O esposo de Mariana resignou-se mais facilmente.

“Se achas que estás a fazer bem assim”; ele também tem a noção de que o leite materno é muito bom. (Mariana)

Ana Teresa, por seu lado, conta-nos que o marido ficou intrigado por umas mulheres terem leite e outras não.

E ele apenas, pronto, a minha cunhada sempre teve muito leite e ele apenas dizia “Como é que as mulheres podem ser assim tão diferentes umas das outras?” Uma teve tanto leite e outra não. (...) Nunca me disse nada. As pessoas são diferentes umas das outras. (Ana Teresa)

Consideramos interessante a sensibilidade destes maridos para com o AM se bem que, estando aparentemente mais sensibilizados que as esposas, não conseguiram fazê-las mudar a sua decisão.

O **Apoio da mãe** é sentido por Sara, Ivone, Joana, Lina, Maria e Fátima. Assim como considerámos com o marido, aqui também entendemos o apoio quanto à decisão tomada pela participante o qual é descrito de forma simples por Sara:

Eu disse “Ó minha mãe eu já não dou leite do peito porque ela está sempre com fome e eu não posso vê-la sempre com fome! E ela disse assim “Ó se achas que deves dar, dá!” Foi só. (Sara)

O referido apoio pode ser muito simples mas para algumas mulheres é extremamente importante, como se fosse a autorização que lhes traz paz quando começa a pensar em desistir. Tal é encontrado no estudo de Steiner (2005:27) em que o apoio da mãe para deixar de amamentar foi entendido como a autorização necessária e uma benção.

Já no caso de Ivone e Fátima verificamos não apenas o apoio mas o reforço da sua decisão quando a mãe recordou que ela própria não amamentara

Ah, a minha mãe não disse nada. Ela diz “tu vais fazer como tu quiseres que eu também não dei leite do peito”. (Ivone)

Também soube sempre a minha decisão e achou bem. Afinal ela fez o mesmo. Era uma mulher de carreira e eu fui sempre bem tratada e saudável. (Fátima)

Loux (1983:120; 141) explica que as meninas aprendem por imitação com as suas mães e que quando são mães, a sua tem um papel essencial na transmissão de saberes. Steiner (2005:24) encontrou várias mulheres que amamentavam e atribuíam valor a serem como as suas mães, a fazer o que elas fizeram e a terem-na como modelo.

Quanto à liberdade e à carreira apontadas por Fátima, Maldonado (2005b:110) considera que o biberon se tornou o símbolo da mãe moderna por alegadamente proporcionar a manutenção das actividades fora do lar e não se deixar prender pelos cuidados ao filho.

A mãe de Maria mostrou o seu apoio e também reforçou dizendo que ela e os irmãos também não tinham sido amamentados e sempre foram saudáveis.

Pronto, a minha mãe sempre concordou que amamentasse só que ela dizia “Não podes, não podes. Não podes fazer milagres, sacrifícios para isso”. A minha mãe também nunca se opôs a isso [que não amamentasse]. (...) A minha mãe disse “Ó Maria, as crianças pelo que se ouve os médicos falarem dizem que é bom, livra de doenças, mas isso é uma opção que tu é que tens que tomar. Não queres dar, ninguém te pode obrigar.” (...) A minha mãe. A minha mãe disse “Vocês estão aqui perfeitos, nunca tiveram doenças e foram tratados com leite de vaca, não foi com esses leites tão bons que há agora, portanto minha filha...” (Maria)

Continuamos assim a ver o papel importante das mães na maternidade da filha. Riordan (2004:716-718) reconhece esse papel primordial da avó do bebé e Galvão (2005:79) considera que a amamentação com sucesso se fundamenta em vivências e no apoio familiar, entre outros aspectos.

Uma influência a favor do AM é quando a **Mãe incentivou a amamentar**

[mãe] talvez não tenha achado tão bem na altura que eu deixei de amamentar a minha filha (...) Pronto, assim como aquela “Já vais deixar? Só tem 7 dias!” Essas coisas assim (...) Não! Não foi muito a favor que eu tivesse deixado de vez aos quinze dias (risos) (Catarina)

Catarina casou muito nova, saindo de perto da mãe para morar junto da sogra. É possível que a primeira tenha passado a ter menos influência que a segunda. Mais adiante veremos que recebeu apoio da sogra.

Em sentido inverso, Beatriz e Joana consideram que tiveram **Falta de incentivo à amamentação por parte da mãe.**

E a minha mãe também me devia ter orientado na altura. Podia-me dizer “Olha filha, eu não dei, mas se tiveres, aproveita porque é o melhor que a gente temos para dar aos nossos filhos”. (...) nunca tive orientação da minha mãe a dizer, “Um dia que sejas mãe tens que dar de mamar”, nunca tive essa orientação, nunca tive essa informação e, pronto(...) Nunca me disse nada! (...) Não, não, não, não! Nunca me deu conselhos nenhum, que sim nem que não. (Beatriz)

E depois não vale a pena, a minha mãe disse que não vale a pena estarmos a insistir também era uma frustração para mim! (Joana)

Recordamos que no primeiro caso, a mãe de Beatriz não amamentou e no de Joana não parecia haver uma comunicação aberta sobre o assunto o que possivelmente se repercutiu depois na prática do AM por parte destas participantes.

As **Crenças da mãe** fazem a filha valorizar o que a sua progenitora lhe dissera quanto à escassez de leite.

A minha mãe disse “Ó eu sou assim; deve ser de família”. (Ana Teresa)

González (1999:120) esclarece que a quantidade de leite que uma mãe tem não é da sua responsabilidade nem depende de si; depende do filho pois a quantidade tem a ver com o que mama. Minuto a minuto a quantidade é regulada pelo que a criança mamou na mamada anterior. De acordo com Daly (1995) o autor documenta que isto foi demonstrado por medições cuidadosas do aumento de volume entre cada mamada. Então, para que a mãe tenha pouco leite é necessário que a criança não mame o suficiente, que mame mal ou que deixe de mamar. Porém, Vaucher e Durman (2005: 209) apontam, de acordo com a OMS/Unicef (1993) mais algumas causas que podem levar à diminuição do leite e que são: dar outro alimento à criança que não o leite materno; usar biberons ou chuchas; e as mamadas serem curtas e pouco frequentes. Contudo, Steiner (2005:131) refere-se a mães que vêm de famílias com história de pouco leite e que também acreditam existir uma ligação hereditária.

Encontrámos **Descrédito na informação da mãe**

Não! Pronto, porque ela [mãe] já tinha sido mãe há muitos anos, não é? E as coisas mudam muito. Pronto, por isso, eu também no início também não me dirigi a ela. (Catarina)

Atendendo a todo o relato de Catarina e, chegando a este ponto, questionamo-nos se não existirá eventual falta de identificação com a sua mãe. Também nos parece que é a sogra quem assume um papel de referência.

Vemos nas suas seguintes palavras que recebeu **Apoio da sogra:**

A minha sogra também concordou comigo. (...) Não, a minha sogra nunca pode dar de mamar aos filhos (Catarina)

Atendamos ao facto de a sogra nunca ter amamentado, o que é diferente da sua mãe que o fez a todos os filhos. Para além da mãe parece-nos existir, como neste caso, uma influência por parte das pessoas que estão mais próximas. Bentley, Dee e Jensen (2003:307) referem que as mães mais jovens tendem a mudar o foco de decisão para a pessoa mais velha junto de si com mais autoridade e experiência.

Perante dificuldades a **Sogra proporciona orientação** sendo a pessoa de recurso para Sara.

Eu perguntei à minha sogra! (...) “Ó sra. Ana eu vou dar leite de lata”. Ela disse “Ó mulher, o teu é melhor! Já se sabe que o bebé ao princípio não aumenta muito.

Mas isso depois vais ficar bom!” Porque eu acho que ela também não deu muito. (...) E depois eu disse que já estava a dar o leite de lata e ela disse “Oh! Não devias fazer isso! Dá o leite de peito e depois quando vires que estás muito aflita dá o leite de lata!” Porque ela foi aquele tipo de pessoa que queria que eu tivesse dado o leite do peito. (Sara)

Se atendermos a que parece que a sogra de Sara também amamentou pouco, vemos que apesar de toda a sua boa vontade, possivelmente lhe faltou os saberes da experiência.

A **Influência da prima** fez-se sentir em Sara.

Acho que foi uma prima minha, até (suspira) [quem mais encorajou o leite artificial] (...) Isso foi assim. Isso foi um bocadinho complicado. Porque foi assim, ela também era muito nova. E ela deu, no hospital ela tentou dar leite do peito. Só que ela não tinha e ao lado dela tinha uma colega aqui [da freguesia] que tinha tido uma menina também. E a minha prima diz que chorou na altura porque não tinha peito (...) A essa bebé e ela [a prima] diz “Ah...” Ficou com aquela coisa... que a outra é que a tinha alimentado. E ela, a outra senhora, ainda hoje a vê e diz “Olha fui eu que te criei com o leite de peito” (...) Não sei... Ela na altura diz que ficou assim um bocadinho triste porque a outra tinha e já tinha não sei quantos filhos e queria [a prima] para a sua menina e não tinha. (Sara)

Nesta situação a prima foi quem mais encorajou a recorrer ao leite artificial. Ela teve dificuldades em amamentar e uma experiência pouco positiva com o AM devido a outra mãe ter amamentado o seu filho o que, de acordo com Sara, a deixa triste.

Depreendemos a existência de **Tabus familiares** nas seguintes palavras:

[sabe qual é a opinião que a sua mãe tem sobre isso?] Ah, não sei! (...) A minha mãe é muito fechada; isso era uma coisa (acena negativamente com a cabeça) que não se falava. Ainda hoje ela não fala dessas coisas com a gente. (...) A gente não falava disso. (Sara)

Na primeira dimensão encontrámos o AM enquanto tabu. Aqui verificamos que nem se fala do assunto em família, nomeadamente por parte da mãe. Watson (1985:15) considera que independentemente do que é necessário para cuidar da pessoa, o enfermeiro deve descobrir o que é significativo e importante para a mesma e não desvalorizar as suas crenças mas prestar cuidados a partir delas. No seu factor “Cultivo de sensibilidade por si e pelos outros” (p.16-19) a autora reconhece a importância do enfermeiro ser sensível e reconhecer os sentimentos da pessoa a quem presta cuidados para que esta se sinta compreendida, aceite e evolua para um nível mais elevado de funcionamento e maturidade.

Verificamos neste tema, tal como Silva (1997:179) e Riordan (2004:716-718) que as pessoas da família significativas à puérpera, como o marido/companheiro, a mãe, a sogra, as

irmãs (no nosso caso também uma prima), têm uma influência acentuada na decisão de amamentar ou não. Estas pessoas observam e manifestam a sua interpretação do comportamento do RN e da interacção entre a mãe e ele e a sua opinião e conselhos fazem parte do elenco essencial de avaliação da capacidade de alimentar e satisfazer as necessidades da criança. Quem é mãe recentemente reflecte-se nestas pessoas e avalia-se através delas.

Influência das relações de amizade

Este tema inclui as tendências relativas ao aleitamento materno por parte das amigas da participante.

Catarina, Beatriz, Lina, Sandra, Maria e Fátima referem ter **Amigas favoráveis à amamentação.**

Segundo Catarina, Sandra e Fátima, as amigas simplesmente “acham bem”, uma amiga de Sandra ainda amamenta aos oito meses e a maioria das amigas de Fátima amamentou. No caso de Beatriz, as amigas disseram-lhe que o leite materno é mais saudável, evita doenças e incentivaram-na a amamentar.

(...) aquelas poucas pessoas que me conheciam diziam “Tu fazes mal porque se tu tens vale a pena porque o leite da mãe é sempre melhor, mais saudável, evita certas doenças” E mesmo aquelas pessoas mais antigas que me iam ver, família. (Beatriz)

No caso de Lina as amigas não só a incentivaram com palavras como a tentaram ajudar a tirar leite com a bomba.

A gente experimentava, [as amigas] ajudavam-me, até tivemos aquelas bombas que puxam, a gente experimentava tudo (...) Porque elas diziam “A gente vai experimentar a tirar para dentro do biberon e dás”(...) (Lina)

Hausman (2003:94) refere-se às mulheres que conhecendo outras que amamentam, tendem a encarar o AM como natural e Riordan e Auerbach (2004:739) afirmam que quantas mais amigas que amamentam a nova mãe tem, mais provável é que amamente mais tempo. Por seu lado Galvão (2005:8), apoiando-se em Thompson e Miner (1998), constata que o meio social da mãe tem maior influência na sua decisão de amamentar do que os profissionais de saúde.

Mas Ivone, Beatriz, Ana Teresa e Fátima têm **Amigas que não querem amamentar.**

As amigas mais próximas de Ivone não amamentaram e dizem que é um sacrifício, crença que ela mostra deter. Refere-se ainda a uma influência mútua entre si e as amigas quanto ao AM pois falam sobre o assunto.

Agora, elas normal, as minha amigas, elas que vêm à minha casa elas também não dão, elas também não dão peito. (...) Eh! Elas dizem que aquilo é uma sujeição muito grande, que dá muito trabalho, que a criança quer mama a qualquer momento (...) Eu acho que elas têm razão. (...) Eu acho que elas têm razão. (...) Eu já tinha, como eu já lhe disse, eu falava até com algumas amigas minhas que estavam para ter bebês e a gente falava. (...) Mas a gente não gosta de dar, a gente não gosta de dar dois ou três meses, as amigas não gostam! (Ivone)

Segundo Beatriz, uma das participantes que acredita ser vergonhoso amamentar em público, as suas amigas também tinham vergonha de o fazer e recorreram ao leite artificial.

Também tem muitas que têm complexos de dar de mamar às crianças à vista das pessoas, vergonha. Mas também as que eu conheço dentro dos meus conhecidos, quase todas elas procuram também os leites de farmácia. (Beatriz)

Esta mãe tinha-se referido a amigas que a incentivavam o que aparenta discordância que nos mereceu aprofundamento aquando da validação dos dados. Esclareceu-nos então que as amigas da sua ilha têm uma postura desfavorável ao AM essencialmente por terem vergonha enquanto as amigas que fez em São Miguel depois de casada foram as que a incentivaram a amamentar.

As amigas de Ana Teresa disseram-lhe que amamentar magoa e provoca fissuras não o querendo fazer por isso.

As [amigas] que eu conheço não. (...) umas dizem “Ah, eu não dou que aquilo dói tanto!”, as outras “Ah, aquilo faz cortes”. Algumas pessoas fazem cortes. (Ana Teresa)

Quanto a Fátima, as suas amigas não amamentaram para estarem mais livres.

Do que falamos e do que me dizem por causa de estarem mais livres para sair. (Fátima)

Anteriormente verificámos que esta mãe acredita que “amamentar restringe a liberdade”.

As **Amigas falam sobre o AM** é-nos relatado por Ivone, Joana e Ana Teresa de que apresentamos o seguinte exemplo.

(...) e sempre falámos nisso (...) é que era bom e que se deve fazer. (...) É sempre essa a minha ideia e quando falo com as minhas amigas basicamente é nisso e elas, principalmente essa, também concorda comigo. (Joana)

De acordo com Catarina e Sara o **AM não é tema de conversa com amigas**.

[(...) amigas? Como é que tem sido?] Quer dizer... eu já tenho algumas que têm bebés mas nunca tive curiosidade de lhes perguntar se amamentaram ou não. (Catarina)

Não! [fala com as amigas sobre A.M.] Nisso não! (Sara)

Mesmo atendendo que entre amigas se fazem confidências e se falam de assuntos íntimos, Steiner (2005:XIII) reconhece que em alguns meios, raramente se fala de AM. Se atendermos a que geralmente as confidências mais íntimas são feitas com amigas perguntamos “Com quem falarão estas mães sobre o AM?” “Ou não o fazem, de todo?” Munidas destas questões colocámo-las às participantes aquando da validação. Ambas respondem de modo semelhante: trabalham muito e a convivência com amigas é escassa. No caso de Catarina nem teve licença de maternidade pois voltou ao trabalho quando a criança tinha dez dias de vida. Isto leva-nos a pensar que o tema não é sequer abordado mesmo entre amigas e recordamos que Catarina demonstra a crença de que o AM é tabu.

A **Pouca partilha de experiência de AM com amigas** é referida também por esta participante.

Cheguei até a perguntar a uma se dava de mamar à criança, ela chegou a dizer que dava. Mas também não sei quanto tempo... (Catarina)

Esta participante já nos esclarecera que tinha pouco tempo para conversar com as amigas o que notamos de novo quando diz “Cheguei até a perguntar...”

A partilha de experiências sobre amamentação é muito importante para a aprendizagem. Quando a mãe não tem com quem falar ou partilhar as suas dúvidas, qualquer problema ou contratempo pode assumir proporções que acabam por conduzir ao insucesso do AM. Mas se as mães não tiverem com quem partilhar como o poderão fazer?

Yalom (2000:119-121) na sua perspectiva histórica relata que na Idade Média a mulher que era mãe pela primeira vez sofria muito se não sabia amamentar por não o ter aprendido a fazer uma vez que esta prática não é instintiva e tem de ser aprendida. Actualmente há uma alternativa fácil a este sofrimento: a não amamentação.

Joana, Sandra e Ana Teresa têm **Amigas que não conseguiram amamentar**, alegadamente por falta de leite.

Amigas?... Tenho uma que teve um bebê um ano antes de eu ter a minha que também não deu, não deu porque não tinha mas também tinha muito gosto em dar.
(Joana)

Estas três mães detêm crenças de condições físicas que são favoráveis ou desfavoráveis ao AM ou que o facilitam ou dificultam. Se antigamente as mulheres aprendiam a amamentar umas com as outras vemos que tal como referem Riordan e Auerbach (2004:732-733) cada vez menos a nova mãe tem alguém com quem possa aprender. Antes pelo contrário, as mães vão lidando com outras que não têm sucesso o que possivelmente desencadeia um processo em cadeia em que vontade – incapacidade – insucesso, leva ao desencorajamento.

As **Amigas interromperam a amamentação** segundo nos contam Sara e Sandra

As minhas amigas?... Tive uma agora que teve um bebê que tem 1 ano. Eu acho que ela também deu foi pouco mais de uma semana. (...) ela também deu foi leite de lata. **(Sara)**

(...) a maior parte desistiu. (...) ou porque o bebê não pegava ou depois porque mamou outro leite porque era à base de suplemento, mama e suplemento, depois davam sempre o suplemento e não davam a mama que o bebê não queria a mama.
(Sandra)

Acreditamos que se aplica aqui a já debatida identificação com as amigas denotando-se uma base cultural de falta de apoio/falta de valorização do AM. Estudos de Janke (1992, 1994), Riordan e Koehn (1997) e Dick et al (2002) apresentados por Hewat (2004:673) demonstram que a falta de apoio de pessoas significativas e dos profissionais de saúde é um dos factores responsáveis pela interrupção precoce da amamentação.

Mariana e Fátima dizem que as **Amigas concordam com a sua decisão**.

As minhas amigas concordaram também comigo. Também têm a noção de [tabagismo] fazer mal. (...) Sim! [falava com as amigas no assunto] (...) Como eu já lhe expliquei, explicava isso a elas e elas concordavam comigo. **(Mariana)**

Sempre me respeitaram. As que amamentaram e as que não amamentaram. As minhas colegas também. **(Fátima)**

Há **Resignação das amigas** de Joana, Lina e Sandra face à sua não amamentação, a qual demonstraram quando compreenderam porque não o fez.

Sempre, sempre! “Estás a dar de mamar?” e é a primeira pergunta [das amigas]. (...) “Ah! Porquê?” (...) O porquê, depois a explicação é dada, “Oh! Paciência!”, “Paciência!” (risos) **(Sandra)**

Behrmann (2005:43-44) conta o caso de Latha, uma mãe pela primeira vez que enfrentava dificuldades e se encontrava fora da sua cidade de origem. Com apoio de duas amigas e também tendo-as visto amamentar, ultrapassou as dificuldades.

Influência das relações com pessoas conhecidas

Incluimos neste tema a influência daquelas pessoas que as participantes não identificam como familiares ou amigas.

Catarina, Ivone, Joana, Sandra e Fátima consideram que tiveram **Apoio de todas as pessoas**.

Eu tive, tive apoio de toda a gente, não tive ninguém que dissesse que não... toda a gente me apoiou! (Ivone)

O que é que acharam [pessoas mais próximas]? Não se referiram... (...) Não! Foi opção da mãe, isso não aconteceu, paciência. Olha paciência! (Sandra)

Neste tipo de influência considerámos o apoio à decisão da mãe em não amamentar ou em interromper a amamentação.

Há problemas que não se vêem. Watson (1985:2007) considera que perante os mesmos (e as razões para não querer amamentar podem não ser visíveis nem sequer conscientes por parte das mães) e para ajudar a encontrar soluções os enfermeiros podem incidir nos significados que as pessoas atribuem às suas experiências. Galvão (2005:6) defende de acordo com Martins e Moleiro (1994), que a mãe que não quer amamentar não deve ser culpabilizada pois por detrás desta decisão está uma determinada sociedade com os respectivos hábitos, cultura, valores e mitos.

Existem **Pessoas conhecidas que não querem amamentar** como nos sugere este relato:

Pronto há mães que são assim, há mães que não são (...) [Quer dizer que a Lina conhece pessoas que não quiseram amamentar mesmo?] Sim! Mais ou menos...(Lina)

Já Ana Teresa aponta casos de receio de dor e da criança dar dentadas

(...) Porque há aquelas mulheres que eu também conheço, mulheres que têm receio e que não sabem “Ah, não sei se eu quero dar, se eu não quero dar.” Que ficam sempre na dúvida “Ah não sei se aquilo dói!”. Porque também às vezes ouvem a

outra falar “Porque aquilo dói quando o bebé começa a puxar.” Isso assim... (...) “Ah, se o bebé puser ali a boca isso vai doer ou dar dentadas.” (Ana Teresa)

Mas também tem **Pessoas conhecidas favoráveis à amamentação.**

E não falta mães que amamentam... até conheço mães que amamentaram até um ano de idade do filho. (Ana Teresa)

o que vem no seguimento anterior e leva esta mãe como expomos no capítulo das “Crenças” a acreditar que a amamentação não magoa pois como declara “se assim fosse mãe nenhuma queria amamentar”.

Perante a sua falta de leite as **Vizinhas aconselham medidas para ter leite** a Ana Teresa.

Também na altura as minhas vizinhas disseram se a gente bebesse chá com leite dava leite que aí é que fazia a grávida ter bastante leite. (...) isso já foi depois do meu filho ter nascido. (Ana Teresa)

Esta informação foi obtida depois da criança nascer e referia-se a cuidados que supostamente a mãe devia ter durante a gravidez. Ana Teresa passou a acreditar nisso e a estar disposta a fazê-lo numa próxima gravidez.

De acordo com González (1999:121-122) as mães questionam-se frequentemente sobre o que fazer para ter mais leite mas o que têm de fazer é verificar o seguinte: se a criança mama o suficiente o que pode ter a ver, para além de estar doente, com ter-lhe sido dada água, soro glicosado ou outro alimento, especialmente leite artificial; se o bebé mama mal por pega inadequada ou porque se habituou a chuchas e biberon; se o bebé deixou de mamar porque lhe impuseram um horário ou porque foi entretido com chucha. Preocupadas com sintomas que atribuem a fome, muitas vezes as mães decidem adoptar medidas para ter mais leite que podem ser inofensivas mas algumas vezes adoptam medidas que não apenas são ineficazes como podem ser perniciosas por alterarem a naturalidade fisiológica da amamentação como é o caso de estabelecimento de um horário rígido.

Temos vindo a verificar que os aspectos estéticos são importantes para Fátima cujas **Pessoas conhecidas acreditam que amamentar torna as mamas feias**

Também há aquela ideia de que o corpo fica diferente, os seios ficam mais flácidos, com estrias e feios. (Fátima)

A participante acredita, tal como as pessoas conhecidas, que amamentar altera a estética do corpo. Esta crença não é rara mas possivelmente têm maior influência numa mulher mais sensível com a estética. Galvão (2005:119) reconhece que o sucesso do AM também

depende da comunidade em que a mãe está inserida e, como nos diz Fátima, na sua existe a ideia de que amamentar estraga o corpo.

A Influência da opinião das visitas na interrupção da amamentação foi evidente e crucial para Sara.

Depois, já se sabe, vem as visitas. E depois ela estava sempre a procurar (faz gesto da boca da criança que procura). Ela “Ah, essa bebé está sempre cheia de fome, não das comida a essa bebé?” E eu “Eh mulher! Então não dou?!” (...) “Ah, porque se calhar o teu leite é fraco, se calhar não presta. Devias dar era leite de lata!” (...) Todas as pessoas que vinham aqui diziam sempre que ela estava cheia de fome. (...) “Olha, eu fiquei foi pelas coisas delas e no fim devia era ter dado o leite do peito e não de lata” (...) Essa coisa... Pronto, essa coisa “Elas hão-de dizer que eu não trato dessa bebé!” Lá então dei o leitinho de lata. (...) depois as pessoas faziam uma festinha, ela chorava e disse “Olha, ela tem é fome. Vocês vão-me desculpar, eu vou-lhe dar o peito.” E tornava a dar-lhe. E depois ela bebia, bebia e depois elas “Ah, essa pequena está a beber muito mas nunca está satisfeita.” (...) Mas pronto fiquei “Ah, elas dizem que a bebé está sempre cheia de fome, vai-se dar leite de lata.” (...) Depois fiquei desiludida, uma dizia uma coisa, outra dizia outra, eu disse... esmoreci. (Sara)

Quando nos relata estes acontecimentos a participante demonstra perplexidade e contrariedade por se ter deixado influenciar. O RN mama com muita frequência, o que é normal e as mães necessitam de saber e de ser tranquilizadas sobre este aspecto. Pensar que o seu leite é fraco e que não alimenta a criança gera ansiedade, frustração e sensação de inadequação e de incapacidade/falta de poder. Pessoas com conhecimentos práticos e teóricos que estejam dispostas a ajudar podem fazer toda a diferença.

Riordan (2004:89-90) apresentam os trabalhos de Hornell et al (1999), Howie et al (1981) e Quandt (1986) em que se verifica que a criança mama em média oito vezes por dia durante os primeiros seis meses.

Steiner (2005:8-9) e Maldonado (2005b:116-117) reconhecem que as pessoas que circundam a mãe dizem, por vezes, coisas bastante negativas como por exemplo, com o AM a criança nunca se irá desenvolver e crescer adequadamente e, portanto, é preciso persistência pois a vulnerabilidade da nova mãe nas primeiras semanas leva a que facilmente se mine a sua confiança. Sara tem a crença de que o leite materno não satisfaz a criança, que o bebé não sabe mamar e que tem maior confiança na quantidade que ingere no biberon.

A CPAM (2007:19-20) defende que é essencial ter confiança na mãe pois se foi capaz de trazer consigo o filho durante os nove meses de gestação, saberá como o alimentar pelo que todas as mães, se ninguém complicar, encontrarão o modo de o fazer.

Influência das relações com o meio circundante

Por meio circundante entendemos o meio envolvente, podendo ou não ter a ver com pessoas, neste caso que não são as relações directas e excluindo profissionais de saúde, uma vez que a cada um destes grupos foi atribuído um tema específico.

Há **Comparação com outras mulheres** nas situações de Lina e de Ana Teresa.

Eu conheço casos de pessoas que já na gravidez tiveram leite. Eu nunca fui assim. Por exemplo a minha cunhada teve recente agora e ela aos oito meses já tinha leite e eu nunca tive isso. Nunca tive assim correntos de leite nem nada. (Lina)

(...) a minha irmã mais velha é que teve os filhos primeiro. Ela tinha muito leite e ela tinha alturas em que o bebé estava dormindo e não bebia, os peitos pingavam para a blusa e eu não. Isso nunca me aconteceu; eu nunca sujei a roupa com leite. (...) E isso eu notava a diferença. Eu dizia “mas a minha irmã sujava e eu nunca sujei”. É porque realmente eu não devia ter leite! Eu pensava muito nisso! (Ana Teresa)

Estas duas participantes acreditam na existência de condições físicas favoráveis ou desfavoráveis, que facilitam ou que dificultam o AM e Lina acredita ainda que as mães submetidas a cesariana têm problemas com o AM. Pensamos que estas crenças possam ser adquiridas por comparação. No seu estudo, Silva (1997:164-165) encontrou mulheres que se comparam com outras, quer a seu favor quer a seu desfavor.

Catarina sabe que há **Pessoas que se preocupam com a estética da mama**

Há quem se importe muito [com a estética da mama] mas eu não! (Catarina)

Declara, porém, que isto não se aplica a si. No seu estudo, Silva (1997:141) demonstra que há mulheres que não se importam com questões estéticas afirmando que não receiam ficar com as mamas flácidas ou que isso não lhes importa.

Desmistificando, Vaucher e Durman (2005:212) explicam que o AM não provoca flacidez mamária mas sim o seu suporte sem a devida sustentação. De modo semelhante, Maldonado (2005b:113) considera que se trata de um mito pois as mamas tornam-se flácidas de acordo com a resistência das estruturas mamárias, o que acontecerá quer a mãe amamente ou não. Contudo, a autora reconhece que é um dos principais motivos para ausência ou interrupção precoce do AM.

Durante toda a entrevista e novamente na validação Mariana mostra uma forte personalidade e **Indiferença quanto à opinião alheia.**

[o que é que as pessoas mais próximas de si acharam disso?] M – É assim, o que me interessa é o que eu sinto! (...) É o principal para mim. É a minha opinião, a opinião do meu marido e pronto! (Mariana)

Esta indiferença, porém, não se estende ao marido, cuja opinião lhe é importante.

Talvez este aspecto retrate uma situação em que a família nuclear tem cada vez mais proeminência relativamente à alargada. Loux (1983:215) refere-se à perda e, consequentemente, das tradições. Perdeu-se a pessoa experiente, a matrona ou a pessoa idosa da aldeia. Agora a profissionalização da vida quotidiana substitui-as. Perderam-se os rituais. É o preço a pagar pela evolução. Mas, perguntamos nós, e quando as pessoas, neste caso, as novas mães estão numa situação em que não podem contar com a vertente tradicional mas em que os profissionais também não dão resposta? E num ciclo que volta ao seu início ressurgem a premente necessidade de um acompanhamento mais próximo e uma aproximação cultural dos enfermeiros às pessoas porque como declara Duarte (2002:15) de acordo com Fabb (1995) as pessoas não estão dispostas a aceitar as orientações dos profissionais de saúde se estes não forem ao encontro das suas crenças.

Fátima teve oportunidade de **Ver mãe amamentar em público** e refere que o AM nunca foi do seu agrado

*[Viu amamentar] Uma ou duas amigas, em salas de espera e até num café (...)
Nunca achei muita graça... (Fátima)*

O AM é entendido como exibicionismo nos actuais estereótipos sexuais. Assim o considera Hausman (2003:45; 50) e perante tal realidade o leite artificial surge como uma forma culturalmente aceitável de alimentar a criança. Relata que mães que amamentam são alvo de olhares desaprovadores quando o fazem em público. Cleveland e McCrone (2005:117) reconhecem que nos Estados Unidos muitas pessoas se sentem incomodadas por verem uma mãe a amamentar mas Steiner (2005:34-35) explica que há regiões onde é comum enquanto em outras é muito raro. Defende que o AM não é obsceno; faz parte da maternidade e apresenta o depoimento de uma mãe que antes de o ser, vira amamentar em público e ficara horrorizada. Porém, quando teve um filho, foi capaz de o amamentar.

Catarina experimenta o **Apoio de outras puérperas na maternidade.**

Tinha, por acaso tinha uma rapariga que já tinha sido mãe uma vez, portanto, explicou-me qualquer coisinha. Foi graças à ajuda dela que eu comecei a dar leite

à minha filha (...) Como eu já lhe disse, foi uma rapariga conhecida, por acaso conhecida naquela altura que depois também entrou outra que eu já conhecia também que, pronto, me deu umas dicasinhas de como é que havia de fazer, como é que não havia. (Catarina)

O apoio de outras mães é importante, contudo, não nos parece que no pouco tempo de internamento seja o mais indicado nem da forma como Catarina nos conta porque todas as mães necessitam de estar disponíveis para os seus filhos e, a menos que esse apoio tenha a supervisão profissional, pode gerar stress em ambas. É aos enfermeiros que cabe, especialmente, a responsabilidade de apoio.

Corroborando informações anteriormente fornecidas Beatriz afirma que **Na ilha onde cresceu raramente se amamenta.**

[em S. Maria as mães costumam amamentar?] Raramente. (...) Só mesmo alguma lá por outra que se ouve falar que dá leite. (Beatriz)

e que **Na infância e na adolescência nunca ouviu falar de AM**

Não me lembro! Não me lembro! [se na infância e adolescência ouviu falar de A.M.] (...) Não, nunca ouvi falar. (Beatriz)

Estas duas influências levam-nos a falar numa cultura de amamentação que parece ausente em alguns locais. Numa cultura de amamentação, segundo a interpretação que fazemos de Riordan e Bocar (2004:689) a mãe inexperiente procura na sua mãe, irmãs mais velhas, primas, tias e avós o apoio emocional para criar a criança e amamentá-la. Sendo contrário ao que nos diz Beatriz, a imersão no AM implica estar numa cultura em que ver uma criança à mama é normal e agradável. Pereira (2006:50;65) defende que o contacto com o AM se inicia na infância quando a criança o começa a ver na sua família.

Joana afirma que **Nunca vira uma mulher amamentar**

Não! Nunca vi, directamente [mulher a amamentar] Vi a que estava ao meu lado, entrou no dia a seguir e deu peito. (Joana)

Neste caso, a primeira vez que viu alguém fazê-lo foi na maternidade, nomeadamente, a companheira de quarto.

Steiner (2005: 5-6) constata que muitas vezes a mulher não tem a quem recorrer quando surgem problemas e que isso faz com que amamente pouco. A mesma autora (p. 41-42) apresenta casos em que as mães mesmo sabendo intelectualmente que o AM é o melhor

nunca viram ninguém amamentar e não fazem a mínima ideia de como é esta prática na realidade. Fica então um campo aberto para intervenção dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros.

Influência das relações com os profissionais de enfermagem

Como veremos, as relações das participantes com os enfermeiros incluem vários perfis de actuação ou, pelo menos, de atribuição de sentido à mesma por parte destas mães, as quais relatam **Diversas reacções das enfermeiras à sua decisão.**

Perante a decisão frontal de Ivone em não amamentar a reacção das enfermeiras foi, segundo nos diz, a que se segue.

É assim, na maternidade teve de tudo [reacções das enfermeiras] (...) teve aquela enfermeira que veio e disse “vais dar peito ao teu bebé!” E eu disse “Eu não vou!” e então ela disse “Ah, mas eu vou-te pôr o bebé ao peito.” Até me apeteceu dar um empurrão na enfermeira. Mas pronto, disse “Não Sr.^a Enfermeira eu não vou dar peito! E quem manda em mim sou eu!” (voz enfática e compassada) e ela, pronto, ela então foi-se embora zangada que ela nunca mais veio ao meu quarto. E depois ela foi-se embora. Depois tinha aquela enfermeira que dizia “Não queres dar peito? Pronto, não dás, tu é que sabes. A criança é tua, tu é que sabes. E as maminhas são tuas!” E então essas não me chatearam mas tinha aquela que queria me chatear, queria me obrigar. Eu disse “Não, ninguém me vai obrigar aqui, era o que faltava!” (Ivone)

Existiram reacções diferentes, consoante as enfermeiras. Galvão (2005:114-116) constatou que as mensagens sobre AM são divergentes entre os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros relativamente à valorização do AM e conteúdo de informação.

De acordo com Ivone, houve uma enfermeira que quis obrigá-la a amamentar, desencadeando-lhe uma reacção mais agitada, acabando por declarar que a decisão era sua e não o queria fazer. Porém, também existiram enfermeiras que respeitaram a sua decisão.

Watson (2002) defende que quem cuida compreende as outras pessoas e os seus sentimentos enquanto quem não cuida é “insensível para com o outro, como ser individual único, não percebendo os sentimentos dos outros e não distingue necessariamente uma pessoa da outra” (p. 64). A autora acrescenta que cuidar implica interagir com a outra pessoa com consideração e empatia. Já em 1985 a autora explicando o factor de cuidar “Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança” (p.23-50) enfatizava o respeito e a consideração do enfermeiro para com as pessoas de quem cuida, reconhecendo que os

direitos mais básicos dos clientes nem sempre são respeitados se bem que os profissionais de saúde possam não o fazer intencionalmente mas por falta de atributos de cuidar.

Vaucher e Durman (2005:214) aconselham a que os profissionais de saúde nunca ridicularizem nem desrespeitam as crenças da mãe pois se o fizerem estão a prejudicar a relação de confiança. O respeito, empatia e compreensão dos enfermeiros podem ajudar as mães a iniciarem e a manterem o AM.

Beatriz apresenta um relato com aspectos semelhantes ao anterior e outros diferentes:

Diziam, “Ó mulher, mas porquê? Quantas mães que muitas vezes querem dar e não têm. Tu tens com fartura e não queres dar!” (...) Ficaram um bocado chateadas, claro que elas ficaram porque se eu “tinha porque é que não dava?”. Até fizeram... até houve uma altura que fizeram uma repisa: chegou a hora de dar o biberon e a Sr.^a enfermeira não veio fazer. Ela disse: “Tu tens aí, dá à tua filha”. Portanto e eu disse a ela que não dava. E a criança claro que chorou, chorou e até na altura chamaram-me se não me engano, que eu era criança e era estúpida. Dando a entender que eu estava a desperdiçar uma coisa que não sabia que estava a desperdiçar. (Beatriz)

As enfermeiras não compreenderam porque não amamentava, pois possuía leite. As suas reacções foram do apelo ao insulto passando pela represália.

Enquanto profissionais de enfermagem este relato afigura-se-nos preocupante já que se represálias e insultos são inaceitáveis na boa vivência social, são-no muito mais numa profissão em que a relação de ajuda e de confiança constituem as pedras basilares.

Hausman (2003:92) declara que as mães que dão biberon não o fazem por serem estúpidas ou por não terem informação sobre os benefícios do AM. Procedem de acordo com as suas crenças sobre os cuidados à criança, nutrição, corpo materno e prioridades da vida.

Por seu lado, Steiner (2005:133) constata que muitos defensores do AM têm uma visão curta e são intolerantes enquanto Tennant, Wallace e Law (2006:152) declaram que as práticas dos profissionais de saúde podem ter um efeito negativo devido à sua falta de conhecimento e por acções desadequadas.

Watson (2002:112) considera que a relação do enfermeiro com a pessoa a quem presta cuidados, de natureza transpessoal, depende do compromisso para proteger e promover a sua dignidade, em que é o cliente que determina o que esta significa para si, devendo o enfermeiro compreender e detectar os sentimentos e a condição íntima da pessoa atendendo ao que faz, diz, como se comporta, pensa, exprime e atendendo ao que lhe é interior como sentimentos e pensamentos.

O insulto volta a aparecer no que Sandra nos conta a par com diferentes modos de entender a sua decisão.

A senhora [enfermeira] “pronto, opção da mãe, O.K. A mãe quer desistir tudo bem”. (...) Só que depois da mudança de turno entrou outra equipa (...) Juntamente com a visita médica veio uma senhora também enfermeira (...) Fui maltratada fui! Virou-se para mim e disse que eu não queria saber, não queria o bem do meu filho. Exactamente por ter desistido de amamentar. Porque foi assim, o médico perguntou “A mãe está a amamentar?” A enfermeira disse que sim e eu disse “estava! Desisti hoje às sete da manhã”. E então aí foi a descompostura, digamos. (...) Uma coisa horrível. (...) Pronto a senhora virou-se para mim que era muito mais económico que eu ia poupar 100 euros mensalmente, que não queria bem ao meu filho, que devia era dar de mamar. (Sandra)

De acordo com Mota (1990) apresentado por Silva (1997:24) muitas vezes é atribuída à mãe a responsabilidade da amamentação de um modo opressivo e violento, imputando-lhe a responsabilidade das consequências da sua falta na saúde física e emocional do filho. Esta é uma forma redutora e simplista de encarar um assunto que é complexo.

Watson (1985) no que concerne ao factor de cuidar “Promoção de ensino aprendizagem interpessoal” (p.69-80) constata que tradicionalmente os enfermeiros têm incidido tanto nos aspectos de ensino que deixam de parte os aspectos interpessoais e de aprendizagem relacionada com o cuidar. O ensino tende a ser isolado, dizendo à pessoa, o que deve fazer de acordo com o que está protocolado e centrado no profissional e não na pessoa o que leva à ineficácia.

O relato de Maria denota a sua firmeza mas também aspectos que consideramos insólitos advindos da prestação de cuidados de enfermagem como a pressão exercida para amamentar que a leva a descobrir onde está o leite artificial e a ir buscá-lo às escondidas.

E as enfermeiras diziam-me “Ah mas tem que dar!” (...) E eu disse à sra. Enfermeira “Ó sra. Enfermeira, mas eu não quero dar!” “Mas a menina tem que dar que isso é bom!” “Eu não estou dizendo que não sejam bom!” (...) E até de noite eu levantava-me e num sítio que até lá no hospital onde tinha os biberons e eu fazia o leite para a minha filha às escondidas. (...) Não davam! Queriam que eu amamentasse, queriam-me incentivar a dar de mamar. (...) [Do que eu percebi enquanto estava no hospital as enfermeiras pensavam que amamentava.] Sim! Nunca se aperceberam que eu ia fazer o biberon. Só que era assim, elas também me davam o biberon porque sabiam que a criança não ficava satisfeita. Mas não era; era quando eu não podia ir fazer o biberon a pequena ficava com fome e então... Isto foi da mais velha. Da mais nova eu decidi e as enfermeiras concordaram comigo. Era uma opção que eu tinha tomado. (...) Fizeram-me ver que eu estava errada e essas coisas todas mas disseram “É uma opção que a senhora está tomando”. (...) Aceitaram, a equipa que eu apanhei, lembro-me perfeitamente, era outra equipa que eu apanhei. Tudo diferente. Fizeram-me ver que o caminho certo era dar amamentação mas já que eu não queria dar mama, pronto, era uma opção minha. (Maria)

Vimos anteriormente que esta mãe não amamentou pela repugnância que sentiu devido ao estímulo erótico que a amamentação lhe provocava. Acredita mesmo que amamentar é sexualmente repugnante. Neste relato fala em equipas diferentes o que se compreende pela existência de sete anos de intervalo entre o nascimento das duas filhas. Porém, nas participantes anteriores verificámos a existência de reacções diferentes no mesmo internamento. Defendemos que a prática de enfermagem seja pautada por intencionalidade sem deixar aspectos essenciais ao critério de cada enfermeiro.

Há que atender à asserção de Loux (1983:85) de que um erro comum na educação para a saúde é fazer tábua rasa das crenças. Tal como Couto (1994:32;36) refere, na educação para a saúde devem considerar-se os factores predisponentes como crenças, atitudes e interesses, os quais são uma fonte de motivação.

No trabalho de Silva (1997) que temos vindo a confrontar por ter resultados que se assemelham aos nossos, algumas mães sentiram-se pressionadas pelos profissionais de saúde a amamentar sob formas que foram desde o aconselhamento e orientação a exigência e “amamentar por obrigação” (p. 185). Para respeitar uma cliente há que saber ouvir e para tal, dar espaço para falar. Significa centrar os cuidados nela e ser seu advogado.

A experiência de Fátima tem contornos diferentes

[A Enfermeira] Disse-me que a opção era minha e que ía escrever para depois as colegas saberem qual era a minha opção. (...) Então a senhora enfermeira perguntou-me se eu estava certa da minha opção e das vantagens que amamentar tinham para mim e para a criança. Eu disse que sim! (...) E a enfermeira comentou “Mas agora que já viu a sua menina e a tem perto de si até podia mudar de ideias...” (...) Compreendeu e nunca mais me tocaram no assunto. (Fátima)

Passando por uma fase de uma certa contestação da sua decisão esta é, porém, mais facilmente acatada do que a de qualquer uma das outras mães. Questionamo-nos porque terá havido esta diferença. Para além de existirem reacções diferentes conforme os enfermeiros há a assertividade da cliente. Mas no relato de Ivone, por exemplo, também descortinamos assertividade, e mesmo assim, houve insistência levada a extremos menos desejáveis. Esforçando-nos por não fazer juízos de valor encontramos em Fátima um diferença relativa às outras participantes: é a única licenciada. Duarte (2002:41) constata que os sistemas de saúde podem ser diferentes consoante a classe social pois até mesmo a comunicação é melhor com as pessoas de classe média do que com as de classe trabalhadora.

Quanto à **Orientação recebida na maternidade** há o seguinte:

Eu sei dessas informações todas [alimentação da mãe que amamenta] que me foi dada no hospital, antes de sair. (...) A enfermeira foi muito simpática e explicou-me isso tudo, o que eu podia e o que eu não podia fazer. (Mariana)

(...) a enfermeira explicou que devido à anestesia retardava mais um bocadinho. Acho que sim [foi dada informação na maternidade sobre o A.M.] (...) Elas diziam “Vais experimentar mais uma vez, a ver se o bebé quer. Experimentas de uma para a outra. Vais controlar pelo relógio, assim duas horas. Se ele chorar entretanto sempre é porque tem fome, que não estava cheio”. E depois quando elas vinham perguntavam se ele estava bom, se não estava. (Ana Teresa)

Em ambos os casos existe orientação das enfermeiras nomeadamente sobre a alimentação e sobre o aparecimento do leite, a técnica da mamada e questionamento se a criança mamara bem. Na orientação às mães é indispensável que se atenda às constatações de Kitzinger (1996:19; 21; 23), da sua necessidade de serem informadas e não aconselhadas e que se deixe que façam as suas escolhas de modo a poderem agir naturalmente uma vez que nas maternidades o que acontece é uma imposição cultural muitas vezes estranha à mulher. De acordo com Riordan e Bocar (2004:697) a intervenção e apoio dos profissionais de saúde durante a estadia na maternidade podem constituir uma diferença positiva (ou não) no estabelecimento e duração da amamentação. Steiner (2005:22) é porta-voz que consideram esta estadia como uma oportunidade de obter dos enfermeiros a orientação de que necessitam sobre aspectos básicos do AM.

Ivone declara que **Na maternidade as enfermeiras explicaram os benefícios do AM**

Ah, elas explicaram que é muito bom, que é o melhor para o bebé, que evita doenças. Disseram aquelas coisas todas (...) Elas tentaram capacitar a minha cabeça para eu dar leite mas eu sempre disse que eu não ia dar leite e portanto, eu não dei! Não tinha mais nada para dizer que eu não dei! (Ivone)

É nosso entendimento que mesmo se a mãe expressa a sua vontade de não amamentar os enfermeiros devem validar a decisão e esforçar-se por descobrir em que se baseia, esclarecendo a importância mas depois dar o espaço necessário para decidirem, respeitando a sua decisão. Ou seja, a informação deve ser proporcionada a menos que a mãe declare que não a deseja.

Watson (1985:201-202) refere-se ao fomento da satisfação das necessidades intra pessoais de ordem superior em que a enfermeira

(...) has an obligation in regard to her own level of development in order to promote higher level growth in herself or himself and others to be aware of one's own needs and to recognize one's own inner

longings for growth and development. That establishes the foundation for making free and rational decisions, it places the person in control over his or her life and its events, and it bestows the ability to accept reality without undue anxiety and misperceptions. (p. 201)²⁸

Quanto ao AM, Maldonado (2005b:117) defende que o encorajamento ajuda a mãe a superar as dificuldades que costumam surgir no início especialmente por estar mais vulnerável e qualquer mensagem que interprete como crítica ou desencorajamento pode provocar ansiedade e falta de auto-confiança colocando o sucesso da amamentação em perigo.

Também relativamente ao internamento Catarina, Sara e Sandra referem a **Falta de apoio das enfermeiras na maternidade**

Sandra não é particularmente concreta:

No lugar de me esclarecerem... Acho que não me esclareceram [quando comunicou que desistia de amamentar]. (Sandra)

Mas no caso de Catarina e Sara é diferente.

Nunca tive ninguém ao pé. (...) porque lá as enfermeiras não dão grandes apoios. (...) Mas pronto, explicar como é que se dá de mamar, nada disso. (...) nunca me explicaram, não senhora. (...) porque a gente chega ao hospital e eles não dizem completamente nada. (...) A gente sente-se abandonada. (Catarina)

Esta falta de apoio, no entender de Catarina, passou por não ter uma enfermeira junto que si, pela falta de explicação de como se amamenta e por se sentir abandonada. Em sentido inverso, referimos o caso de uma primípara, Ann Allen, apresentado por Behrmann (2005:39) que logo após o nascimento e maravilhada com o seu bebé não sabia o que fazer e a enfermeira disse-lhe que iria amamentar ajudando a criança a pegar na mama. Enquanto esta mamava a enfermeira fez um sinal encorajador à mãe, com o polegar para cima, e disse “Vocês as duas fazem uma equipa perfeita!”. A mãe conta então que ficou muito orgulhosa, confiante e segura. Vemos pois o quão uma intervenção de enfermagem atenta e de apoio é importante para uma mãe que esteja pouco segura, tornando-a capaz de acreditar em si e de enfrentar as dificuldades.

²⁸ tem uma obrigação relativamente ao seu próprio nível de desenvolvimento no sentido de promover um mais elevado nível de crescimento em si própria e nos outros e estar consciente das suas necessidades para reconhecer os seus próprios desejos de crescimento e de desenvolvimento. Isso estabelece os alicerces para tomar decisões livres e racionais, coloca a pessoa no controlo da sua vida e acontecimentos e fomenta a capacidade de aceitar a realidade sem ansiedade ou maus entendidos desnecessários. (Tradução livre, nossa)

Sara é ainda mais concreta.

E eu saí [da maternidade] e elas [enfermeiras] nada me disseram! (...) Elas lá não me disseram (...) Não, elas só chegavam e diziam assim “O bebé já bebeu?” Eu disse “Já sim, senhora” [O que é que lhe explicaram sobre o AM?] Completamente nada! (...) Acho que agora é assim. Até que eu disse “Ó senhora vou dar peito!” “Ah, está bem, está bem!” Eu disse que ia dar, ia dar mesmo. Mas é a tal coisa, devia-se ajudar, que esse leite é o melhor e o que é que se tem que fazer e o que é que não se tem que fazer e o bebé assim... Mas elas não (...) Eu acho que sim! Porque foi assim, eu saí e fiquei sem saber o que é que eu havia de comer. Vim para casa. Eu disse “Ah, eu vi lá aquelas coisas” mas eu também já não me lembro. O que é que eu posso comer e o que é que eu não posso comer. (...) Mas é a tal coisa, a gente se for mais esclarecidas e o que é que tem que se fazer e o que é que não tem. E depois daquela coisa do leite ser fraco... Ela também podia ter dito “Olha, no fundo eras muito novinha, já não te lembras. O leite no princípio é assim.” Não!
(Sara)

Ao relatar a sua experiência esta mãe dá indicações sobre informação que teria sido importante para si. A estadia de uma mãe na maternidade é uma oportunidade como indicam vários autores entre os quais Galvão (2005:150), de receber orientação de enfermagem que a prepare para a alta. Atendendo a que o tempo de permanência é cada vez menor, Riordan e Hoover (2004:210) constataam que a alta precoce não parece afectar negativamente o AM desde que a mãe seja bem orientada. Enquanto está na instituição tem necessidade de educação para a saúde que a oriente o mais possível mas sem a sobrecarregar e também precisa de reforço no novo papel. Isto influencia tanto o modo como interagirá com o seu filho quanto a duração da amamentação.

Galvão (2005:26-27) de acordo com King (1991) e Maldonado (2005b:125) reconhecem que entre os factores de diminuição da amamentação estão as rotinas hospitalares com falta de aspectos essenciais como apoio, início precoce de amamentação, alojamento conjunto e existência de introdução precoce de biberon. Tudo isto contribui para que a mãe desista de amamentar quando volta para casa.

Watson (1985:75-76) defende que para a educação para a saúde ser eficaz deve incidir na aprendizagem e não no ensino, isto é, na pessoa e no seu processo de aprendizagem, partindo da avaliação das suas percepções e crenças e utilizando competências como congruência, empatia e calor não possessivo. Desta forma o enfermeiro incide na pessoa e nas suas potencialidades e metas.

A La Leche League²⁹ é uma organização internacional que foi criada em 1956 precisamente para proporcionar apoio personalizado no AM. A sua filosofia é a seguinte: a maternidade através do AM é a forma mais natural e eficaz de compreender e satisfazer as necessidades

²⁹ A organização está representada em Portugal. <http://www.llli.org/philosophy.html?m=1,0,1>

do bebé; a mãe e o filho necessitam de estar juntos o mais tempo possível para estabelecer uma relação satisfatória e uma fonte de leite adequada; nos anos iniciais de vida a criança tem a necessidade básica de estar com a sua mãe, o que é tão importante como a sua necessidade de alimento; o leite materno é o melhor alimento; para o bebé saudável, de termo, o leite materno é o único alimento necessário até que a criança demonstre que necessita de alimentos sólidos, quando tem cerca de seis meses de vida; idealmente a amamentação continuará enquanto a criança o desejar; o facto de a mãe estar alerta e participar no nascimento é uma ajuda para começar a amamentar com sucesso; a amamentação tem maior probabilidade de sucesso com apoio amoroso, ajuda e companhia do pai; a relação única que é estabelecida entre os pais e o filho é um elemento importante para o desenvolvimento da criança a partir da primeira infância; a boa nutrição significa ter uma dieta equilibrada, variada e a mais natural possível; a partir da infância as crianças necessitam de orientação amorosa que reflecte a aceitação das suas capacidades e a sensibilidade pelos seus sentimentos. De acordo com Behrmann (2005:34-35) um dos lemas desta organização é “cedo e frequentemente”, ou seja a criança deve ser colocada à mama o mais precocemente possível após o parto e mamar tão frequentemente quanto mostre vontade. Sobre a amamentação precoce, Maldonado (2005a:109) apresenta o resultado de uma investigação efectuada por Winters em 1973 com mães que tencionavam amamentar e em que num grupo de seis mães os bebés mamaram logo a seguir ao parto enquanto em outro grupo que também incluía seis mães, o contacto com o RN foi dezasseis horas após o parto. Verificou-se no primeiro grupo que todas as mães amamentavam dois meses após o nascimento enquanto no segundo apenas uma continuava a fazê-lo.

Tanto Sara como Ana Teresa têm experiência de **Orientação da enfermeira para alimentação mista.**

E a sra enfermeira disse “Ah, não é muito, não está assim muito avançado mas, pronto, já é algum começo” “Está bem!” “Ah, mas vais ter de vir ainda esta semana que eu quero saber se ela está aumentando”. Pronto, fui lá e eu disse “Ah, mas essa bebé está sempre com fome.” E ela disse Ah então só se...” Eu disse “Posso dar leitinho de lata?” Ela disse “Tu podes dar mas convém dares o teu. E depois se precisares de alguma coisa então dás o leitinho de lata se precisares de sair” (Sara)

Foi assim, quando o meu filho nasceu não [amamentou]. Porque experimentei dar o peito e não saiu nada e ele não parava de chorar. A Sr.ª Enfermeira disse “Ah, não deves ter leite!” Ela estava ao pé de mim, estava apertando o mamilo e ela disse “Ah tu não tens nada!” deu um biberon. Depois ela disse “A gente vai vendo, se ele não chorar vai sempre bebendo aqueles bocadinhos do peito que tu tiveres”. Teve um dia em que ele quase não parava e a Sr.ª Enfermeira disse “Se ele não parar a gente vai dar leite de biberon porque não tens quantidade para ele”. (...) E na

‘ultima noite ainda antes de sair ele teve foi que beber no biberon, porque já não tinha nada. (Ana Teresa)

No primeiro caso a indicação para alimentação mista foi no centro de saúde perante a criança que estava a aumentar pouco de peso. No segundo, aconteceu na maternidade porque a criança chorava e a enfermeira presumiu que a mãe não tinha leite.

Riordan (2004:103) esclarece que há diferenças de crescimento entre as crianças que são amamentadas e as que tomam leite artificial. Powers (2004:286; 297) explica que há pouca informação sobre a perda e aumento de peso dos RNs amamentados mas que as orientações da Academy of Breastfeeding Medicine (2001) são de que a criança amamentada que perde mais de 10% do peso à nascença, não o recupera após as duas semanas ou aumenta menos de 20 gramas por dia após ter recuperado o peso necessita de ser avaliada, verificando-se então que, além de situação de doença, geralmente, existem problemas com a amamentação. Para além disto, a introdução de suplemento pode estar na base do insucesso do AM além de alterar as suas potenciais vantagens. Mesmo reconhecendo que podem existir casos de necessidade de suplemento, isto é, no conceito da autora, outra forma de nutrição que não a directamente da mama, a primeira escolha não é o leite artificial; é a última. A primeira é o leite materno dado de outro modo que não à mama, seguindo-se leite humano pasteurizado se indicado e disponível.

O recurso à alimentação mista por parte dos enfermeiros não acontece só na nossa realidade. De acordo com Hausman (2003:59) e Steiner (2005:10) perante uma mãe que aparenta ter pouco leite, a tendência é para introduzir leite artificial e não a verificação do que se passa com a amamentação. Por seu lado, Behrmann (2005:16) reconhece que as práticas hospitalares continuam a fomentar o leite artificial. As mães recebem informação misturada em que há profissionais que mesmo adeptos do AM recorrem ao biberon e há falta de consistência no apoio e orientação não dando outra oportunidade à confusa mãe do que recorrer ao mais fácil, o biberon.

Wright, Rice e Wells (1996) desenvolveram uma investigação referida por Riordan e Querbach (2004:738) em que pretendiam verificar qual das medidas indicadas pela OMS/Unicef na Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê teria mais influência na amamentação exclusiva aos quatro meses após o parto. O resultado demonstrou que era não ter recebido leite artificial no hospital.

Também a OE apresenta uma postura de protecção do AM ao divulgar o documento “Recomendação – Observância da Legislação Nacional e do Código Internacional de Marketing para os Substitutos do Aleitamento Materno” em que, quanto à prestação de cuidados, se verifica no artº 7 que os profissionais de saúde devem encorajar e proteger o

AM e se devem familiarizar com as suas responsabilidades utilizando este código na fundamentação da educação para a saúde.

De acordo com Sandra, a **Enfermeira interrompe alojamento conjunto**

Portanto quem passou a noite comigo em claro, até a senhora foi impecável e levou o bebé consigo e disse para eu descansar porque eu tinha saído de uma cesariana (...) Ela disse “ Eu vou ficar com o bebé e a mãe descansa”. (...) Só que claro com aqueles gritos ninguém consegue dormir. Levantei-me e estive sempre com a enfermeira. (Sandra)

Mesmo achando que a enfermeira foi “impecável” Sandra não conseguiu dormir nem descansar por não ter o filho junto de si.

Riordan e Auerbach (2004:738) declaram que por vezes as mães decidem não amamentar devido a práticas hospitalares. Um estudo de Perez-Escamilla et al (1992) verificou que o alojamento conjunto afectava a duração da amamentação das primíparas observando-se que as que ficavam com as crianças junto de si e que eram orientadas durante a hospitalização amamentavam mais tempo do que as que não tinham este alojamento e/ou que não receberam orientação antes da alta.

No trabalho de Galvão (2005:123; 147), porém, a autora verificou que as mães mais envolvidas no AM não tiveram alojamento conjunto durante todo o tempo de internamento, ao que atribui a possível elevada auto-estima da mãe que lhe permite ultrapassar os efeitos adversos da separação.

O alojamento conjunto é uma das condições essenciais estabelecidas pela OMS/Unicef na iniciativa “Hospitais amigos do bebé” para garantir o êxito da amamentação, isto é, “Deixar o bebé com a mãe 24 horas por dia.” (CPAM, 2007:81). Kitzinger (1996:19; 160), por seu lado, declara que raramente as maternidades proporcionam um ambiente adequado ao estabelecimento da relação entre os pais e a criança e que a relação mãe-filho pode ser prejudicada levando a um momento de crise quando vão para casa..

Nesta última situação estão Lina e Maria a quem **Aquando do diagnóstico precoce as enfermeiras não falaram do AM**

[Depois do bebé nascer foi com ele ao centro de saúde...] Sim, fui fazer o pica pé. Não me falaram em nada. (Lina)

Não, as senhoras enfermeiras não perguntaram nada. (Maria)

Da realidade que conhecemos, saindo da maternidade a mãe encontra-se no seu meio, no domicílio, onde geralmente não recebe visita dos enfermeiros. O seu contacto com estes

profissionais dá-se quando se desloca à unidade de saúde e, mesmo assim, quando a vigilância de saúde da criança é em médico privado, o contacto profissional com enfermeiros faz-se apenas aquando do diagnóstico precoce.

Acreditamos que qualquer contacto do enfermeiro com uma cliente, mesmo que breve, é uma oportunidade de informação. O AM é um dos temas a falar com uma mãe que está há pouco em casa e que geralmente tem muitas dúvidas nos primeiros dias. Mesmo num encontro rápido, se o enfermeiro der oportunidade, pode proporcionar uma ajuda preciosa. Isto é indispensável se atendermos ao que Smith e Riordan (2004:217) constatarem: geralmente a mãe tem alta sem ter sido observada por uma pessoa competente em AM. Riordan e Bocar (2004:698), por seu lado, apresentam um elenco de dúvidas mais comuns das mães e aconselham os profissionais a estabelecerem prioridades quanto à informação a dar, de modo a que a mais prioritária seja logo iniciada e repetida depois. Geralmente a mãe apresenta dúvidas sobre a quantidade de leite, a determinação da adequação da ingestão pela criança, estratégias para ter mais leite, frequência das mamadas e problemas como mastite e obstrução dos ductos.

No caso de Sandra, porém, houve **Comunicação com a enfermeira sobre AM aquando do diagnóstico precoce.**

Perguntou e eu disse que tinha estado a amamentar mas que tinha desistido, que não contasse porque já era leite mesmo. (...) Perguntou porquê, expliquei-lhe porquê e ela disse “Ah, está bem!” No Centro de Saúde a reacção foi melhor que no hospital. (Sandra)

Na nossa opinião esta enfermeira agiu correctamente quando perguntou como estava a decorrer o AM, indagou a causa de interrupção e respeitou a decisão da puérpera.

Perante a decisão de não amamentar de Ivone a **Enfermeira discorda que não amamente.**

Eh, pois a Sr.ª Enfermeira [no centro de saúde] que já não era a enfermeira da gravidez, era a outra, ela disse “Eh, mulher! Não está dando peito, que isso era o melhor para o teu filho” (Ivone)

No trabalho de Silva (1997:185) encontramos igualmente o desacordo dos profissionais de saúde levando a mãe a sentir-se pressionada. Por seu lado, Steiner (2005:38) descreve a percepção de algumas mães de as enfermeiras prestarem um culto tão grande ao AM que se esquecem das suas necessidades.

As seguintes mães consideram que a **Orientação da enfermeira não resolve o problema.**

[centro de saúde] “Será que eu posso dar o leitinho de lata?” [quando sai porque tem vergonha] Ela disse “Isso é uma opção que é de vocês mas a gente aconselha sempre o leitinho do peito.” (...) “E eu não aconselho a Sara a dar o leite de lata. Dá sempre o peito.” (...) [maternidade] E depois ela veio e eu disse “Eh, senhora, ela custa um bocadinho a pegar neste lado”. E ela disse “Ah, elas têm sempre mais preferência por um lado.” (...) Na maternidade. “Tens que sacudir que esta bebé não pode ficar muito tempo sem comer”. Mas pronto. (Sara)

Ela disse que não percebia como era porque eu quando ia às consultas ela perguntava em geral o que é que a gente come. (...) Eu dizia e ela disse que não percebia como era porque eu sou uma pessoa que bebe muito leite. (...) Ela dizia que também não sabia explicar a situação, porque é que eu não tinha leite. (Ana Teresa)

Há acções de enfermagem que não resolvem o problema e podem levar à interrupção da amamentação. A CPAM (2007:40) explica que não é necessário beber leite para ter leite e que beber água ou qualquer outro líquido não produz mais leite.

Vaucher e Durman (2005:210) apresentam, de acordo com a OMS/Unicef (1993) alguns motivos para a criança não pegar bem na mama como empurrar a cabeça do bebé para trás para a fazer pegar na aréola, ser manipulado por estranhos já que a criança não o aprecia e dar-lhe tetinas ou chuchas. Alguns não pegam bem nas primeiras mamadas porque ainda não estão habituados e porque mãe e filho ainda não se adaptaram a esta nova rotina.

Para orientar adequadamente os enfermeiros têm de possuir conhecimentos. Hausman (2003:23) declara que os profissionais de saúde não sabem o essencial sobre o AM concebendo esta prática segundo um modelo de alimentação científica, isto é, o biberon, com práticas como esvaziar as mamas e horários rígidos da mamada. De modo idêntico, Pereira (2006:43-44) considera que os profissionais de saúde não estão preparados para informarem e apoiarem as mães.

Watson (2002:56) citando Mayerhoff (1971) confirma que os cuidados de enfermagem implicam conhecimentos e estes devem incluir quem é a pessoa, os seus potenciais e limitações, o que necessita e o que a ajuda a desenvolver-se. Bigger e Long (2008:9-10) constataam que os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos e competências consistentes de modo a apoiarem as mães e a manterem o seu papel profissional pelo que devem receber formação e treino com ênfase na prática e nas competências de aconselhamento em que as orientações da Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê são uma excelente forma da sua aquisição e desenvolvimento.

A OMS/Unicef numa das dez condições anteriormente apresentadas estabeleceu que se deve promover a formação de todos os profissionais de modo que tenham competências necessárias para ajudar as mães a amamentar.

Também encontramos **Orientação da enfermeira depois de ter interrompido a amamentação.**

Cheguei a falar nisto com os enfermeiros! [depois de interromper a amamentação] Olhe, para já deviam falar mais sobre o leite materno. Porque a gente não sabe quanto tempo deve dar de mamar em cada peito. Porque eu soube 15 dias depois que era 15 minutos, mas foram dias depois de ter a bebé. Como se deve apoiar o bebé. Ou como é que se deve ter o peito. Essas coisas assim. (...) Nunca cheguei a ser esclarecida com essas coisas. (...) São coisas que uma pessoa sempre precisa de saber para tratar do seu filho! (Catarina)

Foi assim, quando eu fui numa semana estava dando, quando fui na outra semana já não estava. E pronto a sra. enfermeira disse “Ó Sara!... Devias ter feito isso; devias era ter dado sempre o leite do peito (imita a voz da enfermeira). Eu disse “Ó mas ela estava sempre com fome”. E ela disse “Já se sabe que na primeira semana é assim, eles não aumentam muito. Devias ter continuado, isso é que era bom” (Sara)

Em ambos os casos a orientação foi proporcionada após a mãe ter interrompido o AM porque, como referem, falaram com os enfermeiros apenas após a sua decisão.

No nosso entender, Catarina revela a necessidade dos profissionais de enfermagem darem informação antecipatória explicando como amamentar. A enfermeira explicou a Sara que no início a criança não aumenta muito e mama mais. Possivelmente essa teria sido importante. A mãe muitas vezes depara-se com o RN em casa e pode ter dúvidas e problemas com o AM sem que haja familiares ou amigas a quem recorrer de modo a ter uma resposta eficaz. Também seria importante que houvesse uma identificação destes casos e feita visitação domiciliária de enfermagem.

Reconhecendo que as mães têm alta cedo e estão frequentemente inseguras Smith e Riordan (2004:218) bem como Riordan e Auerbach (2004:733) aconselham a visitação domiciliária dois a quatro dias após a alta preconizando que seja então observada uma mamada completa e avaliado o peso da criança bem como a interacção entre a mãe e o RN. Hannula, Kaunonen e Tarkka (2008:1132) explicam a partir de uma revisão sistemática que as intervenções de apoio eficazes após o parto são visitação domiciliária, telefonemas, centros de amamentação e apoio de pares.

Na sequência das suas dificuldades com o AM, Catarina falou-nos da **Falta de enfermeira de referência**

(...) até tinha uma enfermeira lá que me apoiava muito, conversávamos muito sobre essas coisas e tudo. Mas, por acaso, uma vez estava uma, outra vez estava outra. Comecei a ir só a ela depois de ter deixado de dar de mamar à minha filha. (...) Se eu tivesse ido desde o princípio a essa senhora talvez eu tivesse sido melhor

esclarecida. (...) mas como eu não estava sempre com a mesma pessoa, quando chegasse lá e dissesse que queria falar sobre a saúde da mulher depois de ter o filho, não sabia bem a quem me devia dirigir, está a perceber? (...) Porque eu ia lá e não era sempre acompanhada pela mesma pessoa. Por isso tomei essa posição de não ir lá. (...) Não perguntei a ninguém porque, pronto, é como eu já lhe expliquei, não tinha aquela pessoa certa que me indicasse, que eu chegasse lá. Agora se fosse hoje em dia já sei a quem é que me havia de expressar. Porque é aquela senhora [enfermeira] que depois acabou por acompanhar a minha filha e também acabou por acompanhar a mim porque eu tive muitos nervos depois da gravidez. Se fosse hoje em dia já sabia a quem recorrer. (Catarina)

Uma pessoa de referência é essencial para a mãe saber a quem se dirigir quando surgem dúvidas, dificuldades ou necessidade de apoio. Neste sentido, Riordan e Bocar (2004:697) aconselham que cada mãe identifique pelo menos uma pessoa de recurso.

A CPAM (2007:19) aconselha as mães a pedirem ajuda se necessitarem. Entendemos que isso é importante mas para tal a mãe deve saber a quem se dirigir. Riordan e Auerbach (2004:732) apresentam o estudo de Kessler e Hall (1989) cujos resultados demonstram que as mães que não encontram fontes de apoio estão seis vezes mais propensas a interromper a amamentação do que as que têm pessoas de referência.

A orientação por parte dos enfermeiros, na nossa opinião, fundamenta-se no proposto por Riordan e Auerbach (2004:733) de que devem apoiar a mãe e outros membros da família de modo que estes por sua vez sejam um recurso. De acordo com Riordan e Bocar (2004: 700; 706) é importante que se verifique junto das mães as suas necessidades de aprendizagem bem como a sua motivação e prontidão para aprender de modo a planear, implementar e avaliar formas de educação para a saúde.

De acordo com Redman (2002:4-5) a responsabilidade do enfermeiro na educação para a saúde engloba a avaliação das necessidades de aprendizagem e da motivação, o diagnóstico e o estabelecimento dos objectivos com a pessoa, o acto de ensino/aprendizagem, a avaliação e voltar a ensinar se necessário. Implica também proporcionar um ambiente incentivador, reforçando as aprendizagens e encorajando a pessoa a praticar, dando-lhe feedback. Para uma aprendizagem eficaz, é portanto, necessário mais do que a simples transmissão de conhecimentos pois “Facilitar a aquisição de atitudes a seguir ao conhecimento inclui o domínio da sua aprendizagem, bem como o ensino através de alguém que o formando possa ver e imitar” (p. 25) e que pode ser ou não profissional de saúde. Neste caso são importantes conselheiros de amamentação bem como outras mulheres que possam guiar e orientar.

Os conselheiros de amamentação são treinados para aquisição de competências de linguagem verbal e não verbal. Defendemos que os enfermeiros que fazem educação para a

saúde sobre AM devem adquirir competências como as dos conselheiros da La Leche League que capacitam para lidar com várias circunstâncias. Esta organização, de acordo com Hanson (2004:15) enfatiza as competências de comunicação como ouvir as mães e descortinar o significado nas entrelinhas, clarificar, determinar se a situação é passível de resolução, informar e não avisar, esconder o desapontamento quando se investiu muito tempo e energia a ajudar a mãe que depois resolve algo diferente, para além de valorizar as diferenças pessoais e familiares. É uma comunicação alicerçada em respeito, seja em que circunstância for.

A OE (2001:11-12) nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional define quanto à satisfação do cliente que para alcançar os níveis mais elevados o enfermeiro deve, entre outros aspectos: respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos individuais; interagir com base na empatia; estabelecer parcerias no planeamento dos cuidados; envolver os conviventes significativos; minimizar a influência negativa que a mudança de ambiente pode ter no cliente. No que se refere à promoção da saúde é indicado que o enfermeiro procure permanentemente a excelência do exercício da sua profissão ajudando as pessoas a alcançarem o seu máximo potencial. Para isso o enfermeiro deve: identificar a situação de saúde do cliente/família e comunidade bem como os seus recursos; aproveitar as oportunidades para criar estilos de vida mais saudáveis; otimizar os processos de crescimento e desenvolvimento; e fornecer informação que leve à aprendizagem e aquisição de novas capacidades.

Influência das relações com outros profissionais de saúde

Uma vez que desejámos destacar os enfermeiros por ser o grupo profissional a que pertencemos e por ser o âmbito deste estudo, decidimos incluir todos os outros profissionais de saúde em outro tema.

Catarina, Beatriz, Sandra e Maria dizem-nos que tiveram **Pouca informação sobre AM durante a vigilância.**

Enquanto Beatriz refere-se à falta de informação por pessoal médico e de enfermagem uma vez que a vigilância da gravidez foi no centro de saúde

Não havia ninguém, a parte médica e enfermeiras não incentivavam. (...) E penso que primeiro, devia ser logo no início, quando eu fiquei grávida, de dar aquele conselho, deviam-me aconselhar e talvez eu me tivesse mentalizado que era bom.
(Beatriz)

Catarina, Sandra e Maria, cuja vigilância decorreu no médico obstetra fazem o mesmo tipo de observação.

[E a parte médica, falou disso?] [A.M.] Também muito pouco! Nas consultas que eu ia [com médico obstetra] nem se falava de peito nem de dar de mamar. Porque naquela altura falava-se em dar o leite se tivessem mas não havia aquele... como é que eu hei-de explicar? Incentivava. (Catarina)

A amamentação? Não, quer dizer, foi falado sobre isso?... Era o médico que perguntava “Quer dar de mamar? Ótimo, acho muito bem!” Pronto, mas não havia explicação do que fazer. A explicação não foi dada. (Sandra)

Não, não falou [do A.M., o médico obstetra durante a vigilância]. (Maria)

Na nossa realidade e no que se refere aos profissionais de medicina, uma grávida faz vigilância com clínico geral no centro de saúde e com médico obstetra na consulta de alto risco no HDES (o caso de Catarina) ou em consulta privada.

Hausman (2003:69-71) explica que o AM não é consistente na prática médica porque estes profissionais deixam de ser os gestores da alimentação da criança devido ao processo não ser medicalizado o que levou a que em 1997 a American Academy of Pediatrics assumisse uma posição de defesa do AM.

A Ausência de procura de esclarecimento profissional para o AM manifesta-se em Catarina e Lina

(...) até tinha uma enfermeira lá que me apoiava muito, conversávamos muito sobre essas coisas e tudo. Mas, por acaso, uma vez estava uma, outra vez estava outra. Comecei a ir só a ela depois de ter deixado de dar de mamar à minha filha. (...) Se eu tivesse ido desde o princípio a essa senhora talvez eu tivesse sido melhor esclarecida. (Catarina)

[Falou nisso com alguma enfermeira?] Não, não! (Lina)

A procura de cuidados de saúde, de acordo com Wuills e de Paulo (1991) referidos por Duarte (2002:46) é um processo complexo que tem a ver com as características do cliente, o tipo de ajuda, o contexto e o potencial cuidador.

Quanto ao seu dilema entre amamentar e fumar Mariana **Não procurou informação na maternidade**

[não expôs o seu problema na maternidade] Porque é assim, como eu estive lá quatro dias, sem conseguir fumar (...) Eu pensei que ia conseguir fumar, sei lá, dois cigarros por dia, em casa e que não o ia prejudicar, mas não foi o que aconteceu. (Mariana)

Segundo as suas palavras não o fez porque como conseguiu não fumar enquanto lá esteve pensou que seria capaz de fazer o mesmo em casa.

No que se refere aos médicos de Obstetrícia há relato de **Informação sobre AM durante a vigilância com médico obstetra.**

Ele falou-me nisso. Lembro-me perfeitamente disso, eu estava de um mês e meio, dois meses, ele inclusive mostrou um livro ilustrado sobre a gestação, a formação do bebé, depois o parto, o aleitamento e depois que à medida que se estava a aproximar do parto, a rapariga não queria nascer, estava custoso, ele falava do peito depois, portanto tive um acompanhamento de tudo isso que foi excelente. (Joana)

[e o médico na gravidez falou no aleitamento materno?] Falou! (...) Pronto, isso eu sempre fui sempre tendo porque o médico dizia-me sempre que é importante o leite materno. Isso eu ficava sempre esclarecida. (...) Porque eu fui sempre tendo as minhas consultas de rotina, o médico dizia-me sempre desde o início da gravidez. (...) fui sempre orientada, foi sempre o mesmo médico. Foi sempre da mesma maneira. (Lina)

A Mariana o **Médico informa dos malefícios do tabaco para o bebé amamentado**

Na gravidez vai sempre para o bebé. Só que menos. Pelo menos foi essa informação que ele me deu. E eu acreditei muito nisso! (...) [Além do médico, mais alguém falou-lhe nessa questão?] Não! [Teve oportunidade de ler, ...] Também não! (...) ele explicou-me o que o fumo faz na gravidez e o que faz no aleitamento. (Mariana)

E o **Médico obstetra aceitou a decisão** de Fátima

Ele [obstetra] perguntou-me a uma determinada altura se eu ia amamentar e eu disse que não, que não o pensava fazer, de todo. (...) Não disse nada, aceitou, sempre tivemos uma boa relação, é meu médico há muitos anos e respeitou perfeitamente a minha opção porque sabe que eu não tomo decisões de ânimo leve. (Fátima)

Ao relacionarmos estas influências com as evidências da pouca informação durante a vigilância verificamos que tal como com os enfermeiros há disparidade na orientação médica. Bentley, Dee e Jensen (2003:3075) verificam que o médico tem um papel importante na decisão das mães para amamentarem e que quando este profissional fala com as mesmas sobre AM durante a vigilância elas ficam mais propensas a amamentar.

Verificamos algo semelhante relativamente aos médicos pediatras pois o **Pediatra orienta para o AM.**

O médico é que me disse “Maria, mas tem que lhe dar porque isso evita certas doenças; isso é bom para o bebê.” Eu disse “Sr. Dr. não estou dizendo ao contrário, só que eu não quero dar. Porque eu sinto-me mais, eu vejo no biberon aquilo que o bebê bebe.” Eu preparava o biberon e via se ele queria mais enquanto o peito eu não sabia. (Maria)

Sendo que o **Pediatra aceitou a decisão da mãe** no mesmo caso.

Ele disse que era uma estupidez eu não estar a amamentar mas dado que eu não queria que não me podia obrigar, que eu partia para aquele leite tal e depois ia-se vendo conforme fosse indo. Mas não se opôs, não. (Maria)

Mas também há indicação de **Falta de informação por parte do pediatra**

Não me disse nada! [Pediatra] (...) Perguntou se eu estava a amamentar ou a dar leite de lata, eu disse qual era o nome do leite, entretanto mudei de leite devido às cólicas. Não me disse nada! (Mariana)

Referindo-se às razões para a diminuição do AM nos EUA, Hausman (2003:13; 22) indica o aparecimento dos pediatras e o seu desejo de controlar a alimentação das crianças para de diminuir a mortalidade e a morbilidade infantil. A medicalização da alimentação das crianças continua a fazer-se sentir porque, se por um lado a medicina promove oficialmente o AM, na prática nem sempre o faz.

É interessante a constatação que Behrmann (2005:33) faz de que em termos médicos a mãe é da intervenção do obstetra e a criança da do pediatra perdendo-se o AM entre as duas especialidades. A autora (p. 113-114) relata casos em que o próprio pediatra indicou a interrupção do AM e Tennant, Wallace e Law (2006:152) verificaram que os pediatras são os profissionais de saúde que têm menos conhecimentos clínicos e práticos sobre o AM.

Sara refere-nos o que encontrou de **Incoerência entre a informação e a prática**.

(...) lá no hospital um Placard que dizia as coisas que a gente tem que comer e não tem que comer. (...) diz lá que não se pode comer cebola, alho e as comidas que eu comia, tinha tudo. Até deram Hamburguers com cebola. E a rapariga que não estava a amamentar comeu peixe! (...) (Sara)

Tem de se evitar a discrepância de informação pois tal como declara Redman (2002:8), isso provoca ansiedade. Como referimos no enquadramento teórico, de acordo com Pereira (2006:49), é essencial que as orientações não sejam diferentes nem contraditórias. Segundo Tennant, Wallace e Law (2006:154) a informação contraditória é comum no AM pelo que a existência de normas e de protocolos que guiem toda a equipa podem ser importantes. Estas autoras bem como Vaucher e Durman (2005:214) advogam a existência de um protocolo

escrito que permita a todos os prestadores de cuidados a utilização de uma linguagem comum que dê consistência e coerência, independentemente das opiniões individuais.

Behrmann (2005:25) declara, de acordo com Dettwyler (1995), que o apoio dos profissionais de saúde é inconsistente e pouco fiável e, enquanto alguns proporcionam apoio e informação, outros não o fazem. Por outro lado, constata que a literatura de pediatria e de obstetrícia está cheia de informação incorrecta e de enviesamentos levando os estudantes de enfermagem e de medicina a não receberem informação, treino e experiência correctas sobre AM.

Ao terminarmos estes dois temas sobre a influência dos profissionais de saúde, enfermeiros e outros, recordamos o enunciado pela OE de que

(...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (2001:4)

Defendemos, portanto, o estabelecimento desta responsabilidade multiprofissional no AM.

Influência do funcionamento do corpo

Neste tema optámos por incluir a forma como a participante experimentou o seu corpo na prática ou ausência de amamentação.

A própria **Experiência de amamentação**, indicia uma forma de influência para a formação de crenças. No caso de Catarina foram as dores que a amamentação lhe provocou nas mamas e no abdómen em que as últimas a levaram a crer que tinha algum problema de saúde.

Sentia algumas dores. No peito (aponta) e vinha por aqui abaixo (abdómen). Não sei. Era uma dorzinha, uma coisa fraquinha mas no peito doía um bocadinho. (Catarina)

A situação de Maria relacionou-se com a experiência erótica desencadeada pela amamentação que a fez encarar o AM de modo pouco positivo e a acreditar que é sexualmente repugnante, recusando-se a fazê-lo.

É, eu não me sentia bem. Era assim, eu pegava no bebé e dava-lhe o peito e eu não me sentia bem... ela a chuchar... (...) Aquilo metia-me uma impressão. E talvez fosse isso também que me levasse a desistir. (...) Impressão física. É uma coisa que... eu não me sentia bem! E aquilo... e eu desviei-me mais por causa disso. (Faz

gesto de desviar com as mãos) (...) Pronto, como é que eu vou-lhe explicar?... Quando a gente está tendo relações sabe como é...? (...) eu também não sentia aquele à-vontade de dar. Eu não me sentia bem! (...) E pensei “mas isto é da minha cabeça; é melhor eu calar-me. Mas não dou, não quero dar!” Pronto! (...) Puseram a criança à mama, eu tive aqueça experiência e decidi que não. (...) A princípio ainda dei. Pus no peito e tudo. Mas quando a pus no peito e que ela foçava e não conseguia chupar e eu sentia aquele mal-estar, aquela coisa e eu disse “Ai não! Eu não dou peito!” (Maria)

A **Experiência anterior negativa de amamentação** é relatada por Sara como levando a acreditar que desta vez seria capaz.

(...) que eu tinha aquela coisa “Desta vez...” Quando foi para essa (aponta a outra filha que tem 7 anos) eu também dei no hospital e dei em casa e depois é que ela... foi, eu deixei de dar. Foi o meu problema. Mas eu fiquei sempre com aquela coisa “Desta vez eu vou pôr na cabeça que vou conseguir dar” porque ela também não conseguia beber no peito [a filha mais velha], depois no hospital deram uma borracha [mamilo artificial] e eu disse “Não, eu vou ter que dar leite do peito porque eu vou ter bastante.” E desta vez tinha. Acho que pus isso também na cabeça. (...) “Eu vou dar sempre o peito. Enquanto eu puder, eu vou dar sempre o peito.” Que isso foi uma coisa que eu tinha na cabeça que eu queria dar. Como eu não levei muito com esta [a filha mais velha] eu queria dar a esta [à RN]. (Sara)

Aquando da filha mais velha a impossibilidade de amamentar levou a que quisesse fazê-lo à segunda filha. Uma experiência vivida anteriormente possibilita a aprendizagem por transferência em que segundo Redman “(...) as possibilidades recordam ideias gerais, atitudes, modos de pensamento e competências que possuem significado para si.” (2002:23). Assim, parecia haver um aspecto essencial: a disposição da participante. Por outro lado havia eventualmente aquilo que Redman (2002:22) designa de auto-confiança percebida que é uma crença da pessoa relativamente à sua capacidade, neste caso, de amamentar. Para a autora esta auto-eficácia é percebida de acordo com os desempenhos anteriores em que os insucessos levam à diminuição da auto-eficácia. Na auto-eficácia percebida intervêm ainda experiências vicárias de observação do desempenho em outras pessoas, o que aconteceu sabendo que a mãe e a irmã amamentaram, se bem que não haja comunicação com a família nem com as amigas, afectando o terceiro requisito da auto-eficácia que é a persuasão verbal.

Cleveland e McCrone (2005:116) explicam que quanto mais elevada for a percepção de auto-eficácia de uma pessoa perante um determinado comportamento mais provável é que o inicie ou mantenha. Ainda sobre este aspecto, Hannula, Kaunonen e Tarkka (2008:1132) declaram que as mães beneficiam de encorajamento e orientação que as ajude a perceberem a sua capacidade e poder, devendo esta orientação responder às necessidades individuais de cada puérpera.

Joana conta-nos a sua **Tentativa de amamentação na maternidade mas sem ter leite.**

Tentei! Tentei para ver se tinha leite, só que não tinha. Não tinha leite nenhum. Tentei nomeadamente nas primeiras horas depois delas nascerem e tentámos. Depois no dia a seguir voltámos a tentar só que não tinha. (Joana)

A CPAM (2007:711) afirma que, a menos que a mãe tenha um problema hormonal ou sido submetida a uma mamoplastia de redução, tem toda a capacidade de produzir leite suficiente. Porém, também já nos referimos que é importante o início do AM o mais cedo possível após o nascimento e que a criança mame frequentemente, dois aspectos que não existiram neste caso.

Ainda de acordo com Joana aconteceu-lhe **Aparecimento tardio de leite.**

Quase duas semanas depois apareceu-me leite (...) E tentei aquelas borrachas para pôr no peito, tirou, não pegou. (Joana)

Referimo-nos acima a possíveis factores que, na nossa opinião, podem ter conduzido a este acontecimento.

Catarina considerou que o **Leite tem aparência de ser fraco.**

(...) depois, o leite já estava meio... não lhe sei explicar bem. Já estava meio como mais claro, qualquer coisa assim. (Catarina)

o que a levou a acreditar que não satisfazia a criança pois para si o leite materno teria a cor de leite comum, isto é, branco como o leite de vaca ou o artificial.

Silva (1997:161-162) explica que devido a desconhecimento, as mães avaliam o leite que produzem de acordo com o seu aspecto consoante o que acham que deveria ser fazendo com que o classifiquem como fraco. O aspecto e a coloração do leite é dos temas que consideramos essenciais serem abordados na informação antecipatória durante a gravidez e também devem ser explicados nos serviços de obstetrícia.

A **Amamentação frequente** por parte de Sara leva-a a pensar que a criança não estava satisfeita, que o seu leite era inadequado e a valorizar o que lhe diziam as visitas quanto à sua bebé necessitar de leite artificial.

Mas foi assim, ela bebeu no hospital, já se sabe que o bebé não está acostumado, bebe de pouco a pouco, de pouco a pouco. E eu por acaso, já se sabe, a gente não pode fazer outra coisa senão estar de roda deles. (Sara)

A amamentação frequente foi entendida como manifestação de não saciedade da criança por parte das mães do estudo realizado por Silva (1997:157).

González (1999:73) esclarece que é o bebê que controla o mecanismo e, sendo assim, alteram a frequência e duração das mamadas de acordo com as suas necessidades. Steiner (2005:34; 54) explica que de início a mãe pode amamentar com muita frequência e que isso lhe deve ser explicado pois exige tempo e paciência. A amamentação satisfaz necessidades da criança que vão além da nutrição pois, ao ter-se separado da intimidade com a mãe aquando do nascimento, é um elo de manutenção de ligação, conforto e segurança. Isto é também referido por Behrman (2005:94) e Maldonado (2005b:107) que afirmam que o leite materno pacifica, acalma, aconchega e faz dormir a criança além de a alimentar.

Acreditamos que se as mães compreenderem estas participantes podem encarar a amamentação frequente como gratificante e não como incómoda. Questionamos se não faltará emoção quando se informa sobre o AM. Acreditamos que um assunto tão sensível e emocionante necessita de uma abordagem com bases científicas mas também que fale a linguagem das mães, tocando-lhes na sua cognição e nas suas emoções, na sua mente e no seu coração.

Outra influência em Sara é **Bebé aumenta pouco de peso** o que certamente reforça a sua crença de que o leite materno não satisfaz a criança.

Depois fui à consulta, só tinha aumentado 40 gramas. (Sara)

Silva (1997: 156-158) verificou que a mãe avalia a saciedade e a adequação da alimentação consoante o aumento de peso da criança e interpreta que se este não é de determinada forma, é porque não está a ser o melhor para a saúde do filho. Assim, de acordo com a interpretação que faz do comportamento da criança e do seu estado de saúde, considera que a qualidade e a quantidade de leite que produz são ou não adequadas “(...) uma vez que este é considerado um factor preponderante para o filho estar bem ou mal alimentado.” (Silva, 1997:160)

Segundo González (1999:51) o aumento de peso do RN amamentado é diferente do que bebe leite artificial o que levou a OMS e a Unicef, a partir de um estudo transcultural (Brasil, Gana, Índia, Noruega, Oman e EUA), a estabelecerem novos parâmetros tendo em conta as crianças amamentadas. O estudo foi desenvolvido com 8440 crianças de idades compreendidas entre os 0 e os 24 meses de vida e verificou-se que “(...) breastfeed infants

will result in a substantial decrease in rates of underweight during the first half infancy”³⁰ (OMS, 2006:4). A CPAM (2007:161-162) explica que com alguma frequência a criança amamentada aumenta pouco de peso numa semana e na seguinte tem um grande aumento, o que é perfeitamente normal. A La Leche League segundo referência de Hausman (2003:52) orienta para a distinção entre aumento de peso lento e desenvolvimento insuficiente pois as mães de crianças no primeiro caso ficam muitas vezes quando lhes dizem que não se está a desenvolver bem. Nesta linha de pensamento Steiner (2005:42-43) apresenta o caso de uma mãe que amamentava e, ao constatar que a sua criança tinha perdido peso, se sentiu má mãe e que tinha falhado.

Onis e Onyango (2008:204) explicam que antes de um profissional de saúde decidir que o AM não está a ser suficiente para um RN atendendo ao seu peso, deve ter em conta que as curvas de crescimento da OMS podem levar a pensar que a criança tem baixo peso. Então que é necessário ir mais além destes percentis, observando o desenvolvimento, o peso à nascença e despistando infecções ou problemas na amamentação.

A Experiência pessoal sobre alimentação da grávida/quantidade e qualidade do leite influenciam Beatriz a construir a crença da relação entre estes dois aspectos.

Que eu sinto uma diferença da minha primeira filha que o meu leite era muito mais forte do que da segunda. Da primeira o leite era mesmo forte, era pastoso, via-se a gordura. Já da segunda era mais líquido. E é simples, eu comia menos de uma do que comi da outra. A outra eu praticamente comia de tudo o que me vinha e já da outra mais nova eu não tinha o mesmo apetite. Mas aí está, a diferença do leite também conta porque a alimentação é importante. (...) Notei. A alimentação foi diferente e o leite da outra já era com menos quantidade e era mais fraco e era mais um tipo aguinha. Cor de leite mas mais aguado. Em contrapartida, da outra eu comia muito mais e o leite era muito mais forte. Tanto que tinha um peito, que eu digo, praticamente doía que estava duríssimo. Era mesmo demais, demais. (Beatriz)

Explicámos antes que quando uma pessoa assenta uma crença na sua própria experiência a mesma se fortalece e, quanto à relação, que não há evidência que a demonstre.

A Sensação sexual provocada pela sucção é assim descrita

E isso é que me fez afastar mesmo de dar peito! Eu sentia uma coisa... Eu dizia “Meu Deus eu não me sinto bem a dar isso!” E isso é que me afastou mais de dar o peito. (...) Nunca! Nunca ninguém me falou nisso e eu tenho pensado que sou uma mulher diferente das outras. Confusa. “Há alguma coisa estranha aqui; eu não consigo dar de mamar!” (...) E depois era aquela repugnância que eu sentia (faz

³⁰ as crianças amamentadas terão uma diminuição substancial nas taxas de baixo peso na primeira metade da infância. (Tradução livre, nossa)

http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_english.pdf

careta e gesto de afastamento com as mãos) ao dar o peito. Não tem mais nada que saber, era isso. (...) Eu nunca falei disso a ninguém e penso que era um problema meu! (...) Eu penso assim [quando vejo amamentar] “Elas estão tão bem, põem aquelas mamas para fora e sentem-se bem em qualquer sítio.” E eu senti uma repugnância que nem lhe digo. (Maria)

O AM é reconhecido como dando prazer sexual por Yalom (2000:79) de acordo com Pare (1509-1590) que explica a existência de uma ligação entre as mamas e o ventre. Também Freud incidia neste aspecto principalmente para a criança. O psicanalista, segundo relata a mesma autora (p.159-160), defendia que a mama constituía a primeira actividade da vida sexual da pessoa.

Maldonado (2005b:129) reconhece a confusão e a perturbação de algumas mulheres perante as suas sensações físicas durante a amamentação. Steiner (2005:50-53) explica que o AM provoca potencial prazer sexual e que algumas mulheres o sentem, devido à ocitocina, a hormona que possibilita a ejeção do leite ser também a responsável pela excitação sexual. Há uma ligação entre a maternidade e a sexualidade o que é um sinal de saúde mental, física e sexual, além de como explica Light, professora de psiquiatria da University of North Carolina, referido pela autora supra-citada, os níveis elevados de ocitocina nas mães que amamentam são importantes para diminuir a pressão arterial ao que Klein, professora de saúde comportamental na Pennsylvania State University, acrescenta que ajuda a libertar o stress e desencadeia na mãe um impulso para cuidar da criança, sendo assim também a hormona da vinculação. Reiteramos que se a explicação destes processos forem explicados à mãe, possivelmente ela não só não será surpreendida com as sensações do seu corpo, como possivelmente verificará que são importantes, normais e que é uma pessoa saudável.

Influência da experiência com leite artificial

A experiência com leite artificial por parte de Sara leva a que considere que é um leite bom. Para além de o dar ao bebé actual viu a filha mais velha ser alimentada assim no serviço de neonatologia.

Depois eu “Ah, se não há problema...” Porque já a minha filha [mais velha] nos prematuros eu dava o peito mas eles lá davam o leite de lata (...) (Sara)

Com simplicidade, a participante acredita que se num serviço tão diferenciado em que a saúde das crianças é frágil se administra leite artificial então o mesmo é bom para as saudáveis. De acordo com Silva (1997:132) as mães que têm outros filhos baseiam as suas

decisões com o mais novo de acordo com as crenças que construíram a partir das experiências com os primeiros.

Um estudo de Meier (1988) apresentado por Hurst e Meier (2004:387; 399-400) demonstrou que os padrões de oxigenação são mais estáveis e que a temperatura corporal aumenta durante a amamentação do RN pré-termo em comparação à sua alimentação com biberon. Por outro lado, o leite materno proporciona-lhe uma forma de nutrição ótima podendo protegê-la de muitas situações relacionadas com a prematuridade e podem ser adoptadas medidas que possibilitem a sua alimentação com leite da sua mãe ou mesmo ser amamentada.

Behrmann (2005:83) explica que durante muito tempo nos serviços de neonatologia a preferência era para o leite artificial por se considerar que não se conheciam todos os componentes do leite materno. A autora (p. 110-111) refere que actualmente estes serviços são a favor do AM mas menos da amamentação e as mães tiram o leite à bomba para dar no biberon em casos que seria muito útil pegarem na criança e amamentá-la.

Sobre o bebé actual a sua experiência é esta:

“Isso está ruim!” E então eu dei-lhe o leitinho de lata. Ah, naquele dia levou o dia a beber o leite de lata. Chegou na quinta-feira quando eu lhe fui dar o peito, ela já não quis. Ela pôs-se assim (faz gesto de criança à procura), a procurar, depois fazia assim (gesto com a língua a empurrar o mamilo). (...) Eu disse “Olha, durante o dia eu dou-lhe o biberon e à noite eu dou-lhe o leite do peito, porque é mais aconselhável para não estar sempre a levantar de noite.” Mas ela já não quis o leite do peito. (...) Lá então o que é que eu fiz? Experimentei ainda dar na bomba, o leitinho. Depois eu nunca sabia a quantidade que ela queria e tirei um bocadinho, ela bebeu tudo, depois tive de tirar mais, depois já não quis. (Sara)

Ou seja, para além da experiência anterior com a filha mais velha em neonatologia, junta-se ter dado leite artificial a este bebé quando saiu de casa (tem vergonha de amamentar em público) e a segurança que o biberon lhe dá por ver a quantidade ingerida para além de, considerando que a criança bebe melhor o leite artificial, acreditar que deixou de gostar do seu.

Influência da informação sobre AM

Neste tema englobámos a própria informação que a participante refere ter recebido sobre o AM.

A Falta de esclarecimento que fundamentasse a decisão para interromper a amamentação é apontada por cinco das participantes, como por exemplo:

[Tomou essa decisão bem esclarecida?] (Acena que não com a cabeça) Porque foi assim, eu dei-lhe o leite de lata mas não foi com muita vontade. (...) Eu queria ter dado era o peito! (Sara)

Não, não estava bem esclarecida. O que eu pensei foi o que eu pensei do primeiro, “eu não devo ter para dar”. Foi o que eu pensei. (Lina)

[acha que estava suficientemente esclarecida?] Não! Não acho! Não, não! (...) Se eu soubesse que o que eu senti era natural na amamentação, que aquilo ia passar conforme o dia-a-dia, talvez eu desse. (Maria)

Reiteramos a nossa opinião quanto à necessidade de investimento no esclarecimento, na informação antecipatória e na disponibilidade para apoiar. É que tal como Fadul (1983) e Sepúlveda (1983) referidos por Silva (1997:17) demonstram, o AM embora sendo natural implica aprendizagem e experiência, desenvolvidas principalmente através da observação e do exemplo.

Melhado (2008:54-55) demonstra num estudo efectuado com três grupos, um que recebia informação tradicional durante o parto, outro que para além da anterior incluía uma sessão de educação para a saúde antes do parto e um terceiro que apenas recebia a informação após o parto, que as mulheres do segundo grupo (que tinham recebido informação tradicional e uma sessão de educação para a saúde antes do parto) amamentavam mais e durante mais tempo do que as de qualquer outro.

Já nos referimos a iniciativas como a La Leche League que se organizaram para proporcionar o apoio e a orientação que as mães necessitam dado que a vida actual provoca dificuldade de partilha desta experiência com pessoas próximas. De acordo com Riordan e Bocar (2004:689-690) à medida que as práticas de AM diminuíram drasticamente nas sociedades industrializadas a partir da segunda metade do século XX, diminuiu o número de mães que poderiam partilhar a sua experiência. Assim, as futuras mães têm menos probabilidade de ver e de falar com quem as esclareça e ajude. Reconhece-se que as mães que desejam amamentar necessitam de adquirir conhecimentos e competências sobre o AM em três domínios: cognitivo, psicomotor e afectivo. As necessidades de aprendizagem de cada mãe são avaliadas e depois planeadas estratégias de ensino para abranger os domínios acima referidos. As autoras (p. 737-738) consideram que as razões para não amamentar se relacionam coma falta de informação e quando esta é proporcionada de modo profundo e adequado influencia positivamente a duração da amamentação o que é incompatível com uma única sessão sobre AM incluída na preparação para o parto; é indispensável o

planeamento mais cuidadoso e uma abordagem mais sistemática para que as barreiras existentes possam ser ultrapassadas.

Em sentido inverso à influência anterior, Mariana, Ivone e Sandra consideram que havia **Esclarecimento que fundamentou a decisão de interromper ou de não iniciar o AM.**

Acho que sim! [estava esclarecida] (...) Acho porque eu continuo com a mesma opinião. (Mariana)

Ó Sr.^a Enfermeira, eu tinha conhecimentos. Sabia que não queria, pronto. Eu tinha conhecimentos. Sabia que não eu não me queria sujeitar a uma coisa daquelas. (...) Eu falei, elas falaram comigo, eu disse “Eu não quero dar peito, eu sei que é bom mas eu não quero dar peito, pronto!” (Ivone)

Sentia [que estava esclarecida]! No fundo sentia porque tive apoio muito bom. Não tive internada mas da parte da Escola de Enfermagem... (Sandra)

Mariana é a mãe que acredita que fumar é incompatível com a amamentação o que parece estar firmemente esclarecido da sua parte. Por seu lado Ivone mostra-se irredutível em não amamentar considerando-se também esclarecida e Sandra relata que lhe foram prestados cuidados no serviço de obstetrícia por estudantes de enfermagem que a esclareceram.

Catarina, Sara e Lina tinham **Informação de que o leite materno é bom** o que as levou a querer amamentar como no exemplo seguinte:

Pronto, eu sempre ouvi dizer que o leite materno era muito bom por isso decidi dar à minha filha desde o princípio (...) O que eu queria era dar leite do peito à minha filha. Sempre ouvi dizer que era bom e desde o início da gravidez sempre tomei a decisão de querer dar. (Catarina)

De novo, Catarina e Sara referem-se à **Informação sobre AM durante a vigilância**

[enfermeira] perguntou-me mas semanas antes de eu ter bebé, se ia dar leite materno, penso que elas fazem esta pergunta para saber a decisão de dar ou não dar leite materno aos filhos. Porque elas só diziam que era bom, que era bom. (Catarina)

Depois uma vez a sra. enfermeira [nome] disse-me para eu beber, para eu ter muito leite tinha que beber muita água. (Sara)

Segundo o que nos disseram estas mães, parece-nos que a informação é parcelada e incompleta pois é necessário mais do que perguntar se vai amamentar ou do que “elas só diziam que era bom, que era bom” ou ainda de aconselhar a beber água para ter muito leite. Sabemos que muitas vezes os clientes não apreendem e depois não transmitem o que lhes foi transmitido. A comunicação é assim mesmo. Mas também por isto, é imperioso planejar

a informação, formação e orientação que seja sensível e facilmente apreendida. Duarte (2002:78-81) afirma que as pessoas têm dificuldade com a linguagem médica, falada ou escrita, mas querem médicos (na nossa opinião, também enfermeiros) que as escutem.

Lina e Ana Teresa referem-se ao **Desconhecimento da causa do insucesso da amamentação.**

“Porque é que eu não sou assim?” “Porque é que eu não consegui dar também tal e qual?” [E que resposta é que encontra para isso?] Não sei! (...) Pronto, tive falta de leite. (Lina)

Não sei [porque não teve leite], nunca ninguém me explicava porquê. (Ana Teresa)

Ambas referem que não tiveram leite e não sabem porquê uma vez que ninguém lhes explicou. Powers (2004:285) esclarece que não é fácil definir o que seja leite insuficiente e que a confusão é comum neste aspecto.

A **Falta de informação sobre o colostro** é referida por Sandra

[Já lhe tinham falado nisso? (colostro)] Não! (...) Depois no exame físico feito pelas alunas é que soube. Porque era aquela “porcaria”, era o colostro. E eu sem saber o que era! (risos). Sandra

o que a levava a pensar que era uma substância imprópria, mesmo sujidade e cuja desmistificação lhe foi feita após o parto pelos estudantes de enfermagem.

Fátima refere-se a **Múltiplas fontes de informação.**

[Adquiriu conhecimentos sobre A.M.] Em tantos lugares! livros, revistas, Internet, tenho uma prima que é médica e uma amiga que é enfermeira. Muitos lugares. (Fátima)

Esta mãe tem uma atitude de oposição ao AM. Apresenta algumas crenças que não são correctas se bem que tivemos o cuidado de neste trabalho não classificar assim. Ter várias fontes ou muita informação sobre AM não é igual a querer amamentar. A vontade da pessoa é importante e deve ser respeitada e o essencial é que a tomada de decisão seja esclarecida. Por outro lado, como explica Duarte (2002) há um “hiato entre o que as pessoas fazem [e há] falta de correlação entre o que as pessoas dizem e o que fazem.” (p. 96) Na nossa opinião este hiato pode ser ultrapassado com ajuda de uma relação de confiança com pessoas significativas que são modelos de amamentação para as mães, as apoiam e estão ao seu lado para reforçar a sua auto-estima e ajudar a ultrapassar dúvidas.

À semelhança da dimensão anterior, optámos por agrupar as influências consoante a sua direcção ser favorável, desfavorável ou neutra relativamente ao AM. Os critérios de análise foram os mesmos pelo que dispensamos aqui a sua explicação. Sublinhamos porém que mais ainda do que na outra dimensão em estudo, tivemos necessidade de atender não apenas à nomenclatura que definimos mas ao seu conteúdo e contexto uma vez que apenas aquele era insuficiente.

Quadro nº 7

Direcção das Influências Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras Face ao AM

Direcção das influências face ao AM	Influências
Favoráveis	Família que amamenta Na família reconhece-se vantagens do AM Família incentivou a amamentar Marido incentivou a amamentar Mãe incentivou a amamentar Sogra proporciona orientação Amigas favoráveis à amamentação Pessoas conhecidas favoráveis à amamentação Na maternidade as enfermeiras explicaram os benefícios do AM Comunicação com a enfermeira sobre AM aquando do diagnóstico precoce Enfermeira discorda que não amamente Informação sobre AM durante a vigilância com médico obstetra Pediatra orienta para o AM Esclarecimento que fundamentou a decisão de interromper ou de não iniciar o AM Informação de que o leite materno é bom Informação sobre AM durante a vigilância

Quadro nº 7

Direcção das Influências Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras

Face ao AM (cont.)

Desfavoráveis	Família que não amamenta Apoio do marido Apoio da mãe Falta de incentivo à amamentação por parte da mãe Crenças da mãe Descrédito na informação da mãe Apoio da sogra Influência da prima Tabus familiares Amigas que não querem amamentar Pouca partilha de experiência de AM com amigas Amigas que não conseguiram amamentar Amigas interromperam amamentação Amigas concordam com a sua decisão Apoio de todas as pessoas Pessoas conhecidas que não querem amamentar Vizinhas aconselham medidas para ter leite Pessoas conhecidas acreditam que amamentar torna as mamas feias Influência da opinião das visitas na interrupção da amamentação Comparação com outras mulheres Pessoas que se preocupam com a estética da mama Ver mãe amamentar em público Apoio de outras puérperas na maternidade Na ilha onde cresceu raramente se amamenta Na infância e na adolescência nunca ouviu falar de AM Nunca vira uma mulher amamentar Diversas reacções das enfermeiras à sua decisão Orientação recebida na maternidade Falta de apoio das enfermeiras na maternidade Orientação da enfermeira para alimentação mista Enfermeira interrompe alojamento conjunto Aquando do diagnóstico precoce as enfermeiras não falaram do AM Orientação da enfermeira não resolve o problema Orientação da enfermeira depois de ter interrompido a amamentação Falta de enfermeira de referência Pouca informação sobre AM durante a vigilância Ausência de procura de esclarecimento profissional para o AM Não procurou informação na maternidade Médico informa dos malefícios do tabaco para o bebé amamentado Falta de informação por parte do Pediatra Incoerência entre a informação e a prática Experiência de amamentação Experiência anterior negativa de amamentação Tentativa de amamentação na maternidade mas sem ter leite Aparecimento tardio de leite Leite tem aparência de ser fraco Amamentação frequente Bebé aumenta pouco de peso Sensação sexual provocada pela sucção Experiência de alimentação com leite artificial Falta de esclarecimento que fundamentasse a decisão para interromper o AM Falta de informação sobre o colostro

Quadro nº 7

Direcção das Influências Enquanto Favoráveis, Desfavoráveis ou Neutras

Face ao AM (cont.)

Neutras	Família com hábitos inconsistentes de amamentação Resignação do marido Amigas falam sobre AM AM não é tema de conversa com amigas Resignação das amigas Indiferença contra à opinião alheia Experiência pessoal sobre alimentação da grávida/quantidade e qualidade do leite Desconhecimento da causa do insucesso da amamentação Múltiplas fontes de informação sobre AM Pediatra aceitou a decisão da mãe Médico obstetra aceitou a decisão da mãe

Novamente através de frequências absolutas constatamos que há 16 influências favoráveis ao AM, 52 desfavoráveis e 11 neutras. Também aqui a direcção mais representada é a de influências desfavoráveis ao AM, o que, na nossa perspectiva, reforça aquilo que encontrámos nas crenças.

De modo resumido, a segunda dimensão em estudo, “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar” mostrou:

- Destaque da influência das relações familiares que comporta dezassete temas.
- Com dez temas surge a influência das relações com outros profissionais de saúde, imediatamente seguida da influência das relações de amizade, da influência das relações com os profissionais de enfermagem e da influência do funcionamento do corpo, respectivamente.
- Continuando em ordem decrescente encontramos a influencia das relações com o meio circundante, a influência da informação sobre AM e da influência das relações com pessoas conhecidas.
- A influência das relações familiares regista maior evidência no apoio do marido com oito participantes a manifestarem-na, fazendo com que seja a influência mais referida neste estudo. A seguir encontramos o apoio da mãe e família com hábitos inconsistentes de amamentação.
- Quanto à influência das relações com outros profissionais de saúde o destaque é para a pouca informação sobre AM durante a vigilância.

- A influência das relações de amizade surge com amigas favoráveis à amamentação por parte de seis participantes e, segundo quatro, amigas que não querem amamentar.
- Quanto aos enfermeiros, a influência das relações com estes profissionais, evidencia as suas diversas reacções à decisão materna.
- A influência do funcionamento do corpo regista a própria experiência da amamentação como a mais referida.
- Relativamente à influência das relações com o meio circundante destaca-se a comparação com outras mulheres, na influência da informação sobre AM, a falta de esclarecimento que fundamentasse a decisão de interromper o AM e na influência das relações com pessoas conhecidas o apoio de todas elas.
- As influências apresentadas na sua grande maioria são Desfavoráveis ao AM mostrando-nos um cenário em que o contexto que rodeia as mães nas crenças e influências não favorece a adopção da prática, reflectindo-se na ausência da mesma.

6 - CONCLUSÕES

“Nunca deixe de ter dúvidas.
Quando as dúvidas deixarem de existir,
É porque você parou em sua caminhada”

Paulo Coelho

Este estudo teve na sua génese a nossa necessidade de compreender as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar bem como influências subjacentes às mesmas uma vez que a partir da nossa prática profissional e da nossa história de vida nos parece haver crenças que levam as mães a aderir ou não à prática do AM. Portanto, prosseguimos com dois objectivos específicos: “Analisar as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “explorar como as mães que decidiram não amamentar foram influenciadas na construção das suas crenças sobre o AM”.

O contacto com as participantes foi muito enriquecedor, ajudando-nos a compreender o fenómeno da ausência da amamentação. A nossa forma de entender a mãe que não amamenta modificou-se a partir do contacto inicial com as mesmas e da escuta dos seus relatos. Compreendemos que a ausência do AM é um facto imbuído de diversas crenças e de múltiplas influências. O que as mães que participaram neste estudo contam levam-nos a entender que a ausência da amamentação, isto é, de acordo com o que definimos, a não aderência à mesma desde o nascimento ou a sua interrupção até ao final do período neonatal, não é um processo linear e geralmente assenta em múltiplas crenças e influências, umas facilmente verbalizadas, outras nem tanto, até porque compreendemos que algumas sejam mais facilmente aceites ou conscientes do que outras. Simultaneamente, entendemos que as crenças detidas pelas mães e as respectivas influências são distintas e aquilo que parece afectar uma mãe não afecta necessariamente outra.

Não é fácil para as mães falarem da sua decisão em amamentar. Depreendemos isto a partir das rejeições sucessivas das mães que eram contactadas para participar. As que participaram foram essencialmente indicadas por outras na mesma situação o que possivelmente se deve à segurança advinda da solidariedade de não estarem sós e de não serem as únicas a optarem por não amamentar. Desta forma, concluímos que o tipo de amostra em “bola de neve” foi o mais adequado para aceder a estas participantes.

Procedemos à análise dos dados obtidos de acordo com duas dimensões em estudo que correspondem a cada um dos objectivos supra referidos: “Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar” e “Influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar”. Cada dimensão foi agrupada em temas que são comuns a várias participantes, excepto a “Influência da experiência com leite artificial” manifestada apenas por Sara.

Em termos psicossociais, se por um lado surgem crenças que colocam a mãe no centro da tomada de decisão e que só a ela dizem respeito, por outro, surgem as que apontam para o meio circundante como amamentar ser um acto bonito, estar associado à pobreza ou haver necessidade de a mãe estar preparada para o fazer. Observamos também oposições como, por um lado, a beleza de amamentar, ser natural amamentar em público, haver actualmente melhor informação, ser prático amamentar e, por outro lado, ser um acto primitivo ou animal, ser vergonhoso amamentar em público, existir pouca informação ou constituir um sacrifício.

Nas crenças de âmbito físico da mãe a mais comumente manifesta diz respeito à alimentação da mãe que amamenta ser mais saudável, que é a crença expressa por mais mães e, relativamente ainda a este aspecto, participantes que acreditam que há mães que não têm alimentação adequada para o fazer. Constatamos crenças que são congruentes quando há mães que acreditam que há condições físicas que favorecem ou não o AM ou até que o facilitam ou dificultam. Se por um lado há a crença de que amamentar magoa, por outro, há a de que tal não acontece.

Um terceiro tema são crenças relacionadas com o bebé onde, excepto uma, se manifesta a atribuição de um papel volitivo ao RN: Bebé não sabe mamar; As filhas nunca quiseram mamar; Bebé deixou de gostar do leite materno depois de experimentar o artificial; Amamentar também depende da criança.

Se por um lado o leite materno é o melhor, é adequado ao sistema gastrointestinal do bebé e o seu era bom, por outro, é alvo da crença de que não satisfaz a criança. Neste tema, crenças sobre a qualidade do leite materno, descobrimos ainda as relativas à aparência do leite, que era esperado como sendo branco, com aspecto de leite comum, isto é, leite de vaca ou leite artificial, o que leva a acreditar que o colostro é uma substância imprópria.

As crenças sobre o processo de amamentar englobam um conteúdo diversificado mas onde entendemos existir um modelo científico advindo do biberon como o horário rígido da mamada ou a maior segurança proporcionada pelo método artificial.

Nas crenças sobre a díade mãe/filho evidencia-se a que aponta para a maior proximidade entre a mãe e a criança. Registamos também, por um lado, a evidência de uma ligação entre a mãe e o filho que se faz por elementos como a alimentação e o tabaco e, por outro, a crença da independência do corpo da mãe e do filho.

Que o leite artificial também é bom trata-se da única crença no tema crenças sobre o leite artificial e é manifestado por cinco participantes.

Nas crenças sobre a prestação de cuidados encontramos as que se referem ao período em que a informação deve ser fornecida, isto é, durante a gravidez, considerada por seis participantes, com a especificidade de ser no seu início por parte de uma. Se há a manifestação da crença de que as enfermeiras são indiferentes ao AM há igualmente a de que é obrigatório amamentar na maternidade. Registamos ainda as crenças da necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde no que se refere ao AM, do esquecimento a que votam o pai e da importância da humanização dos cuidados de enfermagem para o sucesso da prática.

No que considerámos serem influências na construção das crenças das mães que decidiram não amamentar e incidindo nas relações familiares, encontrámos uma ampla variedade desde a família que amamenta à que não amamenta, passando por aquela com hábitos inconsistentes de amamentação. Particularizando para cada um dos membros, surge a alusão ao marido, à mãe e à sogra, com o seu apoio, incentivo, orientação, resignação ou presença de tabus. Há uma alusão directa à influência da prima para a tomada de decisão. Salientamos que o apoio do marido é a influência mais evidenciada o que vem ao encontro de muitos estudos que apontam nesse sentido.

Na influência das relações de amizade deparamo-nos com uma amplitude de achados como atitudes favoráveis e desfavoráveis ao AM e a presença ou ausência da sua prática bem como nos temas de conversa.

No que concerne à influência de pessoas conhecidas há atitudes favoráveis e desfavoráveis e a explicitação da influência das vizinhas para a interrupção do AM. Neste tema surgem acções concretas como medidas para ter leite ou a manifestação de crenças, nomeadamente, a de que amamentar torna as mamas feias.

O meio circundante traz o que entendemos como influências que advêm do processo de socialização como a baixa incidência de amamentação da ilha de onde é proveniente e nunca ter visto amamentar ou nunca ter ouvido falar no AM. Mas também há o registo de ter visto amamentar, de comparação com as outras mulheres, de saber que há mulheres que se preocupam com a estética da mama ou, simplesmente, indiferença face à opinião alheia.

A influência das relações com os profissionais de enfermagem demonstra o que entendemos como falta de um fio condutor na prestação de cuidados com disparidade das enfermeiras relativamente à decisão da mãe. Na maternidade registam-se diversas formas de estar por parte destes profissionais que vão da orientação e educação para a saúde à falta de apoio, passando pela introdução de alimentação mista e interrupção de alojamento conjunto. Quanto aos cuidados de saúde primários, a disparidade continua a manifestar-se indo da comunicação sobre o AM à sua ausência, comunicação, passando por discordância da enfermeira para com a decisão da mãe, orientação da enfermeira que não resolve o problema por ter sido extemporânea e falta de enfermeira de referência.

Os outros profissionais de saúde que não os enfermeiros aparecem como fonte de influência identicamente diversa, desde a pouca informação proporcionada à sua efectiva presença. O médico obstetra e o médico pediatra são os dois profissionais nomeados com o primeiro a informar e a aceitar a decisão da mãe. Aqui regista-se a referência a uma influência directa quando o obstetra explica à mãe fumadora os malefícios para o bebé se for amamentado ao que a faz acreditar que se amamentasse prejudicaria muito o seu filho pelo que decide não o fazer. Quanto ao pediatra há registo de orientação para o AM mas também da sua ausência e aceitação da decisão materna

O funcionamento do corpo é fonte de influências que advêm da experiência com o bebé actual ou com um filho anterior. Encontramos influências da tentativa de amamentar e, neste caso, o adiamento do início da prática e o aparecimento tardio de leite. Experiências como a amamentação frequente, o alegado pouco aumento de peso do RN e a amamentação provocar sensação sexual são igualmente referências que encontrámos. A experiência de

uma mãe quanto à alimentação que teve na gravidez e a quantidade e qualidade do leite leva-a a acreditar nesta relação.

A influência da informação sobre o AM é mais um tema com disparidades de actuação e/ou compreensão da mensagem pois encontrámos falta de esclarecimento que fundamentasse a decisão de seis mães e esclarecimento que fundamentou a decisão de três.

Para além de algumas influências que nos foram reveladas e que nos parecem ter uma acção directa na decisão das mães, as quais fomos apontando ao longo do estudo, existe ainda a clara ligação entre crença, influência e tomada de decisão numa participante que acreditava ser vergonhoso amamentar em público e noutra que detinha a crença de que amamentar é sexualmente repugnante. Enquanto em alguns casos como estes, verificámos a existência directa de ligação entre influências, crenças e tomada de decisão, noutros, descortinamos influências que consideramos estarem subjacentes às crenças e tomada de decisão mães mas não podemos afirmar que há uma relação directa o que também não é do âmbito de um trabalho de natureza qualitativa com características fenomenológicas como este que pretende sim compreender crenças e influências detidas pelas mães que não amamentaram. Por conseguinte, entendemos que as crenças das mães são construídas a partir dos contextos em que se inserem e que a ausência do AM tem muito a ver com influências em que a ausência ou ineficácia de informação, apoio e orientação por parte da família, amigas meio circundante e profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, é constante.

As crenças e influências reveladas, estando numa direcção desfavorável ao AM leva-nos também a concluir que existe um contexto que não favorece a sua adopção e se reflecte na sua ausência. Por isto, concordamos com Pereira (2006) quanto às mães serem as menos responsáveis pelo insucesso do AM. Atendendo às crenças e influências que encontrámos, a ausência do AM é uma consequência natural e traz implicações para mudanças indispensáveis se pretendermos alterar o panorama com que nos deparámos.

7 – SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É precisamente a possibilidade de realizar um sonho

Que torna a vida interessante”

Paulo Coelho

Sendo o AM essencial para a saúde e o bem-estar da criança, mãe e família, os profissionais de enfermagem têm um papel essencial de informação, apoio e orientação. Acreditamos que uma das principais implicações deste estudo é reconhecer a influência dos enfermeiros neste aspecto da vida das pessoas. Quer pela sua presença que advogamos quer pela sua ausência que é de evitar, o enfermeiro não é alheio ao AM, à sua importância, aos conhecimentos que deve adquirir para melhor ajudar e à sua intervenção junto das populações no sentido de fomentar esta prática e uma tomada de decisão informada face à mesma. Por conseguinte e, abrangendo as diferentes áreas do saber em enfermagem (que num exercício de redacção apresentamos em separado mas que reconhecemos estarem interligados), sugerimos o que se segue.

Prestação de cuidados de enfermagem

Neste âmbito consideramos todas as áreas de prestação de cuidados à mãe/criança/família, isto é, serviços de obstetrícia, maternidades e unidades de cuidados de saúde primários. Dirigimo-nos aos profissionais de enfermagem que estão na prática directa de cuidados porque são os principais prestadores de cuidados mas, como entendemos que o papel de docentes de enfermagem (o nosso caso) e o dos enfermeiros da prática deve ser de parceria, consideramos de toda a pertinência o que a seguir escrevemos.

Para que o AM seja uma prática dignificante para todas as pessoas envolvidas, nomeadamente as famílias alvo de cuidados é essencial ter em mente que cada unidade familiar é única como são únicas cada uma das pessoas que a integra e cada profissional de enfermagem. Assim, é indispensável que os enfermeiros se conheçam bem e às pessoas a quem prestam cuidados.

Não advogamos que os enfermeiros façam o que não acreditam mas que procurem o seu desenvolvimento contínuo enquanto prestam cuidados que possuam a melhor qualidade possível. Tal implica como expusemos no enquadramento teórico que sejam atendidos os requisitos estipulados pela OE (2001; 2003) quanto a uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que dê poder aos clientes de modo que possam adoptar estilos de vida saudáveis atendendo às suas crenças e tradições.

Implica ainda atender à satisfação da cliente/família para que alcance os níveis mais elevados possíveis e para isso o enfermeiro deve: respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos de cada mãe/família; interagir com empatia, estabelecendo parcerias e envolver os conviventes significativos; minimizar a influência negativa que a mudança de ambiente pode provocar, nomeadamente, o internamento na maternidade; proporcionar meios para que as pessoas atinjam o seu máximo potencial como sejam a identificação da situação da mãe/criança/família e os seus respectivos recursos, aproveitamento das oportunidades para que o AM seja entendido como fazendo parte de um estilo de vida mais saudável. Desta forma o enfermeiro optimiza os processos de crescimento e desenvolvimento de todos envolvidos e fornece informação que conduza à aprendizagem e à aquisição de novas capacidades, nomeadamente de maternidade e parentalidade.

Com base nestas recomendações, reflectimos nas implicações deste estudo e sugerimos:

- Δ Proporcionar informação e educação para a saúde ao longo da vida da mulher. Na saúde escolar é um tema a ser incluído junto das jovens. Propomos que durante a gravidez a incidência seja frequente e acurada e, após o parto, a orientação e o apoio incluam informação à mãe/família, de acordo com a sua decisão e necessidades.
- Δ Conhecer as crenças de cada mãe/família quanto ao AM e assentar a prestação de cuidados nas mesmas, o que demonstra consideração e respeito;
- Δ Dar informação e poder para a mãe escolher com base em dados correctos, respeitando as suas crenças e decisões.
- Δ Valorizar a experiência das mães enquanto amamentam, incluindo as suas sensações e opiniões, o que implica conversar com elas e dar-lhes espaço para se expressarem. Exige competências de comunicação com demonstração de interesse genuíno e do respeito pelo ser único que cada uma é.
- Δ Informar com base na evidência de forma a assegurar a credibilidade e evitando situações ambíguas, incoerentes e contraditórias. Implica uma linguagem comum

por parte de toda a equipa, seguindo linhas orientadoras que permitam a coesão e a coerência da informação fornecida.

- Δ Demonstrar enquanto informa para facilitar a aquisição de conhecimentos e competências por parte das mães pois, por exemplo, explicar o que é o colostro e demonstrar como o bebé pega na mama é muito diferente de apenas explicar.
- Δ Acompanhar e orientar a mãe enquanto amamenta, especialmente as primíparas e durante as primeiras vezes, para que se sinta apoiada e tenha oportunidade de tirar dúvidas e expor dificuldades.
- Δ Proporcionar informação antecipatória de temas como
 - o Importância da amamentação precoce
 - o Colostro, sua importância e aspecto
 - o Coloração do leite
 - o Pega correcta e modos de facilitar a mesma
 - o Horário livre das mamadas com a respectiva fundamentação
 - o AM como fonte de nutrição, conforto e aconchego
 - o Evolução do peso da criança
 - o Abdominalgias da mãe que amamenta, suas causas e formas de minimizar
 - o Alimentação da mãe que amamenta, incentivando uma alimentação equilibrada e evitando a tónica em alimentos proibidos.
- Δ Explicar, demonstrando, que a criança é capaz de ser amamentada logo que nasce. Inclui as capacidades do RN de modo a maximizar as capacidades da mãe/família.
- Δ Fomentar AM o mais precocemente possível mesmo no caso de cesariana.
- Δ Proporcionar alojamento conjunto constante a menos que haja motivo de força maior por parte da mãe e/ou do RN.
- Δ Informar a mãe que trabalha dos seus direitos de acordo com a lei de protecção à maternidade bem como formas de conservação do leite materno.
- Δ No caso da mãe desejar amamentar não dar biberon em circunstância alguma e se a criança necessitar de suplemento, fazê-lo por meio que não esse.
- Δ Incluir sempre que possível o pai da criança e/ou outras pessoas significativas nos cuidados e na educação para a saúde de modo a capacitá-los a proporcionarem apoio eficaz.
- Δ Comunicar de modo sensível, adequado às capacidades de compreensão e às características das mães nas diferentes etapas da gravidez e após o parto de modo que a informação e a orientação lhes seja significativa.

Gestão dos cuidados de enfermagem

A partir dos resultados deste estudo, entendemos que as mães e suas famílias necessitam que os enfermeiros sejam capazes de as ajudar a desempenhar o seu papel o melhor possível, a tomarem decisões conscientes e com base na evidência de modo a terem a maior satisfação possível com os cuidados de enfermagem e oportunidade de se desenvolverem nos seus novos papéis.

Defendemos que esta área do saber em enfermagem tem um papel essencial no estabelecimento de políticas, normas e padrões institucionais que permitam o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de modo a alcançar o máximo padrão de qualidade, o que começa nas cúpulas profissionais e institucionais e vai até aos enfermeiros chefe.

Assim, sugerimos:

- Δ Elaborar linhas orientadoras de prestação de cuidados face ao AM de modo a assegurar a coerência e a solidez por parte de toda a equipa, quer durante a gravidez, quer após o parto.
- Δ Valorizar e fomentar as crenças dos profissionais relativamente ao AM de modo a que os mais motivados sejam referências e os menos motivados ou que têm uma atitude em oposição sejam respeitados ao mesmo tempo que não interferem negativamente no AM.
- Δ Incentivar a adopção das medidas propostas pela OMS/Unicef de incentivo à amamentação por parte da instituição, mantendo a oportunidade de opção das mães que não desejam amamentar.
- Δ Elaborar e distribuir recursos audiovisuais de sensibilização e informação em todas as unidades de prestação de cuidados à mulher ao longo do ciclo fértil.
- Δ Criar espaços de amamentação onde haja partilha de experiências e aprofundamento de conhecimentos e competências incluindo o fomento de grupos formais ou informais de aconselhamento.
- Δ Implementar visitação domiciliária a todas as primíparas com a frequência necessária e maior incidência nas duas primeiras semanas após o parto bem como às múltíparas consoante as suas necessidades mas pelo menos uma vez após a alta de modo a satisfazer as suas necessidades de apoio, orientação e conhecimentos e a

reforçar o seu desempenho, possibilitando o desenvolvimento do seu sentido de auto-eficácia.

- Δ Fomentar a formação e actuação de conselheiros de amamentação, cuja inexistência nos Açores faz com que se torne uma prioridade essencial. Verificámos que os enfermeiros de referência fazem falta. Pelo menos uma mãe referiu-se a este facto. No que se refere ao AM consideramos que o ideal é que esse enfermeiro seja igualmente um consultor com conhecimentos e competências para dar resposta às necessidades das mães.
- Δ Promover campanhas de marketing de amamentação através dos meios de comunicação social. Tivemos a oportunidade de verificar quer algumas mães nunca tinham visto amamentar, têm influências díspares quanto a assuntos como alimentação, imagem corporal, sexualidade, intimidade e embaraço, entre muitos assuntos. Os meios de comunicação social são uma forma poderosa de tornar a informação sobre AM acessível a toda a população.

Formação em enfermagem

Não nos oferece qualquer dúvida o papel que os profissionais de enfermagem têm junto das populações no que se refere ao AM. Porém, a sua actuação será tanto mais eficaz quanto maiores e melhores forem as suas competências e conhecimentos. E estas são adquiridas, essencialmente, no âmbito da formação. Sendo esta a nossa área de actuação profissional, reconhecemos que quanto ao tema deste estudo, o campo de acção está junto das populações, sendo a formação uma base de alicerces de aspectos que se desenvolvem essencialmente na prática de cuidados directos às mães e na gestão de cuidados de enfermagem que permite que os mesmos tenham a melhor qualidade possível.

Após uma formação pré-graduada que proporciona instrumentos de aprendizagem ao longo da vida, incluindo ou não formação pós-graduada, os enfermeiros seguem o seu percurso profissional com diversas oportunidades de formação: formal, não formal e informal para utilizar a nomenclatura de Courtois e Pineau (1991:59-60) ou de Canário (1999:80).

É nossa sugestão que, atendendo ao que propusemos nas duas áreas de saber em enfermagem anteriormente explicadas, haja desenvolvimento das respectivas competências e dos referidos conhecimentos num ou mais dos contextos de formação definidos pelos

autores supra referidos de modo que os enfermeiros se desenvolvam relativamente ao AM e a métodos e técnicas de intervenção junto dos indivíduos, grupos e comunidades.

Em simultâneo e reportando-nos a um contexto de formação formal, defendemos que as sugestões apresentadas nas secções “Prática de cuidados” e “Gestão”, façam parte dos conteúdos programáticos de unidades curriculares de formação pré-graduada e pós-graduada, nomeadamente da especialização em enfermagem de SMO, além de ser essencial a criação, na Região Autónoma dos Açores, em geral e na ilha de São Miguel, em particular, de cursos para conselheiros em amamentação.

Num contexto de formação não formal sugerimos que optimizem as experiências profissionais e as oportunidades de aprendizagem experiencial, a acontecer com enfermeiros mais motivados e com mais prática que sejam eventuais modelos de acção, tanto em cuidados de saúde primários como em cuidados hospitalares.

Investigação em enfermagem

Temos a consciência de que apenas abrimos um pouco a cortina do que é o mundo do AM em geral e das crenças que o influenciam, em particular.

Mesmo assim, consideramos que aprofundámos os nossos conhecimentos sobre o tema e, talvez mais importante ainda, ficou-nos a motivação para aprofundar, o que constitui uma mais valia deste estudo. Também não podemos deixar de referir que o próprio processo de investigação e de interacção junto das participantes gerou uma mudança na nossa forma de encarar a ausência de amamentação. Para além disto, como pudemos verificar aquando da validação dos dados, provocou uma alteração na forma como algumas participantes começam a entender o AM.

No sentido de contribuir para uma linha de investigação no âmbito do tema por nós escolhido propomos o desenvolvimento de estudos que versem:

Δ As mães

- Vivências das mães que experimentaram o AM. Verificámos que as crenças de âmbito físico da mãe incidem num referente que não é a própria pessoa. Parece-nos que é como se a mãe se excluísse do que acredita pelo que seria

interessante conhecer o modo como a mãe vive o AM em termos do seu próprio corpo.

Δ Os pais (cônjuge)

- o Conhecimentos, crenças e modos de apoio à mãe que amamenta. Uma vez que verificámos que este actor tem um papel essencial junto das participantes para além de que na nossa sociedade e, na maioria dos casos, ser a pessoa mais próxima da mãe e, portanto, com mais possibilidade de a ajudar, apoiar e influenciar.

Δ Os enfermeiros

- o Conhecimentos sobre AM. Pudemos constatar que há actuações diversas e mesmo díspares. Questionamo-nos assim que conhecimentos possuem os enfermeiros sobre a prática do AM e modos de ajuda à mãe/família.
- o Crenças pessoais e profissionais face ao AM. Como indivíduos, os enfermeiros tem por base as suas próprias crenças. Quais são? Afectarão elas a sua prestação de cuidados face ao AM? De que modo? São perguntas que formulamos e que nos despertam curiosidade por eventualmente serem uma chave que ajude os próprios enfermeiros a melhorarem a sua prestação de cuidados.
- o Práticas de cuidados de enfermagem relativamente ao AM em cuidados de saúde primários e em cuidados hospitalares. Também tivemos oportunidade de verificar a diversidade e disparidade de modos de prestar cuidados. Quais são as diferenças de um contexto relativamente ao outro? E dentro do mesmo? São duas perguntas muito amplas que eventualmente podem guiar outras mais específicas que contribuam para a melhor compreensão destas práticas de cuidados de enfermagem.

Consideramos que cabe aos enfermeiros uma responsabilidade especial em toda a problemática do AM por serem os profissionais que estão mais junto das populações se bem que como em todas as áreas de actuação é importante a sua motivação, conhecimentos sólidos, intencionalidade e humanização dos cuidados que prestam. Possivelmente há muito a fazer pelo AM junto da comunidade em que se inserem as participantes deste trabalho. Está na hora de dar o primeiro passo.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  AHLUWALIA, Indu B.; MORROW, Brian; HSIA, Jason – Why do Women Stop Breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*. s.l. 116:6 (Dec 2005) PP. 1408-1412.
-  AMENDOEIRA, José – O Cuidado de Enfermagem – Que Sentidos (?). In COSTA, Arminda Mendes et al (Org) – *Ensino de Enfermagem. Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde – DRHS, 2000, pp 66-77
-  AMENDOEIRA, José – *O Cuidar e o Prestador de Cuidados*. Comunicação à Santa Casa da Misericórdia de Santarém, Santarém: Auditório da Casa do Brasil, 27 de Maio de 2004, 9 p.
-  BEHRMANN, Barbara L. – *The Breastfeeding Café*. Ann Harbor: The University of Michigan Press, 2005. 311p. ISBN: 0-472-06875-X
-  BENTLEY, Margaret E.; DEE, Deborah L.; JENSEN, Joan L. – Breastfeeding Among Low Income African-American Women: Powers, Beliefs, and Decision Making. *The Journal of Nutrition*. 133:1 (Jan 2003) pp. 305-309
-  BIGGER, Marina T.; LONG, Ann – Breastfeeding Education for Health Professional. *Journal of Community Nursing*. Surrey. 22:3 (Mar 2008) pp. 4-10
-  BLUM, Linda M. – *At the Breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*. Boston:
-  BOEMER, Magali Roseira – A Condução de Estudos Segundo a Metodologia de Investigação Fenomenológica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2:1 (Jan 1994) pp. 83-94.
-  BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde – *Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 152 p. ISBN: 85-334-1344-5
-  BRAZELTON, T. Berry – *Tornar-se Família. O Crescimento da Vinculação Antes e Depois do Nascimento*. Lisboa: Terramar, 1992. 274 p. ISBN: 972-710-056-2
-  BRONNER, Yvonne L.; AUERBACH, Kathleen G. – Maternal Nutrition During Lactation. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 437-457.
-  BURGUESS, Robert G. – *A Pesquisa de Terreno. Uma Introdução*. Oeiras: Celta Editora, 1997, 262 p. ISBN 972-8027-43-5.

- 📖 BUSHY, Angeline – A Enfermagem Comunitária em Meios Rurais. In STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999. pp. 341-360
- 📖 CANÁRIO, Rui – *Educação de Adultos. Um Campo e uma Problemática*. Lisboa Educa, 1999, 151 p. ISBN 972-8036-21-3.
- 📖 CARPENTER, Dona R. – Método Fenomenológico. In STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002, pp. 49-73. ISBN 972-8383-29-0.
- 📖 CASH, Thomas F.; PRUZINSKY, Thomas – *Body Images. Development Deviance and Change*. New York: The Guilford Press, 1990. 361p. ISBN: 0-89862-438-X
- 📖 CLEVELAND, Ann Pollard; MCCRONE, Susan – Development of Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory: A Measure of Women's Confidence About Breastfeeding. *Journal of Nursing Measurement*. s.l. 13:2 (Fall 2005) pp. 115-127
- 📖 COATES, Mary Margaret; RIORDAN, Jan – Tides in Breastfeeding Practice. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 3-29. ISBN: 0-7637-4585-5.
- 📖 COHEN, Marlene Zichi – Introduction. In: COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2000. pp. 1-12
- 📖 COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2000. 114 p. ISBN: 0-7619-1719-5
- 📖 COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – How to Analyze Data. In: COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2000. pp. 71-83
- 📖 COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., 1999, 385p. ISBN: 27296-0009-04
- 📖 COMISSÃO PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO – *O Aleitamento Materno*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 93 p. ISBN: 978-971-796-255-6.
- 📖 CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002, 24p.

- 📖 CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001. 18 p.
- 📖 CONSELHO NACIONAL DE ENFERMEIRAS – *Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP®). Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 210 p.
- 📖 COURTOIS, B.; PINEAU, G. – *La Formation Expérientielle des Adultos*. Paris: La Documentation Française, 348 p.
- 📖 COUTO, António de Jesus – *Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde*. Lisboa: Faculdade de Biologia e de Ciências da Educação/Universidade de Lisboa. 1994. 161 p. (Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação/Pedagogia da Saúde).
- 📖 DECRETO-LEI nº 161/96, DR nº 205 I Série A (1996-09-05) 2959-2962.
- 📖 DECRETO-LEI Nº 220/99, DR nº 138 I Série A (1999/06/16)
- 📖 DECRETO-LEI Nº 70/2000 DR nº 103 Série A (2000/05/04) 1825-1831
- 📖 DINIZ, António M. – *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004, 131 p. ISBN: 972-796-110-X.
- 📖 DUARTE, Susana – *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto Editora, 2002, 130 p. ISBN: 972-8717-19-9
- 📖 EARLE, Sarah – Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*. s.l. 17:3 (Sep 2002) pp. 205-214
- 📖 FREI BERNARDO Domingues – A Pessoa e a Vida Saudável a Promover. IN NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética de Enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 187-202. ISBN: 972-603-326-8.
- 📖 GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – Acompanhamento da implementação das orientações sobre amamentação num hospital amigo do bebé. *Revista Investigação em Enfermagem*. nº 12. (Agosto 2005). pp. 52-56.
- 📖 GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – *Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes*. Loures: Lusociência, 2005, 199 p. ISBN: 972-8930-11-9.
- 📖 GAUTHIER, Benoit – *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. 3ª ed., Loures: Lusociência, 2003, 550 p.. ISBN: 972-8383-5-X.
- 📖 GONZÁLEZ, Carlos – *Mi hijo no me come. Consejos para prevenir y resolver el problema*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S.A., 1999. 215 p. ISBN: 950-730-145-7
- 📖 HALE, Thomas W. – Drug Therapy and Breastfeeding. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 137-166.
- 📖 HANSON, Debbie – Good Dialogues. Aren't Just for Helping Calls. *Leaven*. Rockford Illinois. 40:1 (Feb. Mar 2004). P. 15

- 📖 HANNULA, Leena; KAUNONEN, Marja; TERKKA, Marja-Terttu. Assistematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford. 17:9 (May 2008). P. 1132
- 📖 HAUSMAN, Bernice L. – *Mother's Milk. Breastfeeding Controversies in American Culture*. New York: Routledge, 2003. 274p. ISBN: 0415-96657-4.
- 📖 HEWAT, Roberta J. – Research, Theory, and Lactation. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 655-687.
- 📖 HURST, Nancy R.; MEIER, Paula P. – Breastfeeding the Preterm Infant. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 367-408.
- 📖 KAHN, David L. – Reducing Bias. In: COHEN, Marlene Zichi; KAHN, David L.; STEEVES, Richard H. – *Hermeneutic Phenomenological Research. A Practical Guide for Nurse Researchers*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc., 2000. pp. 85-92
- 📖 KENNEDY, Kathy I.; Fertility, Sexuality, and Contraception During Lactation. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 621-651.
- 📖 KITZINGER, Sheila – *A Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. 359 p. ISBN: 972-8245-25-4
- 📖 KITZINGER, Sheila – *Mães. Um Estudo Antropológico da Maternidade*. 29^a ed., Lisboa: Editorial Presença, 1996. 239 p. ISBN: 972-23-2045-9
- 📖 LOUX, Françoise – *Traditions et Soins d'aujourd'hui*. Paris: InterEditions, 1983, 315p. ISBN: 2-7296-0044-2.
- 📖 MACARTHUR, Amy et al. – Risk of Childhood Leukemia Associated with Vaccination, Infection, and Medication Use in Childhood. The Cross-Canada Childhood Leukemia Study – *American Journal of Epidemiology*. Oxford. 167:5 (Mar 2008). 598-606 p.
- 📖 MACKEY, Marlene C. – Evaluation of Qualitative Research. In: MUNHALL, Patricia L. – MUNHALL, Patricia L. – *Nursing Research. A Qualitative Perspective*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2007. pp. 555-568
- 📖 MALDONADO, Maria Tereza; Dickstein, Júlio; NAHOUM, Jean Claude – *Nós Estamos Grávidos*. 13^a ed., São Paulo: Editora Saraiva, 1996, 208 p. ISBN: 85-02-01979-1
- 📖 MALDONADO, Maria Tereza – *Psicologia da Gravidez*. 17^a ed., São Paulo: Editora Saraiva, 2005, 229 p. ISBN: 85-02-02238-5
- 📖 MARTÍNEZ ROCHE, M. Emília et al – Debe fomentarse la lactancia natural desde la educación primaria. *Rol. Revista de Enfermería*. 23:6 (Jun 2000) pp. 433-435

- 📖 MEIGHAN, Mary M. (Molly) – Ramona T. Mercer. Consequência do Papel Maternal. In TOMWY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Reile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004 (pp. 521-541).
- 📖 MELHADO, Lisa – Breast-Feeding Support Interventions Associated with Increased Practice. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. New York. 40:1 (Mar 2008) pp. 54-55
- 📖 MERLEAU-PONTY, Maurice – *Fenomenologia da Percepção*. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1999, 662 p. ISBN: 85-336-1033-5.
- 📖 MERRIAM Sharon B. – *Qualitative Research and Case Study Applications in education*. 2nd ed., San Francisco: Jossey-Bass Publisher, 1998, 275 p., ISBN 0-7879-1009-0.
- 📖 MOREIRA, Daniel Augusto – *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 153 p. ISBN: 85-221-0262-7
- 📖 MORENO MANZANARES, Lourdes; CABRERA SANZ, Maria Teresa; GARCÍA LÓPEZ, Librada – Lactancia Materna. *Rol. Revista de Enfermería*. s.l. Ano XX:227-228 (Jul/Ago 1997) pp. 79-84
- 📖 MORIN, Karen H. – Helping Breastfeeding Mothers Eat Well. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*. New York. 32:2 (Mar/Apr 2008) p. 127
- 📖 MUNHALL, Patricia L. – MUNHALL, Patricia L. – *Nursing Research. A Qualitative Perspective*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2007. 628 p. ISN: 978-07637-3664-8
- 📖 MUNHALL, Patrícia L. – *Revisioning Phenomenology: Nursing and Health Science Research*. New York: National League for Nursing Press, 1994. 325 p. ISBN: 0-88737-597-9
- 📖 NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – *Para uma Ética de Enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, 582 p. ISBN: 972-603-326-8.
- 📖 NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2
- 📖 ONIS, Mercedes de; ONYANGO, Adelleid W. – WHO Child Growth Standards. *The Lancet*. London. 371:9608. (Jan 19-Jan 25 2008) p. 204
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS – Recomendação – Observância da Legislação Nacional e do Código Internacional de Marketing para os Substitutos do Aleitamento Materno. [online] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Cdigo_profissionais_VFinal_Vnewsletter.pdf

- 📖 PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Resultados de um Estudo Experimental*. Loures:Lusociência, 2006, 229 p. ISBN: 972-8930-21-6
- 📖 PERSAD, Meline D.; MENSINGER, Jenell L. – Maternal Breastfeeding Attitudes: Association With Breastfeeding Intent and Sociodemographics Among Urban Primiparas. *Journal of Community Health*. New York. 33:2 (Apr 2008) pp. 53-60
- 📖 POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette P. – *Nursing Research. Principles and Methods*. 6th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Williams, 1999, 757 p. ISBN 0781715628.
- 📖 POWERS, Nancy G. – Low Intake in the Breastfeed Infant: Maternal and Infant Considerations. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 277-309.
- 📖 QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 4^a ed., Lisboa: Gradiva, 2005, 282 p. ISBN:972-662-275-1.
- 📖 REDMAN, Barbara Klug – *A Prática da educação para a Saúde*. 9^a ed., Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. 304 p. ISBN: 972-8383-39-8
- 📖 RIBEIRO, Agostinho – *O Corpo Que Somos. Aparência. Sensualidade. Comunicação*. 2^a ed., Cruz Quebrada: Casa das Letras/Editorial Notícias. 303 p. ISBN: 972-46-1434-4
- 📖 RIORDAN, Jan – Anatomy and Physiology of Lactation. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 67-95.
- 📖 RIORDAN, Jan – Breast-Related Problems. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 247-275.
- 📖 RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, 819p. ISBN: 0-7637-4585-5.
- 📖 RIORDAN, Jan – Child Health. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 509-539.
- 📖 RIORDAN, Jan – The Biological Specificity of Breastmilk. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 97-135.
- 📖 RIORDAN, Jan – The Cultural Context of Breastfeeding. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 713-728.
- 📖 RIORDAN, Jan – Women's Health and Breastfeeding. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 445-486.
- 📖 RIORDAN, Jan – Work Strategies and the Lactation Consultant. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 31-63.

- 📖 RIORDAN, Jan – Viruses and Breastfeeding. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 167-182.
- 📖 RIORDAN, Jan; AUERBACH, Kathleen G. – Families. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 729-745.
- 📖 RIORDAN, Jan; BOCAR, Debi Leslie – Breastfeeding Education. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 689-712.
- 📖 RIORDAN, Jan; HOOVER, Kay – Perinatal and Intrapartum Care. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 185-216.
- 📖 RODRÍGUES GÓMEZ, Gregorio; GIL FLORES, Javier; GARCÍA JIMÉNEZ, Eduardo – *Metodología de la Investigación Cualitativa*. 2^a ed., Málaga: Ediciones Aljibe, 1999, 378 p. ISBN 84-87767-56-7.
- 📖 SANTOS, Ana Paula Sousa; MACEDO, Maria Manuela – *Aleitamento Materno - Prática de Vida ou Prática Cultural*. [Santarém]: s.e. 1999. 1 poster.
- 📖 SAVOIE-ZAJC, Lorraine – *A Entrevista Semidirigida*. In GAUTHIER, Benoit – *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. 3^a ed., Loures: Lusociência, 2003. p. 279-301. ISBN: 972-8383-5-X.
- 📖 SCOTT, Jane A.; MOSTYN, Tricia – Women's Experiences of Breastfeeding in a Bottle-Feeding Culture. *Journal of Human Lactation*. s.l. 19:3 (2003) pp.270-277.
- 📖 SILVA, Isília Aparecida – *Amamentar. Uma Questão de Assumir Riscos ou Garantir Benefícios*. São Paulo: Robe Editorial, 1997. 257 p. ISBN: 85-7363-014-0
- 📖 SMITH, Linda J.; RIORDAN, Jan – Postpartum Care. In RIORDAN, Jan – *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2004, pp. 217-245.
- 📖 SPEZIALE, Helen J. Streubert – The Conduct of Qualitative Research: Common Essential Elements. In SPEZIALE, Helen J. Streubert; CARPENTER, Dona Rinaldi – *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007, pp. 19-33. ISBN: 0-7817-6313-4.
- 📖 SPEZIALE, Helen J. Streubert; CARPENTER, Dona Rinaldi – *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. 477 p. ISBN: 0-7817-6313-4.
- 📖 STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4^a ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999. 1225 p. ISBN: 972-8383-05-3

- 📖 STEINER, Andy – *Spilled Milk. Breastfeeding Adventures and Advice from Less-than-Perfect Moms*. s.l.: Rodale, 2005. 186p. ISBN: 1-59486-040-8
- 📖 STREUBERT, Helen J. – A Produção de Investigação Qualitativa: Elementos Comuns Essenciais. In STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002, pp. 17-35. ISBN 972-8383-29-0.
- 📖 STREUBERT, Helen J – Guia Prático para Participação de Resultados de Investigação Qualitativa. In STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002, pp. 343-364. ISBN 972-8383-29-0.
- 📖 STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002, 382 p. . ISBN 972-8383-29-0.
- 📖 SWANSON, Kristen M. – Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Edinburgh. 25:4 (Winter 1993) pp. 352-357.
- 📖 TAYLOR, Steven J.; BOGDAN, Robert – *Introduction to Qualitative research Methods. A Guidebook and Resource*. 3rd ed., New york: John Wiley & Sons, Inc., 1997, 337 p. ISBN 0-471-16868-8.
- 📖 TENNANT, Ruth; WALLACE, Louise M.; LAW, Susan – Barriers to breastfeeding: a qualitative study of the views of health professionals and lay counsellors. *Community Practitioner*. s.l. 79:5 (May 2006) pp. 152-156
- 📖 TOMWY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Reile – *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004, 750 p. ISBN 972-8383-74-6.
- 📖 UNICEF – *Six Months Recommended Duration of Exclusive Breastfeeding*. New York: Unicef. (Documento Oficial). 5 de Julho de 2001.
- 📖 VAN MANEN, Max – *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ontario: The University of Western Ontario, 1990, 202 p. ISBN: 0-7914-0426-9.
- 📖 WATSON, Jean – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. 2002, 182 p. ISBN: 972-8383-33-9
- 📖 WATSON, Jean – *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Niwot: University Press of Colorado. 1985, 321 p. ISBN: 0-87081-154-1.
- 📖 WORLD HEALTH ORGANIZATION – *WHO Child Growth Standards. Length/height for age, weight-for-age and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneve. 2006. 336p. Disponível em http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf

-  WORLD HEALTH ORGANIZATION – *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneve. 1981. 24 p. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
-  WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Bangkok. August 11th 2005. 6p. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf
-  VAUCHER, Ana Luísa Issler; DURMAN, Solânia – Amamentação: Crenças e Mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 7:2 (2005) pp. 207-214. Disponível em <http://200.137.221.132/index.php/fen/article/view/881/1054>
-  YALOM, Marilyn – *A History of the Breast*. New York: Ballantine Books, 1997. 331 p. ISBN: 0-345-38894-1

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CSPD PARA COLABORAÇÃO
NO ACESSO ÀS PARTICIPANTES

Ao Conselho de Administração do
Centro de Saúde de Ponta Delgada

Assunto: Pedido de Autorização para Colaboração na Colheita de Dados para a Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Ana Paula Sousa Santos Espada, aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, vem por este meio solicitar autorização e colaboração para a colheita de dados a efectuar para a tese a apresentar no âmbito do Mestrado acima referido. Para tal, necessita de proceder a uma entrevista exploratória com as enfermeiras responsáveis pela vigilância das grávidas a fim de compreender o modo como entendem o aleitamento materno nas primíparas das Unidades de Saúde em que trabalham e também da colaboração destas enfermeiras para a selecção das participantes nesta investigação.

A tese em apreço tem por título **“As crenças na decisão das mães em não amamentar”** e como objectivo geral “Compreender as crenças subjacentes à construção da decisão das mães em não amamentar bem como influências subjacentes às mesmas” e é orientada pelo Professor Doutor José Amendoeira.

A investigação segue uma metodologia Qualitativa. Os critérios de selecção das participantes são os seguintes: Primípara que sejam naturais e residentes na ilha de São Miguel; Que no dia do diagnóstico precoce do recém-nascido refiram não estar a amamentar e não o queiram fazer; Que aceitem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

A colheita de dados ocorrerá no lugar que seja mais adequado às participantes, de acordo com marcação revia consoante a sua disponibilidade.

Os dados colhidos serão apenas para uso no trabalho acima referido.

Não estão previstos danos e os benefícios relacionam-se com o maior conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem nomeadamente com planeamento e execução de acções que incentivem o aleitamento materno.

A participação dos informantes é voluntária, ficando salvaguardado o direito à recusa ou à desistência a qualquer momento.

O tratamento de dados decorrerá de acordo com o método de análise de conteúdo.

Os critérios de rigor para a investigação qualitativa serão atendidos em todo o trabalho.

Em termos éticos existe o compromisso de salvaguardar os princípios descritos no Relatório Belmont, documento emanado pela *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research*, nomeadamente o princípio de beneficência, o princípio de respeito pela dignidade humana e o princípio de justiça.

A identidade das participantes apenas será conhecida pela autora do trabalho e pelas enfermeiras acima designadas que são as participantes privilegiadas neste estudo.

A requerente compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço e em divulgar os resultados do trabalho junto da V. Instituição após o seu terminus, previsto para Março de 2008.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

Ana Paula Sousa Santos Espada

ANEXO II –AUTORIZAÇÃO DO CSPD PARA ACESSO ÀS PARTICIPANTES



SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA

Rua Cons. Luís Bettencourt Medeiros Câmara, nº 26/28
Telef. 296 205 260

9500-058 - PONTA DELGADA (AÇORES) CODEX

Exma. Senhora
Enf.^a Ana Paula Sousa Espada
Apartado 1516

[9500 – Ponta Delgada]

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Ponta Delgada

2007/CA

1682

07. MAR 27

ASSUNTO: Autorização para Colheita de dados para a Tese de Mestrado de em Ciências de Enfermagem.

Na sequência do vosso requerimento, cumpre-me informar V. Ex.^a que este Conselho de Administração considerou, autorizar a Colheita de dados para a Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal Enfermeira
do Conselho de Administração
Maria Manuela R. S.D. Ferreira

ANEXO III – GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Tipo de registo: Áudio em fita magnética

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	Quais as crenças que as mães que não amamentam possuem relativamente ao aleitamento materno e de que modo as construíram?
OBJECTIVOS	Objectivo Geral: • Compreender as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar. Objectivos Específicos: • Conhecer as crenças na construção da decisão das mães em não amamentar; • Explorar como as mães que decidiram não amamentar construíram as suas crenças sobre o aleitamento • materno.
ESTRATÉGIA	↪ Entrevista semi-estruturada
TÁCTICA	↪ Iniciar recordando o objectivo do trabalho de investigação, bem como o modo e selecção das participantes, ↪ Primeiro são apresentadas as perguntas gerais e a partir destas tentar pormenorizar

ETAPA	OBJECTIVOS	TÓPICOS	Perguntas
INTRODUÇÃO	- Apresentar o investigador/entrevistador e o tema Informar os participantes acerca do objectivo da entrevista e do trabalho em que está inserido. Informar o participante da importância da realização do trabalho de investigação. Assegurar o anonimato da participante e a confidencialidade da informação. Obter o consentimento para gravar a informação que será fornecida.	Apresentação do objectivo do trabalho de investigação bem como do modo de selecção dos participantes. Sensibilização para a importância da sua participação. Reforço da confidencialidade e do anonimato. Escolha de um nome fictício por parte da participante Solicitação de permissão para o registo da entrevista em fita magnética (áudio)	Esta esclarecida sobre a importância deste trabalho de investigação? Há alguma pergunta que deseja colocar sobre o modo como o seu nome não será conhecido de mais ninguém? Que nome deseja escolher para aparecer no trabalho em vez do seu? Concorda que a entrevista seja gravada?

DESENVOLVIMENTO	1)- Explorar como as mães que decidiram não amamentar foram influenciadas na construção das suas crenças sobre o AM	Colocar cada pergunta de modo que a participante a compreenda sem a influenciar. Entre parêntesis estão perguntas a colocar no caso de as anteriores não proporcionarem informação adequada) Perguntas colocadas de forma clara e simples - Conhecimento do contexto próximo (família e amigos) relativamente à decisão em amamentar ou não, evitando fazer uma pergunta directa sobre a própria participante que a possa fazer sentir julgada	1-a) Como é que os bebés têm sido alimentados na sua família, enquanto são pequeninos? (Quer aprofundar um pouco?) 1-b) Como é que as suas amigas alimentam os recém-nascidos? 1 – c) Teve oportunidade de ver alguém próximo de si a amamentar? Quem? (O que achou disso?) 1 d) O que acha do seu corpo ser também fonte de alimentação do bebé? 1 e) Quando vê uma mãe a amamentar o que pensa?

³¹ Este objectivo e respectivas perguntas surgem ao constatar que algumas mães ainda amamentaram e, portanto, interagiram com os profissionais de enfermagem face a esta prática.

	2)- Conhecer as crenças na construção da decisão das primíparas em não amamentar;	- Obtenção de informação que permita conhecer as crenças subjacentes à decisão da participante; E também de como as mesmas são sustentadas ou não por outras pessoas significativas	2 a)- O que a levou a decidir não amamentar o seu bebé? (Pode aprofundar um pouco mais?) 2 b) Qual foi a opinião das outras pessoas? (Explorar a opinião das pessoas nomeadas) 2 c)- Em sua opinião estava esclarecida quando tomou a Decisão? (Pode aprofundar um pouco?) 2 c)- Quanto à família, quem considera que tem um papel importante na sua decisão? (Quer falar-me mais profundamente?) 2 d)- E as suas amigas, como reagiram à sua decisão?

	3)- Discutir o estatuto e o papel do enfermeiro enquanto orientador/educador para o aleitamento materno 4) Analisar as vivências da mãe que não amamenta no que concerne à sua interação com os enfermeiros face à amamentação ³¹ 5) Adquirir informação sobre alguns dados demográficos	Obtenção de informação sobre o papel do enfermeiro enquanto elemento sensibilizador para o AM Conhecimento das vivências da participante relativamente à sua interacção com os enfermeiros face à amamentação Conhecimento do meio sócio demográfico da participante	3 a) Falou com os enfermeiros sobre a sua decisão? Quando? (o que lhes disse? O que é que eles lhe disseram?) 3 b) Considera que foi esclarecida Por eles? De que modo? 3 c) Quando, como e onde considera importante que os enfermeiros abordem este assunto? 4 a) De que modo é que os enfermeiros ajudaram ou não ajudaram a amamentar? (- Antes da gravidez - Na maternidade - No centro de saúde) Idade Profissão Estado civil Com quem vive

ANEXO IV – CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Declaro que aceito participar no trabalho de investigação subordinado ao tema “As crenças na construção da decisão das mães em não amamentar”, através de uma entrevista, atendendo à seguinte informação:

- 1) O trabalho tem o objectivo de compreender as crenças na construção da decisão mães em não amamentar;
- 2) Os dados são obtidos através de uma entrevista semi-estruturada;
- 3) A informação destina-se apenas a este trabalho de investigação e não será fornecida a qualquer outra pessoa;
- 4) A entrevista acima referida é gravada em fita magnética, a qual será destruída após a discussão da tese;
- 5) Os participantes foram seleccionados mediante critérios de elegibilidade;
- 6) Não se prevêem quaisquer danos ou efeitos colaterais potenciais;
- 7) Os benefícios relacionam-se com a análise das crenças e sua construção a fim de delinear estratégias que melhorem a adesão livre e informada ao aleitamento materno por parte das mães e a uma prestação de cuidados de qualidade por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- 8) Ao longo do trabalho de investigação pode haver necessidade de determinada informação, para o que o investigador contactará novamente a participante solicitando o respectivo consentimento informado;
- 9) A participação das pessoas seleccionadas é voluntária ficando salvaguardado assim o seu direito à recusa, neste momento ou posteriormente;
- 10) A privacidade das participantes fica completamente salvaguardada e respeitada, não sendo conhecida a sua identidade por ninguém, excepto pela autora deste trabalho, pelo que será atribuído a cada pessoa um nome fictício escolhido por cada informante se assim o desejar;
- 11) Em caso de dúvida, necessidade de mais informação ou reclamação relativamente a este trabalho, as participantes podem contactar a autora ficando para este efeito com o seu contacto.

Tomei conhecimento, foi-me explicado e aceito participar neste estudo

Assinatura da participante_____

Data ____/____/____

Forneci informação e assumo a responsabilidade em respeitar tudo acima descrito

Assinatura da autora _____

Data ____/____/____

Contacto da Autora do Trabalho:

Ana Paula Sousa Santos Espada

Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada

Telefone 296 302280

Telemóvel 916968895

ANEXO V – MATRIZES DE ANÁLISE

Crenças na construção da decisão das mães em não amamentar

Informação obtida	Primeiras anotações	Temas emergentes	TEMAS	Localização
Não senhora... (com expressão envergonhada) [Não falam sobre isso. Na Escola, quando andava na escola, alguém falou sobre isso?...] Nunca! (...) Relações sexuais, sim. Mas depois, de gravidez e amamentação, não. Não, nunca falei nisso com ninguém. (...) Nada, com ninguém; até hoje nunca disse isto a ninguém. (...) E nem ao meu marido contei isso!	Faz expressão envergonhada dizendo que falava de vários assuntos com amigas mas não sobre aleitamento materno. Nunca falou com a sensação sexual ao amamentar com ninguém Nem contou a repugnância que sentiu ao marido	A.M. é tabu	Crenças de âmbito psicossocial	E1:L22-25; 27-28 E10:L126; 128; 264
Pronto, mas depois comecei a emagrecer muito	Começou a emagrecer por estar a amamentar	Amamentar provoca emagrecimento na mãe	Crenças no âmbito físico da mãe	E1:L34-35
Achei que não ficava farto só com o leite materno, comecei a fazer mistura, durante uns dias (...) ou o leite não era de muito boa qualidade, que a bebé... a Mónica era muito esfomeada Pronto, fiquei com aquilo na cabeça. (...) E eu disse: “(...) só que ela coitadinha está sempre com fome (...)” Fiquei cismada “Ah porque essa bebé não vai ficar cheia de fome!” O meu leite não prestava, era fraco. E pronto, pus isso na cabeça. (...) Pus isso na cabeça... “Ah, não tens, não tens!”	Bébé não ficava satisfeito só com leite materno Pensa que a criança tem mesmo fome Acreditou nas visitas de que a bebé não ficava saciada com o leite materno e que o leite materno não prestava e era fraco Resignação de não ter leite adequado	O leite materno não satisfaz a criança	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E1:L36-38; 54 E2:L121-122; 300-302; 304

(...) e lá no hospital saía mas não era aquele leite que satisfazia o bebé. (...) só que, pronto, saía mas não era aquele leite que a gente via que podia dar e satisfazer o bebé. O que me aconteceu... Ora bem! Era um bebé grande, estava sempre com muita fome, eu dei de mamar nos primeiros quatro dias só que nunca era suficiente porque o bebé estava sempre a chorar e depois dava o suplemento e depois tinha que esperar três horas de digestão, mas mesmo assim intercalava com a mama, não era suficiente. Passou muita fome, praticamente. (...) Que só mamava colostro e... (pausa) (...) já estava praticamente há 24 horas sem dormir. Estava saturada e a ver um filho a beber água quente para tentar saciar a fome... Eu disse (voz emocionada) “Não, chega para sofrer não vale a pena!” porque enganava a fome para ver se ele conseguia aguentar a fome até ao próximo biberon, portanto, ele sofreu tanto, levou uma noite inteira, uma madrugada inteira a chorar com fome e às 7 da manhã eu disse, “acabou! Quero o biberon e vai ser é biberon!” (...) Porque passar fome	Saía leite mas pelo aspecto via que não satisfazia o bebé O filho era um bebé grande, tinha sempre fome e o seu leite não o satisfazia O bebé estava sempre a chorar Dava o suplemento e tinha de esperar 3 horas A amamentação não era suficiente para o filho O filho passou fome Filho passou fome porque só mamava colostro Desistiu porque não dormia há cerca de 24 horas e porque RN passava fome Não suportava ver o RN beber água quente para saciar a fome Não valia a pena amamentar para o RN sofrer RN sofreu com fome durante uma noite inteira Não teve um filho para passar fome Entrou em pânico, estava cansada e aflita por ver o filho a sofrer com fome			E7:L118-119; 141-142; E8:L71-76; 78; 84-91; 93-94; 105-109

não vale a pena, não tive um filho para passar fome! (...) Entrei em pânico porque além do cansaço e ver o filho assim. Ninguém gosta de ver um filho a chorar. Ou melhor a sofrer, porque ali já era sofrimento, não era uma birrinha porque tinha fome ou porque tem cocó ou porque tem xixi ou porque está com cólicas. Era mesmo fome. Só que pronto, eu não tinha nada, ele não ficava cheio. Ele estava era só para tomar ar. (pausa) Enquanto o peito ela nunca estava satisfeita.	Não tinha leite e o RN não ficava satisfeito À mama RN só tomava ar O bebé nunca ficava satisfeito à mama			E9:L84-85 E10:L78-79
O leite era bom, saciava-o bem	Leite bom saciava o RN	O leite era bom	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E3:L177
(...) já se sabe que antigamente, pouco de comer a gente tinha, não é? Por isso eles usavam muito o leite. Sempre que podiam davam o leite do peito. Antigamente não havia essas... o leite de lata era só para quem era rico. Não digo que uma mãe com poucos recursos económicos não se sujeite a tudo isso por falta de dinheiro para	Antigamente usava-se leite do peito porque as pessoas não tinham que comer Antigamente o leite artificial era para quem era rico; os pobres amamentavam Uma mãe com poucos recursos faz sacrifício de amamentar porque não tem dinheiro para o	Aleitamento materno associado à pobreza	Crenças de âmbito psicossocial	E1:81-83 E2:L4-5 E11:L143-146

preparar o leite para a criança com a maior higiene e qualidade possível, até porque o leite não é barato.	leite artificial			
Pronto, como eu que fui mãe muito nova e como há muitas mães muito novas, acho que há muito pouca informação. Porque são mães muito novas e não têm ninguém que lhes dê grandes apoios e a explicar tudo. Porque é muito complicado mas não temos tanta explicação por parte dos profissionais.	Há pouca informação para as mães muito novas É complicado para as mães jovens porque não tem informação dos profissionais	Mães jovens têm pouca informação sobre A.M.	Crenças de âmbito psicossocial	E1:L148-150-153
Eu disse tomei a decisão de dar porque achava que era bom. O melhor que há é este [AM] Porque acredito que faça muito bem mesmo Muito importante [amamentar]! (...) Por causa, pronto, em primeiro lugar o leite da mãe é muito importante em todos os níveis e sentidos. (...) evita certas doenças (...) É muito importante! É muito importante! Uma mãe dar o leite (...) porque aquele leite da mãe é o melhor que podemos dar aos nossos filhos. (...) assumir, mãe, que aquilo é o melhor que podemos dar aos nossos filhos. (...) Saudável em todos os sentidos (...) Na higiene também e a nível de	Tomou a decisão de amamentar porque achava que era bom Leite materno é o melhor Leite materno faz muito bem O leite materno é muito importante a todos os níveis É importante amamentar Leite materno evita doenças O leite materno é o melhor que se pode dar aos filhos Necessidade de assumir que o leite materno é o melhor que pode dar aos seus filhos Se a mãe tiver leite deve amamentar O leite materno é o melhor em todos os sentidos	O leite materno é o melhor	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E1:L162-163 E2:L121 E3:L236 E5:L34; 36-38; 49; 53-54; 55-56; 186; 282-287

saúde, a criança consegue ser mais saudável que propriamente com os outros leites aconselhados pelo médico. Nem todas as crianças o organismo se dá com aquele leite. (...) Se realmente tiverem leite dêem aos seus filhos que nada melhor que o nosso leite, em todos os sentidos da palavra. Que é interessante amamentar, é, que eu acho que o leite é muito saudável. (...) Por exemplo em relação a isso [importância do A.M.] não tenho dúvidas. (...) e no fundo sabemos que é uma fonte de alimentação para a criança (...) Quer dizer... acho que todos nós ali sabíamos que fazia bem ao bebê.	Leite materno é saudável O leite materno é fonte de alimentação para a criança É óbvio que o leite materno faz bem ao bebê			E7:L21-22; 187-188 E8:L51-52; 207-208
(...) que era 15 minutos [duração da mamada] Era 20 minutos num lado, 20 minutos no outro.	Soube que bebê deve mamar durante 15 minutos Amamentava 20 minutos em cada mama	Horário rígido da mamada	Crenças sobre o processo de amamentar	E1:L191 E2:L50-51
Pronto, a estética não me importa muito, sinceramente. Se ficasse mais descaído [o peito], se ficasse melhor do que era antes, não me interessava (sorri). (...) Mas com a estética não em importa muito. [como a mãe] poder chegar aos 50	Factores estéticos não lhe interessavam [mama mais flácida] A estética da mama não era alvo da sua preocupação Ao não amamentar pode tal como	Amamentar altera estética do corpo	Crenças do âmbito físico da mãe	E1:L202-204 E11:L109-110;

anos com um corpo espectacular que para nós também é importante. (...) a mudança do seu corpo que pode nunca mais recuperar	a mãe ter um óptimo corpo aos 50 anos Amamentar altera o corpo da mãe que pode não recuperar			140-141
Por acaso eu achava que o peito era normal, como estava a chupar e tudo. (...) magoe um bocadinho do peito. E depois já estava com dores nos meus peitos	Dor no peito durante a amamentação era natural Amamentar magoa um pouco Tinha dores nas mamas	Amamentar magoa	Crenças do âmbito físico da mãe	E1:L234-235 E3:L47-48 E7:L79-80
Mas essa por aqui abaixo não conseguia perceber o que era. Cheguei a pensar que tivesse algum problema. Mas nunca cheguei a perceber porque era.	Pensou que a dor que sentia no abdómen quando amamentava era um problema que tinha	As abdominalgias ao amamentar são devido a um problema	Crenças do âmbito físico da mãe	E1:L235-237
Acho que durante a gravidez, desde o princípio (...) Mas acho que deviam explicar tudo, faz bem ao bebé (...)que faz bem à mãe também para, pronto... Acho que de início deviam ter mais iniciativa e explicar tudo, antes que a pessoa tenha o bebé É como elas falam, é como elas fazem. Elas dizem, elas dizem bastante ali logo nas primeiras coisas, a Sr. ^a Enfermeira disse “Vais dar peito?” e eu disse “Não” E portanto elas falam logo ali de inicio e eu acho	Desde o início da gravidez os enfermeiros devem informar sobre A.M. Devem ser explicadas as vantagens do A.M. A informação sobre A.M. deve ser proporcionada durante a gravidez A educação para a saúde deve começar no início da gestação As enfermeiras explicam o que devem explicar sobre a amamentação e o que fazem, fazem bem	Os profissionais de saúde devem informar sobre AM durante a gravidez	Crenças sobre a prestação de cuidados	E1:L248; 250-253 E4:L132-136

que elas devem falar, logo para a mulher que quer e para a mulher que não quer. Desde um momento que uma senhora, uma rapariga fique grávida é logo a prepararem, “Estás grávida”, dar os conselhos que temos que seguir durante a nossa gravidez, e quando estiver perto de nascer o nosso filho, começam “Olha, tu daqui para a frente, dar o leite ao filho” explicar como é que devemos de fazer, chamar mais a atenção, porque quando chegar a altura a gente estar preparada para realmente sabermos que temos de fazer aquilo e quais as vantagens que o leite da mãe tem, que é muito importante saber as vantagens do leite materno. Muito importante. (Falar] Da importância [do A.M.] ... Se calhar já na gestação. Já mesmo dentro da gestação. Pode-se falar [durante a gravidez] para preparando a pessoa Eu acho que é quando a pessoa está grávida ou decide ter um filho.	Os enfermeiros devem começar a preparar uma grávida, desde o início, para o A.M. Os enfermeiros devem incentivar a amamentar Os enfermeiros devem explicar o que fazer para amamentar Os enfermeiros devem explicar as vantagens do A.M. Deve falar-se da importância do A.M. durante a gravidez Na gravidez deve-se ir falando do A.M. para preparar para o aleitamento Deve fazer-se educação para a saúde sobre A.M. durante a gravidez ou quando a mulher decide engravidar			E5:L240-248 E8:L241-242 E11:L199-200 E10:L252-253
Desde o momento que uma criança se	Desde a menarca que se deve	A informação sobre A.M	Crenças de âmbito	E5:L177-183;

torna mulher, não tem idade. Tem que ter uma idade que compreenda. Mas desde o momento que uma criança atinja a sua maioridade do nível de mulher, que se prepara para ser mulher, a partir daí devemos dar os conselhos máximos às nossas filhas e se um dia serem mães que façam tudo o que puderem pelos seus filhos, se tiverem leite que dêem, não desperdiçarem o que temos de mais bom. (...) Deve-se principiar. Para mim deve-se principiar já dentro da nossa própria casa. E depois a seguir com amiga, informação da parte médica, quando se começa a ir aos médicos e essas coisas assim. Mas deve o início deve ser de casa. Estes conhecimentos, estes conselhos, devem começar de casa, na minha opinião penso eu que sim.	falar do A.M. A partir do momento que a menina compreenda deve-se falar no aleitamento materno As mães devem falar com as filhas no A.M. para as prepararem para quando forem mães A educação para a saúde sobre amamentação deve começar no lar da menina As amigas devem falar sobre A.M. Os médicos devem falar sobre A.M. O início dos conhecimentos sobre A.M. deve começar em casa	deve começar na menarca	psicossocial	192-197
(...) dando a decisão às pessoas para dar de mamar porque, pronto, é uma decisão delas, não é? Há que respeitar a decisão de cada um. (...) o que eu acho é o seguinte: não se pode obrigar uma mulher a dar peito. A mulher não quer dar peito, a	A decisão para amamentar deve ser da mãe A decisão das pessoas quanto à amamentação deve ser respeitada Não se pode obrigar uma mulher a amamentar As enfermeiras têm de explicar	A decisão para amamentar é da mãe	Crenças de âmbito psicossocial	E1:L248-250 E3:L263-264 E4:L179-185

mulher não dá peito. Já explicaram, não explicaram? Fizeram o seu trabalho, então agora a gente escolhe. Que a gente está aqui também para escolher. O filho é meu, as maminhas são minhas, o marido não diz nada, a minha mãe concordou comigo, o que é que elas têm a ver com isso? Elas mandam na sua casa que eu mando na minha. [mãe deve amamentar] Sem ser obrigada. Acompanhar mais e depois se calhar não fazer tanta insistência porque às vezes também a insistência também (acena negativamente com a cabeça). Falar depois e depois então falar novamente. Se calhar é melhor. (...) Portanto se calhar “mais logo. Daqui a meia hora a gente fala. Pensa e a gente fala mais logo” (...) depois [de informada] se a pessoa quiser dar, dá; se não quiser, não dá! A pessoa é livre. (...) porque muitas pessoas me diziam que iam insistir e que até me podiam obrigar e eu ia preparada para fazer valer o meu direito de escolha porque estou em plena função das minhas faculdades e não sou nenhuma	mas não podem obrigar As pessoas têm a sua auto-determinação Se a família aceita a sua decisão os profissionais têm obrigação de também o fazer Amamentar é um assunto de decisão familiar A mulher não deve ser obrigada a amamentar As enfermeiras devem acompanhar mais as mães e não insistirem tanto para amamentarem As enfermeiras devem dar tempo de decisão A mãe é livre de escolher se quer amamentar ou não Ouvira dizer que na maternidade insistiam e obrigavam a amamentar Não amamentar é um direito seu que quer ver respeitado O mais importante é o que sente e			E6:L58 E8:L226-229; 236 E9:L200-201 E11:L57-60; 154-155; 157; 168-169; 174; 178-180; 213- 214; 218-219

criança. (...) E acima de tudo está o que eu penso e o que eu sinto. (...) Cada um é livre. (...) É bom para quem quer, respeito como quero ser respeitada por ter uma opção que é válida (...) É preciso saber respeitar as pessoas. E não pode haver fundamentalismos. Cada caso é um caso e é isso que se tem que ver: o que é melhor para aquela mãe e para aquele pai. (...) É como digo, respeito pela opinião de cada pessoa e nada de fundamentalismos. (...) [necessidade de] respeito pelas mães que não querem amamentar	pensa Cada mãe é livre para amamentar ou não Amamentar é bom para quem o quer fazer Respeita quem deseja amamentar mas quer que respeitem a sua decisão em não o fazer É necessário respeitar as decisões quanto ao A.M. O aleitamento materno não pode ser um fundamentalismo Tem que se ver cada caso e o que é melhor para cada mãe e para cada pai Necessidade de respeito pela opinião de cada pessoa Evitar fundamentalismos Necessidade de respeitar as mães que não querem amamentar			
Passou-me pela cabeça deixar logo e já (sorriso). (...) Ele já se via muito amarelo. E eu não sabia porque a princípio era mais branco. Antes dos 15 dias já se via uma cor mais esquisita e achava que o bebé também não estava bem. (...) [Mais amarela! E o que é que achava que isso era?] Não sei, não sei explicar, porque era muito nova e também não tinha	Decidiu deixar de amamentar quando verificou que o leite estava diferente Não compreendia as mudanças da aparência do leite Bebé não estava bem porque o leite estava a mudar de aparência Desconhecimento da alteração da cor do leite	O leite materno deve ter cor de leite comum	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E1:L261; 263-265; 268-270

informação. Pensei que era mesmo leite, cor de leite, não é? (...) Pensa-se leite, mama, leite. (...) [Quando pensava em leite pensava em quê?] Leite, branco. Principalmente na cor branca.	Pensava que o leite materno tinha cor de leite Associação de leite materno era cor de leite Quando pensava em leite materno pensava em leite branco			E8:L270; 273-274-276
(...) eu sempre dizia que ia dar peito. Eu disse “Olha eu vou dar enquanto tiver. Vou ficar em casa os quatro meses. Depois então vou dar.” (...) Foi assim, eu estava decidida que ia dar peito. (...) Graças a Deus eu tinha leite de fartura.	Sempre teve intenção de amamentar nos 4 meses de licença de parto Estava decidida a amamentar Tinha muito leite	Capaz de amamentar nos primeiros quatro meses	Crenças sobre o processo de amamentar	E2:L36-38; 40; 42
Eu disse “Olá, ela já não gosta do leite do peito.” (...) Eu acho que ela ficou com aquele gosto. Eu disse “Já que ela não quer, ó, não quis!”	Bebé deixou de gostar do leite materno Bebé ficou acostumado ao leite artificial depois de o beber	Bebé deixou de gostar do leite materno depois de experimentar o artificial	Crenças relacionadas com o bebé	E2:L70-71; 76-77
Depois eu disse “Ó Sara, é muito trabalho!”	Amamentar dá muito trabalho	Amamentar dá muito trabalho	Crenças sobre o processo de amamentar	E2:L80-81
Assim no biberon a gente vê o que ela bebe e pronto.” (...)eu, em mim, nunca sabia quando estava satisfeito, o que bebia, o que não bebia (...) E ela depois tirava e eu não sabia se a bebé estava satisfeita se não estava. (...) Porque ela mamava era aos bocadinhos e no biberon eu sabia aquilo que ela tomava. (...) E	Biberon permite ver o leite que a criança bebe Nunca sabia o que o bebé bebia e se estava satisfeito Não sabia se a criança estava satisfeita ou não Com o biberon sabia o que o bebé bebia O bebé mamava de pouco a pouco	Mais segurança na quantidade ingerida pelo biberon	Crenças sobre o processo de amamentar	E2:L81 E10:L50-51; 71-75; 77-80; 147; 162-164

era isso que para mim era muito mais fácil. Eu sabia “Ela toma aquilo ou se for preciso mais um bocadinho, toma.” Enquanto o peito ela nunca estava satisfeita. Era um bocadinho agora mais um bocadinho depois. Por isso é que eu deixei de dar o peito. (...) Era isso que me fazia confusão. (...) Eu disse “Mas eu prefiro ter esse trabalho todo e eu sinto-me bem em dar o biberon e eu sei que a bebé fica satisfeita e tudo!”	Deixou de amamentar porque não sabia o que o bebé bebia Não saber o que o bebé bebia provocava confusão Preferiu o incómodo do leite artificial a ter de amamentar Explicava às amigas que com o leite artificial sabia o que o bebé bebia			
(...) mas no primeiro dia e no segundo dia acho que é normal não ter muito leite. (...) Já se sabe que nos primeiros dias é assim. Depois quando ela se habituar...” E depois já se sabe o peito também corre pouco!	É normal no primeiro e no segundo dia ter pouco leite Nos primeiros dias há pouco leite	Nos primeiros dias há pouco leite	Crenças do âmbito físico da mãe	E2:L93-95; 147-149
Porque é assim... já se sabe que a bebé é pequenina... E depois, ela ainda não tinha aquela noção de onde é que estava o peito para beber e ela punha-se assim (faz gestos como um RN à procura da mama) a procurar	Bebé ainda não tem a noção de onde fica a mama	Bébé não sabe mamar	Crenças relacionadas com o bebé	E2:L140-143
Foi porque eu disse assim “Essa pequena está sempre com fome e depois eu quero sair e fico com vergonha de dar o peito nalgum lado.” (...) Até uma vez fui, a gente foi ao Parque Atlântico, estava na hora	Vergonha de amamentar fora de casa Escondeu-se no carro no parque de estacionamento para amamentar Vergonha que alguém a visse	Amamentar em público é vergonhoso	Crenças de âmbito psicossocial	E2:L184-186; 199-202; 206-207

(sorri), o meu marido foi à farmácia e eu disse “A hora é esta”. Lá fui dar o leite dentro do carro, baixei-me para ninguém ver (...) Foi mesmo dentro do carro. Estava sempre a ver para ninguém ver. (...) também não pode estar agora a dar peito na rua, não é? (...) Também acho que agora a gente não pode estar na rua, a criança quer comer e a gente já tem o peito de fora. É uma vergonha, não é? (...) Então eu estou na rua, pôr o peito de fora, está toda a gente a olhar para mim, é rapazes, é raparigas, é crianças pequeninas, há muita garotagem por aí. (...) Eu tinha que ir trabalhar. Eu não posso na rua com o pequeno e dar peito. Se tiver leite, até que devia de dar, retirar o receio e a vergonha porque a maioria das pessoas neste momento devem de sentir é vergonha (...) Não devíamos ter vergonha (...) O que me levou a dizer que não vou amamentar foi uma simples razão: sentia-me envergonhada. (...) tive bastante leite com abundância para dar a ela mas o que me fez não dar foi a simples vergonha. (...) Sentia-me envergonhada de pôr ali o peito de	amamentar Não amamentar em público É uma vergonha amamentar na rua porque tem de expor a mama Toda a gente olha para ela se amamentar na rua Há muita maldade nas pessoas que podem ver amamentar em locais públicos Não quer expor o corpo em público As mães devem ultrapassar a vergonha A maioria das mães tem vergonha de amamentar Não deve ter vergonha de amamentar Sentiu vergonha de amamentar Teve muito leite mas teve vergonha de amamentar Teve vergonha de amamentar em público, expondo a mama à frente de outras pessoas.			E4:L29-30; 41-43; 121-122 E5:L50-52; 55; 77-78; 81-82; 84-89; 94-103; 124-127; 140-141; 154-155; 214; 251

fora à frente de qualquer pessoa. Porque aí está, as crianças têm a sua hora de comer, imagine, eu paro num sitio e a criança está a chorar e tenho que pôr o peito de fora naquele momento porque a criança tem que comer porque sei se não se der eles pegam a chorar e foi então o que então me levou a não dar o leite à minha filha. (...) Hum... dentro dos 15 dias! Praticamente eu dizia que não podia mas o leite era constante, aquilo corria-me pela roupa abaixo, ficava encharcada, mas realmente eu senti mas tinha que porque a vergonha era maior do que aquilo que eu estava a sentir. Das pessoas(...) Mas sentia vergonha ou da pessoas criticarem “Olha aquela está ali com o peito de fora a dar de mamar à filha” e para mim dizia “Isto fica feio, isto fica feio” (...) Mas eu aí, nunca houve maneira de eu me mentalizar que tinha que ser, porque é a tal coisa, a vergonha era o que estava a vencer mais na minha cabeça. (...) Mas a maioria ainda continua a ter o receio de dar de mamar aos filhos. (...) mas volto outra vez um pouco atrás; a vergonha é que me vencia e é o que	As crianças têm de mamar a qualquer hora e não amamentou para não expor o seu corpo em qualquer lugar Desistiu definitivamente de amamentar quando a criança tinha 15 dias Dizia que não podia dar leite mas tinha muito leite Ficava encharcada de tanto leite que tinha A vergonha foi maior do que qualquer outra razão para amamentar ou não amamentar Sentia vergonha de expor a mama Considerava que era feio e embaraçoso expor a mama A vergonha foi o que prevaleceu e por isso não amamentou A maioria das mães não amamenta porque tem vergonha A vergonha venceu e não amamentou Não queria amamentar porque tinha vergonha Na maternidade também não deu e mamar por vergonha			

estava sempre à frente. (...) “Mas eu não quero eu tenho vergonha” (...) Não [amamentou na maternidade]! Aí está a tal coisa. A vergonha!...				
E eu disse “Já que eles [Neonatologia] fazem assim, também posso fazer!” E comprei o leite de lata e dei a ela! Temos leites hoje em dia na farmácia, de todas as qualidades, anti-cólicas, tanta coisa que já existe e que alimenta na mesma a criança. Está bem alimentado e ali não tem fumo, não é? É isso que eu penso! Tem lá o leite da farmácia, já vende nos hipermercados e agora acho que é muito bom o leite de lata. (...) Eu disse “É o melhor porquê?” Agora também já há leites bons!” E então foi assim. Foi a maneira que eu fui criada [com leite de vaca]. Pronto, nunca tive gastroenterites, nunca tive problema nenhum. Com tantas opções existentes de leites adaptados às crianças das mais várias idades nunca me pareceu necessário passar pela amamentação. (...) a Inês está muito bem com o leite que compramos e com todos os cuidados	Se na Neonatologia a criança pode beber leite artificial em casa também pode O leite artificial alimenta bem a criança O leite artificial é melhor para o filho da mãe fumadora O leite artificial é muito bom Duvida que o leite materno seja o melhor Actualmente há leites artificiais que são bons Foi alimentada com leite de vaca e nunca teve problemas de saúde O A.M. não é o único bom Havendo leites adaptados a amamentação não é necessária A bebé está muito bem com o leite artificial O leite artificial é adaptado à criança	O leite artificial também é bom	Crenças sobre o leite artificial	E2:L195-196 E3:L79-82 E4:L66-67; 109-110 E10:L18-19 E11:39-42; 122-124; 135-136; 158-159

de esterilizador e tudo o que é necessário. Ela tem o melhor, não lhe falta nada. (...) O outro leite é estudado e adaptado à criança. (...) Como lhe disse, acredito que o ser humano já saiu há muito do estado primitivo, está no século XXI, há soluções científicas para tudo	No estado de desenvolvimento científico actual há opções ao leite materno			
Eu também disse “O pior é que este leite também vai dar mais gases”. Eu tinha a noção do problema que aquilo dá. Acredito que dê menos cólicas (...) nem é preciso até por a arrotar que o leite da mãe é completamente diferente da maneira de conservar no estômago e é muito importante, é muito importante.	Leite materno provoca menos flatulência Leite materno provoca menos cólicas à criança Leite materno é de mais fácil digestão Bebé alimentado com leite materno nem necessita eructar	O leite materno é adequado ao tracto gastrointestinal	Crenças sobre as qualidades do leite materno	E2:L214-216 E3:L237 E5:L41-43
Eu disse “Olá, isto está ruim!” Umas comem umas coisas, as outra estão a dar peito. (...) É assim se a gente não pode comer isso é porque faz mal ao bebé. (...) Dá gases! (...) Depois eu lembrei-me “não posso comer repolho e essas coisas que dão gases” (...) E eu fiquei aquela coisa. Eu tinha feito feijão e eu disse “Eu não posso comer isso!” Por causa da bebé. Isso é uma chatice, tenho que estar a fazer outras coisas.	Mãe que amamenta não pode comer certas coisas Certos alimentos fazem mal ao bebé e a mãe que amamenta não os pode comer Alguns alimentos que a mãe come provocam flatulência no RN Há alimentos que a mãe que amamenta não pode comer [repolho, feijão] Há alimentos que provocam flatulência no bebé	A alimentação da mãe que amamenta influencia o bebé	Crenças sobre a díade mãe/filho	E2:L261-262; 266-267; 269; 327-328; 333-335

O repolho dá cólicas na criança. A laranja por causa da pele também.	Não podia comer feijão e era o que tinha para comer quando chegou a casa Ter que fazer comida diferente por estar a amamentar O repolho provoca flatulência na criança A laranja provoca alergia na criança			E3:L119-120
[Alimentação] É quanto é saudável. Num ponto é melhor para a nossa saúde. Uma pessoa tem que ter muito mais cuidado com a alimentação também quando está a dar peito. Há várias coisas que não pode comer (...) Por exemplo, não pode comer laranja, não pode comer repolho. (...) tem que se beber muitos líquidos para ter sempre leite, comer muita fruta, essas coisas assim! (...) Se a mãe fizer uma alimentação equilibrada, com tudo. (...) é preciso a gente se alimentar muito bem (...) pois acho que tem que se alimentar bem, se a gente não se alimentar bem a gente não tem leite e... isso é o que eu acho (...) muitas [mulheres] devem ter leite porque hoje em dia quase toda a gente	Alimentação da mãe que amamenta é mais saudável A mãe que amamenta tem que ter mais cuidado com a alimentação A mãe que amamenta não pode comer certas coisas A mãe que amamenta não pode comer laranja nem repolho A mãe que amamenta tem que beber muitos líquidos e comer muita fruta Quem amamenta deve ter uma alimentação equilibrada Quem amamenta tem que se alimentar bem Se a puérpera não se alimenta bem ela não tem leite Actualmente quase todas as mães se alimentam bem e, portanto,	A alimentação da mãe que amamenta é mais saudável	Crenças do âmbito físico da mãe	E2:L274 E3:L94-96; 98-99; 114-116; 237-238 E4:L28; 35-37 E5:L52-53; 59-61; 63-68; 70-

come bem (...) Comem bem que em meu entender talvez comam mais a fruta. Antigamente talvez não comiam; comiam mais à base daquelas sopas, aquelas comidas antigas. (...) mas no meu entender pelo menos melhor a nível, por exemplo de verduras e fruta, bebemos mais leite, assim sucessivamente a maneira de alimentação agora é completamente diferente. [E acha que isso é importante para o aleitamento materno?] Sim, sim! (...) Comer bem é bom e importante. Deve-se considerar o leite talvez mais forte! (...) Também se a mulher não comer bem, se a mãe não comer bem o leite não é assim tão forte para a criança. Está a perceber? (...) quando chega a altura de ter o leite, praticamente se uma pessoa não se alimentou durante a gravidez eu acho que dificilmente tem leite para dar ao filho. (...) Se tem é pouco ou nada porque a alimentação também é muito importante durante uma gravidez. (...) A alimentação é muito importante. A primeira é a nossa alimentação durante a gravidez e depois aí, a seguir alimentar o nosso	podem amamentar As mães comem melhor porque comem mais fruta e bebem mais leite Importância comer verduras, fruta e beber leite A alimentação actual é melhor para o aleitamento materno Se a mãe se alimenta bem o leite materno é mais forte Se a mãe não se alimentar bem o leite não é tão forte Se a grávida não se alimenta bem dificilmente tem leite A alimentação da grávida é importante para a mãe ter leite em quantidade e em qualidade A alimentação da grávida é muito importante para amamentar A mãe para amamentar deve comer alimentos ricos em Ferro A mãe para amamentar deve comer legumes e fruta A mãe que amamenta deve comer alimentos com vitamina C A mãe que amamenta deve evitar certas gorduras A mãe deve beber leite e comer laranja A grávida deve alimentar-se			71; 73-74; 293-295; 297-298; 300-302; 307-315

filho, se a gente temos. (...) O que ela deve comer, deve ir mais para a base dos legumes que é ferro. A fruta também é uma coisa que é importante. Como dizem, a laranja tem vitamina C. o leite também é muito importante. Evitar certas gorduras que isso também não é muito aconselhável. Mas que uma grávida deve comer, deve comer muito bem porque também está a sustentar-se a si e ao filho que está dentro de nós. É só através daí é que temos o leite para lhe dar a ele a seguir. Se a gente for bem alimentada, pode-se dizer, podemos ter um bom leite para dar ao seu filho. Durante a gravidez o que é que é preciso? Ah, uma alimentação saudável, ter uma gravidez saudável (...) [depois do bebé nascer] A mesma coisa! Tem que se continuar com a boa alimentação, se estiver a dar peito então!... A alimentação. Já desde grávida a alimentação é mais regrada. (...) Se calhar diminuía na cafeína. Mas isso também lá está, também na gravidez. Por falta de beber leite não, porque eu	muito bem para poder amamentar Durante a gravidez para ter leite deve haver boa alimentação A mãe que amamenta deve alimentar-se bem A mãe que quer amamentar tem que ter cuidado com a alimentação durante a gravidez A mãe que amamenta deve diminuir a cafeína Não teve falta de leite por não			E6:L43-44; 47-48 E8:L295-297 E9:L49; 50-51;

até bebo bastante leite. (...) Não sei se o leite da grávida vem daí. Mas isso é uma coisa que eu bebo bastante. (...) Mesmo grávida eu sempre bebi muito. Grávida eu pensei foi beber leite branco até. Passei a beber foi sempre leite branco. (...) [Ana Teresa acredita que para ter leite é preciso beber líquidos e precisa se alimentar bem?] Eu penso que sim! Eu penso que se a grávida não se alimentar bem não deve ter leite. (...) Se calhar um dia que eu volte a engravidar eu faço. Ouvi dizer que durante a gravidez a gente tem que beber leite, chá com leite, que é para fazer a grávida ter leite. Até que é uma coisa que eu não gosto muito mas se calhar eu vou experimentar a fazer isso.	beber leite porque bebe muito leite Não sabe se beber leite provoca produção de leite Possivelmente beber leite produz leite Na gravidez bebeu muito leite Na gravidez passou a beber leite puro Para ter leite é necessário beber líquidos e alimentar-se bem Se a grávida não se alimenta bem não tem leite Um dia que volte a engravidar bebe chá com leite para ter leite Não gosta de chá com leite mas possivelmente fá-lo-á para ter leite			53-54; 167-170; 236-240
Porque acho que hoje em dia elas antes do bebé nascer já estão perguntando “Vais dar peito ou vais dar biberon?” Antigamente no hospital elas não queriam que se desse biberon. Era peito. E agora já não é assim. Elas, acho que estão como aquelas “Queres dar, dá; não querem dar não dêem!”	Na maternidade as enfermeiras não se importam se a mãe amamenta ou não	Indiferença das enfermeiras perante oA.M.	Crenças sobre a prestação de cuidados	E2:1309-313
(...) é muito bonito; é um acto muito	Amamentar é um acto muito	Amamentar é um acto	Crenças de âmbito	E3:L11; 51-52;

bonito (...) Uma experiência bonita (...) É muito bonito, já disse isso. Para mim é das coisas mais bonitas que se pode viver nessa vida é isso. (...) amamentar o bebé é uma experiência única mesmo. É muito bonito (...) Acho! Acho! [os olhos brilham] (...) Achava graça, mas ao mesmo tempo pensava “Mas aquela Sr.^a, está ali, mas será que ela não tem receio, não é? Ela punha o peito de fora, depois escondia com uma fralda e ficava ali tranquila a dar de mamar ao seu bebi, com a maior naturalidade. Mas pronto eu via que ela se sentia feliz e eu acho muito bem a maneira da Sr.^a estar a dar de mamar ao seu filho. [Ver amamentar] É muito bonito! É o máximo! (...) É o máximo! (...) É bonito, é giro (...) É interessante, muito bonito. Eu achava aquilo muito giro!	bonito Amamentar foi uma experiência muito bonita Uma das coisas mais bonitas da vida é a amamentação A amamentação é uma experiência única Ambivalência entre o agrado de ver mães a amamentarem e ficar intrigada por não terem vergonha de amamentar em público Viu uma mãe a amamentar tranquilamente em público com o bebé coberto por uma fralda Considerou que a mãe que amamentava em público estava feliz Amamentar é um acto muito bonito Ao ver as outras mães amamentarem achava bonito	bonito	psicossocial	73-76; 90 E5:L27; 29-34 E8:L42; 49; 51-53 E10:L47
Mas só não o faço porque fumo. Sou fumadora. (...) O meu problema é esse, Embora fume durante a gravidez mas tenho a noção de que na gravidez não vai tanto para o bebé como no leite materno. (...) E como sei que é	Não amamenta porque é fumadora O tabagismo é mais pernicioso ao bebé amamentado do que ao feto Não consegue reduzir o número de cigarros para amamentar	Fumar é incompatível com a amamentação	Crenças sobre a díade mãe/filho	E3:L11-12; 14-16; 18-21; 25-27; 29; 40-41; 41-42; 44; 46; 76-77; 106-109; 111-112;

uma coisa pronto, em que me deixo vencer pelo vício do fumo e sei que não vou reduzir mais ainda daquilo que reduzi na gravidez, mas se eu der peito eu não vou conseguir dar mais. (...) E tenho a noção que a mãe se está a fumar, através do leite materno está a prejudicar mais o seu filho, mais do que na gravidez. (...) Pronto, pus isso na cabeça e não consigo! (...) Então quando tive o meu pequenino, aqueles três dias no hospital, eu estive três dias, não estava a fumar, óbvio. (...) Mas quando saí foi a primeira coisa que fiz! (...) Fui à farmácia, comprei o leite de farmácia e comecei a dar. (...) Comecei a tomar os comprimidos para secar o peito (...) Foi quando eu fui para casa e... senti necessidade de fumar e ao primeiro cigarro, eu senti que se eu desse novamente peito eu estava a prejudicar uma criança que nasceu saudável. (...) Pronto, eu pus isso na cabeça e... (pausa) [olhos húmidos, aparentemente de lágrimas] (...) Conheço pessoas que mesmo a fumar a mesma quantidade que fumavam durante a gravidez dão peito. E aí eu não concordo! (...) Lá está, porque	A mãe que amamenta e fuma prejudica mais a criança do que a grávida prejudica o feto Não consegue amamentar porque é fumadora Na maternidade não fumou e amamentou Depois da alta voltou a fumar e preparou-se para leite artificial Como é fumadora prejudicava a alimentação do bebé se amamentasse Quando chegou a casa teve necessidade de fumar Depois de fumar, se amamentasse, estava a prejudicar a criança Acredita que se fumar e amamentar prejudica a criança Tristeza por não amamentar a criança Não concorda que a mãe que fume amamente Tem remorsos de não ter amamentado O vício foi mais forte do que a sua vontade de amamentar Mantém a opinião de que a mãe que fuma não deve amamentar As crianças amamentadas não			151-153; 155-156; 178-179; 181-182, 268-270; 271-272; 275-276

pus na cabeça que o fumo vai muito mais para a criança quando se está a dar leite. (...) Mais um motivo que me fez ficar com remorsos porque o meu leite era bom. Mas lá está, o vício venceu! (...) Eu sei e não aguentei e ainda hoje em dia eu continuo com a mesma opinião! (...) Acho que as crianças que bebem o leite materno, e sempre ouvi dizer, não ficam tanto doentes, tantas vezes. (...) Mas se essa mãe fuma e se está a dar peito, não acredito que seja assim muito bom. (...) Problemas de respiração, principalmente isso, os brônquios, principalmente isso. É o que eu acho! O cigarro, lá está, também é outra coisa [a evitar pela mãe que amamenta]	ficam tantas vezes doentes se a mãe não fuma Se a mãe fuma o leite materno não tem os mesmos benefícios do que quando a mãe não fuma Quando a mãe fuma e amamenta a criança pode ter problemas respiratórios A mãe que amamenta deve diminuir o tabaco			E8:297
Porque [é bonito amamentar] ... não sei explicar... É uma coisa que veio de nós. Lá está o que eu disse há bocadinho, uma fonte de alimentação. Nossa, não é? Porque além de termos os nossos filhos dentro da gente, a gente a dar leite, continuamos a senti-los mais perto deles. Que é muito importante para eles.	Amamentar é uma coisa que vem de dentro Amamentar é intrínseco Amamentar é um acto mais materno Amamentar é continuar a sentir os filhos perto de si	O A.M. proporciona maior proximidade entre a mãe e o bebé	Crenças sobre a díade mãe/filho	E3:L92-94 E5:L183-186

e vem de nós, é nosso (...)Mãe é mãe. É nosso! (...) (risos) Eu acho que é nosso. A minha resposta é “É um bocado nosso” (...) Tudo! O leite, em relação a tudo; é um bocado nosso. (...) Porque tudo o que vem da gente para os nossos filhos é bom. (...) Porque é uma coisa nossa, pronto, é uma coisa nossa. Eu concordo completamente, é o nosso filho. É o nosso bocado que está ali. Porque quem gosta dos seus filhos têm os seus filhos com muito amor, eu acho. [bonito] numa relação entre a mãe e o bebé A criança ficava ali muito aconchegadinha à mãe, a amamentar	Leite materno vem de dentro da mãe e é dela Leite materno como factor de intimidade entre mãe e filho Leite materno como alimento único e pessoal Amamentação como forma de maior intimidade Tudo o que vem da mãe para os filhos é bom O leite materno é próprio da mãe O leite materno é intrínseco Leite materno é um símbolo de amor Leite materno como factor de continuidade da ligação mãe/filho Amamentar é bonito pela relação da mãe com a criança Criança aconchegada à mãe			E7:L55; 57; 60-63; 65; 204-207 E8:L51 E10:L49
Só se houvesse algum problema é que não ia [amamentar]. E eu por acaso tive [leite], ele pegava bem no peito, que eu tenho um mamilo grande e o bebé adaptou-se bem e eu tive muito leite. E por acaso ela está com esses correntos de leite e eu disse a ela	Há problemas que impedem a amamentação Boas condições anatómicas para amamentar Se há corrimento mamilar na gravidez a mulher terá leite para	Há condições físicas favoráveis à amamentação	Crenças do âmbito físico da mãe	E1:L206-207 E3:L175-177 E7:L212-218

“Com os peitos que tu tens”, eu ficava assim (passa as mãos sobre as mamas em gesto de não ter nada), igual. “Os peitos que tu tens, dá”. (...) [A Lina acha que uma mulher se tiver peito maior, melhor?] Porque eu acho mesmo. Ela mesmo diz que sai. Então eu digo “aproveita, tu vais ter bastante”. Essas senhoras que fazem isso devem ser umas grandes senhoras de ter bastante leite, para fazer um trabalho desses.	amamentar Mulher com mama grande tem mais leite Se a mãe tem leite ela deve aproveitar e amamentar As mães que amamentam muito tempo têm muito leite			E9:L214-215
[“Se as mães tiverem leite”. A Beatriz acha que há mães que não têm leite?] Eu acredito que algumas sim. (...) a pessoa é que se pode dar pode, se não dá não dá. (...) Que é muito importante mas se a gente puder dar, mas se não puder... não se pode fazer nada. (...) [Quando diz puder é no sentido de...] Ter! O poder é ter. Exactamente é mais por aí. Porque há casos que não pode mesmo! Há esses casos... O primeiro eu não tive mesmo oportunidade porque eu tive dores, estava muito fraca, tinha perdido muito sangue. (...)Não, eu não tinha leite. O segundo que eu não tinha leite	Algumas mães não têm leite Se a mãe tiver leite, amamenta Se a mãe não tiver leite não se pode fazer nada Há casos em que as mães não têm leite No primeiro filho teve muitas dores e estava fraca porque perdera muito sangue no parto Não teve leite no segundo filho	Há condições físicas desfavoráveis à amamentação	Crenças do âmbito físico da mãe	E5:L288-290 E6:L19-20; 22-27 E7:L75-79; 85-87; 89-91; 105; 114-115; 137-138

(...) O segundo a primeira semana tive leite, depois já não saía leite, saía de um peito, já não saía do outro. O último bebé eu tive a dar a primeira semana, depois também não conseguia. Não tinha. Porque foi assim, os meus partos foram partos secos. (...) O interior seco, está a perceber? E eu não tinha as coisas suficientes, diz o médico, foi de consulta médica que, pronto, eu tinha falta daqueles líquidos para gerar o bebé (...) Eu não tinha líquido dentro de mim, também não tive leite! (...) [não sei se era] de ter o parto seco. (...) mas acho que era da pessoa, eu acho que era seca de mim. É a natureza de cada pessoa. Umas dão e outras não, umas produzem leite e outras não. E devo ter pegado da parte da minha mãe [o não ter leite]. E eu também nunca fui uma pessoa de ter muito leite! (...) E devo ter pegado	No segundo filho teve leite durante a primeira semana No segundo filho, após a primeira semana tinha leite só de uma mama No último mais filho amamentou durante a primeira semana Após essa primeira semana não conseguiu porque deixou de ter leite Não tem leite porque os partos são secos Não tinha líquidos para gerar o bebé Tinha o interior seco Como não tinha líquidos para gerar o bebé não teve leite Ter falta de líquidos interiores pode ter levado a não ter leite Era seca de si própria Não ter leite As mulheres são diferentes umas das outras quanto a terem leite Falta de produção de leite como factor hereditário Nunca teve muito leite			E9:L114-115; 118-119

da parte da minha mãe [o não ter leite].				E9:L58
[quando é que acha importante que se fale no AM?] Desde o início da gravidez (...) Porque acho, principalmente, numa mãe não fumadora, na minha opinião. (...) Mas penso que desde o início da gravidez porque é uma coisa que pertence à gravidez. Isso é o que eu acho. Pertence; não é um aparte, não é um depois. Vai-se fazendo durante a gravidez, não é? Tudo da mesma natureza. Eu penso que desde o início.	Deve falar-se do A.M. desde o início da gravidez Principalmente na mãe fumadora deve falar-se no A.M. desde o início da gravidez O A.M. pertence à gravidez e como tal deve falar-se ao longo da mesma	A educação para a saúde sobre A.M. deve começar no início da gravidez	Crenças sobre a prestação de cuidados	E3:L231-233; 235-236; 240-244
Se as pessoas podem; há pessoas que não podem fazer, um tipo de alimentação assim muito boa, não é? Há pessoas que não têm essas condições. (...) Se tem é pouco ou	Nem todas as pessoas podem ter uma alimentação equilibrada A alimentação da grávida é importante para a mãe ter leite em quantidade e em qualidade	Há pessoas que não têm alimentação adequada para amamentar.	Crenças do âmbito físico da mãe	E5:L297-298; 300-302

nada porque a alimentação também é muito importante durante uma gravidez. (...) quando chega a altura de ter o leite, praticamente se uma pessoa não se alimentou durante a gravidez eu acho que dificilmente tem leite para dar ao filho. (...) Se tem é pouco ou nada porque a alimentação também é muito importante durante uma gravidez. [Ana Teresa acredita que para ter leite é preciso beber líquidos e precisa se alimentar bem?] Eu penso que sim! Eu penso que se a grávida não se alimentar bem não deve ter leite.	A alimentação da grávida é muito importante para amamentar Para ter leite é necessário beber líquidos e alimentar-se bem Se a grávida não se alimenta bem não tem leite			E3:L238-240 E9:L167-170
Acho bem! [amamentar em público] (...) Sentia-me bem. Punha o meu filho no peito e punha uma fraldinha por cima! (...) É a mesma coisa que ir ao saco e pegar num biberon e pôr na boca. Ah não tinha problema nenhum [de amamentar em público]! Tapa-se o peito, pronto, não tem problema nenhum que é uma coisa natural! (...) Mas eu não me sentia bem com o que eu sentia não em mostrar o peito	Acha bem que uma mãe amamente fora de casa Sentir-se-ia bem a amamentar fora de casa Se amamentasse fora de casa cobria a criança com uma fralda Amamentar fora de casa é como dar o biberon Não teria problema de amamentar em público Taparia a mama e amamentaria em público Amamentar é uma coisa natural Não se sentia bem era com as	É natural amamentar em público	Crenças de âmbito psicossocial	E3:L250; 255-256; 258-259 E10:L267-268; 270-271

	suas sensações e não com o facto de expor a mama			
Acho que de há uns anos para cá já se fala muito nisso. Uma grande diferença de alguns anos atrás. Acho que esta tudo dito.	Há melhoria nos últimos anos na informação sobre A.M.	Há melhor informação sobre A.M. nos últimos anos	Crenças de âmbito psicossocial	E3:L262-263
Acho que depende também da criança	Amamentar também depende da criança	Amamentar também depende da criança	Crenças relacionadas com o bebé	E3:L268
Eh menina, eu vou dizer uma coisa. Eu acho que elas têm razão [amamentar é um sacrifício]. (...) E como eu não queria me sujeitar a uma coisa daquelas eu não queria dar peito! E foi isso que sempre achei!	As amigas têm razão em não querer amamentar A amamentação enquanto sacrifício [sujeição]	Amamentar é um sacrifício	Crenças de âmbito psicossocial	E4:L25; 91-93
E [amamentar] poupa bastante na farmácia. Isso é muito bom!	Amamentar muito tempo poupa dinheiro na farmácia	Amamentar é económico	Crenças de âmbito psicossocial	E9:L215-216
(...) em primeiro lugar é um leite que está sempre quentinho, podemos dar a qualquer hora do dia, a qualquer hora. Não temos que nos levantar para preparar e a mãe punha o peito de fora, põe a criança ali (...) Um leitinho sempre quentinho, sempre a horas para os nossos filhos, nada melhor do que isso.	Leite materno está à temperatura ideal Leite materno é mais prático O leite materno está sempre quentinho e pronto	Amamentar é prático	Crenças de âmbito psicossocial	E5:L38-41; 186-188
(...) pronto, a gente também tem que ter as posições, eu tive muitas dores, não conseguia pegar no bebé, também essas coisas. A gente também tem que	Tinha dificuldade de encontrar uma posição propícia à amamentação Não conseguia estar sentada para	As mães submetidas a cesariana têm problemas com o A.M.	Crenças do âmbito físico da mãe	E7:L44-48: 80-81; 114

poder. Eu não podia estar sempre sentada. Fiz cesariana. E foram partos muito complicados. [Tinha dor] de posição derivada à cesariana. (...) Era a tal coisa, não sei se era derivado às cesarianas	amamentar e tinha dores Fez cesariana e teve partos complicados Tinha dores devido à cesariana Ter feito cesariana pode ter levado a não ter leite			
Reconheço que também é saudável mas quantas crianças são amamentadas e adoecem? (...) Adoecem tanto as crianças amamentadas como as outras. Não é por aí.	Há crianças amamentadas que também adoecem Adoecem tanto as crianças amamentadas como as que são alimentadas com leite artificial. Não é o leite materno que faz uma criança ser mais saudável	O A.M. não protege tanto a criança de doenças como se diz	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E11:L134-137
(...) é preciso estar sempre ali pronta, disponível (...) eu acredito que é bom para quem tenha tempo, para quem... está sempre em casa, não é? (...) porque amamentar exige muito que a mãe fique em casa ou que leve sempre a criança consigo e nem sempre dá jeito. (...) Oiça, amamentar exige a estadia constante da mãe perto da criança, sem sair, sem socializar (...) E eu sou uma pessoa muito independente, muito activa, já estou no ginásio (...) A falta de liberdade da mãe [é uma desvantagem] (...) então porque há-de uma mulher ter de ter uma criança agarrada aos seus seios para ser uma boa mãe? Não	Amamentar significa estar sempre disponível Amamentar é bom para quem tem tempo e para quem está em casa Amamentar exige que a mãe esteja sempre com o filho Amamentar exige que a mãe esteja sempre com a criança Amamentar impede a mãe de ter uma vida social mais activa É uma pessoa independente e faz exercício físico no ginásio O leite materno provoca falta de liberdade da mãe Uma mãe actual não tem de ter a criança sempre consigo	Amamentar restringe a liberdade	Crenças de âmbito psicossocial	E4:L26-27; 120-121 E11:L15-16; 118-119; 121-122; 140; 159-161

aceito essa ideia!				
[quem amamenta] não pode sair de casa para não apanhar um rebate	Quem amamenta não pode sair de casa Apanhar frio se amamenta provoca mastite	O frio provoca mastite na mãe que amamenta	Crenças do âmbito físico da mãe	E4:L28-29
Sr. ^a Enfermeira, eu acho que o meu corpo é o meu corpo e agora o meu filho está a tomar o leite... Na gravidez somos um só, a mãe e o filho e mesmo assim ele já tem a sua personalidade mas não pode viver sem a mãe. (...) Mas depois de nascer já não. A mãe é importante mas não tem de passar forçosamente pela amamentação. (...) mas [que não amamentam] são livremente ótimas mães	O seu corpo é independente do do filho e não tem de ser fonte de alimento Se na gravidez mãe e feto são apenas um, após o parto são pessoas distintas A mãe é a pessoa mais importante para a criança mas isso não é igual a ter de amamentar Mães que não amamentam são ótimas mães.	Corpo da mãe e do filho são independentes	Crenças sobre a díade mãe/filho	E4:L62-63 E11:L207-208; 210-211; 219
E a gente vai comprar e agente está comprando e eu estou a tratar do meu filho como deve ser. Leite, eu ponho no biberon, aquelas medidas de água, aquelas medidas de leite, eu faço isso tudo” (...) adoro a minha filha e para ser mãe não tenho de amamentar e nem admito que me digam que sou menos boa mãe por isso. Adorei a minha linda filha logo que a vi, estava ali quentinha perto de mim mas amamentar é outra coisa.	Explica à enfermeira que não amamenta mas cuida bem do RN Para ser boa mãe não tem de amamentar Não admite que alguém diga que não é boa mãe por não amamentar Adorou sentir a filha perto de si mas amamentar não é diferente Para a criança ter uma relação	Amamentar não é sinónimo de ser boa mãe	Crenças de âmbito psicossocial	E4:L171-174 E11:L80-83; 126-132; 161-162; 207-208; 210-211; 219

Veja, a senhora que estava na cama ao lado da minha na maternidade dava de mamar muitas vezes a olhar para a televisão ou a falar para o lado. Digo-lhe, quando dou o biberon à minha filha estou ali só para ela, olhamos uma para a outra. Se isso não é intimidade não sei o que é... (...) Nenhuma mãe que amamente é melhor mãe que eu só porque eu não quis amamentar. (...)	próxima com a mãe o leite materno não é indispensável Viu mãe a amamentar sem prestar atenção à filha enquanto ela própria ao dar biberon dava toda a atenção à criança Não amamenta mas tem uma relação de muita intimidade com a filha Uma mãe que amamenta não é melhor mãe do que aquela que não amamenta			
Porque aqui está, fui mãe aos 16 anos, não que naquela altura não estava bem preparada para ser mãe (...) que eu não devia ter vergonha porque era uma coisa natural mas para mim como era nova e não tinha a noção de que aquilo era um bem precioso. (...) tem que estar preparada para isso também! (...) Porque acho também!... Eu acho que há pessoas que não estão preparadas para ser mães. E pode interferir no amamentar que é uma coisa muito específica, não é? (...) A pessoa tem que estar, não é? Eu não me sinto preparada para dar peito!” (...) Está mais bem preparada para as pessoas falarem sobre isso e tudo, para que quando a pessoa tem o	Foi mãe muito nova e não estava preparada Era muito nova, tinha vergonha e não tinha a noção de ser um bem precioso A mulher deve estar preparada para amamentar Não estar preparada para ser mãe pode interferir com a amamentação A mulher deve amamentar por estar preparada Não estava preparada para amamentar A mulher deve ser preparada para amamentar	Necessidade de a mãe estar preparada para amamentar	Crenças de âmbito psicossocial	E5:L78-80; 214-216 E6:L49; 51-53; 58 E10:L178-179; 253-254

filho já está preparada.				
(...) mas se fosse agora não fazia isso [não amamentar por vergonha]! Não voltava a fazer isso, não! E aconselho todas as mães que puderem dar, dêem. (...) Depois muito arrependida, mais tarde por não dar leite à minha filha. Porque eu estava a desperdiçar uma coisa maravilhosa que eu podia ter dado à minha filha de bom de mim. (...) Naquele momento não... pronto, sabia que era bom mas não estava a imaginar que era uma coisa que valia mesmo a pena e que devia lutar pela minha filha e não pela minha maluqueira de pensar na vergonha. (...) Realmente agora reconheço que a enfermeira que estava de serviço, já não me lembro quem, mas que ela tinha toda a sua razão que eu estava na altura a ser estúpida para a minha própria filha. Devia ter realmente seguido o conselho que ela estava a dar. Neste momento acho que é muito importante uma mãe dar de mamar ao seu filho.	Actualmente amamentaria Aconselha todas as mães que puderem, a amamentar Depois ficou muito arrependida por não amamentar Desperdiçou uma coisa maravilhosa que era o seu leite Devia ter lutado contra a sua vergonha a bem da filha Considera “maluqueira” o ter sentido vergonha em amamentar Reconhece actualmente que a enfermeira tinha razão Devia ter seguido o conselho que a enfermeira na maternidade lhe deu Actualmente reconhece que é muito importante amamentar	Actualmente não teria vergonha de amamentar	Crenças de âmbito psicossocial	E5:L102-103; 158-160; 217-220; 274-278
(...) embora agora o hospital está a obrigar as mães a dar. Se elas têm, elas fazem os possíveis e obrigam as	O hospital está a obrigar as mães a amamentar No hospital incentivam e obrigam	É obrigatório amamentar no hospital	Crenças sobre a prestação de cuidados	E5:L136-140

peessoas a darem. Aí é que a gente ainda ouve falar, uma moça “Olhe, eu estou a dar de mamar, mas estou a usar sempre um suplemento porque a criança às vezes nunca fica satisfeita”.	a amamentar Algumas mães fazem suplemento porque são obrigadas a amamentar			
E depois mais tarde quando soube do problema dela [filha] de alimentação ainda mais pena tive. Porque se calhar aquilo tinha evitado muita coisa.	O problema de alergia alimentar da filha poderia ter sido evitado se tivesse amamentado	Se tivesse amamentado a criança não teria problemas alérgicos	Crenças relacionadas com o bebé	E6:L37-39
[Para ter leite é necessário] estar bem consigo própria (...) Tem que evitar, não pode estar com stress	Para ter leite é necessário estar bem consigo própria A mãe que amamenta deve evitar stress	Necessidade de a mãe estar bem em termos psicológicos para amamentar	Crenças de âmbito psicossocial	E6:L44; 48-49
(...) porque há cesarianas e cesarianas, pronto e eu não sei e há pessoas e pessoas (...) em relação a isso eu acho que é do organismo da pessoa ou mesmo de dentro da pessoa	Amamentar e ter leite tem a ver com o organismo de cada mulher	Há condições anatómicas que facilitam ou dificultam a amamentação	Crenças do âmbito físico da mãe	E7:L130-131; 133-134
(...) eu concordo é que as mães devem dar o leite materno. (...) Todas as mães que sejam mães	As mães devem dar leite materno Todas as mães devem amamentar	As mães devem amamentar	Crenças de âmbito psicossocial	E7:L202; 209
(...) que bom e que sorte (risos). Principalmente que sorte! (...) Sorte... porque eu tentei e não consegui.	A mãe que amamenta tem sorte Tentou amamentar e não conseguiu	A mãe que amamenta tem sorte	Crenças de âmbito psicossocial	E8:L64; 66
Eu também entrei foi, se calhar, num bocado de ansiedade. O primeiro	Possivelmente a ansiedade fez com que não tivesse leite para	A ansiedade contribui para	Crenças de âmbito psicossocial	E8:148-152; 154; 165-166

filho! Ansiedade de tudo. Quer dizer é tudo diferente, é tudo novo. A gente quer conseguir e depois parece que aquilo não chega. A perfeição que se quer. Se calhar a ansiedade, a ansiedade! A ansiedade também ali não ajudou muito. (...) Interfere! Decididamente interfere. (...) Secou por si, praticamente. E acho que daí também eu digo que estava um bocado ansiosa.	satisfazer o RN É tudo novo Não conseguiu atingir a perfeição que desejava A ansiedade não ajudou a amamentar com sucesso O leite secou espontaneamente – tomou apenas dois comprimidos Como o leite secou espontaneamente deduz que estava ansiosa	o insucesso do A.M.		
O que é que eu aconselhava?... A parte humana. Em principio, tudo. Em principio tudo a parte humana. Porque para já por serem enfermeiros têm mais formação do que aquela pessoa que eu fui para ali não tinha nada, não sou enfermeira, eu não sei os processos do corpo humano até. E a parte humana porque há aquela mais melindrosa, há a mais receosa... e depois estamos muito sensíveis. Qualquer coisa... podem até estar a falar por bem e a gente está a levar para outro lado e é mesmo assim. (...) A insistência... “Ah tem que ser, porque isso faz bem e porque não sei o quê e vá lá e tente e tente e tente” e depois gere-se o silêncio. E depois é assim, não estamos sozinhas e está	A dimensão humana dos cuidados de saúde é essencial para ajudar a mãe a amamentar As enfermeiras devem atender à individualidade de cada mãe nas suas reacções As enfermeiras devem explicar e dar espaço de escolha atendendo à privacidade da mãe	A humanização dos cuidados de enfermagem é essencial para o sucesso da amamentação	Crenças sobre a prestação de cuidados	E8:L219-226; 231-234; 236

toda a gente a prestar atenção na conversa. (...) Está tudo a olhar, está tudo parado à espera				
Acho que foi não ter leite mesmo. Nunca tive leite, foi só aquela coisa amarela. Que a gente chama “coisa amarela”, que isso não é branco nem amarelo. Foi quando eu conheci o colostro, lá está eu não sabia que era o colostro. Não sabia... que aquilo primeiro era o colostro, pensei que até primeiro aquilo fosse uma porcaria do mamilo ou coisa assim. No fim era colostro (risos). (...) Por isso também... Pois pensava que era porcaria.	Teve pouco leite para satisfazer o RN Nunca teve leite Só teve colostro Desconhecia o que era o colostro Pensava que o colostro era sujidade do mamilo Pensava que o colostro era sujidade	O colostro é uma substância imprópria	Crenças sobre a qualidade do leite materno	E8:L260-265; 271
Eu acho que sim [estava esclarecida quanto ao A.M.] porque uma vantagem é ter uma mãe profissional de saúde. Eu acho que estava bem orientada [na maternidade].(...) [enfermeira durante a vigilância] Falou [dp A.M.] (...) Acho que ela disse bem... (...) Estava esclarecida para amamentar.	Estava bem esclarecida quanto à amamentação Vantagem de ter mãe profissional de saúde Estava bem orientada na maternidade A vigilância da gravidez foi no centro de saúde A enfermeira falou do A.M. durante a vigilância da gravidez Acha que a enfermeira falou bem sobre A.M. [lacónica] Estava esclarecida para	Estava esclarecida quanto ao A.M.	Crenças de âmbito psicossocial	E8:L85-87 E9:L151; 153; 155; 186

	amamentar			
Não, eu não acho que doía. Senão eu acho que mãe nenhuma queria dar leite. Eu acho que deve ser uma cisma da pessoa, tipo mais psicológico. (...) Porque senão, nenhuma mãe queria fazer isso.	Antes de experimentar não acreditava que doesse Se doesse nenhuma mãe queria amamentar A dor que as pessoas sentem é psicológica Se a criança desse dentadas nenhuma mãe amamentaria	Amamentar não magoa	Crenças do âmbito físico da mãe	E9:L205-207; 210
Se calhar um dia que eu volte a engravidar eu faço. Ouvi dizer que durante a gravidez a gente tem que beber leite, chá com leite, que é para fazer a grávida ter leite. Até que é uma coisa que eu não gosto muito mas se calhar eu vou experimentar a fazer isso.	Um dia que volte a engravidar bebe chá com leite para ter leite Não gosta de chá com leite mas possivelmente fá-lo-á para ter leite	Há alimentos que ajudam a produzir leite	Crenças sobre o processo de amamentar	E9:L236-240
E a Sílvia [filha mais velha] também não foi muito de mamar. Nem a Sara [filha mais nova]. Essa então nunca quis. (...) Era pegar no bebé e ter que dar o peito e ela não chupava na mama direita. (...) E ela foi uma bebé difícil de pegar no peito. (...) E a Sílvia não queria	As filhas nunca quiseram mamar Tinha dificuldade de amamentar à direita A filha não mamava na mama direita A filha não pegava bem na mama A filha mais velha não queria mamar	As filhas nunca quiseram mamar	Crenças relacionadas com o bebé	E10:L55-56; 68-69; 72; 103-104
E era isso que me fazia uma repugnância quando ela estava-me a chuchar. E não me sentia ali à vontade de dar o peito. Eu sentia-me	Repugnância por ter sensação sexual quando amamentava Sentia-se anormal ao amamentar pela sensação que lhe provocava	Amamentar é sexualmente repugnante	Crenças de âmbito psicossocial	E10:L97-99; 101; 105-108; 130-132; 149-151; 181-182;

anormal. (...) Sim, sentir aquilo a dar de mamar como se fosse a ter relações! (...) Uma coisa muito confusa para mim... E isso é que me fez afastar mesmo de dar peito! Eu sentia uma coisa... Eu dizia “Meu Deus eu não me sinto bem a dar isso!” E isso é que me afastou mais de dar o peito. (...) Nunca! Nunca ninguém me falou nisso e eu tenho pensado que sou uma mulher diferente das outras. Confusa. “Há alguma coisa estranha aqui; eu não consigo dar de mamar!” (...) E depois era aquela repugnância que eu sentia (faz careta e gesto de afastamento com as mãos) ao dar o peito. Não tem mais nada que saber, era isso. (...) Eu nunca falei disso a ninguém e penso que era um problema meu! (...) Eu penso assim [quando vejo amamentar] “Elas estão tão bem, põem aquelas mamas para fora e sentem-se bem em qualquer sítio.” E eu senti uma repugnância que nem lhe digo.	Sentia-se anormal por ter sensação sexual ao amamentar Deixou de amamentar pela confusão que as sensações lhe provocavam Nunca ouvira falar na sensação sexual a outras mulheres Pensa que é uma mulher diferente das outras devido às sensações durante o A.M. Por sentir que era estranho o que sentia não quis amamentar Amamentar como acto repugnante Sentia repugnância ao amamentar e isso levou-a a desistir Nunca falou da sua sensação a ninguém Pensou que a sensação que teve era um problema seu Quando vê uma mãe amamentar nota o seu à-vontade e recorda a sua própria repugnância			262-264
[Amamentar] Parecia-me algo estranho, até animal, sei lá! (...) Sim, fazia-me lembrar os meus gatinhos a mamar na mãe.	Amamentar é um acto animal Ver amamentar faz lembrar os gatinhos com a gata	Amamentar é um acto animal	Crenças de âmbito psicossocial	E11:L27; 29

Sim, a ciência está desenvolvida, a humanidade está a evoluir e não me parece que haja necessidade de sermos tão primitivos. Sinceramente acho que a humanidade está a evoluir não a involuir. (...) Reconheço que possa ser natural e tudo isso mas não me parece civilizado (...) é um acto tão primitivo que não me parece que seja coerente com a civilização actual. (...) Não gosto de sentir que estou a praticar um acto animal e posso dar muito à minha filha sem passar por isso. (...) é mais prática, mais civilizada, mais coerente com uma família moderna em que todos partilham as suas funções e actividades.	Amamentar como acto primitivo Com a evolução da humanidade amamentar não é necessário Reconhece que amamentar pode ser natural Amamentar não é civilizado Amamentar não é coerente com o estado de desenvolvimento das sociedades actuais Amamentar como acto animal que lhe desagrada Não amamentar é mais civilizado e mais adequado aos estilos de vida das famílias actuais	Amamentar é um acto primitivo	Crenças de âmbito psicossocial	E11:L32-34; 36-37; 141-143; 164-165; 169-171
Aliás, essa é uma coisa que acho que se esquecem quando falam de todas as vantagens. Hoje em dia os maridos colaboram em tudo em casa.	Quando os profissionais falam das vantagens do A.M. esquecem-se que os maridos colaboram	Os profissionais de saúde esquecem-se do papel do pai	Crenças sobre a prestação de cuidados	E11:L93-95
Toda aponta para o leite materno ser melhor. Mas sabe, acho que também é uma questão de moda. Se olharmos para a história vemos isso. O que é bom hoje já não é amanhã e por aí fora. (...) Acho que é mais um movimento ideológico do que prático como o vegetarianismo, a	A amamentação é uma moda O aleitamento materno é um movimento ideológico O aleitamento materno é uma moda	O A.M. é uma moda	Crenças de âmbito psicossocial	E11:L152-154; 165-167

macrobiótica ou a massagem chinesa. Modas!				
E depois há que haver coerência. Como lhe disse sou uma pessoa que conhece muita gente e pessoas diferenciadas. Conheço médicas e enfermeiras que não acham graça nenhuma amamentar e não têm coragem de o dizer e passam uma mensagem que nem elas mesmas acreditam, está-me a perceber? (...) vejo muita incoerência em colegas suas e mesmo em médicas. (...) [há necessidade] maior coerência	É necessário coerência por parte dos profissionais de saúde Há médicas e enfermeiras a quem o A.M. não agrada em si mesmas mas dizem o contrário às mães Incoerência das profissionais de saúde entre o que desejam para si e o que aconselham às outras mulheres Há muita incoerência por parte de enfermeiras e de médicas quanto ao A.M. Necessidade de maior coerência	Necessidade de coerência por parte dos profissionais de saúde	Crenças sobre a prestação de cuidados	E11:L182-186; 201-202; 218
Mas acho que ainda há muito pouca informação sobre isso. Só dizem, pronto que “É bom, é bom, é bom”, mas o ser bom da maneira que é e da maneira que se deve fazer, acho que há muito pouca explicação sobre isso.	Há pouca explicação sobre o A.M.	Há falta de informação sobre A.M.	Crenças de âmbito psicossocial	E1:L135-138

Construção das crenças das mães que decidiram não amamentar

Informação obtida	Primeiras anotações	Temas emergentes	TEMAS	Localização
Pronto, ao princípio é com leite materno, normalmente. Já a minha mãe e as minhas irmãs e tudo. Só tenho uma cunhada que não deu leite materno, não queria. (...) a minha irmã, penso que amamentou alguns meses. Três ou quatro meses, pelo menos. Sempre com o leite materno. (...) Todas as pessoas da família. (...) A minha avó... a minha avó deu peito. Ela deu peito sempre aos seus filhos (...) Tem uma prima minha que ela deu (...) Foi a minha prima [que viu amamentar], como eu já lhe disse a minha prima deu de mamar aí uns dois meses. (...) Eu cá pensava “Eu não queria aquilo para mim”. Ela parece uma vaca leiteira! Eu não queria aquilo para mim. (...) As vacas a gente vê, vai pelos caminhos, a gente vê as vacas a dar... a	Na família a alimentação é com leite materno Apenas uma cunhada não quis amamentar Irmã amamentou alguns meses Bebés na família são alimentados com leite materno A avó amamentou Uma prima amamentou Viu a prima amamentar Não lhe agradava ver a prima amamentar Não queria estar na situação da prima que amamentava Ideia negativa da prima que amamentava: parecia uma “vaca leiteira” A mãe a amamentar um filho é como uma vaca amamentar um bezerro Desagrado de ver a criança a	Família que amamenta	Influência das relações familiares	E1:L3-7;16-17 E3:L3;5 E4:L5-6; 15; 48-49; 52-54; 56-59; 140-142

dar... os bezerros a mamar nas vacas. Eu disse”Aquilo é tal e qual!” Eu não gostei, não gostei nada de ver ali o pequeno agarrado às maminhas da mãe. Eu não gostei nada. (...)E tenho uma prima que deu, ela deu bastante tempo, ela deu dois ou três meses. A mãe amamentou, não tenho irmãs. (...) Cunhadas também tiveram agora bebês recentes. Também amamentaram. Portanto, desde nascença foi sempre o leite materno (...) [A mãe foi assim?] A minha mãe? Foi! [E irmãs?] Também! Pronto, as minhas irmãs amamentaram porque elas tinham leite. (...) Tenho cinco sobrinhos, qualquer um deles, elas amamentaram. (...) Se calhar aí uns três meses porque depois também deixavam de ter leite. Mas enquanto elas tiveram elas sempre deram.	mamar na mãe A prima amamentou 2 ou 3 meses Mãe e cunhadas amamentaram Não tem irmãs Mãe amamentou os filhos Irmãs amamentaram os filhos Irmãs amamentaram porque tinham leite Todas as irmãs amamentaram Irmãs amamentaram durante 3 meses enquanto tiveram leite			E7:L25; 27-28 E8:L12;15-18 E9:L11-12; 14; 16-17
A minha mãe acho que dava era peito. (...) Ah não sei! [quanto tempo] (...)A todos os filhos ela deu.	Mãe amamentou mas não sabe quanto tempo	Família com hábitos inconsistentes de amamentação	Influência das relações familiares	E2:L4-6; 224

(...) por acaso da minha mãe nunca lhe perguntei (...) mas a minha irmã não deu peito porque ela fez cesarianas. (...) Pronto, a minha mãe não me recorda mas acho que deu. [Irmã mais velha] Não também como o meu caso. Desistiu, mas desistiu mesmo. (...) Portanto, queixava-se que doía muito. Mas também foi muito novinha com 17 anos. Portanto, não foi persistente! (...) Uma tia minha que também amamentou sempre o bebé mas desistiu por o bebé ter icterícia. Portanto, que eu saiba, a minha mãe queria dar-me de mamar mas eu nunca peguei no peito. E os meus antepassados, tios e tudo, a minha mãe até foi criada até aos 3 anos com o peito. E eu fui criada foi com leite de vaca. (...) [Irmãos] Também foram assim. Menos o mais moço que foi criado com leite em pó da farmácia. (...) Não, [a mãe] não deu de mamar. (...) a minha mãe não	Não sabe como a mãe alimentou filhos Nunca perguntou à mãe como alimentou filhos Irmã não amamentou porque fez cesarianas Acha que a mãe amamentou A irmã que teve filho primeiro não amamentou porque desistiu A irmã desistiu porque doía muito e não persistiu Uma tia amamentou A tia desistiu de amamentar pelo bebé ter icterícia A mãe queria amamentar mas nunca pegou no peito da mãe Mãe e tios foram amamentados A mãe criou todos os filhos com leite de vaca excepto o mais novo que foi com leite artificial A mãe nunca amamentou A mãe não amamentou			E6:L3-5; 12-13 E8:L22; 24-25; 60-61 E10:L13-16; 23-24; 26 E11:L3-5; 7

amamentou. Tenho primos da parte da minha mãe e do meu pai e alguns foram amamentados mas a maioria não foi. (...) Eu e os meus primos fomos alimentados com leite da farmácia.	Alguns primos foram amamentados e outros não É filha única Foi alimentada, bem como alguns primos, com leite artificial			
[sabe qual é a opinião que a sua mãe tem sobre isso?]Ah, não sei! (...) A minha mãe é muito fechada; isso era uma coisa (acena negativamente com a cabeça) que não se falava. Ainda hoje ela não fala dessas coisas com a gente. (...) A gente não falava disso	Não sabe opinião da mãe sobre aleitamento materno Mãe não falava “dessas coisas”	Tabus familiares	Influência das relações familiares	E2:L16-18; 20-22; 224
Os bebês, quando são pequeninos eles são alimentados é com o leite de farmácia. É com aqueles leites de lata que agora também se vendem nos supermercados. (...) Agora a minha mãe não deu! (...) A minha mãe não deu, ela diz que não tinha leite suficiente e que depois não pegava no peito nem a minha irmã e então ela não deu. A minha mãe nunca deu leite do peito à gente, ela nunca deu!	Na família os bebês são alimentados com leite artificial A mãe diz que não tinha leite suficiente e, portanto, não amamentou A mãe nunca amamentou	Família que não amamenta	Influência das relações familiares	E4:L3-6; 9-11

Praticamente quase todos [os bebês da família são alimentados] com esses leites que se compram nas farmácias. Não a leite materno. (...) Por uma questão, muita vergonha outra às vezes por não ter (...) A minha mãe foi praticamente assim criada com leite das farmácias e chegou a uma altura que foi através do leite de vaca (...) Portanto, também foi assim [a minha alimentação e a das minhas irmãs]. Ah... o leite... A minha primeira filha experimentou três latas. Só se deu com a quarta. O nome dos leites já não me lembro. São amamentados assim até quase fazer um ano. (...) Deram-se muito bem no leite, o pequenino ainda está a beber leite de lata. [Que idade tem o mais pequenino?] Oito meses. A minha mãe não porque também não tinha leite.	Na família os bebês são alimentados com leite artificial Na família usa-se o leite artificial por vergonha Na família usa-se o leite artificial por mães não terem leite Mãe foi alimentada com leite artificial e com leite de vaca Participante e irmãs foram alimentadas com leite artificial e com leite de vaca Os filhos são alimentados com leite artificial Os filhos reagiram sempre bem ao leite artificial O filho mais novo tem 8 meses e faz leite artificial Mãe não amamentou por não ter leite			E5:2-3; 5-6; 8-9; 13 E7:L7-9; 12-15 E9:L19
As minhas amigas?... Tive uma agora que teve um bebê que tem 1 ano. Eu acho que ela também	Amiga amamentou pouco mais de uma semana Amiga deu leite artificial	Amigas interromperam a amamentação	Influência das relações de	E2:L24-26; 31

deu foi pouco mais de uma semana. (...) ela também deu foi leite de lata. (...) a maior parte desistiu. (...) ou porque o bebê não pegava ou depois porque mamou outro leite porque era à base de suplemento, mama e suplemento, depois davam sempre o suplemento e não davam a mama que o bebê não queria a mama	A maioria das amigas desistiu de amamentar Amigas desistiram porque bebê não pegava Amigas desistiram porque o bebê tomou leite artificial e depois não queria a mama		amizade	E8:L28-30; 34-37
[(...) amigas? Como é que tem sido?] Quer dizer... eu já tenho algumas que têm bebês mas nunca tive curiosidade de lhes perguntar se amamentaram ou não. Não! [fala com as amigas sobre A.M.] Nisso não!	Nunca teve curiosidade de perguntar às amigas se amamentam ou não Não conversa com as amigas sobre A.M.	A.M. não é tema de conversa com amigas	Influência das relações de amizade	E1:L18-20 E2:L28;30
Mas sempre que a gente fala nessas coisas a ideia que eu tenho sempre que a gente fala nessas coisas é que é bom e que é bom para a mãe e o filho.	Na família diz-se que amamentar é bom para a mãe e para o filho	Na família reconhece-se vantagens do A.M.	Influência das relações familiares	E6:L10-12
(...) teve uma ou outra que disse “Ah mulher, o peito é o melhor!” (...)e sempre falámos nisso (...) é que era bom e que se deve	Algumas amigas disseram que o leite materno é o melhor Falava com a amiga durante a gravidez desta sobre o	Amigas falam sobre A.M.	Influência das relações de amizade	E4:L108-109 E6:L18-19; 20-22

fazer. (...) É sempre essa a minha ideia e quando falo com as minhas amigas basicamente é nisso e elas, principalmente essa, também concorda comigo. Fazem sempre essa pergunta [se amamenta] (sorri) (...) E quando dizia que não elas perguntavam “mas porque é, é porque tu não queres ou porque não tens leite?”. Eu dizia “porque não tenho leite!” (...) Elas diziam “Ah, não é muito fácil a gente ver uma mulher que não tem muito leite, mas...”	A.M. Falava com a amiga sobre a decisão em amamentar Falava com amiga sobre vantagens do A.M. As amigas perguntaram se estava a amamentar As amigas perguntavam porque não amamentava Dizia às amigas que não amamentava porque não tinha leite Amigas diziam que não é fácil ver mulher que não tem leite			E9:L123; 125-127; 129-130
(...) lá tem alguma que deu peito, não são muitas. (...) Agora, elas normal, as minha amigas, elas que vêm à minha casa elas também não dão, elas também não dão peito. (...) Eh! Elas dizem que aquilo é uma sujeição muito grande, que dá muito trabalho, que a criança quer mama a qualquer momento (...) Eu acho que elas têm razão. (...) Eu acho que elas têm razão. (...) Então... e então eu acho que elas têm razão! (...) Ah, muitas concordaram	A maioria das amigas não amamenta As amigas mais chegadas não amamentam As amigas dizem que amamentar é um sacrifício, que dá trabalho As amigas têm razão em não querer amamentar As amigas concordaram com a sua decisão de não amamentar Muitas amigas também não queriam amamentar Uma amiga que estava	Amigas que não querem amamentar	Influência das relações de amizade	E4:L14; 15-17; 19-20; 25; 27-28; 30-31; 103-108; 139-140; 142-143

cortes”. Algumas pessoas fazem cortes Do que falamos e do que me dizem por causa de estarem mais livres para sair	Amigas que não amamentam para estarem mais livres			E11:L14-15
Pronto há mães que são assim, há mães que não são (...) [Quer dizer que a Lina conhece pessoas que não quiseram amamentar mesmo?] Sim! Mais ou menos... (...) Porque há aquelas mulheres que eu também conheço, mulheres que têm receio e que não sabem “Ah, não sei se eu quero dar, se eu não quero dar.” Que ficam sempre na dúvida “Ah não sei se aquilo dói!”. Porque também às vezes ouvem a outra falar “Porque aquilo dói quando o bebê começa a puxar.” Isso assim... (...) “Ah, se o bebê puser ali a boca isso vai doer ou dar dentadas.”	Há mães que não consideram que tudo o que têm é bom Conhece pessoas que não amamentam porque não querem As amigas não amamentaram Amigas não amamentam porque dói Amigas não amamentam porque provoca fissuras nos mamilos Há mulheres que têm receio de amamentar Há mulheres que estão indecisas quanto à amamentação Há mulheres que dizem que amamentar dói Há pessoas que dizem que o RN dá dentadas	Pessoas conhecidas que não querem amamentar	Influência das relações com pessoas conhecidas	E7:L66; 68-70 E9:L25; 28-29; 195-199; 207-208
Amigas?... Tenho uma que teve um bebê um ano antes de eu ter a minha que também não deu, não deu porque não tinha mas	Amiga não amamentou porque não teve leite Amiga que não amamentou gostaria de o ter feito	Amigas que não conseguiram amamentar	Influência das relações de amizade	E6:L15-16

também tinha muito gosto em dar Amigas... Portanto, amigas, ora bem. Só tive uma que quis dar mama mas o bebê nunca pegou na mama. E o resto... as amigas (...) Também algumas [amigas] não têm leite.	Apenas uma amiga quis amamentar mas o RN não pegou Há amigas que não têm leite			E8:L28-30; 34-37 E9:L29-30
Também há aquela ideia de que o corpo fica diferente, os seios ficam mais flácidos, com estrias e feios.	Amamentar provoca alterações estéticas como flacidez da mama e mamas feias	Pessoas conhecidas acreditam que amamentar torna as mamas feias	Influência das relações com pessoas conhecidas	E11:L17-18
As minhas amigas concordaram também comigo. Também têm a noção de [tabagismo] fazer mal. (...) Sim! [falava com as amigas no assunto] (...) Como eu já lhe expliquei, explicava isso a elas e elas concordavam comigo. Sempre me respeitaram. As que amamentaram e as que não amamentaram. As minhas colegas também	Amigas concordaram que interrompesse a amamentação As amigas têm a noção de que a mãe fumadora prejudica a criança se amamentar Falou como as amigas sobre tabagismo e amamentação Amigas concordaram de que o tabaco é prejudicial se a mãe amamentar As amigas sempre respeitaram a sua decisão, quer tenham amamentado ou não As colegas respeitaram a sua	Amigas concordam com a sua decisão	Influência das relações de amizade	E3:L147-148; 158; 160-161 E11:L112-113

	decisão			
Acho que foi uma prima minha, até (suspira) [quem mais encorajou o leite artificial] (...) Isso foi assim. Isso foi um bocadinho complicado. Porque foi assim, ela também era muito nova. E ela deu, no hospital ela tentou dar leite do peito. Só que ela não tinha e ao lado dela tinha uma colega aqui [da freguesia] que tinha tido uma menina também. E a minha prima diz que chorou na altura porque não tinha peito (...) A essa bebé e ela [a prima] diz “Ah...” Ficou com aquela coisa... que a outra é que a tinha alimentado. E ela, a outra senhora, ainda hoje a vê e diz “Olha fui eu que te criei com o leite de peito” (...) Não sei... Ela na altura diz que ficou assim um bocadinho triste porque a outra tinha e já tinha não sei quantos filhos e queria [a prima] para a sua menina e não tinha.	Prima foi quem mais encorajou o leite artificial Prima que aconselhou não amamentar teve dificuldades em dar de mamar Prima não se sente bem por outra senhora ter amamentado a sua filha Prima frustrada por não amamentar Prima com má experiência no A.M.	Influência da prima	Influência das relações familiares	E2:L85; 89-93; 100-103; 105-108
Eles [marido e sogra] diziam-	Família com quem coabitava	Família incentivou a	Influência das	E5:L108-110; 112;

me “Tu fazes mal!” (...) Portanto, eles aconselhavam-me que sim. (...) [então quer dizer dentro de casa não teve apoio para não amamentar...] Não, não, não. (...) Principalmente a minha sogra “Estás em casa, não trabalhas, podias dar o leite à menina” mas como eu estava em casa tinha tempo para dar o leite à menina.	não concordou com a sua decisão Sogra e marido não concordaram que não amamentasse O marido e a sogra aconselharam a amamentar Em casa foi apoiada a amamentar A sogra referiu que estando em casa e não trabalhando podia amamentar Sogra não concordou com a sua decisão	amamentar	relações familiares	116-118
Eu perguntei à minha sogra! (...) “Ó sra. Ana eu vou dar leite de lata”. Ela disse “Ó mulher, o teu é melhor! Já se sabe que o bebé ao princípio não aumenta muito. Mas isso depois vais ficar bom!” Porque eu acho que ela também não deu muito. (...) E depois eu disse que já estava a dar o leite de lata e ela disse “Oh! Não devias fazer isso! Dá o leite de peito e depois quando vires que estás muito aflita dá o leite de lata!” Porque ela foi aquele tipo de pessoa que queria que eu tivesse	Contou à sogra as dificuldades que estava a ter Sogra explica que ao princípio o bebé não aumenta muito de peso Sogra aconselhou aleitamento misto Acha que a sogra amamentou pouco mas preferia que amamentasse Sogra desencoraja interrupção da amamentação e aconselha leite artificial se necessário Sogra queria que amamentasse	Sogra proporciona orientação	Influência das relações familiares	E2:L350; 352-355; 357-361

[illegible]

claro, qualquer coisa assim.			corpo	
Tinha, por acaso tinha uma rapariga que já tinha sido mãe uma vez, portanto, explicou-me qualquer coisinha. Foi graças à ajuda dela que eu comecei a dar leite à minha filha (...) Como eu já lhe disse, foi uma rapariga conhecida, por acaso conhecida naquela altura que depois também entrou outra que eu já conhecia também que, pronto, me deu umas dicazinhas de como é que havia de fazer, como é que não havia.	Na maternidade teve apoio de outra puérpera Outras puérperas apoiaram e informaram quanto à amamentação durante o internamento na maternidade	Apoio de outras puérperas na maternidade	Influência das relações com o meio circundante	E1:LL50-52; 217-220
Ah, elas explicaram que é muito bom, que é o melhor para o bebé, que evita doenças. Disseram aquelas coisas todas (...) Elas tentaram capacitar a minha cabeça para eu dar leite mas eu sempre disse que eu não ia dar leite e portanto, eu não dei! Não tinha mais nada para dizer que eu não dei!	Na Maternidade enfermeiras explicaram os benefícios do A.M. A intervenção de enfermagem para amamentar não surtiu efeito	Na Maternidade as enfermeiras explicaram os benefícios do A.M.	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E4:L118-119; 127-129
É assim, na maternidade teve de tudo [reações das enfermeiras] (...) teve aquela enfermeira que veio e disse “vais dar peito ao teu bebé!” E eu disse “Eu não	Na maternidade as reacções das enfermeiras à sua decisão foram diferentes consoante as enfermeiras Houve uma enfermeira que	Diversas reacções das enfermeiras à sua decisão na maternidade	Influência das relações com os profissionais de	E4:L151-163

vou!” e então ela disse “Ah, mas eu vou-te pôr o bebé ao peito.” Até me apeteceu dar um empurrão na enfermeira. Mas pronto, disse “Não Sr.^a Enfermeira eu não vou dar peito! E quem manda em mim sou eu!” (voz enfática e compassada) e ela, pronto, ela então foi-se embora zangada que ela nunca mais veio ao meu quarto. E depois ela foi-se embora. Depois tinha aquela enfermeira que dizia “Não queres dar peito? Pronto, não dás, tu é que sabes. A criança é tua, tu é que sabes. E as maminhas são tuas!” E então essas não me chatearam mas tinha aquela que queria me chatear, queria me obrigar. Eu disse “Não, ninguém me vai obrigar aqui, era o que faltava!” Diziam, “Ó mulher, mas porquê? Quantas mães que muitas vezes querem dar e não têm. Tu tens com fartura e não queres dar!” (...) Ficaram um bocado chateadas, claro que elas ficaram porque se eu “tinha	quis obrigar a amamentar Vontade de empurrar a enfermeira que lhe queria colocar a criança à mama Impôs-se à enfermeira a dizer que a decisão era sua e não queria amamentar A enfermeira ficou zangada por não querer amamentar Houve enfermeiras que respeitaram a sua decisão Indignação perante a obrigação em amamentar As enfermeiras apelaram ao facto de ter muito leite Na maternidade as enfermeiras não compreenderam porque não amamentava se tinha leite Uma enfermeira provocou		enfermagem	E5:L212; 266-273

enfermeira disse que sim e eu disse “estava! Desisti hoje às sete da manhã”. E então aí foi a descompostura, digamos. (...) Uma coisa horrível. (...) Pronto a senhora virou-se para mim que era muito mais económico que eu ia poupar 100 euros mensalmente, que não queria bem ao meu filho, que devia era dar de mamar E as enfermeiras diziam-me “Ah mas tem que dar!” (...) E eu disse à sra. Enfermeira “Ó sra. Enfermeira, mas eu não quero dar!” “Mas a menina tem que dar que isso é bom!” “Eu não estou dizendo que não sejam bom!” (...) E até de noite eu levantava-me e num sítio que até lá no hospital onde tinha os biberons e eu fazia o leite para a minha filha às escondidas. (...) Não davam! Queriam que eu amamentasse, queriam-me incentivar a dar de mamar. (...) [Do que eu percebi enquanto estava no hospital as enfermeiras pensavam que amamentava.] Sim! Nunca se	dinheiro e acusou de não querer o melhor para o seu filho A enfermeira dizia que tinha de amamentar Disse à enfermeira que não queria amamentar A enfermeira insistiu que tinha de amamentar porque é bom A puérpera reconheceu que amamentar era bom Na maternidade a puérpera ía preparar leite artificial às escondidas Na maternidade as enfermeiras não lhe davam leite artificial para que amamentasse Enquanto estive na maternidade as enfermeiras pensavam que amamentava			E10:L103; 110-114; 116-117; 197-204; 206-207; 246-249

aperceberam que eu ía fazer o biberon. Só que era assim, elas também me davam o biberon porque sabiam que a criança não ficava satisfeita. Mas não era; era quando eu não podia ir fazer o biberon a pequena ficava com fome e então... Isto foi da mais velha. Da mais nova eu decidi e as enfermeiras concordaram comigo. Era uma opção que eu tinha tomado. (...) Fizeram-me ver que eu estava errada e essas coisas todas mas disseram “É uma opção que a senhora está tomando”. (...) Aceitaram, a equipa que eu apanhei, lembro-me perfeitamente, era outra equipa que eu apanhei. Tudo diferente. Fizeram-me ver que o caminho certo era dar amamentação mas já que eu não queria dar mama, pronto, era uma opção minha. [Enfermeira] Disse-me que a opção era minha e que ía escrever para depois as colegas saberem qual era a minha opção. (...) Então a senhora enfermeira perguntou-me se eu	[filha mais velha] As enfermeiras davam suplemento porque pensavam que a criança mamava Com a filha mais nova as enfermeiras aceitaram a sua opção Aquando da filha mais nova as enfermeiras explicaram que estava errada em não amamentar mas respeitaram Na segunda filha a equipa aceitou a sua decisão Na segunda filha as enfermeiras fizeram educação para a saúde mas aceitaram a sua decisão A enfermeira respeitou a sua decisão e registou A enfermeira validou a sua decisão e conhecimentos quanto à não amamentação. Disse à enfermeira que			E11:L62-63; 72-74; 76-77; 85

estava certa da minha opção e das vantagens que amamentar tinham para mim e para a criança. Eu disse que sim! (...) E a enfermeira comentou “Mas agora que já viu a sua menina e a tem perto de si até podia mudar de ideias...” (...) Compreendeu e nunca mais me tocaram no assunto.	estava decidida a não amamentar e que conhecia as vantagens do leite materno A enfermeira perguntou se depois de ver a menina não estava a mudar de ideias A enfermeira compreendeu a sua decisão Não voltaram a incentivar para amamentar			
Nunca tive ninguém ao pé. (...) porque lá as enfermeiras não dão grandes apoios. (...) Mas pronto, explicar como é que se dá de mamar, nada disso. (...) nunca me explicaram, não senhora. (...) porque a gente chega ao hospital e eles não dizem completamente nada. (...) A gente sente-se abandonada. E eu saí [da maternidade] e elas [enfermeiras] nada me	Enfermeiras não deram apoio na maternidade Enfermeiras não explicam como se amamenta Sentimento de abandono por parte dos profissionais de enfermagem no hospital Não recebeu informação sobre A.M. durante	Falta de apoio das enfermeiras na maternidade	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E1:49-50;52-53; 163-164; 166; 253-254; 256 E2:L255-256; 258; 283-286; 315-319;

disseram! (...) Elas lá não me disseram (...) Não, elas só chegavam e diziam assim “O bebê já bebeu?” Eu disse “Já sim, senhora” [O que é que lhe explicaram sobre o A.M.] Completamente nada! (...) Acho que agora é assim. Até que eu disse “Ó senhora vou dar peito!” “Ah, está bem, está bem!” Eu disse que ia dar, ia dar mesmo. Mas é a tal coisa, devia-se ajudar, que esse leite é o melhor e o que é que se tem que fazer e o que é que não se tem que fazer e o bebê assim... Mas elas não (...) Eu acho que sim! Porque foi assim, eu saí e fiquei sem saber o que é que eu havia de comer. Vim para casa. Eu disse “Ah, eu vi lá aquelas coisas” mas eu também já não me lembro. O que é que eu posso comer e o que é que eu não posso comer. (...) Mas é a tal coisa, a gente se for mais esclarecidas e o que é que tem que se fazer e o que é que não tem. E depois daquela coisa do leite ser fraco... Ela também	internamento Enfermeiras na maternidade apenas perguntava se o RN mamou Na maternidade não houve explicação sobre A.M. Enfermeiras na maternidade deviam insistir mais nas vantagens do A.M. Enfermeiras da maternidade deviam dar mais e melhor informação sobre A.M. Não sabia o que havia de comer Não estava esclarecida sobre o que podia ou não comer Não foi desmistificada ideia do leite fraco			324-327; 335-339

podia ter dito “Olha, no fundo eras muito novinha, já não te lembras. O leite no princípio é assim.” Não! No lugar de me esclarecerem... Acho que não me esclareceram [quando comunicou que desistia de amamentar]	As enfermeiras não esclareceram quando decidi interromper a amamentação			E8:L206
Tentei! Tentei para ver se tinha leite, só que não tinha. Não tinha leite nenhum. Tentei nomeadamente nas primeiras horas depois delas nascerem e tentámos. Depois no dia a seguir voltámos a tentar só que não tinha.	Na maternidade colocou o RN à mama mas não tinha leite Fez várias tentativas de amamentar Não teve leite na maternidade	Tentativa de amamentação na maternidade mas sem ter leite	Influência do funcionamento do corpo	E6:60-63
[E o que é que o seu marido achou dessa questão de amamentar e de...?] Ele sempre concordou comigo. (...) Sempre concordou que eu tivesse dado e concordou na altura para deixar. Portanto, não teve problema contra isso. (...) Ele era praticamente a decisão que eu achasse melhor. Era a decisão que nós tomávamos. E a opinião do meu marido. Expliquei-lhe a ele essa situação do fumo e ele concordou	Marido concordou com a decisão de leite misto Marido apoiou a decisão da esposa, fosse qual fosse Marido apoiava a decisão que a Catarina tomasse A opinião do marido sobre a amamentação é importante O marido concordou que	Apoio do marido	Influência das relações familiares	E1: 62-63; 65-67; 108-109 E3:L60-61: 65-67

comigo a cem por cento! (...) E eu sou fumadora, mas compreende-me, disse “Se achas que vais prejudicá-lo por causa disso, faz como tu entenderes”. (...) O meu marido, ele disse assim “Eh mulher tu é que sabes o que é melhor para a criança. O dinheiro está aqui, a gente tem dinheiro, vamos comprar o leite, não há problema nenhum para comprar o leite se tu não quiseres dar peito.” (...) Eu disse “Eu não quero dar peito! Eu estou-lhe dando leite da farmácia, eu estou-lhe dando leite do hiper que o meu marido diz que a gente tem dinheirinho para comprar. O marido não, então nessas coisas não faz nenhum comentário nem nada disso. (...) E o meu marido não deu. Ele percebeu que eu tinha ficado assim frustrada, não falou, nem comentou, nunca mais falámos. O marido também era a mesma coisa “não pode, não pode”.	interrompesse a amamentação Marido compreende a esposa Marido aceita a decisão da esposa O marido reconheceu que ela é que sabia o que era melhor para a criança Marido colocou dinheiro à disposição para leite artificial Tem dinheiro para comprar leite artificial O marido não fez qualquer comentário Marido compreendeu a situação de não ter leite e a sua frustração por isso O marido aceitou que não podia amamentar			E4:L79-83; 168-171 E6:L119-120; 132-134 E7:L110-111

O meu marido [foi a pessoa que mais apoiou] Ah, o João foi uma pessoa que nunca se opôs a isso. Aquilo que eu decidisse estava O.K. Achava que a escolha era minha e que assim até podia alimentar ele próprio a nossa filha.	O marido foi a pessoa que mais a apoiou O marido respeitou a sua decisão O marido considerou que a escolha era da esposa O marido considera a vantagem de ele próprio poder alimentar a filha			E9:L189 E10:L138-139 E11:L90-91
(...) o meu marido, eu disse a ele e ele disse “Mas o leite do peito não é melhor?” (...) e eu não a posso ver sempre com fome. Ela disse “Ó, isso é contigo; queres dar... dá!” (...) ela bebia o leite de leite, deu-lhe dores de barriga e ele disse “Olha, já viste? Convinha teres dado era o teu... e não o de lata, porque de lata dá mais gases!” (...) E ele disse “Isso é contigo. Por mim tu dás é o leite do peito.” E ele dizia-me “Até porque não dá muito trabalho, escusas de estar a ferver biberons... e o leite do peito é quentinho na hora...” “Se achas que estás a fazer bem assim”; ele também tem a noção	Marido recorda que o leite materno é melhor Marido resigna-se com a decisão de deixar de amamentar Marido diz que a criança tem cólicas por já não ser amamentada Marido confronta com as vantagens do leite materno Marido tem a noção de que o leite materno é bom	Resignação do marido	Influência das relações familiares	E2:L120-121; 123; 127-129; 216-219 E3:L63-64

de que o leite materno é muito bom. E ele apenas, pronto, a minha cunhada sempre teve muito leite e ele apenas dizia “Como é que as mulheres podem ser assim tão diferentes umas das outras?” Uma teve tanto leite e outra não. (...) Nunca me disse nada. As pessoas são diferentes umas das outras.	Marido questionou porque é que algumas mulheres tinham leite e outras não			E9:L107-109; 111-112
O meu marido nunca se opôs [à amamentação], até pelo contrário, no sentido poupávamos nos gastos que tínhamos com a criança.	Marido incentivou a amamentar Amamentar teria poupado gastos com a criança	Marido incentivou a amamentar	Influência das relações familiares	E5:L114-115
[mãe] talvez não tenha achado tão bem na altura que eu deixei de amamentar a minha filha (...) Pronto, assim como aquela “Já vais deixar? Só tem 7 dias!” Essas coisas assim (...) Não! Não foi muito a favor que eu tivesse deixado de vez aos quinze dias (risos)	Mãe não achou muito bem que deixasse de amamentar Mãe considerou que deixar de amamentar aos 7 dias era muito cedo Mãe não concordou que deixasse de amamentar aos 15 dias Mãe achou precoce a interrupção da amamentação	Mãe incentivou a amamentar	Influência das relações familiares	E1:L73-74; 77-78
A minha mãe disse “Ó eu sou assim; deve ser de família”.	A mãe disse que também não teve leite Mãe atribui falta de leite à filha ser como ela	Crenças da mãe	Influência das relações familiares	E9:L117-118

Eu disse “Ó minha mãe eu já não dou leite do peito porque ela está sempre com fome e eu não posso vê-la sempre com fome! E ela disse assim “Ó se achas que deves dar, dá!” Foi só. Ah, a minha mãe não disse nada. Ela diz “tu vais fazer como tu quiseses que eu também não dei leite do peito”. Não! A minha mãe disse logo “não tens, paciência. Vamos tentar...” [Acha que teve o maior apoio de quem?] Da minha mãe. Pronto, a minha mãe sempre concordou que amamentasse só que ela dizia “Não podes, não podes. Não podes fazer milagres, sacrifícios para isso”. A minha mãe também nunca se opôs a isso [que não amamentasse]. (...) A minha mãe disse “Ó Maria, as crianças pelo que se ouve os médicos falarem dizem que é bom, livra de doenças, mas isso é uma opção que tu é que tens que tomar. Não queres dar, ninguém	Mãe aceitou a decisão de não amamentar mais A mãe apoiou na sua decisão dizendo que também nunca tinha amamentado Mãe mostrou resignação e disposição para continuar a tentar Foi a mãe quem mais apoiou A mãe era de opinião que devia amamentar A mãe aceitou que a puérpera não conseguia amamentar A mãe respeitou a sua decisão A mãe disse que o leite materno era mais saudável para a criança A mãe reconhece-lhe o direito de optar A mãe disse que os filhos tomaram leite de vaca e	Apoio da mãe	Influência das relações familiares	E2:L115-118 E4:L78-79 E6:L101-102; 130-131 E7:L108-110 E10:L139-140; 153-156; 235-237

te pode obrigar.” (...) A minha mãe. A minha mãe disse “Vocês estão aqui perfeitos, nunca tiveram doenças e foram tratados com leite de vaca, não foi com esses leites tão bons que há agora, portanto minha filha...” Também soube sempre a minha decisão e achou bem. Afinal ela fez o mesmo. Era uma mulher de carreira e eu fui sempre bem tratada e saudável.	sempre foram saudáveis A mãe achou bem a decisão da filha A mãe também não amamentou porque tinha uma carreira e a filha sempre foi saudável A mãe ajuda a cuidar da Inês, inclusive na alimentação			E11:L105-108
Mas elas [amigas] acharam bem. (...) aquelas poucas pessoas que me conheciam diziam “Tu fazes mal porque se tu tens vale a pena porque o leite da mãe é sempre melhor, mais saudável, evita certas doenças” E mesmo aquelas pessoas mais antigas que me iam ver, família. [Amigas] amamentaram também.	Amigas acharam bem que amamentasse Visitas incentivaram a amamentar Amigas dizem que o leite materno é mais saudável e evita doenças Pessoas conhecidas e amigas incentivavam a amamentar As amigas amamentaram As amigas ajudaram para	Amigas favoráveis à amamentação	Influência das relações de amizade	E1:L126 E5:L121-124

A gente experimentava, [as amigas] ajudavam-me, até tivemos aquelas bombas que puxam, a gente experimentava tudo (...) Porque elas diziam “A gente vai experimentar a tirar para dentro do biberon e dás”(...) (...) tenho uma amiga que ainda dá de mamar... a Dora. (...) Oito meses, fez oito meses. (...) as minhas amigas deram alimentação foi de peito. (...) Um amiga, a Odete, a Ana também, uma colega minha que teve dois filhos. Essa, a Odete também tem dois rapazes. Portanto, são as minhas amigas mais chegadas. (...) Elas deram de mamar! (...) As minhas amigas diziam “Ó mulher mas tu és doida! (risos) Porque tu estás a gastar tanto dinheiro com leite, tendo leite tu podes amamentar o teu filho a qualquer hora, não tens biberons para esterilizar, não tens leite para estar a fazer, não tens de te levantar para preparar leite.”	tentar amamentar com bomba As amigas incentivaram a que tirasse leite à bomba para dar Uma amiga ainda amamenta após 8 meses Uma amiga ainda amamenta após 8 meses As amigas amamentaram Viu as amigas mais íntimas a amamentarem As amigas deram de mamar Viu as amigas amamentarem As amigas achavam que estava a desperdiçar dinheiro na farmácia Amigas explicaram a comodidade do A.M.			E7:L29;31; 136-137; 140-141 E8:L43; 47 E10:L28; 36-38; 43; 158-162

Algumas [amigas], talvez a maioria amamentaram, outras não.	Algumas amigas amamentam outras não A maioria das amigas amamenta			E11:L12
Cheguei até a perguntar a uma se dava de mamar à criança, ela chegou a dizer que dava. Mas também não sei quanto tempo...	Amiga também estava a amamentar Não sabe quanto tempo amiga amamentou	Pouca partilha de experiência de A.M. com amigas	Influência das relações de amizade	E1:L127-128
Pronto, das pessoas toda a gente [excepto a mãe] concordou Eu tive, tive apoio de toda a gente, não tive ninguém que dissesse que não... toda a gente me apoiou! Ninguém comentou nada. (...) Depois sequei o peito. Mas nunca ninguém pressionou. Não deu, não deu! O que é que acharam [pessoas mais próximas]? Não se referiram... (...)Não! Foi opção da mãe, isso não aconteceu, paciência. Olha paciência! Todas. Porque todas já sabiam que era a minha decisão.	Toda a gente, excepto a mãe, concordou que deixasse de amamentar Todos apoiaram a sua decisão de não amamentar Ninguém da família fez comentários por não amamentar Ninguém pressionou As pessoas próximas/familiares respeitaram a sua decisão Todas as pessoas que conheciam a sua decisão apoiaram-na	Apoio de todas as pessoas	Influência das relações com o meio circundante	E1:L88 E4:L85-86 E6:L100; 116-117 E8:L176 E11:L88
A minha sogra também concordou comigo. (...) Não, a minha sogra nunca	A sogra também concordou que deixasse de amamentar [vive junto da sogra e longe	Apoio da sogra	Influência das relações familiares	E1:L92-93; 97

pode dar de mamar aos filhos	da mãe] A sogra, que concordou que deixasse de dar de mamar, nunca amamentou			
Não senhora! Não senhora, não senhora! [estava suficientemente esclarecida para interromper] [Tomou essa decisão bem esclarecida?] (Acena que não com a cabeça) Porque foi assim, eu dei-lhe o leite de lata mas não foi com muita vontade. (...) Eu queria ter dado era o peito! Se tinha certeza? Não [estava esclarecida!] (...) Fiquei sempre que devia de dar (...) Mas que realmente eu fiquei indecisa, fiquei. (...) [quando foi ao centro de saúde falar com as enfermeiras achou que elas a esclareceram para continuar a amamentar?] Não! (...) [faltou] Mais informação! Mais informação e explicar-me melhor que sabia que eu era uma rapariga nova. Porque uma rapariga com 16 anos	Não estava bem esclarecida quando começou a fazer aleitamento misto Não estava esclarecida quando decidiu interromper A.M. Não deu o biberon com vontade A sua vontade era amamentar Quando decidi não amamentar não estava esclarecida Sentia que devia de amamentar Ficou indecisa se estava a tomar a decisão correcta As enfermeiras no centro de saúde não a esclareceram de modo a amamentar Faltou que as enfermeiras lhe dessem mais informação pois era muito nova e não sabia nada	Falta de esclarecimento que fundamentasse a sua decisão para interromper o A.M.	Influência da informação sobre AM	E1:L103; 114 E2:L158-160; 162 E5:L152; 154; 156; 221-224; 228-231; 235-237

praticamente não sabia nada. E talvez foi aí que talvez falhasse um bocado de informação das enfermeiras. (...) Talvez... talvez... talvez... Se elas me tivessem chamado mais a atenção ou tivessem uma conversa mais profunda talvez aí conseguisse vencer, que tinha que ser e que tinha que dar. Não, não estava bem esclarecida. O que eu pensei foi o que eu pensei do primeiro, “eu não devo ter para dar”. Foi o que eu pensei. [acha que estava suficientemente esclarecida?] Não! Não acho! Não, não! (...) Se eu soubesse que o que eu senti era natural na amamentação, que aquilo ia passar conforme o dia-a-dia, talvez eu desse.	Faltou uma conversa mais profunda que a ajudasse a ultrapassar a vergonha Não estava esclarecida quando interrompeu a amamentação Pensou que não tinha leite Não estava esclarecida quando decidiu não amamentar Se soubesse que o que senti era natural talvez tivesse amamentado Se soubesse que aquela sensação inicial iria passar talvez continuasse			E7:L122-123 E10:L165-167; 186-188
Acho que sim! [estava esclarecida] (...) Acho porque eu continuo com a mesma opinião. Ó Sr.^a Enfermeira, eu tinha conhecimentos. Sabia que não	Estava esclarecida quanto à sua decisão para interromper a amamentação Estava esclarecida quanto à sua decisão para não	Esclarecimento que fundamentou a sua decisão de interromper ou não iniciar o A.M.	Influência da informação sobre AM	E3:L129;131 E4:L89-91; 146-147

queria, pronto. Eu tinha conhecimentos. Sabia que não eu não me queria sujeitar a uma coisa daquelas. (...) Eu falei, elas falaram comigo, eu disse “Eu não quero dar peito, eu sei que é bom mas eu não quero dar peito, pronto!” Sentia [que estava esclarecida]! No fundo sentia porque tive apoio muito bom. Não tive internada mas da parte da Escola de Enfermagem...	amamentar Disse às enfermeiras que sabia que o A.M. é bom mas que não queria amamentar Estava esclarecida quando decidi desistir de amamentar Teve apoio por parte dos estudantes de enfermagem			E8:L191-192
[E a parte médica, falou disso?] [A.M.] Também muito pouco! Nas consultas que eu ia [com médico obstetra] nem se falava de peito nem de dar de mamar. Porque naquela altura falava-se em dar o leite se tivessem mas não havia aquele... como é que eu hei-de explicar? Incentivava. Não havia ninguém, a parte médica e enfermeiras não incentivavam. (...) E penso que primeiro, devia ser logo no início, quando eu fiquei grávida, de dar aquele conselho, deviam-me aconselhar e talvez eu me tivesse mentalizado que era	Médicos falaram pouco do A.M. durante a vigilância Durante a vigilância da gravidez nunca foi falado sobre A.M. A médica não a incentivava a amamentar Os médicos e as enfermeiras não incentivaram a amamentar Logo no início quando engravidou deviam aconselhar a amamentar	Pouca informação sobre A.M. durante a vigilância	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E1:L167-168 E5:L164-167; 168-171

bom. A amamentação? Não, quer dizer, foi falado sobre isso?... Era o médico que perguntava “Quer dar de mamar? Ótimo, acho muito bem!” Pronto, mas não havia explicação do que fazer. A explicação não foi dada. Não, não falou [do A.M., o médico obstetra durante a vigilância].	Se fosse aconselhada e incentivada talvez se tivesse mentalizado para amamentar Na gravidez o médico perguntou se queria amamentar Na gravidez o médico não deu explicações sobre A.M. A gravidez foi seguida por obstetra Durante a gravidez o médico não falou de A.M.			E8:L199-202 E10:L171
Cheguei a falar nisto com os enfermeiros! [depois de interromper a amamentação] Olhe, para já deviam falar mais sobre o leite materno. Porque a gente não sabe quanto tempo deve dar de mamar em cada peito. Porque eu soube 15 dias depois que era 15 minutos, mas foram dias depois de ter a bebê. Como se deve apoiar o bebê. Ou como é que se deve ter o peito. Essas coisas assim. (...) Nunca cheguei a ser esclarecida com	Falou com os profissionais de enfermagem depois da criança deixar de mamar Profissionais de enfermagem devem falar mais sobre A.M. Profissionais de enfermagem devem explicar como amamentar Teve informação depois de deixar de amamentar Nunca lhe foi explicado como deveria amamentar [duração, posição] Há necessidade de	Orientação da enfermeira depois de ter interrompido a amamentação	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E1:L172; 189-193; 195; 197-198

essas coisas. (...) São coisas que uma pessoa sempre precisa de saber para tratar do seu filho! Foi assim, quando eu fui numa semana estava dando, quando fui na outra semana já não estava. E pronto a sra. enfermeira disse “Ó Sara!... Devias ter feito isso; devias ter dado sempre o leite do peito (imita a voz da enfermeira). Eu disse “Ó mas ela estava sempre com fome”. E ela disse “Já se sabe que na primeira semana é assim, eles não aumentam muito. Devias ter continuado, isso é que era bom”	informação para amamentar Enfermeira diz-lhe que não devia ter deixado de amamentar Explica à enfermeira que a criança estava sempre com fome Enfermeira desmistifica ideias			E2:L235-241
(...) mas como eu não estava sempre com a mesma pessoa, quando chegasse lá e dissesse que queria falar sobre a saúde da mulher depois de ter o filho, não sabia bem a quem me devia dirigir, está a perceber? (...) Porque eu ia lá e não era sempre acompanhada pela mesma pessoa. Por isso tomei essa posição de não ir lá. (...) Não perguntei a ninguém porque, pronto, é como eu já lhe	Não sabia a que enfermeira se dirigir no centro de saúde com as suas dificuldades sobre A.M. [não era sempre atendida pela mesma] Não foi ao centro de saúde porque não sabia a que enfermeira se dirigir Não teve ninguém de confiança a quem perguntar porque é que o leite estava diferente Falta de enfermeiro de	Falta de enfermeira de referência	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E1: L106-1109; 110-111; 175-178; 180-181; 274-280

expliquei, não tinha aquela pessoa certa que me indicasse, que eu chegasse lá. Agora se fosse hoje em dia já sei a quem é que me havia de expressar. Porque é aquela senhora [enfermeira] que depois acabou por acompanhar a minha filha e também acabou por acompanhar a mim porque eu tive muitos nervos depois da gravidez. Se fosse hoje em dia já sabia a quem recorrer. (...) até tinha uma enfermeira lá que me apoiava muito, conversávamos muito sobre essas coisas e tudo. Mas, por acaso, uma vez estava uma, outra vez estava outra. Comecei a ir só a ela depois de ter deixado de dar de mamar à minha filha. (...) Se eu tivesse ido desde o princípio a essa senhora talvez eu tivesse sido melhor esclarecida.	referência Não foi a tempo falar com a enfermeira em que depositava confiança			
E não falta mães que amamentam... até conheço mães que amamentaram até um ano de idade do filho.	Há muitas mães que amamentam, portanto é porque não dói Conhece mães que amamentam até 1 ano de idade do filho		Influência das relações com pessoas conhecidas	E9:L210-212

Há quem se importe muito [com a estética da mama] mas eu não!	Sabe há pessoas que se importam com a estética da mama	Pessoas que se preocupam com a estética da mama	Influência das relações com o meio circundante	E1:L210
Sentia algumas dores. No peito (aponta) e vinha por aqui abaixo (abdômen). Não sei. Era uma dorzinha, uma coisa fraquinha mas no peito doía um bocadinho. É, eu não me sentia bem. Era assim, eu pegava no bebé e dava-lhe o peito e eu não me sentia bem... ela a chuchar... (...) Aquilo metia-me uma impressão. E talvez fosse isso também que me levasse a desistir. (...) Impressão física. É uma coisa que... eu não me sentia bem! E aquilo... e eu desviei-me mais por causa disso. (Faz gesto de desviar com as mãos) (...) Pronto, como é que eu vou-lhe explicar?... Quando a gente está tendo relações sabe como é...? (...) eu também não sentia aquele à-vontade de dar. Eu não me sentia bem! (...) E pensei “mas	Amamentar provocava dores na mama e no abdômen Não se sentia bem com o bebé a mamar A criança a mamar metia-lhe impressão A impressão que sentia com o bebé a mamar levou a desistir de amamentar Deixou de amamentar porque sentia impressão física quando o RN mamava Sensação sexual aquando da amamentação A puérpera não se sentia à-vontade a amamentar Achou melhor não partilhar as suas sensações com ninguém por ser um problema apenas seu Mas decidiu que não	Experiência de amamentação	Influência do funcionamento do corpo	E1:L226-228 E10:L83-84; 86-87; 89-91; 94-95; 104-105; 134-135; 173-174; 176-178

isto é da minha cabeça; é melhor eu calar-me. Mas não dou, não quero dar!” Pronto! (...) Puseram a criança à mama, eu tive aqueça experiência e decidi que não. (...) A princípio ainda dei. Pus no peito e tudo. Mas quando a pus no peito e que ela foçava e não conseguia chupar e eu sentia aquele mal-estar, aquela coisa e eu disse “Ai não! Eu não dou peito!	amamentava Na maternidade colocaram a criança à mama teve a sensação sexual e decidiu não amamentar No princípio colocou a criança à mama Ideia prejurativa da criança a mamar [foçar] Ao sentir mal estar ao amamentar decidiu que não o queria fazer			
Não! Pronto, porque ela [mãe] já tinha sido mãe há muitos anos, não é? E as coisas mudam muito. Pronto, por isso, eu também no início também não me dirigi a ela.	Não recorreu à mãe por achar que ela estava desactualizada	Descrédito na informação da mãe	Influência das relações familiares	E1:283-285
Mas foi assim, ela bebeu no hospital, já se sabe que o bebé não está acostumado, bebe de pouco a pouco, de pouco a pouco. E eu por acaso, já se sabe, a gente não pode fazer outra coisa senão estar de roda deles	Amamentava de pouco a pouco no hospital Não se pode fazer outra coisa se não amamentar	Amamentação frequente	Influência do funcionamento do corpo	E2:L42-46
Depois, já se sabe, vem as visitas. E depois ela estava sempre a procurar (faz gesto da boca da criança que procura).	Visitas de casa achavam que a criança tinha fome Visitas perguntam se não dá comida ao bebé	Influência da opinião das visitas na interrupção da amamentação	Influência das relações com pessoas conhecidas	E2:L47-52; 54-55; 131-132; 135-137; 143-147; 174-175; 297-299

Ela “Ah, essa bebê está sempre cheia de fome, não dá comida a essa bebê?” E eu “Eh mulher! Então não dou?!” Já dei agora mesmo”. Era 20 minutos num lado, 20 minutos no outro. “Ah, porque se calhar o teu leite é fraco, se calhar não presta. Devias dar era leite de lata!” (...) Todas as pessoas que vinham aqui diziam sempre que ela estava cheia de fome. (...)“Olha, eu fiquei foi pelas coisas delas e no fim devia era ter dado o leite do peito e não de lata” (...) Essa coisa... Pronto, essa coisa “Elas hão-de dizer que eu não trato dessa bebê!” Lá então dei o leitinho de lata. (...) depois as pessoas faziam uma festinha, ela chorava e disse “Olha, ela tem é fome. Vocês vão-me desculpar, eu vou-lhe dar o peito.” E tornava a dar-lhe. E depois ela bebia, bebia e depois elas “Ah, essa pequena está a beber muito mas nunca está satisfeita.” (...) Mas pronto fiquei “Ah, elas dizem que a bebê está sempre	Visitas dizem que se calhar o leite não presta e aconselham a dar leite artificial Reconhece que se deixou influenciar pelo que diziam as visitas Reconhece que não devia ter interrompido a amamentação Sentiu-se julgada pelas visitas de não alimentar a bebê Visitas dizem que a bebé nunca fica satisfeita com o leite materno Acreditou no que as visitas diziam, que a criança tinha fome Desilusão devido aos comentários das visitas			

de chorar. A Sr.^a Enfermeira disse “Ah, não debes ter leite!” Ela estava ao pé de mim, estava apertando o mamilo e ela disse “Ah tu não tens nada!” deu um biberon. Depois ela disse “A gente vai vendo, se ele não chorar vai sempre bebendo aqueles bocadinhos do peito que tu tiveres”. Teve um dia em que ele quase não parava e a Sr.^a Enfermeira disse “Se ele não parar a gente vai dar leite de biberon porque não tens quantidade para ele”. (...) E na ‘ultima noite ainda antes de sair ele teve foi que beber no biberon, porque já não tinha nada.	Na maternidade o bebé chorava com fome mas não tinha leite A enfermeira na maternidade fez expressão do mamilo e disse que não tinha leite A enfermeira incentivou a fazer aleitamento misto Como o bebé chorava muito a enfermeira decidiu dar biberon Ainda na maternidade o RN passou a leite artificial porque a mãe não tinha leite			
“Isso está ruim!” E então eu dei-lhe o leitinho de lata. Ah, naquele dia levou o dia a beber o leite de lata. Chegou na quinta-feira quando eu lhe fui dar o peito, ela já não quis. Ela pôs-se assim (faz gesto de criança à procura), a procurar, depois fazia assim (gesto com a língua a empurrar o mamilo). (...) Eu disse “Olha, durante o	Quando saiu de casa deu leite artificial Depois do leite artificial o bebé já não quis mamar na mama Decisão de amamentar só à noite e de dia fazer leite artificial Amamentar de noite impede que se levante Não sabia a quantidade de	Experiência com leite artificial com o bebé actual	Influência da experiência com leite artificial	E2:L66-70; 77-80

dia eu dou-lhe o biberon e à noite eu dou-lhe o leite do peito, porque é mais aconselhável para não estar sempre a levantar de noite.” Mas ela já não quis o leite do peito. (...) Lá então o que é que eu fiz? Experimentei ainda dar na bomba, o leitinho. Depois eu nunca sabia a quantidade que ela queria e tirei um bocadinho, ela bebeu tudo, depois tive de tirar mais, depois já não quis.	leite que a criança bebia Dá leite materno por biberon			
(...) que eu tinha aquela coisa “Desta vez...” Quando foi para essa (aponta a outra filha que tem 7 anos) eu também dei no hospital e dei em casa e depois é que ela... foi, eu deixei de dar. Foi o meu problema. Mas eu fiquei sempre com aquela coisa “Desta vez eu vou pôr na cabeça que vou conseguir dar” porque ela também não conseguia beber no peito [a filha mais velha], depois no hospital deram uma borracha [mamilo artificial] e eu disse “Não, eu vou ter que dar leite do peito porque eu vou ter bastante.” E desta vez tinha.	Como não amamentou a filha mais velha queria amamentar esta Filha mais velha não conseguia mamar na mama Acreditou que aquando da segunda filha teria mais leite Desejo de amamentar enquanto pudesse Como não amamentou a filha mais velha queria amamentar a segunda	Experiência anterior negativa de amamentação	Influência do funcionamento do corpo	E2:L164-172; 294-297

como era porque eu quando ia às consultas ela perguntava em geral o que é que a gente come. (...) Eu dizia e ela disse que não percebia como era porque eu sou uma pessoa que bebe muito leite. (...) Ela dizia que também não sabia explicar a situação, porque é que eu não tinha leite.	que não estava a amamentar disse que não compreendia porque não tinha leite Durante a gravidez a enfermeira perguntava o que comia A enfermeira disse que não compreendia porque não tinha leite uma vez que bebia muito leite A enfermeira disse que não sabia explicar porque é que não tinha leite			163; 165-166
Depois eu “Ah, se não há problema...” Porque já a minha filha [mais velha] nos prematuros eu dava o peito mas eles lá davam o leite de lata (...)	A filha mais velha esteve no serviço de Neonatologia e bebia leite artificial. Se na Neonatologia a filha mais velha fazia alimentação mista então também o podia fazer agora	Experiência da filha mais velha com leite artificial sob prescrição	Influência da experiência com leite artificial	E2:L191-193
[enfermeira] perguntou-me mas semanas antes de eu ter bebé, se ía dar leite materno, penso que elas fazem esta pergunta para saber a decisão de dar ou não dar leite materno aos filhos. Porque elas só diziam que era bom, que era bom. Depois uma vez a sra. enfermeira [nome] disse-me	Enfermeira durante a vigilância perguntou se ía amamentar Enfermeiros querem conhecer a decisão das mães face ao A.M. Enfermeiras dizem que é bom amamentar Na vigilância da gravidez enfermeira orienta para beber	Informação sobre A.M. durante a vigilância	Influência da informação sobre AM	E1:L159-163 E2:L250-251

para eu beber, para eu ter muito leite tinha que beber muita água.	muita água para ter muito leite			
(...) lá no hospital um Placard que dizia as coisas que a gente tem que comer e não tem que comer. (...) diz lá que não se pode comer cebola, alho e as comidas que eu comia, tinha tudo. Até deram Hamburguers com cebola. E a rapariga que não estava a amamentar comeu peixe! (...)	Cartazes no hospital dizem o que a mãe deve e o que não deve comer Informação do hospital diz que não se pode comer cebola nem alho Inconsistência entre a informação escrita e a prática [alimentação da mãe] durante o internamento	Incoerência entre a informação e a prática	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E2:254-255; 258-261
Na gravidez vai sempre para o bebé. Só que menos. Pelo menos foi essa informação que ele me deu. E eu acreditei muito nisso! (...) [Além do médico, mais alguém falou-lhe nessa questão?] Não! [Teve oportunidade de ler, ...] Também não! (...) ele explicou-me o que o fumo faz na gravidez e o que faz no aleitamento.	Médico informou que na gravidez o fumo não vai tanto para o feto como vai para a criança na amamentação Apenas o médico lhe deu a informação que tem sobre tabagismo e amamentação O médico explicou a acção do tabaco no feto e no RN	Médico informa dos malefícios do tabaco para o bebé amamentado	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E3:L36-38; 83-87; 135-136
Eu sei dessas informações todas [alimentação da mãe que amamenta] que me foi dada no hospital, antes de sair. (...) A enfermeira foi muito simpática	Na maternidade informaram do que não podia comer A enfermeira na maternidade explicou-lhe o que podia e o que não podia fazer para	Orientação recebida na maternidade	Influência das relações com os profissionais de	E3:L99-100; 102-103; 173-174

e explicou-me isso tudo, o que eu podia e o que eu não podia fazer. (...) a enfermeira explicou que devido à anestesia retardava mais um bocadinho Acho que sim [foi dada informação na maternidade sobre o A.M.] (...) Elas diziam “Vais experimentar mais uma vez, a ver se o bebé quer. Experimentas de uma para a outra. Vais controlar pelo relógio, assim duas horas. Se ele chorar entretanto sempre é porque tem fome, que não estava cheio”. E depois quando elas vinham perguntavam se ele estava bom, se não estava.	amamentar Enfermeira explicou que, devido à anestesia, o leite levava mais tempo a aparecer Foi orientada na maternidade para o A.M. Na maternidade as enfermeiras incentivaram a amamentar Na maternidade as enfermeiras diziam para colocar a criança à mama de duas em duas horas Na maternidade as enfermeiras perguntavam se a criança estava a mamar bem		enfermagem	E9:L175; 180-184
[não expôs o seu problema na maternidade] Porque é assim, como eu estive lá quatro dias, sem conseguir fumar (...) Eu pensei que ia conseguir fumar, sei lá, dois cigarros por dia, em casa e que não o ia prejudicar, mas não foi o que aconteceu.	Pensou que como estava a conseguir não fumar no hospital conseguiria fazer o mesmo em casa Pensou que conseguiria fumar apenas cerca de 2 cigarros por dia Se reduzisse para cerca de 2 cigarros por dia não prejudicaria o bebé ao amamentá-lo	Não procurou informação na maternidade	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E3:L191-192; 197-199

[Depois do bebê nascer foi com ele ao centro de saúde...] Sim, fui fazer o pica pé. Não me falaram em nada. Não, as senhoras enfermeiras não perguntaram nada.	No centro de saúde aquando do diagnóstico precoce não falaram do A.M. No centro de saúde as enfermeiras não perguntaram nada sobre o A.M.	Aquando do diagnóstico precoce os enfermeiros não falaram de A.M.	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E7:L198-199 E10:L232
Perguntou e eu disse que tinha estado a amamentar mas que tinha desistido, que não contasse porque já era leite mesmo. (...) Perguntou porquê, expliquei-lhe porquê e ela disse “Ah, está bem!” No Centro de Saúde a reacção foi melhor que no hospital.	No centro de saúde a enfermeira perguntou se estava a amamentar No centro de saúde comunicou peremptoriamente que desistira de amamentar No centro de saúde a enfermeira reagiu melhor à sua decisão do que no hospital	Comunicação com a enfermeira sobre A.M. aquando do diagnóstico precoce	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E8:L280-281; 283-285
Não me disse nada! [Pediatra] (...) Perguntou se eu estava a amamentar ou a dar leite de lata, eu disse qual era o nome do leite, entretanto mudei de leite devido às cólicas. Não me disse nada!	Pediatra não disse nada por não estar a amamentar Comunicou ao pediatra que não amamentava	Falta de informação por parte pediatra	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E3:L226;228-230
[Viu amamentar] Uma ou duas amigas, em salas de espera e até num café (...) Nunca achei muita graça...	Viu outras mães amamentarem Viu várias pessoas amamentarem, amigas e desconhecidas	Ver mãe amamentar em público	Influência das relações com o meio circundante	E11:L23; 25

	Não apreciava ver uma mãe a amamentar			
“Porque é que eu não sou assim?” “Porque é que eu não consegui dar também tal e qual?” [E que resposta é que encontra para isso?] Não sei! (...) Pronto, tive falta de leite Não sei [porque não teve leite], nunca ninguém me explicava porquê.	Quando viu outras mães amamentarem questionou-se porque não teria sido capaz de o fazer também Não sabe porque não conseguiu amamentar Não teve leite Não sabe porque não teve leite Nunca ninguém lhe explicou porque não teve leite	Desconhecimento da causa do insucesso na amamentação	Influência da informação sobre AM	E7:L39-42; 44 E9:L44
Eh, pois a Sr. ^a Enfermeira [no centro de saúde] que já não era a enfermeira da gravidez, era a outra, ela disse “Eh, mulher! Não está dando peito, que isso era o melhor para o teu filho” (...)	Enfermeira do centro de saúde mostra desacordo por não estar a amamentar	Enfermeira discorda que não amamente	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E4:L166-168
[em S. Maria as mães costumam amamentar?] Raramente. (...) Só mesmo alguma lá por outra que se ouve falar que dá leite	Na sua ilha de origem as mães raramente amamentam	Na ilha onde cresceu raramente se amamenta	Influência das relações com o meio circundante	E5:L131-133; 135
Não me lembro! Não me lembro! [se na infância e adolescência ouviu falar de A.M.] (...) Não, nunca ouvi falar	Na infância e na adolescência nunca ouviu falar no leite materno	Na infância e na adolescência nunca ouviu falar no A.M.	Influência das relações com o meio circundante	E5:L142-144; 146

E a minha mãe também me devia ter orientado na altura. Podia-me dizer “Olha filha, eu não dei, mas se tiveres, aproveita porque é o melhor que a gente temos para dar aos nossos filhos”. (...) nunca tive orientação da minha mãe a dizer, “Um dia que sejas mãe tens que dar de mamar”, nunca tive essa orientação, nunca tive essa informação e, pronto(...) Nunca me disse nada! (...) Não, não, não, não! Nunca me deu conselhos nenhum, que sim nem que não. E depois não vale a pena, a minha mãe disse que não vale a pena estarmos a insistir também era uma frustração para mim!	A mãe devia ter incentivado a amamentar, mesmo que não o tenha feito Nunca teve orientação da mãe para amamentar A mãe nunca lhe disse nada sobre o A.M. A mãe disse que não valia a pena insistir porque era uma frustração	Falta de incentivo à amamentação por parte da mãe	Influência das relações familiares	E5:L171-174; 256-258; 260; 262-263 E6:L113-114
Que eu sinto uma diferença da minha primeira filha que o meu leite era muito mais forte do que da segunda. Da primeira o leite era mesmo forte, era pastoso, via-se a gordura. Já da segunda era mais líquido. E é simples, eu comia menos de uma do que comi da outra. A outra eu	Na segunda filha o leite era diferente da primeira Alimentou-se melhor da primeira filha e o leite era mais forte Como comeu menos da segunda filha o leite era mais fraco A alimentação da mãe é	Experiência pessoal sobre alimentação da grávida/quantidade e qualidade do leite	Influência do funcionamento do corpo	E5:L315-322; 324-329

praticamente comia de tudo o que me vinha e já da outra mais nova eu não tinha o mesmo apetite. Mas aí está, a diferença do leite também conta porque a alimentação é importante. (...) Notei. A alimentação foi diferente e o leite da outra já era com menos quantidade e era mais fraco e era mais um tipo aguinha. Cor de leite mas mais aguado. Em contrapartida, da outra eu comia muito mais e o leite era muito mais forte. Tanto que tinha um peito, que eu digo, praticamente doía que estava duríssimo. Era mesmo demais, demais.	importante para a qualidade do leite Com alimentação diferente [tinha menos apetite] o leite era mais aguado, mais fraco Na gravidez em que comeu mais o leite era mais forte			
Não! Nunca vi, directamente [mulher a amamentar] Vi a que estava ao meu lado, entrou no dia a seguir e deu peito.	Excepto na maternidade nunca viu ninguém amamentar A companheira de quarto na maternidade amamentou Viu a companheira de quarto amamentar	Nunca vira uma mulher amamentar	Influência das relações com o meio circundante	E6:L30; 33-34
Ele falou-me nisso. Lembro-me perfeitamente disso, eu estava de um mês e meio, dois meses, ele inclusive mostrou um livro ilustrado sobre a gestação, a	Obstetra mostrou livro com informação que incluía A.M. Obstetra falou do A.M. durante a gravidez	Informação sobre A.M. durante vigilância com médico obstetra	Influência das relações com outros	E6:L91-97

formação do bebê, depois o parto, o aleitamento e depois que à medida que se estava a aproximar do parto, a rapariga não queria nascer, estava custoso, ele falava do peito depois, portanto tive um acompanhamento de tudo isso que foi excelente. [e o médico na gravidez falou no aleitamento materno?] Falou! (...) Pronto, isso eu sempre fui sempre tendo porque o médico dizia-me sempre que é importante o leite materno. Isso eu ficava sempre esclarecida. (...) Porque eu fui sempre tendo as minhas consultas de rotina, o médico dizia-me sempre desde o início da gravidez. (...) fui sempre orientada, foi sempre o mesmo médico. Foi sempre da mesma maneira.	Durante a gravidez o obstetra falou do A.M. O obstetra durante a vigilância falou sempre da importância do A.M. O médico desde o início da gravidez explicou as vantagens do A.M. Foi sempre orientada para o A.M. durante a vigilância da gravidez		profissionais de saúde	E7:L146-148; 184-186; 190-191; 196-197
Quase duas semanas depois apareceu-me leite (...) E tentei aquelas borrachas para pôr no peito, tirou, não pegou.	Quando RN tinha 2 semanas apareceu leite Tentou amamentar com mamilo artificial quando apareceu leite mas a criança não pegou	Aparecimento tardio de leite	Influência do funcionamento do corpo	E6:L103; 108-109
[E as amigas?] Olhe! “Mais	Amigas referiram que era	Resignação das amigas	Influência das	E6:L121-122

uma que não conseguiu”, “Olha, paciência!”. [Amigas] Perguntaram e eu dizia. E elas diziam “realmente da maneira que tu estás!” Sempre, sempre! “Estás a dar de mamar?” e é a primeira pergunta [das amigas]. (...) “Ah! Porquê?” (...) O porquê, depois a explicação é dada, “Oh! Paciência!”, “Paciência!” (risos)	mais uma que não conseguiu As amigas perguntaram se amamentava As amigas reconheciam que o seu estado dificultava a amamentação As amigas perguntaram se estava a amamentar As amigas perguntaram porque não amamentava As amigas aceitaram a sua decisão		relações de amizade	E7:L129-130 E8:L182-183; 185; 187-188
Eu conheço casos de pessoas que já na gravidez tiveram leite. Eu nunca fui assim. Por exemplo a minha cunhada teve recente agora e ela aos oito meses já tinha leite e eu nunca tive isso. Nunca tive assim correntes de leite nem nada (...) a minha irmã mais velha é que teve os filhos primeiro. Ela tinha muito leite e ela tinha alturas em que o bebé estava dormindo e não bebia, os peitos pingavam para a blusa e eu não. Isso nunca me aconteceu; eu nunca sujei a roupa com leite.	Conhece pessoas que já na gravidez tinham leite mas nunca foi assim Comparação com outras mulheres que têm leite durante a gravidez e nunca teve A irmã mais velha teve muito leite e até pingava na roupa Nunca sujou a roupa de leite Notou a diferença de a irmã sujar a roupa com leite e ela nunca o fez Como não molhava a roupa	Comparação com outras mulheres	Influência das relações com o meio circundante	E7:L116-118 E9:L138-141; 143-145

(...) E isso eu notava a diferença. Eu dizia “mas a minha irmã sujava e eu nunca sujei”. É porque realmente eu não devia ter leite! Eu pensava muito nisso!	como a irmã é porque não tinha leite			
[Já lhe tinham falado nisso? (colostro)] Não! (...) Depois no exame físico feito pelas alunas é que soube. Porque era aquela “porcaria”, era o colostro. E eu sem saber o que era! (risos).	Nunca lhe haviam falado do colostro As estudantes de enfermagem é que lhe explicaram o que era o colostro	Falta de informação sobre colostro	Influência da informação sobre AM	E8:L267-268; 271-273
Também na altura as minhas vizinhas disseram se a gente bebesse chá com leite dava leite que aí é que fazia a grávida ter bastante leite. (...) isso já foi depois do meu filho ter nascido	As vizinhas disseram que beber chá com leite durante a gravidez produz leite	Vizinhas aconselham medidas para ter leite	Influência das relações com pessoas conhecidas	E9:L232-234; 236
O médico é que me disse “Maria, mas tem que lhe dar porque isso evita certas doenças; isso é bom para o bebé.” Eu disse “Sr. Dr. não estou dizendo ao contrário, só que eu não quero dar. Porque eu sinto-me mais, eu vejo no biberon aquilo que o bebé bebe.” Eu preparava o biberon e via se ele queria mais enquanto o peito eu não sabia.	O pediatra explicou que o leite materno evita doenças ao RN Reconheceu que o leite materno era bom mas manteve a sua decisão de não amamentar Disse ao médico que sentia mais segurança com o leite artificial por saber o que o bebé mamava	Pediatra orienta para o A.M.	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E10:L140-145

Ele disse que era uma estupidez eu não estar a amamentar mas dado que eu não queria que não me podia obrigar, que eu partia para aquele leite tal e depois ia-se vendo conforme fosse indo. Mas não se opôs, não.	O pediatra ao verificar opção de não amamentar prescreveu leite artificial O pediatra aceitou a sua decisão	Pediatra aceitou a decisão da mãe	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E10:L224-227
Ele [obstetra] perguntou-me a uma determinada altura se eu ia amamentar e eu disse que não, que não o pensava fazer, de todo. (...) Não disse nada, aceitou, sempre tivemos uma boa relação, é meu médico há muitos anos e respeitou perfeitamente a minha opção porque sabe que eu não tomo decisões de ânimo leve	Gravidez seguida no obstetra Obstetra perguntou se ia amamentar Comunicou ao médico que não queria amamentar O médico aceitou a sua decisão de não amamentar O médico é amigo e conhece bem sabendo que não toma decisões que não sejam ponderadas	Médico obstetra aceitou a decisão da mãe	Influência das relações com outros profissionais de saúde	E11:L46-47; 49-51
[Adquiriu conhecimentos sobre A.M.] Em tantos lugares! ivros, revistas, Internet, tenho uma prima que é médica e uma amiga que é enfermeira. Muitos lugares	Adquiriu conhecimentos sobre A.M. na imprensa, nos meios de comunicação social, com familiar e com profissionais de saúde	Múltiplas fontes de informação sobre A.M.	Influência da informação sobre AM	E11:L149-150
Portanto quem passou a noite comigo em claro, até a senhora foi impecável e levou o bebé consigo e disse para eu descansar porque eu tinha saído de uma cesariana (...) Ela disse	A enfermeira do turno da noite levou o bebé para que a mãe descansasse Nunca conseguiu dormir porque o filho chorava e foi para junto da enfermeira	Enfermeira não proporciona coabitação conjunta mãe/RN	Influência das relações com os profissionais de enfermagem	E8:L112-118

“ Eu vou ficar com o bebê e a mãe descansa”. (...) Só que claro com aqueles gritos ninguém consegue dormir. Levantei-me e estive sempre com a enfermeira.				

