

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



MESTRADO EM PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE

VIVÊNCIAS DOS CASAIS PRIMIPAROS NO ALEITAMENTO MATERNO

Tânia Isabel Caridade Pessoa

15011

2009

Dissertação de Mestrado realizado sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de psicologia Aplicada, ISPA, para obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº 216/92 de 13 de Outubro

## Resumo

A sociedade tende a atribuir às mulheres a maior responsabilidade pela gravidez e desenvolvimento de filhos saudáveis, o que por norma inclui a prática do aleitamento materno. Apesar da actual necessidade de envolvimento do homem em todo este processo, ainda pouco se sabe como homens e mulheres tomam decisões e vivenciam o aleitamento materno, no contexto da assimetria social de géneros. Esta investigação teve como objectivo conhecer as vivências de casais com o aleitamento materno do primeiro filho, a sua perspectiva acerca da maternidade e da paternidade e analisar as relações de género aqui envolvidas. Desenvolveu-se um estudo exploratório, transversal e qualitativo, com amostragem não probabilística, de conveniência em bola de neve. Os participantes foram 12 indivíduos, 6 casais os quais foram entrevistados através de entrevistas individuais, com roteiros semi-estruturados específicos para mulheres e homens. O material assim recolhido foi posteriormente analisado recorrendo à técnica de análise de conteúdo. As principais conclusões foram que os homens tendem a perceber-se como coadjuvantes na amamentação, conforme estabelecido no âmbito das relações sociais de género, as quais implicam a sua exclusão desse processo, a partir de uma lógica de poder que também determina a distribuição desigual de responsabilidades e direitos a homens e mulheres. A mudança dessa situação requer investimento na socialização de género desde a infância.

**Palavras-Chave:** Vivências dos Casais; Aleitamento materno; Diferenças de Géneros;

## Abstract

Traditionally, societies attribute the major responsibility of pregnancy and raising of healthy children, including breastfeeding, to women. However during the last years the need to also focus on men as actors in the whole reproductive process has been emphasized, still little is known on the decision-making process, and how men and women experience breastfeeding in the context of social gender relations. It was objective of this study describe the experiences, feelings and perceptions of couples on breastfeeding of their first-child, their perspectives about motherhood and fatherhood, and to analyze the gender relations involved in these processes. An explorative, transversal and qualitative study was carried out and purposeful sampling conducted according to predetermined criteria were selected through the "snowball". Individual interviews were carried to 12 persons, 6 couples. Specific, semi-structured guidelines were used to interview women and men. The interviews were analyzed with qualitative technique. The most important conclusions were that men are inclined to perceive themselves as coadjuvants in the breastfeeding. This perspective is determined in the context of social gender relations, which give raise their exclusion of this process since a logical power that also determines an unequal distribution of men and women responsibilities and rights. In order to change this situation, an instrument in gender socialization is required since childhood.

**Key-words:** Couples experience; Breast-feeding; Gender Differences;



ÍNDICE	PÁG.
INTRODUÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
ALEITAMENTO MATERNO	10
Perspectiva Histórica	11
Factores que promovem o sucesso	16
PREPARAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO	19
A EXPERIÊNCIA COM O ALEITAMENTO MATERNO	25
MATERNIDADE E PATERNIDADE	29
OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	37
TIPO DE ESTUDO	37
PARTICIPANTES	39
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	40
MATERIAL	41
PRÉ-TESTE	42

PROCEDIMENTOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS	43
TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	49
CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	97
ANEXO I – Guião da Entrevista	98
ANEXO II – Matriz de análise: unidades de registo ilustrativas	105

ÍNDICE DE QUADROS	PÁG.
<b>QUADRO N.º1</b> - Caracterização dos casais	44
<b>QUADRO N.º2</b> - Grelha de análise	50
<b>QUADRO N.º3</b> - Categorias e subcategorias decorrentes do tema “PREPARAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO”	54
<b>QUADRO N.º4</b> - Síntese da análise do Tema “PREPARAÇÃO PARA O ALEITAMENTO MATERNO”	58
<b>QUADRO N.º5</b> - Categorias e subcategorias decorrentes do tema “A EXPERIÊNCIA COM O ALEITAMENTO MATERNO”	59
<b>QUADRO N.º6</b> - Síntese da análise do Tema “A EXPERIÊNCIA COM O ALEITAMENTO MATERNO”	70
<b>QUADRO N.º7</b> - Categorias e subcategorias decorrentes do tema “MATERNIDADE E PATERNIDADE”	72
<b>QUADRO N.º8</b> - Síntese da análise do Tema “MATERNIDADE E PATERNIDADE”	87

## INTRODUÇÃO

A Psicologia enquanto Ciência e profissão possui uma diversidade de áreas de actuação e investigação, sendo que o nosso interesse nesta investigação recaiu sobre conhecer as vivências de casais com o aleitamento materno do primeiro filho e analisar as relações de género aqui envolvidas. Este tema foi escolhido entre a panóplia de assuntos, leccionados ao longo do Mestrado de Psicologia da Gravidez e Parentalidade. Uma das razões que se impuseram à escolha desta temática, foi o facto de ser uma área em que ainda pouco se sabe como ocorrem as decisões e como homens e mulheres vivenciam o aleitamento materno no contexto das relações de género. A invenção da maternidade, segundo Shorter (1995), deu-se com a modernização. Nesta nova forma de olhar a criança no seio familiar, o primeiro apelo às mães foi que amamentassem. A matéria da amamentação do bebé tem sido alvo de inúmeras campanhas por parte dos técnicos de saúde, muitas delas, ainda hoje culpabilizadoras para as mães que, por diferentes motivos, não amamentam. As orientações de saúde materna e infantil empurram as mulheres para «formas de fazer», massificadas, logo pouco flexíveis, sem ter em conta as particularidades de cada uma. Focamos este aspecto porque acreditamos que a menor participação masculina ainda está associada ao facto de o bebé ainda estar a ser ou ter sido amamentado, e portanto, a ligação à mãe é/era maior, como se o exercício da parentalidade se resumisse ao acto de amamentar. A análise sobre o modo como as relações de género intervêm na prática parental durante o Aleitamento despertou o nosso interesse pois seria uma oportunidade de reflectir sobre a visão, modo de pensar, ser e estar em relação a estas questões, atendendo a que a forma como se encara e vivência o Aleitamento Materno pode influenciar o agir do outro.

Neste sentido, definiu-se como questão de investigação: Como é que as relações de género influenciam as vivências do casal primíparo durante o aleitamento materno?

Este estudo teve como finalidade dar contributos aos profissionais que desenvolvem o seu trabalho na área da gravidez e parentalidade, para que, o conhecimento da influência que as

relações de género têm no processo de aleitamento materno, possa ser levado para a prática.

Como objectivos definiram-se:

- Dar a conhecer as vivências dos casais durante o aleitamento materno do primeiro filho e analisar as relações de género envolvidas neste processo;
- Identificar as expectativas do casal em relação ao aleitamento materno;
- Analisar a perspectiva das mulheres e homens quanto ao aleitamento materno;
- Descrever o papel do pai no aleitamento materno;
- Caracterizar as relações de género patentes nas vivências do aleitamento materno;

Este trabalho está dividido em quatro Capítulos. O primeiro engloba: a fase conceptual, onde é explicitado a temática a abordar, a questão de partida e os objectivos do estudo, bem como o enquadramento teórico. No segundo Capítulo: onde é explicitado a temática a abordar; a questão de partida e os objectivos do estudo, bem como a fase metodológica, onde é justificado o tipo de estudo, a selecção dos participantes, os instrumentos de colheita de dados e o plano de análise da informação. No terceiro capítulo consta a análise e discussão dos dados. Seguidamente surgem as conclusões e sugestões do trabalho (quarto capítulo), referências bibliográficas e anexos.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### O Aleitamento Materno

Existe uma vasta evidência científica que comprova que a amamentação não é instintiva, estando o seu sucesso ou insucesso fortemente condicionado por factores comportamentais e sociais. Nas sociedades actuais, a falta de apoio da família alargada e de experiências anteriores positivas, justificam a necessidade de ensinar e apoiar a mãe a amamentar. Esta formação deverá ser realizada em todos os níveis de ensino e intensificar-se durante a gravidez, ante e pós parto, alta clínica e durante a amamentação. A OMS/UNICEF aconselham os profissionais de saúde a dar especial atenção ao período subsequente à alta clínica da díade até à lactação estar bem estabelecida.

O AM (aleitamento materno) é multidisciplinar, interessa às ciências da Saúde, às ciências sociais, às ciências humanas, às ciências políticas, às económicas, e pela sua abrangência interessa a todos, à mãe, criança, pai, família, comunidade, empregados e patrões e aos governantes. Melhor dizendo, uma responsabilidade de todos, pois o AM não deve ser considerado um problema, mas um processo biológico, cultural e psicossocial, que nesta perspectiva abrangente, pela quantidade de benefícios que proporciona, deve continuar cada vez mais a ser promovido e apoiado por todos (Pereira, 2006).

A amamentação não é uma prática nova, a mulher sempre amamentou ao longo da História da Humanidade. A prová-lo está a sobrevivência da nossa espécie. O que tem variado por múltiplas razões são as taxas de incidência e prevalência desta prática.

Nas últimas décadas o AM tem sido motivo de interesse para muitos investigadores em várias áreas científicas, conduzindo ao aumento de conhecimentos relativos às características, composição e vantagens do leite humano e da amamentação. O tipo de abordagem sobre esta temática tem vindo a modificar-se, deixando a ênfase de estar

centrada apenas nas vantagens para a criança, passando a valorizar-se também, as vantagens para a saúde da mãe, para a família, sociedade e meio ambiente (Pereira, 2006).

### Perspectiva Histórica

Pertencemos à Classe *Mammalia*, e a nossa principal característica é a total dependência alimentar que os recém-nascidos têm das suas mães, onde o aleitamento é sinónimo de sobrevivência, sendo portanto, um direito inato.

A prática do aleitamento é uma preocupação que remonta a séculos antes de Cristo e tem sofrido variações no decorrer dos tempos, por ser um acto social. Todas as gerações procuraram alternativas para alimentar o bebé que não fosse através do AM. Conclui-se que, a prática da amamentação, longe de significar um acto instintivo, natural, representa um hábito preso aos determinantes sociais e às manifestações da cultura.

Descrições detalhadas sobre a prática do desmame, significando amamentar a criança de outra mulher, sempre na forma de aluguer (amas de leite) são descritas no código de Hamurabi, datado de cerca de 1800 a.C. A Bíblia também é rica em histórias sobre o aleitamento, onde o AM é comparado à palavra de Deus entendida como o leite genuíno: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o leite genuíno, não falsificado, para que por eles vades crescendo” (I Pedro 2;2)

Em Esparta, as mulheres amamentavam sempre os seus filhos e mesmo a esposa do rei amamentava o seu filho mais velho. Plutarco (romano filósofo e moralista) relata que o segundo filho do rei Themistes foi preterido pelo seu irmão mais velho, somente porque ele não tinha sido alimentado pela sua mãe e sim por uma estranha.

Hipócrates fez referência ao AM declarando que “somente o leite da própria mãe é benéfico, (sendo) o de outras mulheres perigoso”. Publicações europeias do final do período medieval e início da era moderna também exaltam a importância do aleitamento materno para a infância.

Verifica-se no séc. XII, uma atitude de indiferença para com a criança, pois não existem registos de nascimentos e mortes. As crianças eram representadas por homens de tamanho reduzido, e as diferenças entre elas e os adultos era apenas o tamanho e a força. Essa concepção permaneceu até ao séc. XIII, quando as crianças passaram a ser reconhecidas pelas suas proximidades com os anjos e o Menino Jesus cujas formas se aproximavam da morfologia infantil.

Em 1458 escreveu-se sobre o uso medicinal e terapêutico do LM para adultos debilitados. Era recomendado o leite de burra como o melhor substituto do leite humano.

Em 1472 foi impresso o primeiro manual pediátrico, que descreve as características de uma boa nutriz (a mulher que amamenta) e dá conselhos sobre diarreia e vômitos.

Entre 1500 e 1700 as mulheres inglesas não amamentavam os seus filhos, embora o aleitamento materno fosse reconhecido como controlador de nova gravidez, pois acreditavam que a amamentação as tornava velhas antes do tempo. As amas-de-leite foram substituídas pelas papas de cereais ou massas oferecidas em colher e a taxa de mortalidade nos orfanatos chegou a quase 100%. Na França 5% das crianças eram amamentadas pela mãe, as outras por amas-de-leite. A taxa de mortalidade infantil era de 25%.

A relação sexual durante o período de amamentação, que deveria ser de 18 a 24 meses, era proibida. Entendiam que isso tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de uma nova gravidez. O conhecimento médico vigente também acreditava que o colostro era prejudicial para a criança e que por isso não deveria ser oferecido à mesma. A alimentação das crianças era à base de leite de animais e de um alimento chamado panado, feito à base de pão (farinha) e água.

Na Constituição Francesa, em 1705, existia um dispositivo que visava a protecção de crianças nascidas de famílias ditas indigentes: as amas-de-leite não poderiam amamentar mais do que duas crianças além da própria e, cada criança deveria ter um berço, para não ficarem na mesma cama que a ama e morressem sufocadas.

O facto de o ser humano actualmente dormir em camas separadas pode contribuir para o desmame precoce. Nas sociedades caçadoras tradicionais, o bebé dormia ao lado da mãe, no chão, e a criança mamava sempre que tinha fome e não era prejudicada durante a noite. Nos séculos XVI e XVII, o aleitamento materno entre os índios Tipinambás, que habitavam diferentes pontos do litoral brasileiro, não tinham sofrido influência europeia. Os filhos dos indígenas eram amamentados durante um ano e meio, e a mãe trazia sempre o seu bebé atado ao seu corpo durante 24h. Nutriam e defendiam os seus filhos de todos os perigos. Se soubessem que o seu bebé tinha mamado noutra mulher, não descansavam enquanto a criança não vomitasse o leite estranho. Com a chegada dos europeus a terras brasileiras, muitos dos hábitos indígenas sofreram transformações, nomeadamente pela transmissão de doenças, contaminando os indígenas, produzindo um elevado número de órfãos.

Sabe-se que no séc. XVI, através dos diários de chefes de família da grande burguesia parlamentar, as mães amamentavam os seus filhos e somente no final deste século até ao início do séc. XVII, a moda de enviar os filhos para casa de uma ama conquistou as famílias de maneira irreversível.

Por razões que se desconhecem, no final do século VII, os homens mais ricos da Inglaterra decidiram experimentar a alimentação dos bebés com substitutos do AM, influenciados pelo

químico belga Johann Van Helmont que condenava o uso do leite materno na alimentação dos bebés. A esta personalidade juntaram-se os chamados médicos contemporâneos que condenavam as amas-de-leite por serem responsáveis por todas as doenças que as crianças desenvolviam (Féron e tal, 2003).

Nos finais do séc.XVII, a idade média de desmame entre a população instruída da Grã-Bretanha era de sete meses e os médicos recomendavam o início de uma alimentação mista entre os dois e os quatro meses de idade. O AM em associação com substitutos do AM era comum no Norte da América que já possuía um comércio de biberões no século XVII e XVIII (Féron e tal, 2003).

No séc. XVIII, estende-se por todas as camadas da sociedade urbana, o hábito de enviar as crianças para casa de amas. Um médico inglês, Willian Cadogan publicou um panfleto denominado “Ensaio sobre a amamentação e o manejo de crianças do nascimento até aos 3 anos”, que foi traduzido e reimpresso na Inglaterra, França e América. Nesse panfleto, o médico fixou horários, quatro mamadas, com intervalos regulares durante 24 horas, e proibiu mamadas nocturnas, contribuindo para que esses horários fossem adoptados como regras até os dias de hoje.

Muitas amas, com medo de transmitir as suas doenças para as crianças, começaram a alimentá-las com leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores do biberão), porque se acreditava que ao sugar o leite, sugava-se também o carácter e as paixões de quem os amamentava. Verificou-se que 7 em cada 10 crianças alimentadas desta forma morriam no primeiro ano de vida, pois além da oferta do leite ser num recipiente não estéril, as mulheres desconheciam a quantidade de água que deveria ser misturada com o leite, sem considerar o risco de contaminação dessa água.

Os profissionais, responsáveis pela assistência, referiam a utilização de práticas modernas para alimentar as crianças, como a utilização de mamadeiras de vidro e pequenos bules que tinham um bico de borracha adaptado á ponta de saída. Muitos médicos, atribuíam as doenças comuns das crianças aos contactos dos instrumentos utilizados com os miasmas atmosféricos.

No Brasil, entre o séc. XVII e XVIII, 20 a 30% das crianças morriam antes de completar um ano de vida. As mulheres anunciavam a morte das crianças em festas, pois aceitavam a morte como a crença da transformação de crianças em anjos. Interessante referir que a morte das crianças estava relacionada com a miséria e o aumento do número de crianças mortas na Roda (cilindro que unia a rua ao interior da Casa de Misericórdia, que estava aberto 24 h por dia, onde se podia colocar uma criança sem ninguém perceber).

Segundo Ferreira, 2000, no séc. XVIII, o recém-nascido (RN) era submetido a jejum entre dois a seis dias, pois a criança só podia ser alimentada após a eliminação do mecónio. O

colostro, acreditavam, que era responsável por uma doença no recém-nascido, a colostração, só devendo ser ingerido após a expulsão total do mecónio.

Por sua vez na antiga Roma, os médicos romanos Sorano e Galeno escreveram o que foi a norma Ocidental dos cuidados aos bebés até ao séc. XVIII. Segundo eles o desmame do AM não deveria de acontecer antes dos três anos de idade ou até que a criança tivesse todos os dentes. Também na Europa medieval as mulheres deixavam de amamentar entre o primeiro e o terceiro ano de vida da criança (Féron et al., 2003).

Ao longo do séc. XIX, a idade recomendada para o desmame do peito materno era aos nove meses. A maioria das mulheres amamentava adequadamente os seus filhos (cerca de 90%), iniciando-se após a 1ª Guerra Mundial (anos catorze a dezoito do séc. XX) uma progressiva diminuição, verificando-se principalmente, nos sectores sociais mais elevados estendendo-se, mais tarde nas classes de menores recursos. A incorporação da mulher na actividade laboral aquando da revolução industrial contribuiu ainda mais para o abandono da prática de amamentar (Galvão, 2006).

No séc. XIX, com a implementação das faculdades e academias de medicina, surgiram vários projectos destinados a combater as altas taxas de mortalidade infantil, uma criança em cada cinco morria antes dos cinco anos.

Em 1838, na Alemanha, valorizou-se o leite de vaca por ser mais rico em proteínas. Em 1856, descobriu-se o método de produzir leite condensado, um leite que poderia ser conservado e estéril. No entanto, em 1872 verificaram que o leite condensado apresentava uma baixo teor de gordura e não promovia o desenvolvimento da criança. Neste mesmo ano, inicia-se a orientação alimentar por intermédio de formulações individuais. Em 1883, desenvolveu-se a evaporação do leite de cabra e o estudo da composição do leite humano. Henri Nestlé criou um produto apregoado como perfeito (leite em pó), combinando açúcar com farinha de trigo e leite de vaca, utilizando as mães para fazerem a propaganda.

Nos anos quarenta do século XX a alimentação dos bebés tornou-se ainda mais “científica”, uma vez que a classe médica menosprezava a amamentação, considerando-a como uma prática inferior. As tetinas e o biberão substituíam o seio humano, as refeições tinham hora marcada, mesmo que o bebé manifestasse necessidade de ser alimentado antes de passarem as quatro horas (Northrup, 1999). “...O esquema alimentar das quatro horas foi aceite na cultura e, passado algum tempo, passou simplesmente a prática normal. As necessidades da criança individual foram sacrificadas no altar da eficiência e da ciência.” (Northrup, 1999, p. 429).

As multinacionais, através de várias estratégias de propaganda e divulgação dos seus leites, contribuíram para a criação de hábitos e necessidades, culminando com o acolhimento pela população e a indicação pelos profissionais de saúde dos seus produtos. Utilizaram pessoas

vestidas de enfermeiras como instrumentos de marketing, distribuindo inúmeros panfletos de orientações de amostras grátis do leite em pó em maternidades e domicílios. Pouca ou nenhuma recomendação era passada para as mães alertando-as que os produtos não deveriam ser preparados com água contaminada. As propagandas descreviam os produtos como cientificamente preparados, entretanto as avaliações nunca comprovavam esta afirmação.

Nos anos cinquenta devido à 2ª Guerra Mundial, à massificação do trabalho feminino, aos movimentos feministas defensores de uma maior independência e igualdade das mulheres, a perda da família tradicional alargada, a indiferença ou a ignorância dos profissionais de saúde e a imensa publicidade das indústrias produtoras de leite artificial tiveram como consequência uma queda abrupta da incidência e prevalência do AM, situação esta que se verificou com mais agravamento nos anos setenta (Férron e tal, 2003; Levy & Bértolo, 2002).

Este facto abrangeu os países em desenvolvimento, em que se constatou que foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente recusaram amamentar os seus filhos, sendo rapidamente imitadas pelas mulheres com menor nível de escolaridade, resultando num aumento da taxa de mortalidade infantil de modo preocupante (Levy & Bértolo, 2002).

O AM deixou de ser visto como um fenómeno tradicional, em que as mulheres deixaram de estar em contacto directo com a experiência de amamentar e foram, gradualmente, afastando-se desta prática, entendendo-a como uma experiência estranha, desconhecida e pouco comum (Hoyer & Horvart, 2000).

Com todas estas descobertas, orientadas pelos interesses da indústria de alimentos, os profissionais de saúde consideravam estar a proporcionar uma melhor nutrição para as crianças, observando-se desta forma, um recuo na prática do AM.

Em meados da década de cinquenta, foi formada a “*La Leche Liga Internacional*”, em resposta a culturas que não apoiavam nem suportavam o AM.

Em 1974, um jornalista inglês, Mike Muller, publica um artigo com o título *The baby killer*, associando o uso de leite artificial ao aumento da mortalidade infantil nos países pobres. Esta publicação, de certa forma, colaborou para o início de um movimento mundial contra a propaganda indiscriminada dos leites em pó.

Verificou-se na Europa, em 1980, a mais baixa prevalência de alimentação materna em relação ao mundo. Para dar resposta a esta problemática, foi aprovado em 1981 o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, com o objectivo de criar um código para controlar as práticas inadequadas de comercialização de alimentos infantis.

Com o objectivo de contribuir para o sucesso do aleitamento materno, a OMS juntamente com a UNICEF, criaram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que tem como objectivo específico a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e dos Centros de Saúde.

A partir dos anos setenta do século XX, deu-se um retorno gradual à prática do AM, sobretudo nas mulheres mais informadas e com maior escolaridade. Contudo, a sua prevalência mantém números baixos na actualidade (Levy & Bértolo, 2002).

Apesar do reconhecimento mundial da superioridade do AM, esta prática tem sido, progressivamente, substituída pelo leite artificial, na maior parte do mundo (Mata, 1983). Esta situação tem levado, nas últimas décadas, a uma preocupação crescente em determinar as causas e a delinear estratégias que contrariem esta problemática (Galvão, 2006).

Em 1990 foi lançada a primeira iniciativa, a declaração de INNOCENTI, elaborada e aprovada em reunião conjunta pela OMS e UNICEF que planificaram políticas sobre “Aleitamento materno na década de 90: uma iniciativa a nível mundial”, sendo aprovada na 45.<sup>a</sup> Assembleia da Saúde Mundial. Esta declaração sobre a protecção, promoção e apoio do aleitamento materno, fomenta a amamentação exclusiva desde o nascimento até 4 a 6 meses, e à manutenção da mesma com alimentos complementares até aos 2 anos de vida ou mais e seguem os seguintes princípios: Reforçar a cultura da amamentação; Aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar; Eliminar os obstáculos ao aleitamento materno no sistema de saúde, no local de trabalho e na comunidade. Para além desta planificação de políticas de protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno foram também criados os Hospitais Amigos dos Bebés que também contribuem, fortemente para a promoção do aleitamento materno (Pereira, 2006).

#### Factores que Promovem o Sucesso

Os profissionais de saúde podem contribuir para o sucesso da amamentação, ao enfatizarem os benefícios da mesma, quer para as mães, famílias, entidades empregadoras e a sociedade em geral.

Na literatura são referidos vários factores que interferem no sucesso do AM depois do parto: o contacto precoce entre a díade, a relação mãe-filho, a precocidade da primeira mamada, o alojamento conjunto, o apoio dos familiares e amigos, sobretudo do pai, a visita domiciliária após a alta hospitalar. Estes factores estão preconizados pela “**Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés**”. Tal como já foi referido, com o objectivo de contribuir para o

sucesso do aleitamento materno, a OMS juntamente com a UNICEF, criaram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que tem como objectivo específico a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e dos Centros de Saúde.

**Ter uma política de promoção do Aleitamento Materno, escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.** Esta norma deve ser colocada em locais visíveis, onde estejam presentes os dez passos, para que possam estar acessíveis quer aos profissionais de saúde, quer aos utentes. Pode incluir objectivos e metas a atingir, dados nacionais e/ou internacionais sobre o AM, código de ética para a comercialização de substitutos do leite materno, quais as acções a desenvolver para cada passo e informação técnica e bibliográfica.

**Dar formação a toda a equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.** Todos os profissionais de saúde que prestam cuidados directos às mães e bebés devem ter formação específica em aleitamento materno. Os profissionais devem ter conhecimento do aleitamento materno, nomeadamente a anatomia da mama, como é produzido e drenado o leite, identificar sinais de uma boa pega, posicionamento correcto durante a amamentação, alterações que podem surgir durante a amamentação. Esta formação deve ter o mínimo de 18 horas e obrigatoriamente, pelo menos uma prática clínica. Adquirindo conhecimentos, atitudes e práticas, melhora o apoio que os profissionais de saúde podem transmitir.

**Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM.** É importante que as grávidas/família estejam informadas, para que possam fazer opções responsáveis, conscientes. A educação para a saúde é a base fulcral dos cuidados de enfermagem, e através dela podemos promover comportamentos saudáveis. Devemos, como profissionais de saúde, identificar as crenças e os conhecimentos relativos á amamentação, mas também ter conhecimento dos seus sentimentos e de que forma vive esta prática.

**No período pré-natal, os profissionais devem reforçar a confiança da grávida na sua capacidade de amamentar.** Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. Este passo pressupõe o contacto pele a pele e a precocidade e ajuda na primeira mamada. Durante o contacto pele a pele, que deverá cerca de 30 minutos, o bebé dá sinais de querer mamar, não devendo ser forçado a mamar. A precocidade da amamentação tem vantagens, quer para a mãe, quer para o bebé. Os estudos demonstram um efeito positivo na relação mãe-filho e na prevalência da amamentação.

O pós-parto constitui um período de favorecimento para o estabelecimento da relação profunda entre mãe, pai e bebé, quer este seja ou não amamentado. **Mostrar às mães**

**como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.** Desta forma, a mãe durante a amamentação sente-se confortável e o bebé consegue efectuar uma boa pega, conseguindo extrair o leite. Quando há impossibilidade, de mãe e bebé, permanecerem juntos, a mãe deve ser apoiada em todos os aspectos que o afastamento implica e deve ser incentivada a estimulação e extracção de leite.

**Não dar ao RN nenhum alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que exista justificação.** A administração de qualquer líquido, que não seja o leite materno, pode interferir com o apetite do bebé e com o padrão de alimentação e poder dificultar uma boa adaptação à mama. Para além destes factores, é importante referir que a ingestão de colostro é o alimento adequado às necessidades do bebé nos primeiros dias.

**Praticar alojamento conjunto: mãe e RN juntos 24 horas por dia.** O alojamento conjunto permite à mãe responder, imediatamente às manifestações de fome do bebé, promovendo mamadas em horário livre. Permite um conhecimento mais rápido das competências do bebé, verificando-se uma mãe mais preparada. O alojamento conjunto promove uma amamentação mais prolongada.

**Dar de mamar sempre que o RN queira.** Este passo e o anterior estão intimamente relacionados, implicando que as mães amamentem sem restrições de horários e consequentemente sem intervalos de mamadas.

**Não dar chupetas ou tetinas às crianças amamentadas.** De acordo com a OMS (1998), as crianças que usam chupeta mamam menos vezes, e por terem uma técnica de sucção incorrecta, pode dificultar a amamentação. É importante, que os profissionais de saúde informem os pais dos riscos e benefícios das chupetas. Devem ser elucidados que a utilização de chupetas ou tetinas interferem com a amamentação e estão associadas a um abandono precoce do AM. O Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite materno regula a utilização das tetinas, com o objectivo de restringir a sua utilização, pelo que a criança não deve ser alimentada pela mesma. Quando há impossibilidade de o bebé ser amamentado ao peito, o leite deve ser administrado através de copo ou colher.

**Incentivar a criação de grupos de apoio ao Aleitamento Materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou maternidade.** Os grupos de apoio são essenciais, na medida que proporcionam situações de partilha de experiências, dúvidas, e dificuldades entre outros aspectos. Podem também contribuir para reforçar as competências dos pais, e consequentemente desdramatizar as ansiedades dos mesmos. Existe a linha SOS amamentação, à qual as mães podem recorrer para esclarecimento de dúvidas. Uma iniciativa do Centro de Saúde da Parede, “O cantinho da Amamentação”, está a prolongar-se a outros Centros de Saúde e Hospitais.

Actualmente, a alta precoce da maternidade e a diminuição de famílias alargadas, pode provocar sensação de isolamento e gerar dificuldades quando o casal está em casa sozinho com o bebé. A visita domiciliária efectuada por uma equipe multidisciplinar poderia contribuir para uma ajuda efectiva. Era importante envolver as pessoas mais significativas do casal, uma vez que são influentes na amamentação.

Existem vários factores que promovem o abandono precoce da amamentação. A introdução precoce de suplementos pré lácteos, a confusão do mamilo, ou a utilização de chupetas, em ambiente hospitalar, podem dissipar todos os esforços desenvolvidos pelas mães para amamentarem. A amamentação em locais públicos, a presença de mamilos dolorosos, doença materna ou da criança é, também associada ao desmame precoce. A falta de apoio e de condições de trabalho, preocupam os casais, assim como, a distância da residência e a falta de creches acessíveis para deixar o bebé e ir lá amamentá-lo. A Lei 4/84 de 5 de Abril, Artº 12, possibilita a mãe retirar o leite no emprego e amamentar de manhã e à noite, ou optar por um horário mais reduzido duas horas diárias para amamentação.

É importante que os profissionais de saúde assegurem uma adequada preparação para a alta, em situação de AM. É importante que os pais saibam onde poderão encontrar suporte se surgirem eventuais problemas, e identificar se se sentem confortáveis com a amamentação.

### Preparação para o Aleitamento Materno

O conjunto de acções que a mulher realiza e as decisões que ela adopta relativamente à questão de amamentar o seu filho, não resultam de condições isoladas e provenientes unicamente dos conhecimentos e aptidões na prática da amamentação. O que motiva o acto de amamentar, a sua qualidade e durabilidade é o sentido que a mulher atribui a essa experiência (Pereira, 2006).

Estudos nacionais e internacionais referem que é cada vez maior o número de mães que procura mais informações sobre AM, aumentando também o número das que iniciam a amamentação. A OMS (1999) é concordante com os resultados destes estudos.

A amamentação é uma prática exclusiva da mulher. O processo de amamentar ainda está muito centrado na dimensão da mulher, de quem depende, na opinião de Beresford (1984), a percepção, interpretação, atribuição de significado e tomada de decisão quanto ao curso de amamentar. É incontestável que a amamentação é uma prática exclusiva da mulher, mas

na actualidade as evidências científicas provam que para haver sucesso, esta mulher precisa do apoio e da intervenção de todos.

Citando a OMS, o Royal College of Midwifery (1994), considera que pelo menos 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e que a decisão de amamentar na maioria das mulheres é anterior ao parto. Os resultados de alguns estudos nacionais de Levy (1996), Pereira (2000) e Galvão (2002) revelam que a decisão de amamentar por vezes é anterior à gravidez, associando-se a precocidade, ao sucesso da amamentação. Três estudos brasileiros realizados por Arantes (1991), Araújo (1991) e Caetano (1992) revelaram resultados semelhantes. Daqui emerge segundo estes autores a necessidade de equacionar a educação para a saúde sobre aleitamento materno o mais precoce possível.

A amamentação integra dois direitos fundamentais: o direito à alimentação do bebé e o direito à saúde. O direito à amamentação inclui, o direito da mãe amamentar, bem como o direito da criança mamar (Bellamy, 1999). Para a mulher dar início à amamentação, ela tem que tomar essa decisão, tem que querer amamentar. A decisão é sem dúvida o primeiro pré-requisito para o sucesso do aleitamento (Filho, 1984; Fisher, 1990; Losch et al., 1995 e Levy, 1996). É sempre uma decisão da mulher, pessoal mas que está impregnada de hábitos culturais, sociais e económicos que envolvem a história de vida da mulher. Nenhuma mulher pode ser coagida a amamentar ou ser punida por ter optado por não amamentar, Araujo (1991); Souza et al. (1991) e Silva (1997). A OMS/UNICEF (1989) também transmitem esta informação.

Na opinião de Pereira (2006) habitualmente a decisão de amamentar, assenta nos dois princípios seguintes: **1)** a mulher amamenta com base na cultura em que está inserida, ou **2)** amamenta baseada nos conhecimentos que possui sobre as vantagens do aleitamento materno e importância desta prática, e desvantagens da alimentação com leites artificiais.

No primeiro caso, como refere Riordan (1999) é fácil a mulher amamentar quando a moda na sociedade em que vive é amamentar. Nesta situação este acto torna-se fácil, agradável e fonte de prazer. Souza et al. (1991) numa pesquisa sobre factores que determinam o sucesso do AM, identificaram que em 83% das mulheres entrevistadas as suas mães e/ou tias e/ou irmãs tinham amamentado pelo menos seis meses, sendo esta prática comum nas famílias das mães estudadas e por isso muitas vezes seguida.

Araújo (1991) realça que em algumas culturas muitas mulheres aprendem esta prática com a família, como acontecia com as nossas ancestrais. Para Primo, Laíse e Caetano (1999) deve ser valorizado o papel dos avós na amamentação pois aconselham, apoiam e ajudam de forma concreta, para verem as suas filhas realizadas e felizes com a amamentação. Paraphrasing Giugliani (1994) a amamentação não é um acto instintivo, é uma arte transmitida de geração em geração, para tal é necessário cada vez mais que aumente o

número de mulheres que amamentam, para favorecer a continuidade do acto nas famílias e em gerações vindouras, e desta forma restabelecer a cultura do aleitamento materno.

As questões culturais têm influência nas atitudes adoptadas pelas mães na forma de alimentar os seus filhos. Ao estudarem os factores que influenciam a decisão da mãe para amamentar Grossman et al. (1990) e Wagner e Wagner (1999) encontraram associação entre a decisão e os hábitos culturais. De forma similar para Cabral e Tirrel (1995) a decisão da mãe, sobre a forma como alimentar o seu filho é o resultado dum processo de acumulação de informação/conhecimentos transmitidos de geração em geração por meio da herança cultural específica de cada grupo. Gostar de amamentar o seu filho é profundamente influenciado pela cultura (Araújo, 1991; Riordan, 1999).

Num estudo realizado por Osis et al. em 2000 a decisão de amamentar foi tomada antes do parto, e baseou-se no desejo que as mulheres manifestam em fazê-lo. Esse desejo sugeria provir da opinião que as mães tinham sobre quanto a amamentação é gratificante para a mulher e benéfica para a criança. A gratificação da amamentação resulta de vários factores realçando-se a realização pessoal, aumento de auto-estima por verificar que consegue por si só satisfazer as necessidades alimentares do seu filho, sentindo-se insubstituível, gerando um ciclo de amamenta – prazer – prazer – amamenta, processo este favorecedor da amamentação.

Na maior parte dos países, após o declínio do AM deu-se o recomeço da amamentação verificando-se que as taxas de aleitamento subiram nas classes sócio-económicas mais altas e com nível de escolaridade mais elevado, mantendo-se esta tendência na actualidade (Ahluwalia et al. 2003). Os resultados de estudos portugueses nomeadamente de Alves et al. (1999); Pereira (2000) e Leitão (2001); Sandes et al. (2007) e Levy e Bértolo (2008) sugerem uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do aleitamento. Também Jacobson e Jacobson (1991) no seu estudo sobre a incidência e correlação do aleitamento com os factores socioeconómicos e as desvantagens para a mulher chegaram a resultados semelhantes.

Actualmente o papel dos “média” tem sido utilizado na divulgação e valorização da amamentação, sobretudo em alguns países, em Portugal essa visibilidade é ainda reduzida. Segundo Levy, (1996) alguns autores encontram uma associação entre essa divulgação e o sucesso do aleitamento.

Esse efeito é muito conhecido e fundamenta-se nos princípios da teoria da Acção-Reflectida de Ajzen e Fishbein, modificada por Manstedt, Proffitt e Smart (1983) cit in Pereira (2006). A análise desta teoria mostra que a mãe terá mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem mais opiniões positivas sobre a prática do aleitamento do que sobre a alimentação artificial e quanto mais sensível é às opiniões positivas de

peças significativas (pai da criança, avó materna, amiga especial e médico assistente). Esta teoria procura estabelecer uma relação entre a atitude e o comportamento e assenta em três constructos de base: crenças, intenção e acção. A teoria defende que o factor que melhor prevê o comportamento é a intenção da pessoa para o realizar

Muitas mães baseiam a escolha de amamentar, no conhecimento sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite humano, como se verifica no estudo nacional de Pereira (2000) e internacionais de Cohen et al. (1999). As investigações de Page (1992), Wringler (1995) e Silva (1997) apontam como factores de decisão o desenvolvimento psicomotor mental e emocional das crianças amamentadas e o conhecimento das vantagens para a saúde da mãe. Confirmam esta opinião os estudos de Ricco (1996), Lothrop (1998), Oliveira e Valente (1999) e Kruger e Gericke (2003). Lefebvre (2000) e Guttman e Zimmerman (2000) referem que a escolha é baseada simplesmente no conhecimento dos benefícios da amamentação.

Para Wagner e Wagner (1999) o aleitamento é um fenómeno sensível a uma grande variedade de acontecimentos que estão relacionados entre si e podem ser agrupados: **a)** personalidade individual, **b)** mecanismos psicofisiológicos e **c)** forças sociais. Serão todos estes factores que afectam a decisão da mulher sobre a amamentação, havendo necessidade de compreender detalhadamente o papel de cada um, para que a actuação promocional do aleitamento vá de encontro às necessidades de cada mulher.

Williams et al. (2000) realizaram um estudo em Vancouver, cujos resultados são consistentes com a Teoria Social Cognitiva e sugerem que as mães atribuíram a escolha do aleitamento, principalmente a uma escolha pessoal, enquanto a escolha da alimentação do filho com leite artificial foi atribuída a factores sócio-ambientais.

Na opinião dos autores supracitados, os factores pessoais que influenciam o AM podem incluir: conhecimentos, atitudes, crenças, confiança na habilidade para amamentar, e a idade da mãe. Os factores sociais podem ser divididos em três subgrupos: **a)** institucionais, nomeadamente as políticas de saúde e a prática dos cuidados; **b)** sociais que englobam apoio familiar, sócio-demográfico (educação, rendimento, etnia) e **c)** físicos, estes relacionados com os problemas da mama, e outros (custos, disponibilidade e trabalho). Aparentemente esta classificação é muito englobante e não sugere especificamente os factores que mais contribuem para a decisão da mãe.

Silvas et al. (2005) desenvolveram um estudo qualitativo "Conhecimento materno sobre aleitamento" no Brasil. Foram entrevistadas 24 mães. Em relação às principais vantagens da amamentação, 10 delas citaram a protecção imunológica e o fortalecimento do elo entre mãe e filho, enquanto 9 se referiram ao papel do leite materno no crescimento e no desenvolvimento da criança. Relativamente às dificuldades e medos das mães, 25%

receavam não ter leite suficiente, 20.8% afirmavam que o leite não tinha capacidade de nutrir adequadamente e 12,5% relataram a possibilidade de algumas doenças serem transmitidas. Outro aspecto muito abordado foi a possibilidade de surgirem fissuras mamilares e ingurgitamento mamário (41,7%). Sete mães (29,2%) indicaram a volta ao trabalho como um obstáculo à continuidade da amamentação.

Henderson et al. (2000), referem que a decisão de amamentar é com muita frequência mais associada aos factores socioculturais do que aos aspectos de saúde. Também para Donath e Amir (2003) a combinação de factores demográficos da mulher exercem um grande peso na decisão. Inúmeras investigações apontam a idade da mãe, o estado civil, o número de filhos e uma experiência positiva anterior em amamentação, como factores importantes para a decisão do aleitamento.

Para a maior parte dos autores que referem a idade materna associada ao sucesso do AM, mencionam que são as mães dum grupo etário mais elevado que decidem com maior frequência amamentar os seus filhos.

Num estudo realizado em 2000 por Arora et al. no noroeste da Pensilvânia, intitulado “*Major factors influencing breastfeeding rates: mother’s perception of father’s attitude and milk supply*”, os resultados mostram que as razões mais comuns para as mães decidirem amamentar incluem: 1.º os benefícios relativos à saúde infantil; 2.º por ser um acto natural e 3.º vínculo afectivo com o bebé. Enquanto as razões mais comuns para a escolha do leite não humano são: 1.º percepção das mães perante a atitude do pai em relação ao aleitamento materno; 2.º incerteza da quantidade de leite produzido; 3.º regresso ao trabalho.

A opinião favorável do pai à prática da amamentação, foi o principal factor a influenciar a decisão da mãe, como observou Scott, Binns e Aroni (1997) num estudo que tinha como objectivo identificar os factores que influenciam a decisão de amamentar. Actualmente pela importância deste factor podem ser encontrados variadíssimos trabalhos na literatura a provar esta associação (Grossman et al., 1990, Delboni, 2001 e Earle, 2002). Os resultados do estudo elaborado por Bar-Yam e Darby (1997) sobre “AM e amamentação: implicações na promoção do aleitamento”, revelaram uma associação positiva entre a importância atribuída pelo pai ao AM e a decisão da mãe em amamentar. Importa salientar outros autores que encontraram esta associação nos seus estudos tais como (Scott, Binns e Aroni, 1997; Arora et al., 2000 e Delboni, 2001).

Num estudo realizado no Brasil por Giugliani et al. (1994), sobre diferentes fontes de apoio ao AM e a decisão de amamentar, verificaram que a atitude favorável do pai foi um factor associado à decisão materna na escolha do aleitamento, enquanto a orientação proveniente do médico, enfermeiro e nutricionista não se associou a tal decisão. Em 1978 um estudo

elaborado por Hall com o título “Influencing Breastfeeding Success” evidenciou a importância do papel paterno na decisão da amamentação, sugerindo este autor e consolidado por Pereira (2000) a valorização do pai na promoção e apoio da amamentação.

Num estudo realizado por Galvão et al. (2005) sobre o papel do pai na amamentação verificaram que todos os participantes no estudo afirmaram que desejariam que os seus filhos fossem amamentados e as justificações apresentadas recaíram principalmente no facto do leite materno ser o melhor para o bebé (36,37%), seguindo-se o estabelecimento precoce do vínculo mãe-filho pelo “contacto pele com pele” (18,8%). Brito & Oliveira (2006) realizaram um estudo qualitativo “Opinião do pai sobre o aleitamento materno” no Brasil, numa amostra de 13 homens cujos filhos estavam a ser amamentados e chegaram a conclusões coincidentes.

Gomes (2003) refere que o pai da criança deve acompanhar o seu filho e mulher em todas as actividades, para além de participar nas questões ligadas ao aleitamento. Para Chan e Chan (2003) é imperativo incluir os pais e avós nas discussões sobre aleitamento. Voss et al. (1993) referem que os pais informados tornam-se mais colaborantes. Também para Early (2002) Freed et al. (1993) e da Costa (2004) a conduta dos pais no envolvimento do aleitamento muda rapidamente quando têm informação. Por esta ideia ser tão importante, a maioria dos autores mencionados aconselha a inclusão do pai na educação para a saúde durante a vigilância pré-natal, para obtenção de informação correcta e adequada sobre as vantagens do aleitamento e a sua prática (Levy, 1996; Pereira, 2000 e Vieira, 2002).

Pelo descrito são vários os factores que contribuem para a tomada de decisão da mãe para amamentar. Todos têm um papel importante, parecendo não ser simples, até mesmo para a mãe, definir com exactidão qual a razão ou razões que estiveram na base dessa decisão. Aos profissionais de saúde compete realizar todos os esforços para garantir a tomada de decisão fundamentada numa informação correcta e adequada sobre: a alimentação ideal da criança nos dois primeiros anos de vida; conhecimento das vantagens do AM para a mãe, criança, família e sociedade, conhecimento do funcionamento da amamentação, como amamentar e quais os problemas que podem surgir, como os evitar ou tratar. Outros estudos demonstram esta não associação entre o apoio dos profissionais de saúde e a decisão da mãe amamentar (Bacon, 1976 e Hillervik-Lindquist, 1991).

Segundo Klaus et al. (1986) outro factor apontado como favorecedor da amamentação é a presença de uma pessoa que confere segurança e que a sua presença se traduz em apoio à mãe durante o trabalho de parto e após o parto, mesmo que não se trate de um apoio técnico, contudo o mesmo pode aumentar a confiança da mãe e ter um efeito duradouro sobre o AM. Hoje descrita por vários autores um “doula”, termo que significa “criada de uma mulher”, para além de conselheira, após o parto, tem o papel de substituir a mãe nas suas

tarefas domésticas para a mãe se poder dedicar inteiramente às actividades maternas e aumentar o sucesso do aleitamento (Levy, 1996 e Cattaneo e Buzzeti, 2001).

Na actualidade encontram-se vários estudos na literatura que associam a importância do “doula” à diminuição de complicações durante o parto. A introdução do parto humanizado prevê a presença de uma pessoa junto da parturiente, conforme consta na Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, sobre a protecção da maternidade e da paternidade. Esta tem sofrido sucessivas revisões, a última das quais através da Lei n.º 142/99, de 31 de Agosto, que procedeu à republicação do regime legal resultante do conjunto das alterações, no capítulo II - Protecção da Saúde, artigo 7.

Segundo Vieira (2002) muitas mulheres quando iniciam a vigilância pré-natal já têm bem definido como vão alimentar os seus filhos e conhecem os benefícios da amamentação. Contudo, há outras que ainda têm dúvidas e mitos relacionados com esta experiência. Deve ser dada especial atenção às primíparas e também às múltiparas que tiveram insucesso anteriormente. Durante a assistência adequado pré, peri e neonatal, é importante que a mãe veja assegurada a licença à maternidade e paternidade, a pausa remunerada para amamentar, creches no local de trabalho e todos os direitos de cidadania.

### A Experiência com o Aleitamento Materno

A experiência da amamentação é compreendida pela mãe não apenas como o acto de alimentar o seu filho, centralizada na sua interacção com o recém-nascido, mas como um procedimento que vai mais além e se desenvolve nas demais interacções da sua vida, em que as suas noções sofrem alterações, num processo constante, no decurso da amamentação. “O processo da amamentação, embora de aparente simplicidade e automatismo fisiológico singular, requer um complexo conjunto de condições que interagem no contexto social da mulher e seu filho” (Silva, 1997 cit. in Silva, 2000, p.257).

As incertezas e dificuldades relacionadas com a amamentação são habituais no início do puerpério, não só durante o internamento na maternidade, mas também, e especialmente, após a alta, período que coincide muitas vezes com a “descida do leite”, e com os incómodos a esta relacionada. Na mesma linha dos autores citados, podemos constatar que as dúvidas e dificuldades relacionadas com a amamentação mais frequentes durante o internamento prendem-se com o facto de adaptar o bebé a mamar, reconhecer se o bebé está a fazer uma boa “pega”, verificar se o tempo que o bebé esteve a mamar foi suficiente

para que ficasse saciado. Após a alta hospitalar as dificuldades revelam-se com a “descida do leite” e com os incómodos decorrentes da mesma.

Rocha, Faria e Félix, (2007) puderam constatar no seu estudo que as puérperas apresentavam muitas dúvidas e dificuldades no que concerne à amamentação o que terá despoletado em algumas puérperas dificuldades e sentimentos de angústia, quando não conseguiam acordar o bebé para alimentá-lo, adaptá-lo à mama, pô-lo a eructar e descongestionar as mamas aquando da “descida do leite”. As mesmas autoras constataram ainda que as puérperas ainda encontram obstáculos para o acesso à assistência especializada para a solução de problemas relativos à amamentação, após a alta hospitalar, visto que não estão sensibilizadas para a existência de apoios existentes na comunidade.

Muitas vezes os problemas que surgem não são só com a técnica da amamentação, mas também com as glândulas mamárias ou com os mamilos e derivam da falta de informação apropriada e da falta de recursos físicos e humanos que a mulher tem após a alta da maternidade. Estas dificuldades poderão ser tais que podem dar origem a uma experiência não gratificante e, algumas vezes, bastante negativa, que levam as mães a substituir total ou parcialmente a alimentação natural pela artificial ao fim de pouco tempo (Afonso, 1998).

Na Geórgia foi feita uma investigação por Ahluwalia et al. (2003) para avaliar a iniciação e a duração do aleitamento entre 1993 e 1998. Os resultados mostram que as mulheres iniciam em maior número a amamentação, mesmo as mulheres de grupos vulneráveis, mas são as mulheres do grupo socioeconómico mais elevado que continuam a amamentar mais. Porém o estudo mostrou que a prevalência da amamentação se mantém estável, mas muito baixa, sugerindo a necessidade de continuar a implementar programas de promoção.

Em Portugal, segundo os resultados do estudo efectuado em 2003, verifica-se que em 1998/1999 iniciaram o aleitamento 90% das mães, 85% amamentava à saída da Maternidade, 63% amamentava aos 3 meses, 34% aos 6 meses e 16% aos 12 meses. O Inquérito Nacional de Saúde realizado pela Eurotrialis em 1999, do total de 85% das crianças que iniciaram a amamentação, 23% mamara num período inferior a dois meses. Também outro estudo nacional realizado no mesmo ano por Alves et al. Concluiu-se que apesar de existirem elevadas taxas de adesão ao aleitamento, neste estudo foi de 97,3%, houve uma diminuição importante no primeiro mês que se manteve, ainda que menos acentuada, até ao sexto mês.

Em 2007 Sandes et al., realizaram um estudo (Prevalência e Factores condicionantes do aleitamento materno em Portugal) que revelou uma taxa de abandono do aleitamento elevada logo nos primeiros meses de vida: á saída da Maternidade 91% das mães amamentavam (77,7% em exclusividade), aos três meses esta percentagem diminuiu para 54,7% e 34,1% aos seis meses. Neste estudo a média de aleitamento materno exclusivo foi

de 90 dias. As causas predominantes de abandono do aleitamento exclusivo foram a hipo ou agaláctia, a má pega ou não adaptação do bebê e o regresso ao trabalho. Como motivos para o desmame total as mães indicaram os mesmos motivos já referidos. Este estudo revela ainda a associação entre alguns estilos de vida e a duração do aleitamento materno: ausência de tabagismo antes da gravidez, nível educacional elevado, experiência de amamentar positiva aos três meses e exercício físico durante a gravidez.

Santo (2005) concluiu no seu estudo que as mulheres em geral, mesmo nas que tiveram mais dificuldades com a amamentação, a atitude positiva e incentivadora dos seus parceiros lhes trouxeram a tranquilidade necessária para amamentar. Consideram mesmo fundamental o apoio emocional e a presença do pai do bebê nesta fase. Outros estudos relembram a importância das relações familiares e o círculo de amizades na decisão e na manutenção do aleitamento (Sullivan et al., 2004). Esta influência é tanto maior quando se trata do primeiro filho, uma vez que sente maior necessidade de modelos práticos/ conhecimento empírico (Machado et al., 1999). A família é vista como uma unidade, pelo que não se pode cuidar de um único membro, mas de todos de acordo com as suas necessidades. Por outro lado, para cuidar da família é preciso conhecê-la no seu ambiente, o que é possibilitado, em grande parte, pela visita domiciliária

Muitas mulheres vivenciam um conflito relativamente ao duplo papel que desempenham (boa mãe/ boa mulher). Poucas mulheres mantêm a amamentação sem o apoio dos companheiros. A manutenção da amamentação, contra a vontade do marido, gera um sentimento de desconforto e medo da separação. Do mesmo modo que não amamentar pode gerar um sentimento de culpa em relação ao filho (Pereira, 2003).

As estatísticas internacionais divulgadas pela OMS (1995) e UNICEF (2000) mostram que 50% das crianças deixam de ser amamentadas no primeiro e segundo mês de vida. O abandono precoce é considerado pela OMS/UNICEF (1999) como um problema de Saúde Pública. Estes organismos consideram a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno, uma prioridade mundial, quer nos países industrializados, quer nos países em desenvolvimento. A OMS/UNICEF em 1980 definiram o desmame como um processo pelo qual outros alimentos são introduzidos gradualmente na dieta do bebê, primeiro para complementar o leite materno e progressivamente para o substituir e adaptar a criança à alimentação do adulto.

Inumeráveis investigadores têm estudado o fenómeno do desmame precoce, sobretudo as causas a ele associado, e o tempo ideal para o desmame. Se por um lado as causas variam conforme a abordagem nos diferentes estudos, por outro, o tempo de duração ideal é motivo de controvérsia (Detwyler, 1994 e Levy, 1996), tornando-se necessário esclarecer qual o período ideal para o desmame. A revisão da literatura mostra que não há um consenso

entre os organismos responsáveis pela alimentação infantil, nomeadamente: a Academia Americana de Pediatria (AAP); American College of Obstetricians and Gynecologists; American Dietetic Association; National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners, estes organismos continuam a recomendar a idade de doze meses para o desmame. Segundo Detwyler (1994) há médicos que consideram seis meses uma lactância prolongada e alguns profissionais de saúde questionam os motivos das mulheres amamentarem mais de um ano. A Assembleia Mundial de Saúde (AMS) na sua resolução 54.2 aprovada a 18 de Maio de 2001 aclama aos Estados Membros a “ (...) apoiar a amamentação exclusiva por seis meses como uma recomendação mundial de saúde pública, levando em consideração os achados da Consulta Técnica de Especialistas da OMS acerca da duração óptima da amamentação exclusiva, e a proporcionar alimentos complementares seguros e apropriados, mantendo a continuação da amamentação até aos dois anos ou mais (...) ” (IBFAN, 2002, p. 1).

Após esta assembleia em 2001 as indicações da OMS/UNICEF quanto ao período ideal para o desmame são claras e fundamentadas na investigação científica, estando os Estados Membros que integram a OMS sujeitos ao seu cumprimento. Podem ser referidos outros dois organismos internacionais que apoiam o desmame a partir dos dois anos ou mais, são eles a Declaração de Inocenti e a International Lactation Consultant Association (2004).

Ellis (1992); Rea e Cukier (1998); Ichisato e Shimo (2002), entre outros subdividem as razões do desmame em três grupos e descrevem-nas como relacionadas: **a)** deficiência orgânica da mãe, **b)** problemas com a criança e **c)** atribuição de responsabilidade à mãe e influência negativa de terceiros. Na opinião de Scott e Binns (1999) as causas de abandono precoce do AM devem ser consideradas à luz de inúmeros factores, dos quais se destacam: sociais, culturais, éticos, e na nossa opinião devem ser incluídos os políticos e económicos, pela importância que têm na escolha da dieta da criança.

Garcia-Montrone e Rose (2003) baseados na literatura classificam as causas de desmame precoce em duas categorias: **a)** dificuldades circunstanciais (relacionadas com possíveis problemas da mama) e **b)** dificuldades culturais. Entre as últimas destacam as transformações ocorridas na estrutura familiar; diversidade de papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna; representação das mamas como símbolo sexual, que juntamente com outros hábitos sociais, condicionam a amamentação em público; perda cultural da transmissão de mãe para filha da experiência em amamentação; publicidade intensa de produtos lácteos para a alimentação de bebés e o uso de chupetas. Podem ainda ser acrescentadas: práticas das Maternidades e a mecanização do parto, perdendo este muito da “magia” que a naturalidade do momento é obscurecida pela mecanização deste acto; demora da primeira mamada após o nascimento; administração de infusões, soro

glicosado ou suplementos lácteos e sedação do recém-nascido por excesso de anestesia materna.

Carvalho (1999) refere que os motivos habitualmente mencionados pelas mães para o abandono precoce da amamentação são: regresso precoce ao trabalho, inseguranças e medos para enfrentar dores e dificuldades que podem surgir no início da amamentação, (ingurgitamento, fissuras mamilares) preocupações estéticas, vontade de voltar a tomar o anticoncepcional, mitos, medo que o seu leite seja insuficiente e que o filho passe fome, e por último a interferência negativa do marido e dos familiares.

A OMS/UNICEF (1989) referem outros motivos, alegados pelas mães para não amamentarem ou para interromperem a amamentação precocemente. Segundo estes organismos os motivos indicam que existe uma falta de informação generalizada do conhecimento do processo fisiológico da lactação e que a maioria das mães desconhecem que podem amamentar e produzir leite suficiente para alimentar o seu filho. Esta falta de informação gera na lactante, sobretudo na primípara, insegurança, medo de não ter leite suficiente, de não estar a fazer bem, impelindo-a a interromper de imediato a amamentação quando surge um pequeno problema.

Segundo Carvalho (1999) para o sucesso da amamentação é muito importante, que a mãe receba informação compreensível acerca da importância do AM, relativamente aos aspectos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação, bem como todos os aspectos relacionados com a técnica da amamentação. É igualmente importante que as orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, porque aumenta a ansiedade e angústia das mães. Num estudo realizado por Lisa et al. (1999) não só a informação fornecida às mães pelos profissionais de saúde é muito importante, como também encontraram associação entre a consistência e alta qualidade dessa informação e sucesso do aleitamento.

### Maternidade e Paternidade

A vivência do primeiro filho é uma experiência exaustiva (Brazelton, 1992). O nascimento do primeiro filho para Brazelton (1989) assinala também o nascimento da família. “A díade alarga-se a uma tríade, e a «revolução» afectiva dos futuros pais é acompanhada de uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias a três níveis fundamentais: no seio do próprio par, nas relações entre os esposos e as famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos” (Relvas, 1996).

Os cuidados ao recém-nascido são frequentemente fonte de dúvidas por parte dos pais. As grandes preocupações destes centram-se na satisfação das necessidades do recém-nascido, havendo uma busca constante de tradução da linguagem do bebé, fundamentalmente do choro. Como forma de colmatar as dúvidas dos pais, os seus familiares e amigos opinam, por vezes de forma contraditória, sobre os cuidados ao bebé, o que pode resultar num incremento das dúvidas dos primeiros (Afonso, 2000).

Para se adaptar à gravidez, a mulher pode passar por muitos anseios, tem de aceitar o feto como parte incorporante e acostumar-se a diferentes ritmos, metabólico, hormonal e fisiológico. Durante este período de transição, esta vive uma mudança de papéis e de identidade pois, a grávida para além de filha e mulher passa também a ser mãe (Cruz, 1990). Do mesmo modo, a paternidade assume-se como uma transição no desenvolvimento emocional do seu companheiro. O papel do pai é muitas vezes definido como o de apoio à mulher, sendo uma tarefa importante, mas não é tudo. Os homens experienciam a gravidez à sua maneira, passando por alterações subtis na transição para a paternidade. “Tornar-se pai exige uma reorientação total do significado da vida” (Colman e Colman, 1994, p.121).

Para os mesmos autores, os homens estão a tornar-se mais conscientes da importante transição que acontece nas suas vidas, e desejam ter a sua própria experiência pessoal. Precisamente quando ele tem que lidar com a emocionalidade dela aparentemente desmotivada, com as suas queixas físicas, a sua sexualidade a alterar-se e o seu corpo sempre a mudar, ela exige apoio suplementar, sobre as responsabilidades acrescidas de ser pai, tem de aprender a ser “mãe” da sua esposa, para que ela se possa sentir mais à vontade para aceitar as transformações na vida dela (Colman e Colman, 1994).

Assim, no que se refere ao casamento, a gravidez também poderá levar a maiores níveis de integração e aprofundamento no relacionamento do casal ou, por outro lado, poderá romper uma estrutura de relacionamento frágil. “Os casais que têm uma relação sólida antes da gravidez tendem a tornar-se mais unidos devido ao seu futuro papel de pais” (Lederman cit. por Osório, 2003, p.18).

O relacionamento da díade precisa de se transformar num relacionamento triangular, do qual resultam modificações na rede de intercomunicação familiar e no próprio funcionamento da família. Após o nascimento do bebé, através da visualização do mesmo, do toque e da interação, (que deverá acontecer o mais precocemente possível, de preferência após o parto), e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real (Klaus e Klaus, 1989). Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que aconteça após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, “um momento único e mágico” como refere Brazelton (1995).

Durante o puerpério, os cuidados de saúde centram-se na recuperação física da mulher e no bem-estar psicológico do casal, bem como nos cuidados que esta deve ter para consigo e para o recém-nascido. Este cuidado prende-se também com a necessidade de ajudar a família a adaptar-se ao novo ser e à nova realidade. O período de internamento hospitalar é curto para que as dúvidas do casal sejam verdadeiramente percebidas pelos profissionais de saúde e para que os pais aprendam as informações necessárias ao seu desempenho enquanto pais. Geralmente, a mulher depara-se com dificuldades depois de estar em casa, visto que saiu de um local relativamente seguro, o hospital, onde os especialistas atendiam as necessidades do bebé, e em casa o casal apesar de estar acompanhado pela família, esta poderá ter menos experiência e não saber responder adequadamente às suas dúvidas (Graça, 2003).

Embora pareça instintivo, o cuidado ao bebé precisa de ser apreendido, principalmente por casais que estejam a ser pais pela primeira vez. Após a alta da maternidade, o relacionamento com o recém-nascido é uma prática nova que é vivida com bastante inquietação, daquele instante em diante, nada mais será igual, uma nova caminhada inicia-se, repleta de surpresas, novos conhecimentos e novas responsabilidades. Um bebé novo em casa provoca muitas mudanças. Os pais estão a aprender a conhecer o filho, aflições e dúvidas são naturais (Bobak, 1999). A mesma autora diz ainda que as primeiras semanas tendem a ser um período difícil e confuso, em que a insegurança do novo papel de pais se confunde com o desgaste físico que um recém-nascido provoca. A maior parte dos pais sentir-se-ão alarmados e fora de sintonia com o resto do mundo, durante este período. “Muitos dos progenitores têm dificuldades parentais até que as suas competências sejam estabelecidas. Uma vez confiante, o aumento da auto-estima promove uma resposta afectiva positiva para a criança” (Bobak, 1999, p.496).

Durante esta fase o casal também vai descobrir como se vai tornar numa nova família e reorganizar-se, o que se revelará num passo muito importante que englobará todas as pessoas envolvidas. A partilha nos cuidados ao bebé resulta numa aprendizagem que se traduz positiva para o pai, a mãe e o recém-nascido, é fundamental que o pai não sinta que a mãe, por ser mulher, está necessariamente mais habituada a cuidar do filho. Quando a paternidade é partilhada, além da criança ser beneficiada pelo facto de ser cuidada não apenas por um dos progenitores, torna-se também mais divertido e compensador para o casal. O pai deve estar presente não apenas para ajudar, mas também para partilhar (Kitzinger, 1996). “O companheiro da mulher é a fonte de apoio mais importante para a maior parte das jovens mães” (Colman e Colman, 1994, p.163).

Rocha et al., (2007) verificou no seu estudo, “Que Cuidado de Enfermagem na vivência do casal na sua transição para a parentalidade”, que os casais partilhavam as tarefas

domésticas e os cuidados ao filho. Em alguns casos o pai referiu insegurança em dar banho ao bebé por este ser pequeno e delicado. O casal poderá usar a gravidez para compreender e, caso seja necessário, modificar a divisão de tarefas (Brazelton, 1995). Esta partilha de tarefas pode significar o início da aceitação e da aquisição de novos papéis parentais, uma vez que os pais expressaram vontade em partilhar os cuidados ao filho, tendo sido o mesmo verificado por Rocha et al., (2007).

A “aliança parental” deve possibilitar a partilha e articulação da execução de tarefas domésticas e de cuidados [ao filho], a tomada de decisão sobre questões importantes da vida [financeiras, profissionais...] e acima de tudo consentir o suporte emocional (Canavarro, 2001). A chegada de um filho implica um reajuste nas relações do casal, devendo este estar atento às suas necessidades pessoais e às do filho, cumprindo a sua responsabilidade como pais. Isto implica um reajuste do espaço, intimidade sexual e emocional e socialização do casal (Wright, 2002).

Estudar o papel do pai na actual sociedade ocidental transformou-se num tarefa só entendível através de uma perspectiva inter e multidisciplinar, onde a psicologia e a educação, a lei e a jurisprudência, a sociologia e a biologia genética têm assento (Balanchó, 2004). A mesma autora diz-nos que para melhor entendermos o próprio conceito de mudança, podemos falar de famílias tradicionais, nas quais os pais estão empregados a tempo inteiro e as mães, com ou sem carreira profissional, são quem trata inequivocamente dos cuidados primários dos filhos, e de famílias com “partilha educativa” nas quais os pais dividem, ou assumem na totalidade, a responsabilidade pelo cuidado diário dos filhos.

Ingram, Johnson e Greenwood em 2002 realizaram um estudo denominado “Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families”, entre outros os resultados apontam para a importância da inclusão da família na preparação para o aleitamento e para o suporte do mesmo, uma vez que estes factores se associaram positivamente ao sucesso do aleitamento. No estudo desenvolvido por Silva et al., (2005) Concluiu-se que compreensão e apoio paternos foram citados como essenciais para a continuidade da amamentação por grande parte (54,2%) das mulheres entrevistadas, enquanto 16,0% delas não viam papel do pai no processo de aleitamento materno e 12,5% consideravam a participação paterna a sustentação da família.

Brito & Oliveira (2006) desenvolveram um estudo qualitativo com o objectivo de identificar a percepção do homem acerca das mudanças ocorridas no seu relacionamento conjugal durante a lactação do filho. Os dados foram obtidos através de entrevista a 13 pais. Os resultados apontam que os homens desenvolvem atitudes e sentimentos relativos ao filho e à companheira; reconhecem que as alterações no seu relacionamento conjugal são mais evidente nos três primeiros meses de vida da criança e tentam compreender ou demonstram

indiferença frente às mudanças. Embora a amamentação desencadeie modificações no relacionamento conjugal dos entrevistados, eles não as encaram como negativas.

Os mesmos autores asseguram que o pai percebe que o seu relacionamento conjugal sofre mudanças durante a fase do aleitamento do filho, relacionando-as à criança, à companheira e à rotina doméstica. Em relação à criança, os participantes desenvolvem atitudes de cuidado, sentimentos de competição e compartilham as mamas da sua esposa com o infante durante o período do AM. Quanto à companheira, os entrevistados relatam haver uma maior proximidade física e afectiva, ao passo que consideram que elas se afastam física, emocional e sexualmente deles durante a fase da amamentação. Além disso, afirmam ocorrer diminuição do interesse e do número de relações sexuais, atribuindo tais factos à decisão das suas respectivas companheiras.

Os profissionais de saúde devem estar atentos às questões relacionadas com o homem, no âmbito da amamentação de modo a prevenir e orientar o casal quanto à possibilidade dos aspectos conjugais interferirem negativamente no processo do aleitamento materno.

Baseados no princípio de que o ser humano age de acordo com o significado que as coisas têm para ele, Brito & Oliveira (2006) afirmam que o pai elabora um significado positivo ao aleitamento materno, interagindo com ele mesmo, com a sua companheira e filho durante a amamentação. No contexto do aleitamento materno, percebe as alterações ocorridas no seu relacionamento sexual porém não considera essas mudanças como algo negativo nas suas vidas. Pontes, Alexandrino e Osório (2008) realizaram um estudo qualitativo, descritivo e exploratório (no Brasil) com 17 casais. O objectivo era identificar as experiências, conhecimentos, comportamentos e emoções dos pais relacionadas com o aleitamento materno. Emergiram quatro grandes temas: memórias fracas e ambíguas relativas à amamentação na sua infância; o conhecimento sobre amamentação centrou-se nos benefícios para a saúde da criança e responsabilidade exclusiva da mãe; e sentimentos de fragilidade interligados à amamentação.

No estudo desenvolvido por Balancho (2004), na sua amostra, os pais que são denominados como actuais mostraram perceberem-se como tendo escolhido intencionalmente, ou desejar ser, pais mais presentes e envolvidos, o que nos poderá fazer supor que esta mudança virá a indiciar alterações nas práticas, quanto mais não seja porque auto-motivada. Lembra ainda que as mudanças sociais, familiares, culturais, o claro acesso à educação e os conhecimentos acessíveis ao grande público sobre psicologia infantil podem ser alguns dos factores justificativos das diferenças intergeracionais na representação do pai.

Osis e colaboradores (2004), numa abordagem qualitativa com mulheres trabalhadoras, observaram que acreditavam que seus companheiros, em geral, as apoiavam e

estimulavam a amamentar, orgulhando-se de que o fizessem, e chegando alguns até mesmo a achar que a prática era vantajosa, por permitir economizar os recursos que seriam investidos na compra de substitutos do leite materno. Porém, mesmo considerando que o companheiro tinha uma atitude positiva perante o AM, sentiam-se abandonadas por ele, solitárias ao amamentar, sobretudo nas madrugadas. Esses achados vão ao encontro do que foi observado por Dias (1996), que detectou a solidão como um dos sentimentos negativos manifestados por mulheres que estavam a amamentar.

Nesse processo de investigar o papel do homem na amamentação, tem-se evidenciado a necessidade de considerar que tanto homens quanto mulheres interiorizam um conjunto de experiências próprias da categoria de género da qual fazem parte, e do contexto em que desenvolveram a sua história pessoal (Figuroa-Perea e Liendro-Zignoni, 1995).

A partir de uma abordagem de género, é possível conceituar o sistema de representações que influenciam a maneira pela qual o homem contemporâneo compreende a ordem social estabelecida como uma construção cultural, mesmo que esta seja muitas vezes apresentada como decorrente da própria natureza humana (Woodward, 2000). O conceito de género, que se refere à construção social do sexo, baseia-se na noção de que na natureza há, biologicamente, machos e fêmeas, mas a qualidade de ser homem ou mulher é construída culturalmente (Heilborn, 1995). Essa construção do que significa ser homem e ser mulher, numa determinada sociedade e em um determinado contexto histórico, é moldada e interiorizada através da educação recebida pelas pessoas significativas. O mundo social e todas as suas normas são apreendidos como natural e evidente, não necessitando por isso, de justificativas (Bourdieu, 1999).

Lopes, (1998) refere que a base da educação recebida por homens e mulheres determina que a mulher é um ser emocional e, em oposição, ser homem é estar voltado para a lógica, para a realização, e implica ter que demonstrar sempre a sua virilidade. Nessa perspectiva, compreende-se que o mundo seja definido por uma relação de dominação-subordinação entre os géneros, existindo diferentes oportunidades para homens e mulheres (Figuroa-Perea e Liendro-Zignoni, 1995). É estabelecida uma visão androcêntrica do mundo, em que aos homens cabe o espaço público e às mulheres o privado. Ainda quando elas desempenham papéis no espaço público, as ocupações realizadas remetem-nas ao cuidado e à vida privada. Por exemplo, apesar do crescimento da participação das mulheres na população economicamente activa, as profissões ou áreas de actuação em que elas predominam ainda são as de menor valorização na sociedade actual (Bourdieu, 1999).

Essa divisão de tarefas reflecte-se na perspectiva que se tem das mulheres nas sociedades ocidentais de forma geral, incluindo a nossa (Portuguesa). Ainda se associa o ser mulher às condições biológicas e à esfera familiar, enquanto o masculino tem a sua identidade assente

na esfera pública, o que legitima o papel do homem como provedor e protector da família (Bandeira, 1999). Neste contexto, a mulher caracteriza-se por estar voltada para o cuidado ao outro, sendo a maternidade e o zelo para com os filhos algo socialmente aceite como tipicamente feminino, enquanto os homens vivem para si (Figuroa-Perea, 1998).

A fase reprodutiva da vida é aquela em que as diferenças de género tendem a acentuar-se e a manifestar-se com mais intensidade. Ela é precedida de fases preliminares, nas quais rapazes e raparigas são ensinados a aceitarem a desigualdade e a hierarquia de género (Barbieri, 1991). Por exemplo, Heilborn (1995) defende que no que diz respeito às diversas tarefas domésticas, rapazes e raparigas recebem diferentes responsabilidades, indicadoras da sua respectiva posição social. Embora se atribua às mulheres toda a responsabilidade pela reprodução e cuidado com os filhos, não se lhes reconhece autonomia nas decisões relativas ao seu corpo e ao seu fim reprodutivo. Aos homens, ainda que lhes seja atribuído um distanciamento relativamente ao processo reprodutivo, são eles que exercem o domínio neste processo (Figuroa-Perea, 1998).

No entanto, essa inferência directa do predomínio dos homens é passível de contestação, quando se constata o papel secundário que lhes é habitualmente atribuído na concretização do processo reprodutivo e nos cuidados com os filhos. Embora venham sucedendo mudanças na perspectiva de homens e mulheres, a contracepção, a gravidez, o parto e a educação dos filhos ainda são socialmente considerados responsabilidade exclusiva das mulheres, de tal modo que o papel do pai é o de mero colaborador, ajudando esporadicamente quando solicitado (Smigay, 1993; Figuroa-Perea e Liendro-Zignoni, 1995; Oliveira e Marcondes, 1999).

Embora homens e mulheres sejam e se reconheçam como participantes do processo reprodutivo do ponto de vista genético, isto não ocupa o mesmo lugar nos imaginários feminino e masculino. A preocupação com a reprodução é relevante para construir a identidade moral masculina mas está relacionada ao campo do social e não ao seu próprio corpo (Ariha, 1999). Ao contrário do que ocorre com as mulheres, para os homens existem poucas evidências em si mesmo do seu potencial reprodutivo, da sua qualificação para a paternidade, embora essa certeza seja fundamental para a afirmação da sua masculinidade. Para as mulheres a consciencialização da reprodução é primordialmente corporal, a começar na sua concretização no fluxo menstrual mensal, que testemunha a sua possibilidade de maternidade, enquanto para os homens a ejaculação está associada ao prazer sexual e não há possibilidade de paternidade (Badinter, 1993).

O desejo por um filho não faz parte do universo de preocupações e projectos masculinos na cultura ocidental tradicional. O ser pai é uma categoria construída pela sociedade. Os

homens reconhecem-se excluídos de um processo sobre o qual não têm controlo. O desejo não é deles, é um desejo submetido (Smigay, 1993; Oliveira e Marcondes, 1999).

Existe um modelo sociocultural dominante, ao qual homens e mulheres estão sujeitos. Nesse modelo ter filhos e formar família constituem expectativas legítimas, que são consideradas naturais (Oliveira e Marcondes, 1999). Tornar-se pai é, ao mesmo tempo, sinónimo de assumir responsabilidade social, de ser visto socialmente como um homem maduro, sério, qualquer que seja a sua concepção de masculinidade (Ariha, 1999; Oliveira e Marcondes, 1999). Para Bourdieu (1999) o ser pai faz parte da consolidação da virilidade, entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social.

Na tentativa de vivenciar relações mais igualitárias, tem-se desenhado um novo paradigma da paternidade, com uma figura paterna mais responsável com os filhos e mulher, participativa em todo o processo reprodutivo, incluindo o desenvolvimento das crianças e a sua educação, e que partilha não só necessidades materiais, mas, principalmente emocionais. Porém este modelo progressista coexiste com o tradicional, fazendo com que, muitas vezes os homens sintam dificuldades para se posicionar quanto a questões de género (Ariha, 1999). Na prática, convivem na vida social não apenas vários paradigmas de paternidade, mas também diversos tipos de masculinidade. Ainda que se possa falar na existência de um modelo dominante de masculinidade, assim como de um paradigma de paternidade, na dinâmica das relações sociais de género entende-se que varias masculinidades e paternidades não dominantes persistem, mesmo que reprimidas ou auto-reprimidas pela sociedade (Almeida, 1995).

Nesse contexto, no campo da reprodução, vários dilemas se colocam para os homens, e conseqüentemente também para as mulheres, na tentativa de se vivenciarem relações de género semelhantes. Em relação ao AM, assim como acontece com outros aspectos do processo reprodutivo, os papéis sociais de homens e mulheres tendem a ser compreendidos a partir de determinantes biológicos, que excluem os homens desse processo, por tratar-se de uma condição característica do corpo feminino, totalmente inviável no corpo masculino (Moreira e Nakano, 2002).

Nas últimas décadas, a “participação” masculina nas diversas etapas do processo reprodutivo tem sido alvo de grande interesse, razão pela qual se multiplicaram estudos sobre os homens no contexto da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (Berquó e Souza, 1991; Mundigo, 1995; Badiani e Camarano, 1998; Ariha, 1999; Duarte et al., 2003; Pantelides e López, 2005). Porém, ao contrario do que ocorre, por exemplo, com o uso dos métodos contraceptivos e o aborto, ainda pouco se sabe sobre como se dão as decisões e como homens e mulheres vivenciam o aleitamento materno no contexto das relações de género.

## OBJECTIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

### Objectivo Geral:

Conhecer as vivências dos casais durante o aleitamento materno do primeiro filho e as relações de género envolvidas

### Objectivos Específicos:

Identificar as expectativas do casal em relação ao aleitamento materno do primeiro filho;

Descrever as perspectivas das mulheres e dos homens quanto à maternidade e à paternidade e suas relações com o aleitamento materno;

Caracterizar a participação do pai no aleitamento materno;

Descobrir as relações de género envolvidas nas vivências com o aleitamento materno.

### Questão de Investigação:

Como é que as relações de género influenciam as vivências do casal primíparo durante o aleitamento materno?

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e qualitativo. Partindo do problema de investigação e dos objectivos definidos para este trabalho, o estudo foi encaminhado segundo uma abordagem do tipo qualitativo, por nos parecer que é aquela que permite obter a maior riqueza possível de dados, em termos de pormenores, relativamente a pessoas, pois como refere Fortin (1999, p.148) “as pessoas que participam no estudo tiveram ou têm experiência de um fenómeno particular (...) e investiga-se «com» e não «para» as pessoas

de interesse, no sentido de descobrir como o mundo é constituído e como o ser humano o experiência através dos actos conscientes”. Para Polit e Hungler (1995) este tipo de pesquisa costuma ser descrito como holística (preocupada com os indivíduos e o seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controlo impostos ao pesquisador). Desta forma, considerou-se que o método qualitativo seria o que permitiria descrever a experiência de um grupo de casais relativamente à vivência do aleitamento materno neste período específico da vida. Ou seja, como nos refere Psathas (1973, citado em Bogdan e Bicklen, 1994) o investigador está interessado em perceber como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas, o que experimentam, como interpretam as suas experiências e como estruturam o mundo social em que vivem.

Embora, frequentemente, o método qualitativo encaminhe para um raciocínio indutivo, procurou-se um raciocínio do tipo dedutivo-indutivo, com uma perspectiva compreensivista. Segundo Quivy e Campenhout (1998, p.144) qualquer estudo comporta inevitavelmente elementos de estruturação dedutiva mas também indutiva, observando-se “um jogo fecundo entre um e outro, que assegura ao mesmo tempo o recuo de uma construção e a pertinência dessa construção relativamente ao objecto”. Assim, iniciou-se por uma pesquisa, de forma a conhecer o que exista na realidade, que estudos já foram realizados no que diz respeito ao aleitamento materno no primeiro ano de vida do bebé, assim como os seus resultados, permitindo aumentar a consistência em relação à inquietação que constitui o estímulo para a realização deste trabalho. Posteriormente, com a colheita dos dados e conseqüente análise dos mesmos, o recurso ao enquadramento teórico inicialmente construído foi uma necessidade, o que ilustra todo este processo, ou seja, o movimento denominado, academicamente, de “vai e vêm”. Optou-se por desenvolver o estudo segundo uma perspectiva compreensivista, no sentido de compreender o sentido subjectivo atribuído pelos sujeitos à forma como vivenciam o aleitamento materno neste período. Tal como nos refere Weber (1864-1920, citado em Gil, 1995) a “compreensão envolve uma reconstrução no sentido subjectivo original da acção e o reconhecimento da parcialidade da visão do investigador” pois é fundamental que o investigador apreenda a experiência do mundo social sem descuidar a integridade subjectiva à qual as pessoas atribuem significado. (p.40)

Para melhor compreendermos como os casais vivenciam a amamentação foi necessário descrever as particularidades do objecto de estudo, nomeadamente, como é que se prepararam para o projecto amamentação, como é vivida a amamentação neste período específico das suas vidas e perceber as perspectivas das mulheres e dos homens quanto à maternidade e paternidade, sendo então um estudo do tipo descritivo, pois, segundo Polit e Hungler (1995) “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da

experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores”. (p.270)

Trata-se, ainda de um estudo transversal uma vez que recolheu informação acerca de aspectos que dão consistência ao fenómeno em estudo, num determinado momento, estando contextualizado num espaço de tempo, o primeiro ano de vida do bebé, tendo uma validade e sendo aplicado nesse mesmo período (Fortin, 1999). Traduz, assim, um corte temporal na visão do fenómeno e não a limitação do objecto.

Embora existam muitos estudos relativamente à amamentação ainda pouco se sabe como ocorrem as decisões e como homens e mulheres vivenciam o aleitamento materno no contexto das relações de género. Assim consideramos o nosso trabalho, ainda, do tipo exploratório. Segundo Fernández (1997), com o estudo exploratório o investigador pretende explorar domínios de investigação teoricamente pouco explorados para clarificar conceitos, identificar as questões e posteriormente validá-las.

### Participantes

Segundo Allbarelo, Digneffe, Maroy, Ruquoy e Saint-Georges (1997) nos estudos qualitativos, questiona-se um pequeno grupo de pessoas, pelo que a sua representatividade, no sentido estatístico da palavra não se coloca, porque os critérios que determinam o seu valor têm por base a adequação aos objectivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas, assegurando que nenhuma situação foi esquecida. Neste sentido, o grupo de sujeitos não foi escolhido com base no valor numérico da categoria que representam, mas ao invés disso, no seu carácter exemplar. Assim, definiu-se como sujeitos para o nosso estudo casais primíparos cujo filho tivesse sido amamentado pelo menos quatro meses. De acordo com as orientações académicas, seleccionámos 6 casais aos quais foi aplicado o instrumento de colheita de dados (pré-teste e cinco entrevistas).

Para a determinação dos sujeitos do estudo definiram-se os seguintes **critérios de inclusão**:

- o casal ter um único filho com idade até 12 meses, e que se tivesse sido desmamado, isso tivesse acontecido no máximo há um mês;
- o filho ter sido amamentado, no mínimo durante quatro meses;
- o casal ser casado ou viver em união de facto;

**Os critérios de exclusão são:**

- um dos cônjugues ter filhos de outras uniões;
- um dos cônjugues ter experiência de criar filhos de outras uniões;
- um dos cônjugues recusar-se a participar no estudo.

Caracterização da Amostra

Apresenta-se a seguir uma breve caracterização de dados biográficos (**Idade, Habilitações Literária, Estado Civil e Longevidade da União**) nos casais entrevistados e nela cada casal (**H= Homem; M= Mulher**) está identificado por um número que lhe foi atribuído, com a finalidade de preservar a sua identidade e manter o sigilo.

Quadro n.º 1 – Caracterização dos Casais

Casal		Idade	Habilitações Literárias	Estado Civil	Longevidade União
1	H	38	12º Ano	Casados	3 Anos
	M	26	Licenciatura		
2	H	34	12º Ano	União de Facto	1 Ano
	M	31	12º Ano		
3	H	31	12º Ano	Casados	4 Anos
	M	32	12º Ano		
4	H	34	12º Ano	Casados	5 Anos
	M	34	12º Ano		
5	H	26	Licenciatura	União de Facto	6 Anos
	M	27	Licenciatura		

## Material

Perante a selecção da abordagem qualitativa considerámos que a entrevista seria o instrumento que melhor permitiria a obtenção dos dados com vista à compreensão do problema que me propus estudar. Para Sousa (1998) a entrevista é um modo de comunicação na qual determinada informação é transmitida de uma pessoa A a uma pessoa B. Trata-se, segundo Ghiglione e Matalon (2001) de uma conversa tendo em vista um objectivo. É muitas vezes utilizada de forma reduzida ao impor uma escolha – resposta entre as alternativas relacionadas às perguntas rigidamente formuladas ou então à obtenção exclusiva dos aspectos apontados pelo entrevistador como os mais relevantes elementos de um conjunto científico previamente definido: o problema e a metodologia (Sousa, 1998). Esta técnica permite ao participante no estudo desenvolver de forma oral as suas ideias acerca de um determinado assunto, permitindo dar as suas opiniões.

Bogdan e Biklen (1994) referem ainda, que, num projecto de entrevista qualitativa a informação é cumulativa, ou seja, cada entrevista determina e liga-se à seguinte, o importante é o que se retira do estudo no geral. Face aos vários tipos de entrevista, considerámos que a semi-estruturada seria aquela que melhor daria resposta aos nossos objectivos para a colheita de dados, uma vez que permitiria ter algum controlo sobre o decurso de todo o processo, não sendo necessário colocar as questões de uma forma sequencial, o que favorece a explicitação das vivências dos sujeitos. Para Quivy e Campenhoutdt (1998) é aquela que não é inteiramente aberta ou encaminhada por um grande número de questões precisas, sendo que, habitualmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas orientadoras, relativamente abertas, a propósito das quais é necessário receber uma informação por parte do entrevistado, o que não significa que todas as questões sejam colocadas pela ordem em que foram construídas e sob a formulação prevista, tentar-se-á, tanto quanto possível, que o entrevistado fale abertamente, usando as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. Cabe, então, ao investigador reorganizar e reencaminhar a entrevista para os objectivos definidos, sempre que o entrevistado se afaste dos mesmos e colocar as questões às quais o entrevistado não alcance por si próprio no momento mais apropriado e da forma mais natural possível. Através das entrevistas semi-estruturadas há uma maior probabilidade de se obter dados comparáveis entre sujeitos, embora se possa perder oportunidade de compreender como os sujeitos estruturam o tópico em questão (Bogdan e Biklen, 1994). Neste seguimento, construiu-se um guião de entrevista, partindo dos objectivos formulados e das questões decorrentes do

problema, tendo ainda por base os grandes conceitos emergentes: aleitamento materno, maternidade e paternidade. Organizou-se o guião em torno de três blocos temáticos: preparação para o AM, a experiência com o AM, maternidade e paternidade (ver anexo 1). No primeiro bloco temático pretendeu-se perceber como o casal construiu o seu projecto de amamentação durante a gravidez. Com o segundo bloco temático pretendeu-se compreender como o casal tem vivenciado a prática do AM. O terceiro bloco temático destinou-se a identificar as mudanças na rotina do casal, a divisão de tarefas nos cuidados ao bebé e as suas perspectivas quanto à maternidade e paternidade. Ainda relativamente à construção do guião de colheita de dados, para melhor contextualizar o conteúdo da entrevista, assim como alguns aspectos mobilizados no enquadramento teórico, colheram-se alguns dados, no intuito de caracterizar os casais entrevistados no que concerne a alguns aspectos biográficos. Esta colheita de dados realizou-se no início de cada entrevista. Os referidos dados, segundo Estrela (1984) podem ser denominados de “ «dados mortos», que são utilizados como enquadramento de outros dados «vivos» (...) serão, portanto, dados de ordem estrutural e não de ordem dinâmica” (p.284), o que vai ao encontro do referido por Barqueto (1971, citado em Marconi e LaKatos, 1992) ao afirmar que, a estrutura é a «forma nascida da organização dos elementos que a compõem (elementos que nada significam por eles mesmos e que não adquirem sentido a não ser por sua participação no conjunto)» (p.86). Os contributos destes dados de estrutura revelaram-se aquando da aplicação da entrevista, bem como da análise subsequente.

### Pré-teste

O pré-teste está centrado na avaliação dos instrumentos de colheita de dados, visando garantir que meçam exactamente aquilo que pretendem medir (Gil, 1996). Os aspectos mais importantes a serem considerados no pré-teste, de acordo com Gil (1996), são a clareza e precisão dos termos, a quantidade de perguntas (se os entrevistados demonstrarem cansaço ou impaciência, é provável que o número de perguntas seja excessivo), a forma das perguntas (pode ser conveniente fazer uma mesma pergunta sob duas formas diferentes, com o objectivo de sondar as reacções dos entrevistados), a ordem das perguntas (no pré-teste pode ter-se uma ideia da conduta mais indicada para efectuar perguntas mais delicadas) e a introdução (mediante as inquietações e resistências do entrevistado, selecciona-se a melhor forma de introdução a ser utilizada aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados). No estudo em questão, para a aplicação do pré-teste, após a selecção de um casal, realizei a entrevista pré-teste, o que ocorreu no dia

12 de Dezembro de 2008. O pré-teste permitiu, então, identificar erros e dificuldades do entrevistador aquando da realização da entrevista, relacionados com a inexperiência do mesmo, nomeadamente, a forma como efectuei algumas perguntas que induziram a resposta do casal e, por outro lado, a dificuldade em conduzir o discurso da entrevista em pró dos seus objectivos, permitindo que o casal divagasse sobre outros assuntos e o tempo previsto para a realização da entrevista fosse ultrapassado. Após uma breve análise da entrevista, considerou-se que o guião da entrevista não necessitava de uma reformulação, mas a técnica do entrevistador precisava de ser melhorada.

### Procedimento para a Obtenção dos Dados

As entrevistas foram realizadas nos dias 20 de Janeiro, 12 e 26 de Fevereiro, 3 e 18 de Março de 2009, apresentando uma duração média de 60 minutos. Todas elas decorreram no domicílio dos casais. No momento da colheita de dados, em que os intervenientes participaram voluntariamente, assegurou-se aos casais o carácter confidencial e anónimo das suas respostas, a importância da colaboração, solicitando ainda, autorização para a gravação das entrevistas em suporte áudio, a qual foi concedida.

No final da entrevista agradeceu-se a participação e disponibilidade demonstrada. Foi, também, tido em conta que quando se utiliza a entrevista como instrumento de colheita de dados é importante ter em atenção que o investigador está presente e da mesma forma que pode auxiliar o entrevistado, pode igualmente inibi-lo, a ponto de prejudicar os seus objectivos (Gil, 1996). Assim, uma realização adequada da entrevista envolve, para além da estratégia, uma tática, que depende fundamentalmente do entrevistador. A este cabe, assim, ouvir o entrevistado, criar e manter um clima de respeito, confiança e cordialidade, permitir o tempo necessário para o entrevistado responder e formular perguntas coerentes, adequadas e compreensíveis (Sousa, 1998). Os investigadores devem obter o consentimento informado e a participação do entrevistado deve ser voluntária, assegurando, portanto, o princípio da autonomia. A confidencialidade e o anonimato devem ser assegurados e os entrevistados tratados com dignidade e respeito (Beauchamp e Childress, 1994, cit. In Carpenter, 2002).

## Tratamento e Apresentação dos dados

Os dados colhidos através da entrevista foram tratados com recurso à análise de conteúdo, dado que esta foi considerada como a mais adequada, por possibilitar analisar a informação (verbal e não verbal) detalhadamente, segundo o ponto de vista dos casais, sem produzir desvios no processamento dos dados. A análise de conteúdo, como refere Vala (1986, p.105), “é uma técnica de eleição para reunir, organizar e classificar dados de forma controlada, permitindo mostrar a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados”. A selecção desta técnica de análise de dados decorre do facto de se estar perante um estudo de índole qualitativa que visa descrever os fenómenos em estudo, em que a riqueza em termos de conteúdo será tanto maior quanto mais oferecer uma descrição das pessoas, objectos, lugares, acontecimentos e conversas (Bogdan e Bicklen, 1994).

Verifica-se, então, que o lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social, para Quivy e Compenhoudt (1998), é cada vez maior, no sentido em que oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade. É neste âmbito que se pretende perceber as vivências dos casais primíparos durante o AM.

O primeiro passo – pré-análise – diz respeito à organização dos dados, para a constituição do *corpus* de análise. Segundo Bardin (2008) o conjunto dos documentos que vão ser submetidos aos processos analíticos constitui o *corpus* da análise. Se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente o *corpus* da análise é constituído por todo esse material, ponderando questões metodológicas e questões de pertinência teórica, em que a sensibilidade do investigador orienta a selecção a realizar. Assim, a transcrição das entrevistas realizadas constituiu o *corpus* de análise, que corresponde a 45 páginas transcritas A4.

Posteriormente, procedeu-se à leitura “flutuante”, que de acordo com Bardin (2008) consiste em contactar com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, identificando frases e/ou expressões significativas. Através desta leitura obtiveram-se os contributos necessários para a definição das unidades de análise: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração. A unidade de registo “é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria” (Vala, 1986, p.114). Esta pode ser do tipo formal, em que se incluem a palavra e a frase, ou semântica, em que a unidade mais comum é o tema ou a unidade de informação, pelo que se definiu a frase ou expressão significativa. A unidade de contexto, que no estudo

corresponde à resposta, é definida, para Bardin (2008, p.107) como “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”. Por último, a unidade de enumeração, é, segundo Vala (1986), a unidade através da qual se procede à quantificação. Esta unidade não foi considerada pois os diferentes dados relatados têm maior relevância que o número de vezes referidos, visto a nossa pretensão ser perceber a opinião dos casais, analisar os dados tendo em conta a sua riqueza e não propriamente a quantificação (Bogdan e Bicklen, 1994).

Com a definição das unidades de análise, procedeu-se à categorização, efectuando a desmontagem do discurso utilizado pela pessoa, com vista à redução da complexidade do meio ambiente, estabilizando-o, identificando-o, ordenando-o ou atribuindo-lhe sentido, ou seja, pretendeu-se simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação (Vala, 1986). Assim, e de acordo com o mesmo autor, é necessário accionar um código, sendo as categorias os elementos chave do código do investigador. A categoria indica, então, a significação central do conceito que se quer apreender e, de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. A construção de um sistema de categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori* ou ainda através da combinação destes dois processos. Para Vala (1986) quando a interacção entre o quadro teórico de partida do investigador, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipóteses, permitem a formulação de um sistema de categorias e o que lhe importa é a detecção da presença ou da ausência dessas categorias no *corpus*, está-se perante uma investigação *a priori*. Por outro lado, na categorização *a posteriori*, de acordo com o mesmo autor, não existe nenhum pressuposto teórico que oriente a sua elaboração.

Neste sentido, considerou-se que a categorização utilizada no estudo, decorreu da combinação de ambos os processos, uma vez que se partiu não só da riqueza de conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas, através da leitura “flutuante”, mas também se articulou com aspectos integrados no enquadramento teórico. Uma vez construídas, as categorias de análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna, de modo a assegurar a exaustividade e exclusividade. Para verificar a sua exaustividade é necessário que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias. Para garantir a sua exclusividade, de acordo com Vala (1986) é necessário que a mesma unidade de registo só possa caber numa categoria. Este teste de validade interna foi efectuado primeiro individualmente e posteriormente com a professora orientadota, uma vez que “os sujeitos podem comportar-se de forma diferente a seguir a certas experiências surgidas após a sua entrada no estudo” (Fortin, 2000, p.142).

Procedeu-se, então, à construção de uma grelha de análise, apresentada seguidamente:

Quadro n.º 2 – Grelha de análise

Tema	Categorias	Subcategorias
<b>Preparação para o AM</b>	Construção do projecto de amamentação	1.Expectativas sobre o AM 2.Fontes 3.Conhecimentos adquiridos
<b>A experiência com o AM</b>	A prática do aleitamento Materno	1.Primeira mamada 2.Dificuldades 3.Orientações e ajudas recebidas 4.Atitude / Participação do Pai 5.Introdução de outros alimentos
<b>Maternidade e Paternidade</b>	Mudanças na rotina do casal	1.Adaptação do Casal 2.Estratégias adaptação 3.Influência do AM
	Cuidados com o bebé	1.Divisão tarefas 2.Opinião da Família
	Perspectivas quanto à Maternidade e Paternidade	1.Tarefas Típicas 2.Significância de ser Pai e Mãe 3.O mais Importante no Papel de Pai 4.Papel do pai A.M

Seguidamente construiu-se a matriz de análise, procedendo ao seu preenchimento com as unidades de registo recortadas, organizando-as segundo o fio condutor já considerado no enquadramento teórico, de forma a facilitar a posterior análise dos dados (ver anexo 2). Durante a construção da grelha de análise e matriz, utilizaram-se alguns códigos ou símbolos linguísticos, cujo significado se apresenta seguidamente:

- **E1** – Entrevista 1;
- **E2** – Entrevista 2;
- **E3** – Entrevista 3;
- **E4** – Entrevista 4;
- **E5** – Entrevista 5;
- **Texto a Negrito** – entrevistador;
- Texto Simples – entrevistado;
- **P** – Página;
- **L** – Linha, da qual foram retiradas as frases significativas das respectivas entrevista;
- (...) – Refere-se aos excertos da transcrição original, que não foram relevantes para a análise;
- ... - Refere-se a momentos de pausa no discurso dos sujeitos do estudo;
- Uma palavra entra [ ] – Palavra ou frase de ligação de modo a fornecer significado à declaração.

Importa, ainda, referir que alguns destes símbolos foram definidos aquando da transcrição das entrevistas, onde a pontuação, assim como a referência a algumas expressões e gestos dos casais dão maior credibilidade aos dados colhidos. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.49), a palavra escrita assume, na abordagem qualitativa, particular importância, quer para o registo dos dados, quer para a divulgação dos resultados, dado que, “não é raro passarem despercebidas coisas como os gestos, as piadas, quem participa numa conversa (...) e aquelas palavras especiais que utilizamos e às quais os que nos rodeiam respondem”.

O conceito de vivências, a partir do qual se fizeram as perguntas aos entrevistados e a leitura das suas falas, diz respeito a uma experiência vivida; algo marcante experimentado pelos casais nas diferentes etapas da gravidez e do AM do seu primeiro filho.

Este é um conceito oriundo da psicologia compreensiva, que o utiliza para referir-se a fenómenos intrapsíquicos como experiência, percepção, aprendizagem, memória, fantasia, imaginação. Nessa área de estudo entende-se vivência como o facto de experimentar, de viver algo, de ter experiência (Mora, 1977).

Neste trabalho, também se utilizou o conceito de perspectiva, entendido como parte da capacidade cognitiva dos indivíduos, mediante a qual estes dão sentido, categorizam,

medem ou codificam as experiências vividas. Pode ser entendida, no senso comum, como ponto de vista a partir do qual as pessoas avaliam uma experiência vivida (Fartex, 2005). Neste trabalho procurou-se evidenciar o ponto de vista de homens e mulheres quanto a ser mãe e pai, e acerca dos papéis sociais que homens e mulheres desempenham na amamentação e no cuidado com os filhos. Paralelamente ao conceito de perspectiva, também se trabalhou com o conceito de atitude, entendido como predisposição para responder de maneira consistente, favorável ou desfavorável, em relação a um determinado objecto (Lakatos e Marconi, 1999; Pedrão et al., 2002). O termo atitude, neste estudo, foi usado para referir-se ao comportamento e às reacções dos casais relativamente ao aleitamento materno do seu filho.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para que as indagações de uma pesquisa sejam respondidas de maneira significativa, de acordo com Polit e Hungler (1995), é necessário processar e analisar os dados de uma forma ordenada e coerente, de modo a que possam ser discernidas as relações e os padrões. Assim, “uma análise qualitativa envolve a integração e a síntese de dados narrativos, não numéricos” (p.35). Quivy e Campenhoudt (1998) salientam que a análise e discussão dos dados, tem como objectivo a interpretação dos mesmos. Deste modo, pretende-se reunir as informações significativas para esclarecer a natureza do problema de investigação e conduzir aos resultados obtidos, de forma a compreender a particularidade das vivências referidas pelos casais entrevistados. Assim, após a desmontagem dos seus discursos, aquando da categorização, reconstruiu-se um novo discurso não descurando o sentido atribuído inicialmente, recorrendo para tal, a dados presentes no estado da arte. Partiu-se, então, dos três grandes temas (e respectivas categorias e subcategorias) que emergiram da categorização, nomeadamente: PREPARAÇÃO PARA O AM, A PRÁTICA DO AM e MATERNIDADE E PATERNIDADE.

- Preparação para o AM

**Quadro nº 3** – Categorias e subcategorias decorrentes do tema “PREPARAÇÃO PARA O AM”

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
PREPARAÇÃO PARA O AM	Construção do projecto de amamentação	1-Expectativas sobre o AM
		2-Fontes
		3-Conhecimentos adquiridos

## Construção do projecto de amamentação

Pretendendo-se compreender de que modo o casal construiu o seu projecto de amamentação, definiram-se as subcategorias: Expectativas sobre o AM, Fontes e Conhecimentos adquiridos.

### 1-Expectativas sobre o AM

A Organização Mundial de Saúde considera que todas as mulheres devem ter a oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno nos primeiros 6 meses e como complemento até aos 2 anos de vida do bebé. No caso particular da nossa amostra, a maioria das mulheres tinha a expectativa de amamentar pelo menos até aos 6 meses de vida do bebé. Uma das entrevistadas partilhou a expectativa de poder amamentar exclusivamente o maior tempo possível. Apenas uma das entrevistadas revelou que não valorizava muito esta temática na gravidez.

Nas expectativas que os casais referiram ter em relação ao AM durante a gravidez, observou-se nos seus discursos uma visão essencialista do período da amamentação. Assim, como já observado por outros autores (Almeida, 1999; Moreira & Nakano, 2002; Nakano, 2003), verificou-se que os participantes da pesquisa viam o AM como algo da natureza, esperando portanto que a mulher fosse amamentar sem dificuldades. As mulheres e os homens tinham, durante a gravidez, uma expectativa muito positiva para a amamentação do bebé com base nessa perspectiva essencialista. Isto contribuiu para que os casais não manifestassem ter tido preocupação em se preparar para a amamentação.

**E3,P19, L16-17** “Mas a minha ideia era a de puder amamentar o maior tempo possível e se possível até aos 6 meses. (...)”

**E1,P4, L86-88** “ (...) Eu achava que era uma coisa natural, normal (...) Pensava na amamentação como algo natural. Eu pensava que era pôr a mamar e pronto.”

### 2-Fontes

Estudos nacionais e internacionais referem que é cada vez maior o número de mães que procura mais informações sobre aleitamento materno, aumentando também o número das que iniciam a amamentação.

Pereira (2009) tentou perceber, no seu estudo com casais primíparos, que recursos eram mobilizados individualmente e pelo casal, na aquisição de novas competências. Da análise, emergiu que eram internos e externos. Ponderou como recursos internos, aqueles que, como casal, foram convocados em estreita articulação dual, como seja, contarem consigo próprios nas primeiras experiências de cuidados ao bebé em casa, ao invés de recrutarem elementos da família para colaborarem ou mesmo os substituírem. Os recursos externos reportam-se a todos os meios que, individualmente ou em conjunto, mobilizaram para fazer face às suas necessidades. Estes estenderam-se desde a busca de informação em livros, Internet ou outros meios, passando pelas conversas informais com a família ou amigos com experiência parental, até a outros mais formais, como as aulas de preparação para o parto. No caso particular dos casais entrevistados, durante a gravidez, foram as mulheres que, relativamente aos homens mais recursos externos recrutaram. A maioria das mulheres afirmou ter-se preparado para o AM durante a gravidez. Apenas uma das mulheres afirmou não ter-se preparado para o AM. As mulheres obtiveram informações sobre AM através de livros, revistas, internet e outras mães. Alguns homens também frequentaram, mas em menor número e de forma menos assídua, as aulas de preparação para o parto e as consultas de vigilância.

Contrariamente aos estudos consultados, nestes casais a família não surgiu como grande suporte afectivo e funcional. Paraphraseando Giugliani (1994) a amamentação não é um acto instintivo mas sim uma arte transmitida de geração para geração. O facto destes casais estarem isolados da restante família poderá explicar esta realidade ou então porque as suas mães não amamentaram uma vez que o facto das mães e/ou tias e/ou irmãs amamentarem pelo menos seis meses constitui um factor determinante no sucesso do AM (Souza et al., 1991).

Actualmente a maioria dos casais vigiam a sua gravidez no sistema de saúde privado, feito por um médico obstetra que na maioria das vezes não está sensibilizado/habilitado para a sensibilização/promoção do AM, o que também poderá explicar a falta da informação dos casais.

**E3,P19,L6-8** “Sim. Tive aulas de preparação para o parto no centro de saúde e também li algumas coisas, revistas e livros durante a gravidez. “

**E2,P15, L195-196** “Preparou-se [Mulher], perguntando a outras mães e a ler livros (...) “

### 3-Conhecimentos adquiridos

Quando questionadas sobre a razão para manter o AM exclusivo, a maioria das mulheres não referiram os benefícios para si, mas apenas para os bebés, comprovando o que já tem vindo a ser averiguado, isto é, que o foco da promoção da amamentação prevalece na criança, ficando a saúde, o bem-estar e os direitos da mãe para segundo plano (Cohen et al., 1999; Pereira, 2000; Silva et al., 2005). Isto, inclusivamente, pode contribuir para o desmame precoce, na medida em que as mulheres podem-se sentir coagidas e sem estratégias para lidar com as dificuldades do período da amamentação

Duas das entrevistadas referiram o facto de ser mais prático e económico e outra salientou a preparação dos mamilos para o AM na gravidez, se bem que o uso desta técnica já se revelou ineficaz na prevenção da dor e fissuras do mamilo em estudos anteriores (Galvão, 2006).

Nenhum dos pais pareceu ter dúvidas de que o LM é o melhor para o seu bebé. Todos os homens entrevistados enunciaram as vantagens do LM, nomeadamente: reforço do sistema imunitário, económico, prático, nutritivo e constituição única. É de salientar que os homens da nossa amostra apenas enunciaram as vantagens do LM para o bebé.

Esse resultado é compatível com o que foi observado por Pontes et al., 2008, que realizaram um estudo com 17 casais no Brasil, com o objectivo de avaliar a participação do pai no processo da amamentação.

A naturalidade com que os casais perspectivavam o AM na gravidez, parece tê-los influenciado na recepção das orientações dadas pelos profissionais de saúde. Foi perceptível no depoimento de alguns entrevistados que, antes do parto não estavam preocupados com a amamentação, o que nos indicou que, esta não parece ser a melhor ocasião para transmitir informação sobre AM (Sandre-Pereira et al., 2000) embora isso seja preconizado pela OMS como sendo um dos 10 passos para o AM bem sucedido (WHO, 1998). Contemplando a questão desse ponto de vista, o pós-parto imediato poderia ser mais adequado, na medida em que a necessidade de aconselhamento e suporte emerge inevitavelmente na necessidade de alimentar o recém-nascido e de superar as dificuldades (Hofvander, 2003).

**E5,P38, L15-19** “ (...) Eu queria amamentar (...) pelos laços que se estabelecem, pelo facto da constituição do leite materno ser única e a melhor e mais adequada para o meu bebé. (...) o facto de ser muito mais prático e económico também são uma vantagem. “

**E3,P24, L155-156** “fui adquirindo ao longo das aulas e da gravidez, e também com ela [mulher], do que ia lendo, e me ia transmitindo. “

**Quadro nº4 – Síntese da análise do Tema “PREPARAÇÃO PARA O AM”**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<p><b>Construção do projecto de amamentação</b></p>	<p><b>Expectativas AM</b></p>	<p>A maioria das mulheres tinha a expectativa de amamentar pelo menos até aos 6 meses de vida do bebé. Todos os homens tinham a expectativa de que a esposa amamentasse a longo prazo.</p>
	<p><b>Fontes</b></p>	<p>A maioria das mulheres afirmou ter-se preparado para o AM durante a gravidez. Apenas uma das mulheres afirmou não ter-se preparado para o AM.</p> <p>As mulheres obtiveram informações sobre AM em diferentes fontes: livros, revistas e internet. Três das mulheres entrevistadas frequentaram um curso de preparação para o parto no Centro de Saúde ou Hospital. Todos os homens entrevistados demonstraram ter conhecimento das fontes de conhecimento, sobre AM, de suas esposas.</p>
	<p><b>Conhecimentos Adquiridos</b></p>	<p>A maioria das mulheres identificou as vantagens imunológicas e nutricionais do LM e a duração ideal do AM segundo a OMS. Duas das entrevistadas referiram o facto de ser mais prático e económico.</p> <p>Todos os homens entrevistados enunciaram as vantagens do LM, nomeadamente: reforço do sistema imunitário, económico, prático, nutritivo e constituição única. É de salientar que os homens da nossa amostra apenas enunciaram as vantagens do LM para o bebé.</p>

- A Experiência com o AM

**Quadro nº5** - Categorias e subcategorias decorrentes do tema “A EXPERIÊNCIA COM O AM”

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A EXPERIÊNCIA COM O AM	A prática do AM	1-Primeira mamada
		2-Dificuldades
		3-Orientações e ajudas recebidas
		4-Atitude/ Participação do Pai
		5-Introdução de outros alimentos

#### A prática do AM

Com o objectivo de perceber como os casais vivenciam o AM definiram-se 5 subcategorias: Primeira mamada, Dificuldades, Orientações e ajudas recebidas, Atitude/Participação do Pai e Introdução de outros alimentos.

#### **Vivências das mulheres**

##### 1-Primeira mamada

A maioria das mulheres entrevistadas referiu recordar-se da primeira mamada. Relativamente à experiência de amamentar pela primeira vez, que segundo Hannah Lothrop (2000) frequentemente resulta bem e contribui para uma experiência total de sucesso, a maioria das mulheres revelou-nos ter sido muito agradável ou agradável, o que coincide com os resultados obtidos por Galvão (2006).

À luz da revisão teórica consideramos que o resultado a que chegámos poderá constituir muito bom prognóstico para o sucesso da amamentação dos bebés em estudo, pois que habitualmente quando a primeira relação de amamentação corre bem a mãe adquire auto-confiança na sua capacidade de amamentar, ajudando-a perante dificuldades futuras a não desistir (Lothrop, 2000). Apenas uma das entrevistadas não teve sucesso na primeira tentativa de amamentar o R.N.

Matthews (1998) desenvolveu um estudo junto de 60 RN saudáveis e de termo e encontrou que embora alguns RN mamem efectivamente imediatamente após o parto a média leva 30-36 horas para estabilizar o seu comportamento alimentar e vários levaram 40 a 80 horas. Ou

seja, a satisfação materna com a amamentação e a sua motivação para continuar a amamentar são fortemente reforçadas, de forma positiva ou negativa, pela percepção que tem do progresso alimentar do RN, o que contraria a autora anterior

Acerca do suporte fornecido durante a primeira mamada, Galvão (2006) observou no seu estudo que grande percentagem das mães/bebés recebeu ajuda, na maioria prestada por profissionais de saúde. A maioria dos pais da nossa amostra não esteve presente na primeira mamada, não tendo por isso havido registos do seu suporte. Embora o pai do bebé na maioria das vezes estivesse presente no parto e a sua ajuda se tenha comprovado importante no estabelecimento da amamentação, nenhuma das nossas mulheres tiveram ajuda prestada pelos companheiros na primeira experiência de amamentação. Esta realidade poderá estar relacionada com o facto de estarmos perante homens e mulheres que são pais pela primeira vez e como tal os dias destes jovens pais após o parto e ainda na maternidade são de aprendizagem, sendo a acção de ensino dos profissionais de saúde fundamental.

**E2,P10,L32-37** “(...) Foi, foi muito bom, foi um espectáculo. (...) assim que nasceu colocaram-na logo na mama e foi muito giro. “

**E3,P20, L34** “Eu não me recordo muito bem quando foi a 1ª vez que ele [o Pai] assistiu a amamentação. (...) “

## 2-Dificuldades

A autora Galvão (2006) observou no seu estudo que, embora a maioria das mães atribuísse classificação de muito agradável ou agradável à experiência de amamentação desde que o bebé nasceu, se verificou uma quebra nos níveis de satisfação quando comparados com a experiência vivenciada na primeira mamada. A autora associou estes resultados às dificuldades sentidas pelas mães com a amamentação dos seus bebés.

Foi através do seu estudo “Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao RN” que Graça (2003) concluiu que após o nascimento da criança as principais dificuldades das primíparas estão relacionadas com o choro e a satisfação das necessidades nutricionais.

Relativamente aos problemas vivenciados pelas primíparas, Gonçalves (2008) concluiu na sua amostra, constituída por sete mulheres primíparas, que a primeira esfera de dificuldades focalizou-se sobretudo na amamentação. Para além da adaptação do bebé na mama, também a estrutura anatómica dos mamilos e a descida do leite surgiu como um obstáculo para amamentar.

No que se refere às dificuldades sentidas pela mulher ao amamentar o bebé, verificou-se que ¼ das mães sentiram dificuldades destacando-se as mais frequentes por ordem de apresentação: a colocação do bebé à mama, os mamilos dolorosos e fissurados, o ingurgitamento mamário e as gretas mamilares (Galvão, 2006). No caso particular da nossa amostra a grande maioria das mulheres entrevistadas afirmou que teve dificuldades na implementação do AM. Apenas uma das entrevistadas referiu não ter tido dificuldades. As dificuldades verbalizadas, por ordem decrescente de frequência, foram: mamilos dolorosos e gretados, má pega, má evolução ponderal no peso do bebé, hipogaláctia, cólicas intestinais no bebé e a descida do leite.

Os casais só terão percebido a utilidade das informações recebidas durante a gravidez quando confrontados com as dificuldades na amamentação. Entretanto, no contexto do que se vem analisando, parece-nos ser uma falsa solução para o problema, uma vez que os próprios casais admitiram que o AM era secundário no universo das suas preocupações durante a gravidez, uma vez que era visto como algo que ocorreria “naturalmente”. Galvão (2006) constatou no seu estudo a influência significativa da mãe ter recebido ensinamentos como amamentar desde que o bebé nasceu até 48 horas após o parto e a manutenção do AM aos 3 meses. Porém, certamente é necessário prever recursos humanos e materiais, de maneira que seja possível manter algo como, por exemplo, o estabelecimento do apoio domiciliário e a divulgação dos recursos já existentes, como por exemplo, “SOS amamentação” ou “Cantinhos da amamentação”, junto das púerperas e seus familiares.

**E1,P2, L16-22** “ Porque ele [o bebé] começou a perder peso. Quer dizer, (...) aumentava pouquinho (...) depois comecei a introduzir o suplemento, ao 1º mês. Depois, aí o problema foi que ele começou a pegar mal na mama. (...) Ele ainda não pega muito bem mas, mais ou menos, ainda não é uma pega perfeita. “

**E2,P9, L16-19** “ Fiquei sem leite. Aliás o meu leite não era bom. Ele era fraco porque a minha bebé chorava muito. Nós descobrimos, alias, eu descobri que ela pronto não ficava saciada. O meu leite realmente não era bom, não era suficiente.”

**E3,P20, L39-40** “Sim. No 2º dia fiquei com os mamilos bastante doridos e gretados e como tal estava a ser muito doloroso amamentar. (...) “

### 3-Orientações e ajudas recebidas

Consideramos importante realçar que embora constitua recomendação da OMS (1989) encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao AM, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta hospitalar ou ambulatório, nenhuma das entrevistadas referiu recorrer a grupos de apoio à amamentação.

O estabelecimento de apoio domiciliário é uma estratégia promotora do AM indicada pelo Ministério da Saúde, no entanto verificou-se que os casais da nossa amostra não beneficiaram de qualquer contacto após a alta hospitalar onde se abordasse o tema amamentação. Face a este resultado, à semelhança de Gomes-Pedro (1999), perdeu-se a espantosa oportunidade de realização de visita domiciliária, meio privilegiado de intervenção educativa e preventiva. Perante tal realidade, não será de estranhar o facto de a maioria das nossas mulheres ter beneficiado do apoio do marido para ultrapassar as dificuldades.

Conforme já referido no enquadramento teórico, no nosso país as puérperas ainda encontram obstáculos no acesso à assistência especializada para a resolução de problemas relativos ao AM, uma vez que ainda não estão sensibilizadas para a existência de apoios na comunidade (Rocha, Faria e Félix, 2007).

**E1,P2, L21-27** [adaptação na mama] “ (...) Pronto com uma certa dose de paciência (...) durante a noite, tiro com a bomba (...) E em vez de lhe dar o suplemento dou-lhe do meu [leite] com o biberão.”

**E4,P29, L64-65** “ (...) pensei não vamos [casal] estar aqui a chorar porque isto é mesmo assim (...) ele não nasceu ensinado, (...) o bebé também tem que aprender, e eu tenho que aprender. (...) pensei não vou entrar em pânico. (...) ”

#### 4-Atitude/ Participação do Pai

Muitas mulheres vivenciam um conflito relativamente ao duplo papel que desempenham (boa mãe/boa mulher). Poucas mulheres mantêm a amamentação sem o apoio dos companheiros. A manutenção da amamentação, contra a vontade do marido, pode gerar um sentimento de desconforto e medo da separação (Pereira, 2003). À luz do enquadramento teórico, a compreensão e apoio paternos foram citados como essenciais para a continuidade da amamentação pela maioria das mulheres (Pereira, 2003; Silva et al., 2005; Galvão et al., 2005).

Todas as nossas entrevistadas avaliaram a atitude e a participação do Pai como positiva, referindo que o Pai encorajava e apoiava o AM através de participação activa noutras tarefas (posicionar o bebé, pôr a arrotar, mudança da fralda e alívio das cólicas) para que estas pudessem amamentar, o que corrobora com o que vem sendo descrito na literatura.

**E1,P2, L30-31** “Ele encorajava-me. Até às vezes, houve momentos que o menos ansioso era ele. Mas sempre me encorajou para ter calma (...) “

**E3,P20, L47-50** “Foi boa. Disponibilizou-se imediatamente para ir comprar o creme e o mamilo de silicone. (...) durante a noite, porque o bebé fazia horários muito pouco espaçados, enquanto eu dava de mamar ele punha a arrotar, ele tirava-lhe a fralda, ajudava a pô-lo a deitar, ajudava-me bastante. “

O papel do pai durante a amamentação está amplamente descrito na literatura, por se revelar tão importante no sucesso desta prática. Terá início desde o momento da decisão da escolha da alimentação do filho, que deve ser sempre discutida pelo casal, até ao final da amamentação. Segundo Pereira (2006) são várias as actividades que o pai pode fazer para apoiar a mãe e terem sucesso na amamentação. Ajudar a mãe a posicionar-se confortavelmente para amamentar e fazer as actividades domésticas ou providenciar que alguém faça, para a mãe ficar disponível para o bebé e repousar no intervalo das mamadas. O papel do pai passa também, segundo a mesma autora, por elogiar e incentivar a mãe a amamentar, pois aumenta a auto-estima e confiança da mãe e associa-se ao sucesso da amamentação.

##### 5- Introdução de outros alimentos

Uma das razões mais frequentemente indicadas pelas mães para instituir o biberão ou para parar de amamentar é elas acharem que não têm leite suficiente porque pensam que o seu bebé “chora demais” (Pereira, 2006) por não ficar saciado. A mesma autora acrescenta ainda que um bebé que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e mãe e causar tensão entre outros membros da família.

Os motivos aludidos, por duas das mulheres entrevistadas, para o desmame precoce e consequente introdução do leite de fórmula foram: saber a quantidade exacta de leite que o bebé mamava, o que lhe conferia mais segurança, e porque é mais fácil e menos cansativo porque o pai já pôde participar mais activamente.

**E1,P3, L47-48** “ (...) deixa-nos mais tranquilos o leite artificial, porque nós sabemos que ele bebeu, mas eu sinto-me melhor se ele beber só o meu leite. “

**E2,P10, L47** “O pai participa muito mais agora a dar o biberão e é muito mais fácil. (...) “

Mas estas duas mães confessaram que se sentiam mais felizes se os seus bebés só ingerissem leite materno o que estará directamente relacionado com os benefícios percebidos, ou seja, as crenças relativas à eficácia da amamentação que conduzem à sua prática efectiva (Rocha, Leal e Maroco, 2007). Os mesmos autores acrescentam ainda que são as crenças do indivíduo acerca do que é verdadeiro e não tanto a realidade objectiva, que orientam os comportamentos.

As restantes entrevistadas, que amamentaram exclusivamente até aos 4 meses, afirmaram não ter dúvidas de que o AM é mais prático. No entanto, com a introdução de novos alimentos, referiram como vantajoso: a maior participação do pai na alimentação do bebé e o facto de se puderem ausentar e ter mais tempo para cuidar de si próprias, conforme é ilustrado pelas seguintes unidades de registo:

**E2,P12, L97-98** “Felicidade, (...) porque ele já podia participar e isso foi muito importante, poder participar os dois na alimentação do bebé, (...) ficámos todos satisfeitos, muito mais tranquilos (...)”

**E4,P30, L111- 114** “há os prós e contras. (...) o leite materno está sempre pronto(...) Agora não está sempre pronto, nós temos que fazer a preparação mas é uma coisa que já acaba por ser a dois. (...) eu acabo por poder me ausentar (...)”

A autora Gonçalves (2008) concluiu no seu estudo com mães primíparas durante os primeiros meses do pós-parto que ao nível das representações cognitivas do que é ser mãe, as mães referiram que uma das suas principais perspectivas futuras, num curto espaço de tempo, foi deixar de amamentar, estando relacionada com o seu regresso ao mundo laboral. Para esta autora é após os dois meses pós-parto que as primíparas começam a perceber o seu papel enquanto mães e que se caracteriza por determinadas alterações decorrentes da maternidade e também pelo aparecimento do início de algumas perspectivas futuras.

## **Vivências dos Homens**

### **1- Primeira mamada**

Todos os pais se recordavam da primeira mamada que vivenciaram. Um dos homens relatou não ter experienciado qualquer sentimento especial. Dois dos homens entrevistados porém sentiram dificuldade em expressar as suas emoções uma vez que ainda estavam centrados na vivência do parto e nascimento. Relativamente à sua participação, de um

modo geral, limitou-se a estar presente e dar apoio e suporte à mulher pois no seu entender não era possível participar de forma mais activa.

**E1,P5, L101** “Eu não sei. (...)” uma experiência engraçada (...) “

**E2,P15, L211-213** “ (...) não senti nada, fiquei a olhar, não senti nada de especial (...) “

## 2- Dificuldades

Assim como as mulheres os homens também referiram ter vivenciado o AM de forma tranquila e relataram as mesmas dificuldades iniciais. A maioria dos entrevistados estava ciente das dificuldades enfrentadas por suas esposas nos primeiros meses de AM. Os homens de uma forma geral avaliaram de forma positiva a atitude da esposa em prol da manutenção da amamentação apesar das dificuldades e o facto de a sua maior preocupação ser o bem-estar do bebé. Apenas um deles mencionou que o stress e a ansiedade da sua esposa foram o factor causador de não se conseguir estabelecer o AM exclusivo. Apesar de apontar esse aspecto negativo o entrevistado, posteriormente, assumiu que era ele quem lhe transmitia a ansiedade (seguidamente transcrito). Ou seja, tal como já referido anteriormente a compreensão e apoio paternos são essenciais para o estabelecimento e manutenção da amamentação para maioria das mulheres

**E1,P5, L105-106** “ Sim. No início ele [bebé] não estava a aumentar bem de peso e por isso ela [mulher] andava um bocado stressada. “

**E1,P6, L124-125** “ (...) a ansiedade que eu também passava um bocado para ela (...) ”

## 3- Orientações e ajudas recebidas

De um modo geral, o homem foi a fonte de ajuda e suporte para a mulher perante as dificuldades. Um dos homens relatou que a sua ajuda se baseou na transmissão de calma e confiança. Outro dos homens deslocou-se a farmácia de serviço para se abastecer de mamilo de silicone e pomada, a pedido da esposa. O quarto entrevistado referiu que ajudava durante a noite para que a mulher não ficasse tão cansada e sentisse o seu apoio. Apenas um dos homens afirmou que não esteve presente quando as dificuldades surgiram porque segundo este a esposa recebeu ajuda, ainda no hospital, do pessoal de enfermagem

e de uma amiga. O que contraria o discurso da mulher, uma vez que segundo esta as maiores dificuldades surgiram depois da alta hospitalar. O impacto no casal das dificuldades sentidas terá sido diferente na mulher e no homem.

Podemos assim concluir que foi unânime a importância do apoio paterno para que se estabelecesse e mantivesse o AM.

**E1,P5, L108-110** “Tentei transmitir-lhe calma, para insistir com ele. (...) Ter calma e insistir (...)”

**E4,P35, L277-280** “O que eu tentei ajudar, foi durante as noites, uma vez que ele pegava pelo menos duas vezes durante a noite e quando ele acordasse, acordávamos nós os dois. (...)”

#### 4- Atitude/ Participação do Pai

Quando questionados sobre como haviam participado no período da amamentação a maioria dos entrevistados relatou que avaliavam como positiva a sua atitude e participação. Todos os entrevistados referiram que sempre apoiaram o AM, ajudando no que podiam e achavam pertinente: pôr a arrotar, mudança da fralda e posicionar o bebé. Apenas um dos entrevistados referiu que, apesar de ter apoiado/ajudado o AM a sua ansiedade e persistência podem ter surtido um efeito negativo no estabelecimento da lactação. Revelou ainda sentimentos de frustração porque a esposa não acedeu ao seu pedido de ajuda a um especialista (pediatra) que lhe transmitisse calma/confiança e esclarecesse dúvidas. A ansiedade/dúvidas e baixo nível de confiança deste pai estiveram directamente relacionados com a fraca evolução ponderal no peso do seu bebé e a necessidade de quantificar o que o bebé mamava. Este pai via no pediatra alguém especializado e que lhe diria como actuar no caso específico do seu bebé.

As autoras Brito & Oliveira (2006) através do seu estudo, já anteriormente descrito, concluíram que a participação do pai influencia directamente o processo de AM salientando-se o pressuposto de que o seu apoio frequentemente faz a diferença entre o sucesso e o fracasso da amamentação.

**E4,P35, L274** “Sim, sempre dei apoio à minha esposa para continuar a amamentar. “

**E4,P35, L281-282** “ (...) Mas eu acho que não foi negativo, a ser foi sempre positivo. “

**E1,P6, L132-135** “ Às vezes sentia-me um bocado frustrado (...) acho que ouvir as palavras de alguém que tem mais experiência me deixava menos preocupado (...) Era mais para me acalmar. “

## 5- Introdução de outros alimentos

Dos pais entrevistados três afirmaram que amamentar era mais difícil/cansativo para a mulher comparativamente ao leite de fórmula, dado pelo biberão. Apesar de que, para um destes pais era mais trabalhoso o processo de preparar o leite de fórmula, durante a noite. É de salientar que apesar de terem a noção de que a amamentar era mais cansativo para a sua esposa as vantagens/benefícios do LM para o bebé prevaleciam, o que está de acordo com autores já referenciados.

Relativamente à introdução de outros alimentos, em dois dos bebés da nossa amostra, aos quatro meses de vida, ainda não tinha sido introduzido novos alimentos. Nos restantes três bebés já tinha sido introduzido na sua alimentação papas e sopa. Como tal, os depoimentos aqui analisados dizem respeito aos bebés em que já foi introduzido outros alimentos. Estes três pais disseram que o AM exclusivo era mais prático porque passou a ser necessário confeccionar as refeições do bebé. Mas por outro lado, referiram que era menos cansativo para a esposa e que o pai passou a poder participar mais activamente na alimentação do bebé. De um modo geral todos os homens entrevistados vivenciaram com naturalidade esta nova fase/etapa.

**E1,P6, L143-145** “ (...) o biberão é mais fácil. Não tem fome. É só preparar e não dá trabalho nenhum. Dá algum trabalho à noite. Ter que preparar o biberão, ter que aquecer a água (...) “

**E5,P43,L213-215** “ (...) Por um lado é mais prático a amamentação mas por outro lado deixa de haver a total dependência mãe-bebé e o pai já pode participar nas refeições, o que até aqui não era possível. “

Também foi interessante observar como os casais entrevistados, de modo geral, inseriram as dificuldades vivenciadas no período de amamentação em um quadro que naturalizava tudo o que estava relacionado com esse processo. Ainda quando as mulheres e os homens referiram ter enfrentado muitas dificuldades para iniciar e manter o AM, a sua avaliação no processo foi quase sempre positiva, pois consideravam que tudo tinha decorrido com tranquilidade, sem problemas demais. O que nos remete ao constructo social da maternidade, ao papel da mãe enquanto procriadora da espécie e à significância social da amamentação. Socialmente, o que se espera é que a mulher, como mãe, desempenhe satisfatoriamente o papel de nutrir o seu filho, ainda que isso implique enorme sacrifício pessoal. Essa expectativa é justificada pelo argumento de que se trata de uma função natural e exclusiva das mulheres (Correia, 1998; Roha, Leal e Maroco, 2007; Pereira, 2009).

Uma vez nos cuidados directos ao recém-nascido, a mulher se vê, e é vista também pelo meio social, como a principal responsável na sobrevivência imediata da criança. Assim, como outra necessidade, a da amamentação do bebé é ainda uma imposição para a mãe, da qual só será dispensada legitimamente se a causa for considerada incontestável. Nesse contexto, o desmame precoce ou a introdução de outro leite ou de alimentos é justificada quando a mulher pode dizer que anatomicamente as suas mamas não permitem amamentar ou quando a criança não aumenta de peso satisfatoriamente. Essa última condição, aliás, apresentou-se na amostra estudada como geradora de grande angústia para um dos casais. As ideias do “leite fraco”, do choro de fome, do bebé que fica nervoso porque suga e o leite não sai, como motivos para o não ganho de peso, estão presentes com frequência entre as justificativas socialmente aceites para o desmame e/ou para a necessidade de introduzir outros alimentos na dieta da criança (Correia, 1998; Roha, Leal e Maroco, 2007; Pereira, 2009).

Feitas estas considerações, é possível entender melhor porque os casais entrevistados neste estudo consideravam que tinham vivenciado a amamentação de modo tranquilo, apesar de referirem várias dificuldades. A sua experiência não destoava do quadro social mais amplo, e, mesmo quando foi preciso interromper a amamentação ou introduzir outros alimentos para o bebé, isto aconteceu dentro dos parâmetros da normalidade socialmente construída.

Quadro nº6 – Síntese da análise do Tema “A EXPERIÊNCIA COM O AM”

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<b>A PRÁTICA DO AM</b>	Primeira mamada	<p>A maioria das mulheres entrevistadas referiu recordar-se da primeira mamada. A maioria dos pais não esteve presente na primeira mamada.</p> <p>Todos os pais se recordavam da primeira mamada que vivenciaram. Relativamente à sua participação, de um modo geral, limitou-se a estar presente e dar apoio à mulher.</p>
	Dificuldades	<p>A maioria das mulheres entrevistadas afirmou que teve dificuldades na implementação do AM. Apenas uma das entrevistadas referiu não ter tido dificuldades. As dificuldades verbalizadas foram: má evolução ponderal no peso do bebe, má pega, hipogaláctia, mamilos dolorosos e gretados, cólicas intestinais no bebe e a descida do leite.</p> <p>Assim como as mulheres os homens referiram ter vivenciado o AM de forma tranquila e relataram as mesmas dificuldades iniciais. A maioria dos entrevistados estava ciente das dificuldades enfrentadas por suas esposas nos primeiros meses de AM. Apenas o homem, do segundo casal, referiu que a esposa não teve dificuldades no estabelecimento do AM, o que contrariou o relato da esposa.</p>
	Orientações e ajudas recebidas	<p>Nenhuma das entrevistadas referiu no seu testemunho ter ultrapassado as dificuldades sob orientação de qualquer entidade de Saúde. As decisões foram tomadas tendo por base os seus conhecimentos, transmitidos e inculcidos ao longo da gravidez. Para estas mulheres, foi do marido que receberam maior ajuda.</p> <p>De um modo geral, o homem foi a fonte de ajuda e suporte para a mulher perante as dificuldades. A sua ajuda passou por transmissão de calma e confiança, deslocação à farmácia de serviço para abastecimento de mamilo de silicone e pomada e apoio no período da noite. Apenas um dos homens afirmou que não esteve presente quando as dificuldades surgiram.</p>

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<p><b>A PRÁTICA DO AM</b></p>	<p>Atitude/ Participação do Pai</p>	<p>Todas as entrevistadas avaliaram a atitude e a participação do Pai como positiva. Todas as mulheres referiram que o Pai encorajava e apoiava o AM. A maioria referiu que estes participavam activamente noutras tarefas (posicionar o bebé, pôr a arrotar, mudança da fralda e alívio das cólicas) para que estas pudessem amamentar.</p> <p>De um modo geral os homens avaliaram como positiva a sua atitude e participação. Todos os entrevistados referiram que sempre apoiaram o AM. A sua participação passou por: pôr a arrotar, mudança da fralda e posicionar o bebé. Um dos entrevistados referiu que, a sua ansiedade e persistência podem ter surtido um efeito negativo no estabelecimento da lactação.</p>
	<p>Introdução de outros alimentos</p>	<p>Para a maioria das mulheres as vantagens/desvantagens da introdução de outros alimentos não foi consensual. Para a primeira mulher entrevistada o leite de fórmula dava-lhe mais segurança porque sabia a quantidade exacta que o seu bebé mamava. Mas por outro lado sentia-se mais feliz se amamentasse. Outra mulher disse que era muito mais difícil e cansativo quando a sua bebe só fazia LM porque não ficava saciada e chorava muito. Dar o biberão era menos cansativo e muito mais fácil porque o pai passou a participar mais na sua alimentação. Uma das entrevistadas afirmou que o AM era muito mais prático uma vez que o seu bebé ainda tinha dificuldades na ingestão de outros alimentos. Para esta mãe, se por um lado o AM era mais prático, com a introdução de novos alimentos o pai passou a participar mais. Referiu ainda o poder ausentar-se e se dedicar mais a si. A última entrevistada não teve dúvidas ao afirmar que o LM era muito mais prático apesar de a introdução de outros alimentos ter sido mais fácil do que esperava.</p> <p>Dos pais entrevistados três afirmaram que amamentar, apesar de prático, era mais difícil/cansativo comparativamente ao leite de fórmula, dado pelo biberão. Com a introdução de novos alimentos passou a ser menos cansativo para a esposa e o pai passou a participar mais activamente na alimentação do bebe. De um modo geral todos os homens entrevistados vivenciaram com naturalidade esta nova fase/etapa.</p>

## Maternidade e Paternidade

**Quadro nº7-** Categorias e subcategorias decorrentes do tema “MATERNIDADE E PATERNIDADE”

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>MATERNIDADE E PATERNIDADE</b>	Mudanças na rotina do casal	1-Adaptação do Casal
		2-Estratégias adaptação
		3-Influência do AM
	Cuidados com o bebê	1-Divisão tarefas
		2-Opinião da Família
	Perspectivas quanto à maternidade e Paternidade	1-Tarefas Típicas
		2-Significância de ser Pai e Mãe
		3-O mais importante no Papel de Pai
		4-Papel do Pai AM

No âmbito do Tema “Maternidade e Paternidade” achámos significativo analisar e discuti-lo através de 3 categorias: Mudanças na rotina do casal, Cuidados com o bebê e Perspectivas quanto à maternidade e paternidade.

## Mudanças na rotina do casal

1- Adaptação do Casal

Conforme já mencionado no enquadramento teórico o nascimento do primeiro filho assinala também o nascimento da família (Brazelton, 1998). A díade alarga-se a uma tríade e as transformações afectivas nos jovens pais é acompanhada de uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias no seio do próprio lar, na relação conjugal e com a família de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (Relvas, 1996). Reportando-nos à nossa amostra, homens e mulheres não tiveram dúvidas ao afirmar que o nascimento do filho provocou mudanças na rotina do casal. A maioria dos entrevistados referiu mesmo que tudo mudou. As principais mudanças foram: as prioridades, o horário das refeições, as saídas, a disponibilidade e a vida social.

Um dos pais verbalizou sentimentos de constrangimento por ter que abdicar dos seus hobbies. Segundo o estudo realizado por Pereira (2009) a diminuição nos homens do seu tempo de lazer devia-se a duas causas primordiais: 1-uma vivência investida da paternidade, pelo que partilham de forma igualitária os cuidados à criança. Como tal, este acréscimo de tarefas reduziu o tempo anteriormente dedicado ao lazer; 2- anteriormente ocupavam o seu tempo livre com a parceira e depois de o bebé nascer, estando elas mais ocupadas com a criança, estavam menos tempo com os parceiros. Daí que tenham considerado que o seu tempo tivesse reduzido depois do nascimento do filho. Na sequência do que anteriormente foi referido pensamos que no caso do pai da nossa amostra o seu constrangimento se deveu, não só a uma causa mas sim, à conjugação das duas.

Este pai verbalizou a vontade de que esta fase/etapa de maior dependência acabasse rapidamente, para que pudesse voltar à rotina anterior ao nascimento do bebé. Este pai parece-nos ainda não se ter adaptado à nova dinâmica familiar, talvez porque quando perspectivou as mudanças na paternidade não contemplou uma possível diminuição no seu tempo de lazer. O seu discurso deixou transparecer melancolia, frustração e saudade. Os restantes entrevistados (homens e mulheres) relataram estar a vivenciar estas mudanças naturalmente, mas de forma progressiva.

**E3,P21, L94-96** “Sim muda. De 3 em 3 horas tenho que estar disponível para lhe dar de mamar. Não posso sair para nenhum lado sem ter bem planeado as horas que ele tem de comer. A maioria das vezes tenho que sair também com ele. (...)”

**E4,P31, L134- 139** “ sim mudou. (...) ele muda tudo (...) A atenção acaba por ser muito mais para ele. Ele requer muito tempo nosso. E deixa de ser uma vida a dois para passar a ser uma vida a três. (...) deixei de ir ao ginásio (...) São uma série de almoços fora, jantares fora (...) isto acaba. Mudou muito, muito (...)”

**E1,P6, L147-149** “ Mudou tudo. A rotina imposta por ele, se tem fome vai comer se está sujo tem que se mudar a fralda se está cansado tem que dormir (...) a nossa rotina acabou é a rotina dele e mais nada. “

**E2,P16, L250-254** “Mudou muita coisa, mudou tudo. «Agente faz menos e mais depressa» porque assim que a gente consegue deixar quieta nalgum sítio, e fazer o que (...) fazia antigamente e se calhar nem faz tudo (...) há coisas que (...) tem que se cortar (...) eu que tinha uma vida muito, muito ocupada (...) ocupava o tempo todo (...) com coisas que gostava de fazer (...)”

**E2,P17, L257-259** “acaba por constranger um bocadito, mas depois ou nós habituamo-nos ou então nós ocupávamos o tempo todo com as coisas que fazíamos em solteiro, (...) a partir daí (...) corta-se bastante. “

## 2- Estratégias adaptação

O casal poderá usar a gravidez para compreender e, caso seja necessário, modificar a divisão de tarefas (Brazelton, 1995). Esta partilha de tarefas podem significar o início da aceitação e da aquisição de novos papéis parentais, uma vez que os pais expressaram vontade em partilhar os cuidados ao filho (Rocha, Faria e Félix, 2007).

De um modo geral homens e mulheres relataram que não houve preparação/estratégias específicas de adaptação às novas rotinas. O curso natural da gravidez serviu para gradualmente interiorizarem a necessidade de adaptação, o que confirmou a teoria dos autores supracitados. Uma das mulheres referiu ainda que foi só após o nascimento do bebé que teve início a sua fase de adaptação.

Um dos pais salientou o facto de ser o primeiro filho do casal e como tal ainda estavam a aprender como agir/reagir às mudanças com que se deparavam no dia-a-dia, pois embora possa parecer instintivo, os cuidados ao bebé precisam ser apreendidos, principalmente por casais que estejam a ser pais pela primeira vez (Rocha, Faria e Félix, 2007).

**E4,P31, L148- 151** “ (...) não. É quando chegar o momento, vamos viver o momento. (...) Portanto vamo-nos adaptando. E ele chegou e nós fomos adaptando-nos. Claro que leva algum tempo (...) “

**E1,P7, L152-153** “ (...) não houve uma grande preparação de vou deixar de fazer isto e aquilo. foi acontecendo naturalmente de forma progressiva. “

## 3- Influência do AM

Não é recente a ideia de que o AM influencia a sexualidade do casal. Amamentação e Sexualidade são o tema do estudo que Pereira em 2003 desenvolveu com homens e mulheres no Brasil e na França. Segundo as suas entrevistadas o retorno a uma vida sexualmente activa com o companheiro foi frequentemente alvo de negociações, nem sempre satisfatórias para ambas as partes. Nesse sentido foi frequente os relatos sobre a dedicação exclusiva da mãe ao bebé, colocando o companheiro em segundo plano, o que foi sentido por muitos homens como uma rejeição. Este estudo está em consonância com o discurso de dois homens e uma mulher da nossa amostra. Para estes, o AM interferiu no

relacionamento do casal. As razões apresentadas foram, o facto de a atenção da mulher se centrar no bebé ficando o homem/casal para segundo plano. A outra razão referida foi que o bebé chorava a noite inteira, o casal não dormia e como tal o relacionamento conjugal não existia pois não havia disponibilidade.

Para a maioria das mulheres e homens o AM não interferiu de forma negativa no relacionamento do casal. Para alguns o AM teve uma influência positiva na união/reaproximação do casal. Baseado no Princípio de que o ser humano age de acordo com o significado que as coisas têm para ele, é possível afirmar que o AM tem uma significância positiva para o Homem/Mulher. Estes percebem as alterações ocorridas no seu relacionamento conjugal porém não consideram essas mudanças como algo negativo nas suas vidas. Brito e Oliveira (2006) também observaram no seu estudo que a amamentação contribuiu para a aproximação conjugal, apesar do afastamento físico, emocional e sexual em alguns casais.

As autoras, já anteriormente referidas, desenvolveram o seu estudo com o objectivo de identificar a percepção do homem acerca das mudanças ocorridas no seu relacionamento conjugal durante a amamentação do filho. Os resultados apontam que os homens desenvolvem atitudes e sentimentos relativos ao filho e à companheira, reconhecendo que as alterações no seu relacionamento conjugal são mais evidentes nos três primeiros meses de vida da criança e tentam compreender ou demonstram indiferença face às mudanças. Embora a amamentação desencadeie modificações no relacionamento conjugal dos entrevistados, eles não as consideram como negativas em suas vidas. Concluíram ainda que o pai percebe que o seu relacionamento conjugal sofre mudanças durante a fase do AM, relacionando-as à criança, à companheira e à rotina doméstica.

**E1,P7, L155-157** “ (...) Eu acho que interfere um bocado porque a nossa atenção é toda para ele, nós deixamos de dar assim tanta atenção um ao outro e passa a ser mais atenção para ele.”

**E2,P18,L303-304** “ (...) não interferiu em nada (...) mas também porque lhe começámos a dar o biberão porque quando só fazia o leite da mãe os dias e as noites eram um desespero, não dava para aguentar muito mais tempo. “

Cuidados com o bebé

### 1- Divisão tarefas

A maioria das mulheres e homens disse que nunca houve uma divisão rígida de tarefas excepto na amamentação que era exclusiva da mãe. Os cuidados ao bebé seriam prestados

tanto pela mãe como pelo pai. As tarefas em que o pai mais participava e que as mulheres enumeraram foram: dar o banho, mudança da fralda e alívio das cólicas. Os estudos demonstram que o pai contemporâneo “mais moderno” ultrapassou a posição de provedor da família. Actualmente o homem tem procurado participar na gravidez, cuidando da companheira em diferentes dimensões o que acaba por se reflectir de forma positiva no parto e pós-parto. Tratando-se do nosso estudo, podemos afirmar que a maioria dos pais desenvolveu cuidados com as suas companheiras durante a fase de AM.

As mulheres igualmente protagonistas de uma forma de conjugalidade fusional tenderam a sobrevalorizar o que os homens faziam ou a justificar a sua demissão. Foram os homens que maioritariamente, em relação às mulheres, assinalaram a assimetria, referindo que a partilha era desigual e que as conjugues estariam sobrecarregadas dado que, a par das tarefas domésticas, tinham a seu cargo os cuidados ao bebé (Pereira, 2009). Esta tendência reflectiu-se no discurso de dois homens e duas mulheres. Um dos pais disse que era a mãe quem geralmente cuidava do bebé por ter mais prática. Outro pai disse que, nos primeiros meses de vida do bebé, foi sempre a mãe quem realizou a tarefa dar banho ao bebé, pelo mesmo motivo. Duas mulheres justificaram a ausência do pai, por motivos profissionais, sendo a mãe quem desempenhava as várias tarefas.

Para estes dois pais a mãe será o principal prestador de cuidados, pois é ela quem melhor sabe cuidar o que vai ao encontro de que a amamentação tende a prolongar esta dependência e o estereótipo do materno assume de novo protagonismo (Rocha, Leal e Maroco, 2007). Todos os homens entrevistados avaliaram a sua participação nos cuidados como muito positiva. A avaliação das mulheres foi idêntica. Para estes pais, quanto maior fosse a sua ajuda mais liberta estaria a mulher para se dedicar a outras tarefas.

Assim, a fase inicial da vida do bebé é caracterizada pela simbiose, sendo esta uma condição necessária ao seu desenvolvimento. A simbiose é consensualmente atribuída à díade mãe-bebé, logo, ligada à figura feminina, por ser a que está mais disponível para o bebé, a que amamenta e presta a maior parte dos cuidados físicos e emocionais. No entanto, cremos que esta é, à luz de tantas outras teorias, um construto social, na medida em que a criança se tende a ligar a quem maioritariamente lhe supre as necessidades

**E2,P13, L124-132** “ (...) sempre tomou banho com os dois (...) o pai é uma 2ª mãe (...) ele trata de tudo conforme a mãe trata, ele sabe tanto como a mãe sabe (...) nunca existiu (...) ele é o pai, ela é que é a mãe, ela é que trata do bebé. (...) ele faz tudo (...) ”

**E5,P40, L116-117** “ (...) Eu acho bem que o meu marido participe até porque se o filho é dos dois, têm que ambos participar nas várias tarefas que um bebé exige. ”

**E1,P7, L162-163** “ De uma maneira geral é ela [mulher] que cuida dele, porque já tem mais prática com ele mas eu também ajudo.”

**E2,P17, L269-272** “Fazia as tarefas que eram dos dois e fazia as que eram individuais. Mudar a fralda, intercalávamos, não custava muito a ela nem a mim (...) ”

**E3,P26, L221-222** “sempre cuidámos os dois. Não há tarefas distribuídas. Só há uma o amamentar, de resto tudo é partilhado. (...) ”

físicas e emocionais, o que significa que a criança não escolhe o sexo do cuidador.

## 2- Opinião da Família

Todas as mulheres entrevistadas partilharam que o modo como o casal compartilhou os cuidados ao bebé, foi bem aceite pelos familiares mais próximos. Todos os casais viviam significativamente distanciados dos seus familiares e como tal estes não tinham noção da realidade do dia-a-dia dos casais. A maioria das mulheres referira ainda que os familiares mais velhos estranhavam esta nova divisão de tarefas entre homem e mulher. Para as entrevistadas, o facto de aceitarem esta nova realidade devera-se a não terem tido a oportunidade de usufruir da mesma.

O discurso da maioria dos homens entrevistados deixou transparecer que esta temática nunca foi tema de conversa com a família. Apenas um dos entrevistados relatou que a família concordou e transmitiu sentimentos positivos relativamente à participação activa do pai nos cuidados com o bebé. Dos nossos entrevistados três admitiram que a família não tinha conhecimento da forma como o casal cuidava do bebé/dividia tarefas. Ou seja, não parece ter existido uma relação de inter-ajuda entre o casal e a família de origem. O casal estava no seu próprio meio e esporadicamente confraternizava com a sua família de origem. Como tal estes pais supunham que a família concordava porque nada tinha sido dito em contrário, o que era natural se tivermos em conta que a família não está presente no dia-a-dia deste casal. Um dos homens afirmou que a família de origem concordava apesar de ter consciência que com os seus pais esta divisão de tarefas não existia. Parece-nos que estamos perante famílias do tipo nuclear doméstica fechada, com fortes laços emocionais, bastante individualizada em relação à família alargada e preocupada com a educação dos seus filhos.

A igualdade entre homens e mulheres é defendida e aclamada numa sociedade que se diz civilizada, porém, parece que este direito declina quando a mulher deixa de ser filha e para passar a ser, também esposa e mãe. Observa-se então que as lógicas estão a mudar. Se por um lado, temos homens que reclamam um papel mais participativo na vida familiar, nomeadamente nos cuidados aos filhos, por outro, temos mulheres que, sendo mães, não prescindem de manter a sua individualidade promovida, também, noutras áreas externas à vida familiar. A mudança das praticas sofre um efeito retardado, uma vez que não se opera ao mesmo tempo do que a do plano das ideias. Ou seja, apesar de ser unânime o direito à igualdade entre homens e mulheres, uma divisão democrática nos cuidados aos filhos ainda é motivo de admiração.

**E3,P22, L123-127** “Acham bem. Claro que as pessoas mais velhas como os meus avós ficam um bocadinho espantadas, mas acham bem e dizem que tenho a sorte de ter a ajuda, que elas nunca tiveram (...)”

**E2,P17, L284-287** “Eles acabam por não saber, (...) daquilo que vêem é normal, não é, o mudar-lhe a fralda, o dar-lhe de comer, não vêem mais do que isso. Nós estamos no nosso meio, por isso acho que não interferem. Até porque o que nós fazemos é o que os outros fazem. “

## Perspectivas quanto à maternidade e Paternidade

A partir da perspectiva do que os casais entendiam ser o curso natural do AM é que se apresentou a necessidade de analisar/discutir as relações de género em que, os homens e mulheres da nossa amostra, estavam envolvidos durante o AM de seu primeiro filho. Para este estudo, tomaram-se como possíveis indicadores de tais relações a perspectiva dos entrevistados quanto à maternidade e paternidade, bem como a sua percepção acerca do que são tarefas típicas das mulheres e dos homens nos cuidados com o bebé

### Perspectivas das mulheres

#### 1- Tarefas Típicas

A parentalidade moderna exige que se abandone o modelo onde predomina a maternidade. As funções que antes eram inteiramente da responsabilidade da mãe são à luz de novos contornos, partilhadas com o pai. Os pais e mães tendem a ter, cada vez mais, papéis igualitários quer em termos de deveres como de direitos (Torres, 2001).

Para a maioria das mulheres entrevistadas não existiu tarefas típicas da mãe ou do pai. A única tarefa típica da mãe seria a amamentação. Apenas uma das mulheres referiu que o vestir e a escolha da roupa era tarefa típica da mãe e era sempre o pai quem preparava a água para o banho do bebé. Para esta mãe esta divisão rígida de tarefas estava relacionada com a habilidade de cada um.

**E3,P22, L116-118** “ (...) eu penso que não há nenhuma tarefa tipicamente da mãe. Só mesmo a amamentação porque ele não o pode fazer por mim, de resto ele faz tudo o que eu faço. “

**E2,P13, L146-156** “O vestir, (...) a escolha do que é que ela vai vestir, o que é que ela não vai vestir, isso é sempre mãe (...) tudo sim, (...) ele não porque também não faz, se ele fizesse uma vez era suficiente, não é! (...) Agora uma tarefa tipicamente do pai (...) o pai, normalmente, prepara o banho. “

## 2- Significância de ser Pai e Mãe

Embora homens e mulheres sejam e se reconheçam como participantes do processo reprodutivo do ponto de vista genético, isto não ocupa o mesmo lugar nos imaginários feminino e masculino. A maioria das entrevistadas afirmou que era tão importante para o homem ser pai quanto para a mulher ser mãe. Uma das entrevistadas disse que nem todos os homens têm o desejo ser pai ao contrário das mulheres. Outra entrevistada declarou que os homens só valorizam a paternidade depois do nascimento do bebê.

Para esta entrevistada a maternidade é muito importante para todas as mulheres, muito antes de uma gravidez e relacionou esta ideia com o factor tradicional.

**E2,P14, L173-177** [Importância de ser Mãe] “Sim, muito importante (...) as pessoas ficam a pensar de outra forma, (...) dão mais valor ao amor, dão mais valor à família (...) dão mais valor a tudo. Sim, claro que é importante até porque nos faz bem ao ego (...) Ser mãe é bom, é algo positivo, e ser pai também é a mesma coisa. “

**E4,P33, L213-222** “ (...) acho que a maioria dos pais, mesmo que não pensem em ser pais, a partir do momento em que são pais, dão-lhe uma maior importância, (...) até agora que ele cresceu dentro de mim, foi amamentado e está bem, porque eu lhe dei o leite, fui eu que fiz, fui eu só que fiz ele (...) ficar grande, (...) Mas eu acho que a partir de agora, é muito os dois, a importância é dos dois. (...) “

## 3- O mais importante no Papel de Pai

Duas das entrevistadas afirmaram que o papel do pai devia incidir na educação. Para estas duas mulheres o mais importante é a educação da criança, moldar as bases do que será na vida adulta. Dar educação seria estar presente, transmitir valores e princípios, amar e contrariar quando necessário. Esta mãe deixa transparecer o seu desejo de um pai mais presente nos cuidados ao filho talvez porque o seu modelo paterno ficou marcado pela ausência

**E4,P33, L227-233** “ Eu acho que a educação da criança é o mais importante. (...) porque nós vamos colher um dia aquilo que plantámos. E ele vai ser um dia as bases que nós lhe demos. Portanto, tudo aquilo que nós lhe demos como base será visto a longo prazo. De uma forma mais ou menos torta mas é no fundo aquilo que ele vai ser. É um dia aquilo que nós lhe tentámos dar e a educação é muito importante, mais que tudo. A educação é estar presente, é dar amor, é dizer não quando é preciso dizer que não (...) “

#### 4- Papel do Pai AM

São muitos os estudos que evidenciam a importância do papel do pai no estabelecimento/manutenção do AM, tendo alguns deles já sido referenciados anteriormente. Para a maioria das mulheres entrevistadas o papel do pai passaria por ajudar a mãe para que ficasse mais disponível para amamentar. Essa ajuda passaria por, pôr o bebé a arrotar, posicionar o bebe, dar o biberão e participar nas tarefas domésticas.

**E1,P4, L78-80** (...) "Pronto é o que ele pode fazer. Pôr a arrotar, posicionar. Dar o biberão (...) é sempre ele que dá (...)"

**E5,P41,L154-156** " (...) Eu penso que o papel do pai na amamentação passa por apoiar a mãe a mãe ao máximo nas outras tarefas para a libertar um pouco, porque a amamentação em si é só a mãe e o bebé. (...)"

### Perspectivas dos homens

#### 1- Tarefas Típicas

Para a maioria dos homens não existiam tarefas típicas, excepto a amamentação, uma vez que tal como o filho também as tarefas eram dos dois membros do casal. Apenas um dos pais confessou que para ele a divisão das tarefas estava dependente do sexo do bebé, nomeadamente os cuidados de higiene. Para este pai o facto de ter um bebé do sexo feminino implicava que algumas tarefas fossem apenas realizadas pela mãe, nomeadamente a higiene, a escolha do vestuário, vestir e o banho, e não exitou em afirmar que se o bebe fosse do sexo masculino já participaria mais activamente nestas tarefas.

**E1,P7, 177-178** " Não, não concordo. Na situação da amamentação, claro, obviamente, mas de resto (...) acho que não há nada (...) que eu não possa fazer. "

**E2,P17, L277-279** "Também depende do sexo do menino, se for menino ou se for menina, aí o sexo influencia um bocadito, que é o caso, há tarefas que é mais com ela [esposa], se fosse menino, na higiene e noutras coisas eu sentia-me mais á vontade. "

## 2- Significância de ser Pai e Mãe

Para Bourdieu (1999) o ser pai faz parte da consolidação da virilidade, entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social e talvez por isso, todos os homens entrevistados não tiveram dúvidas ao afirmar que era importante ser pai para os homens em geral. Dois dos entrevistados disseram que era igualmente importante ser pai e mãe para homens e mulheres em geral. Os restantes entrevistados achavam que era mais importante para as mulheres ser mãe do que para os homens ser pai. Os motivos mencionados foram, o instinto maternal, a tradição, factores hormonais e a importância conferida ao projecto maternidade.

**E2,P18, L301** “ (...) Para as mulheres é ainda mais importante. É o instinto maternal. “

**E4,P37, L333-337** “Acho que é mais importante para as mulheres ser mãe do que para os homens ser pai. Para além do lado tradicional, do lado hormonal, eu acho que (...) mexem mais com as mães do que com os pais. “

## 3- O mais importante no Papel de Pai

A maioria dos nossos entrevistados referiu que a educação era o mais importante no papel de pai. Foi também mencionado como importante, pelos nossos entrevistados, o factor descendência, ser o primeiro amigo e o reunir boas condições socioeconómicas.

**E2,P18, L296-300** “ (...) tenho uma obrigação muito mais importante que não posso falhar, é mais o não poder falhar. É deixar a descendência (...) os filhos acabam por preencher a família (...) e daí, nós à medida que vamos envelhecendo gostávamos de ter mais filhos (...) só que gostávamos de os ter já criados (...) “

**E4,P37, L342-343** “Eu acho que não está a ser agora. Eu acho que vai ser depois, quando ele for maiorzinho para se saber como educá-lo, (...) estar às expectativas dele. “

## 4- Papel do Pai AM

Os estudos têm mostrado que a participação do pai influencia directamente o processo de AM de maneira que o seu apoio frequentemente faz a diferença entre o sucesso e o fracasso da amamentação (Brito & Oliveira, 2006). Segundo as mesmas autoras muitos homens julgam-se excluídos do processo amamentação porque efectivamente não amamentam o que pode influenciar negativamente todo o processo.

A totalidade dos nossos entrevistados achavam que o papel do pai no AM passava por estar presente e auxiliar nas restantes tarefas. As tarefas mais mencionadas pelos pais foram: colocar o bebé no colo após as mamadas, pô-lo a arrotar e mudança da fralda. Um dos nossos entrevistados partilhou sentimentos de impotência porque o AM não lhe permitia participar mais activamente na alimentação do bebe.

Todos os nossos entrevistados referiram ter apoiado/motivado a manutenção do AM.

Em 2005 Galvão et al. constataram que todos os participantes no seu estudo conotavam de importante ou muito importante o papel do pai na amamentação. Ao contrário da nossa amostra uma vez que os homens não parecem ter a noção da real importância do seu apoio na manutenção do AM por parte das mulheres.

**E1,P5, L102-104** “ (...) uma pessoa sente-se um pouco impotente porque não pode fazer mais. É só pegar nele no final da mamada e pô-lo a arrotar, essas coisas, não dá para muito mais. Mas já não é mau. “

**E2,P18, L303-304** “R: O papel do pai passa por dar o máximo de apoio nas restantes tarefas porque a amamentação em si é muito mãe e bebé. “

No discurso dos homens e mulheres manifestou-se a concepção historicamente construída de que as mulheres são aqueles seres que têm vocação natural para a maternidade, bem como a responsabilidade social de procriar e educar as crianças. Essa concepção pode ser identificada nas falas das mulheres que, ao mesmo tempo, algumas vezes relativizaram esse destino inquestionável. Semelhante ao encontrado por Osis (2001), para a maioria das mulheres entrevistadas ser mãe era um projecto de vida, anterior ao próprio casamento. Entretanto elas entendiam que a maternidade não era o seu único projecto e que precisava de ser compatibilizado com outros objectivos, principalmente com a situação profissional. Essa relevância da maternidade no projecto de vida feminino fica mais evidente quando as mulheres a ela contrapõem a visão de que, embora muitas vezes desejada, a paternidade não ocupa o mesmo lugar no projecto de vida dos homens. Os depoimentos dos homens, porém, em certa medida contestaram essa interpretação, porque eles entendiam que a paternidade era muito importante na sua vida, como factor de maturidade. Porém, em geral, ao contrário das mulheres, os homens não mencionaram a paternidade como um projecto anterior à união conjugal. Essa postura confirma as proposições de Oliveira e Marcondes (1999), a partir da pesquisa realizada, com homens de nível superior de escolaridade, no sentido de que a paternidade, em geral, não é um projecto pessoal, embora seja desejada e inculcada socialmente como um marco na vida dos homens, indicando uma passagem de

uma etapa de indefinições ou possibilidades indeterminadas para outra em que o sujeito apresenta-se distinto ou da etapa anterior, vendo a vida e o mundo de forma diferente.

Foi possível identificar nas falas de homens e mulheres a convivência dos modelos tradicionais de paternidade e maternidade com algumas variações no sentido de relações de género mais igualitárias. Essas variações parecem estar presentes com maior intensidade nas vivências dos casais que, antes da chegada do filho, já experimentavam relações de género mais igualitárias. Estas por sua vez, em vários casos, parecem ter tido origem em contextos familiares em que as relações tradicionais de género já estavam em fase de modificação. (Torres, 2002; Pereira, 2009).

Os homens entrevistados manifestaram o desejo de ser pais mais presentes e influentes do que foram os seus próprios pais, desejo esse que se reflectiu nas expectativas das mulheres. Esse desejo também espelha as pressões sociais no sentido de uma mudança do tradicional papel de “bom provedor” como elemento distintivo da masculinidade. Esse é um papel em transição, o que confere aos homens alguma dificuldade em se auto-posicionarem quanto aos seus papéis de género. Segundo Arilha (1999) mesmo quando existe na vida quotidiana uma divisão das tarefas domésticas e da responsabilidade financeira, os homens continuam a sentir-se responsáveis pela manutenção da autoridade moral familiar, o que, de facto, também se observou nos resultados apresentados.

Na actualidade, os modelos tradicionais de relações de género são intensamente questionados, sobretudo pelos movimentos de mulheres, que têm lutado e alcançado maior autonomia, impondo aos próprios homens a reflexão acerca dos seus papéis. Neste contexto é que também se vêm construindo novos modelos de paternidade, nos quais se pretende diminuir as distâncias entre os géneros no cuidado com os filhos, não apenas para partilharem necessidades materiais, mas, principalmente, também emocionais (Pereira, 2009; Oliveira, 1999).

Este novo modelo de pai, solidário e participativo do ponto de vista afectivo, pôde ser verificado nas entrevistas das mulheres quando questionadas sobre o modo de participação do pai no período de amamentação do bebé. Para as mulheres, o pai esteve presente desde o início da amamentação, e essa presença significou o apoio e o estímulo sem os quais elas não teriam conseguido superar as dificuldades que foram surgindo. A figura do homem como aquele que ajudou a mulher no processo da amamentação esteve presente nas falas das mulheres, mas também nas dos próprios homens. Essa ajuda, porém, não foi compreendida univocamente pelo casal. As mulheres entendiam que os homens ajudavam principalmente porque se posicionavam ao lado delas, solidários, estimuladores e defensores quanto às decisões relativas ao AM; além disso, elas também reconheciam a sua ajuda pelo facto de eles assumirem as tarefas domésticas. Os homens, porém, não

valorizavam o suporte emocional do mesmo modo que as mulheres: entendiam que a sua participação no período da amamentação passava por assumirem as tarefas domésticas para libertar as mulheres.

Esses achados, em geral, estão de acordo com a literatura já produzida sobre como as mulheres percebem o papel assumido pelo homem/pai do bebê no AM. Confirma-se que a sua presença e estímulo são vistos por elas como elementos essenciais para que consigam amamentar. Por outro lado, a não percepção dos homens quanto à importância que as mulheres dão à sua postura de apoio à amamentação não é apontada em outros estudos. Esta situação pode ser devida, mais uma vez, à visão essencialista que os homens estudados manifestaram acerca do processo reprodutivo, o que os fazia experimentar com intensidade os limites de sua ação nesse momento, determinados pela impossibilidade biológica deles próprios amamentarem. Além disso, outros autores apontam que a intensidade do relacionamento mãe-filho no período de amamentação também pode ser percebida pelos homens como um factor limitante à sua participação nesse processo. Por vezes, é possível que os homens se sintam até mesmo excluídos da constelação familiar nesse período.

Nakano e Mamede (2000) observaram em outro estudo que mulheres que amamentavam referiam que os seus parceiros, quando estavam em casa, assumiam alguns cuidados com o bebê, para que elas pudessem executar as demais tarefas domésticas. Embora esta seja uma conduta aparentemente diferente daquela que observamos neste estudo, consideramos que ambas acontecem dentro dos parâmetros da tradicional divisão social do trabalho entre homens e mulheres. Esta divisão tem conhecido modificações suscitadas pela obtenção da simetria nas relações conjugais, modificações essas que também podem ser determinadas por alguma contingência da vida em comum, como é o caso do nascimento de um filho. Diante do AM, a contingência é a existência do RN aliada à generalização da ideia nos homens de que não há outra maneira de participar desse processo, dada a sua impossibilidade de dividir com as mulheres a amamentação em si. Nessa situação, mulheres e homens vêem-se confrontados com noções enraizadas de género, que submetem ambos às hierarquias tradicionais mesmo que não o desejem (Oliveira, 1999).

Os homens tendem a perceber-se como coadjuvantes na amamentação, conforme estabelecido no âmbito das relações sociais de género, as quais implicam a sua exclusão desse processo, a partir de uma lógica de poder que também determina a distribuição desigual de responsabilidades e direitos das mulheres e dos homens (Figuerola, 1989; Bourdieu, 1999).

**Quadro nº8 – Síntese da análise do Tema “MATERNIDADE E PATERNIDADE”**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<p><b>Mudanças na rotina do casal</b></p>	<p>Adaptação do Casal</p>	<p>As mães entrevistadas não tiveram dúvidas de que o nascimento do filho provocou mudanças na rotina do casal. As principais mudanças referidas pelas mulheres foram: o horário das refeições, as saídas, a disponibilidade e a vida social.</p> <p>Todos os homens entrevistados não tiveram dúvidas ao afirmar que o bebe gerou mudanças na rotina do casal. A maioria dos entrevistados disse mesmo que tudo mudou. As mudanças na rotina e nas prioridades do casal foram as mais mencionadas.</p>
	<p>Estratégias adaptação</p>	<p>As mulheres tal como os homens referiram não ter adoptado estratégias específicas para se adaptarem as novas rotinas. O curso da gravidez serviu para gradualmente interiorizarem a necessidade de adaptação. A maioria dos homens e mulheres entrevistados avaliaram a sua adaptação como positiva.</p>
	<p>Influência do AM</p>	<p>Para a maioria das mulheres e homens o AM não interferiu no relacionamento do casal mas sim uma influência positiva e de união no casal. Uma mulher e dois homens disseram que o AM interferiu no relacionamento do casal. As razões apresentadas foram: a atenção da mulher se centrava-se no bebe ficando o homem/casal para segundo plano; o bebé chorava a noite inteira, o casal não dormia e o relacionamento conjugal não existia.</p>
<p><b>Cuidados com o bebé</b></p>	<p>Divisão tarefas</p>	<p>Todas as mulheres entrevistadas referiram que nunca houve uma divisão rígida de tarefas. As tarefas em que o pai mais participava e que as mulheres enumeraram foram: dar o banho, mudança da fralda e alívio das cólicas.</p> <p>A maioria dos pais disse que não havia divisão de tarefas excepto na amamentação que era exclusiva da mãe. Um dos pais disse que era a mãe quem geralmente cuidava do bebé por ter mais prática. Outro dos pais disse que nos primeiros meses de vida do bebe foi sempre a mãe quem realizou a tarefa dar banho ao bebé.</p> <p>Todos os homens entrevistados avaliaram a sua participação nos cuidados como muito positiva.</p>

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<b>Cuidados com o bebé</b>	Opinião da Família	Todas as mulheres partilharam que o modo como o casal partilhou os cuidados ao bebé, foi bem aceite pelos familiares mais próximos. Dos nossos entrevistados três admitiram que a família não tinha conhecimento da forma como o casal cuidava do bebé/dividia tarefas. Apenas um dos entrevistados relatou que a família concordou e transmitiu sentimentos positivos relativamente à participação activa do pai nos cuidados com o bebé.
	Tarefas Típicas	Para a maioria das mulheres e homens não existiu tarefas típicas da mãe ou do pai. A única tarefa típica da mãe seria a amamentação. Uma das mulheres referiu que o vestir e a escolha da roupa era tarefa típica da mãe e era sempre o pai quem preparava a água para o banho do bebé. Para um homem a divisão das tarefas estava dependente do sexo do bebé, nomeadamente na higiene, escolha do vestuário e o banho.
	Significância de ser Pai e Mãe	A maioria das entrevistadas afirmou que era tão importante para o homem ser pai quanto para a mulher ser mãe. Uma das mulheres disse que nem todos os homens têm o desejo ser pai ao contrário das mulheres e que os homens só valorizam a paternidade depois do nascimento do bebé. Para esta mulher a maternidade é muito importante para todas as mulheres, muito antes de uma gravidez devido à tradição. Todos os homens disseram que era importante ser pai para os homens em geral. A maioria disse que era mais importante para as mulheres ser mãe do que para os homens ser pai. Os motivos mencionados foram, o instinto maternal, a tradição, factores hormonais e a importância conferida ao projecto maternidade.
<b>Perspectivas quanto à maternidade e Paternidade</b>	O mais importante no Papel de Pai	Duas das entrevistadas afirmaram que o papel do pai devia incidir na educação, estar presente, transmitir valores e princípios. As restantes mulheres disseram que o mais importante seria: o estado de saúde da criança, o factor descendência e ter sido muito desejado. A maioria dos homens referiu que a educação era o mais importante no papel de pai. Foi também mencionado como importante, o factor descendência, ser o primeiro amigo e o reunir boas condições socioeconómicas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	IDEIAS-CHAVE
<b>Perspectivas quanto à maternidade e Paternidade</b>	Papel do Pai AM	Para a maioria das mulheres e homens o papel do pai seria ajudar a mãe. Essa ajuda consistia em pôr o bebé a arrotar, posicionar o bebe, dar o biberão, mudança da fralda e participação nas tarefas domésticas Um dos nossos entrevistados partilhou sentimentos de impotência porque o AM não lhe permitia participar mais activamente na alimentação do bebé. Os nossos entrevistados não tinham a noção da sua real importância na manutenção do AM, pelas mulheres.

Num estudo com uma abordagem qualitativa, o seu potencial de transferência está ligado às características da amostra e do contexto em que viviam as pessoas entrevistadas. Os critérios adoptados para a selecção dos sujeitos, bem como a técnica para seleccioná-los (“bola de neve”), fizeram com que se constituísse um grupo específico, tanto quanto ao seu relacionamento, quanto às suas características sócio-demográficas. Os resultados referem-se, portanto, a casais que tinham um relacionamento estável e, até certo ponto, duradouro, em que a gravidez não representou um desequilíbrio. Eram pessoas de escolaridade média-superior e que viviam em condições sócio-económicas medianas. Isto os caracteriza como “modelos ideais”, e remete a condições diferenciadas de acesso à informação e mesmo à discussão de papéis perante o nascimento da criança e o AM. Não há dúvidas de que isto influencia a vivência das relações de género no sentido de propiciar variações ao modelo tradicional e evidenciar a busca pela simetria.

Coloca-se, portanto, a questão de que se o grupo apresentasse outras características, os resultados seriam diferentes. Não temos dúvidas de que a resposta é sim. Porém, isto não diminui o valor desses resultados e sua possível utilidade para reflectir e actuar sobre as questões relativas ao AM. Se nesse grupo, que vivenciou o AM do primeiro filho em condições especiais no que se refere às vivências das relações de género, detectou-se a permanência do modelo tradicional de género quando se tratou da participação dos homens, parece lógico pensar que a situação pode ser ainda mais marcante em grupos de estratos socioeconómicos menos privilegiados.

Além disso, pode-se referir como possível limitação a proximidade dos sujeitos com o fenómeno que se estudou. Como os casais ainda vivenciavam o AM, é possível pensar que as mulheres e homens entrevistados tenham procurado evidenciar nos seus testemunhos um discurso adequado aquilo que socialmente se esperava deles quanto ao AM.

Tendo em conta as possíveis limitações, os resultados aqui discutidos parecem não deixar dúvidas que o AM é um tema muito complexo, que evidencia o confronto natureza e cultura. Por isso mesmo, a percepção dos sujeitos envolvidos nesse processo tende a evidenciar que é tão natural amamentar um RN, como ser uma tarefa da mulher e que o homem não se veja senão como coadjuvante em todo o processo, apesar da sua postura parecer decisiva para que o propósito de amamentar seja bem sucedido.

## CONCLUSÕES

A orientação sobre o AM tem-se estabelecido como uma significativa preocupação para os profissionais de saúde. Desde a abordagem sobre a necessidade de estimular o AM para reduzir a morbidade e mortalidade infantil, até a visão mais holística de que a amamentação é o elemento fundamental para o estabelecimento precoce da relação mãe-filho.

Especialmente nos últimos anos, como consequência da adoção dos conceitos de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, tem-se procurado incluir o homem em todos os processos e decisões nessa área. Têm aumentado os programas ou cursos de preparação para o parto que visam dar orientação não apenas para a vivência da gravidez mas também para o AM. Parece, porém, que este é o ponto menos abordado nesses programas e cursos e/ou é aquele que menos interesse desperta nos casais, provavelmente pela excessiva naturalização de tudo o que se relaciona à amamentação. Isto sugere que o momento mais adequado para essa abordagem não é o pré-natal. Os resultados deste estudo indicam que os primeiros dias do pós-parto são aqueles em que os casais estão mais necessitados e receptivos às orientações sobre o AM.

Entretanto não há dúvidas de que todas essas iniciativas de preparação têm contribuído para a inserção dos homens no ciclo gravídico-puerperal, servindo como catalisadores ou reforço de várias mudanças socioculturais. Em relação ao AM, porém, ainda parece ser pequena a preocupação em inserir os homens como co-autores deste processo. Parece ainda faltar aos serviços de saúde a visão de que, embora o homem não possa amamentar, ele pode ter uma forte influência positiva ou negativa em todo o processo. Os serviços de saúde devem portanto prosseguir nessa jornada de inclusão dos homens, para permitir-lhes que também se assumam como sujeitos do processo de amamentação.

Porém os resultados deste estudo indicam ser preciso mais do que isso para que, efectivamente, as mulheres e os homens possam criticar a visão essencialista da

reprodução e sejam capazes de reconstruí-la de maneira a usufruir dos benefícios que a maternidade e a paternidade podem trazer em termos de relações humanas e familiares mais satisfatórias.

A preparação para a vida reprodutiva necessita de intervenção precoce, como parte do processo de socialização dos indivíduos, o qual deve incluir a educação quanto às relações de género. Rapazes e raparigas necessitam adquirir os instrumentos de reflexão necessários para que, ao atingirem o ponto de traçar projectos de vida reprodutiva, sejam capazes de desconstruir os padrões tradicionais de género e de partilhar o estabelecimento de relações mais igualitárias. Essa educação pode, inclusive, contribuir para a formação de profissionais de saúde menos essencialistas e mais sensíveis às questões de género envolvidas em todo o processo reprodutivo.

## REFERÊNCIAS

- Aarts, C. et al. (2003). Growth under privileged conditions of healthy Swedish infants exclusively breastfed from birth to 4-6 months: a longitudinal prospective study based on daily records of feeding. *Acta Paediatrica*, 92(2), 145-151. Retrieved November 2, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Afonso, E.M. (1998) *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Afonso, E. (2000, Abr.). Relações familiares no pós-parto. *Enfermagem em foco*, 9(38).
- Ahluwalia, I.B., Morrow, B.; Hsia, J. e Grummer-Strawn, L.M. (2003, May). Who is breast feeding? Recent trends from the pregnancy risk assessment and monitoring sYstem. *J Paediatric*, 142(5), pp. 486-91.
- Allbarelo, L.; Digneffe, F.; Maroy, C.; Ruquoy, D. e Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações Lda.
- Algarvio, S., Ieal, I. (2004). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (p. 265-270). Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- ALMEIDA, J.F., PINTO, J.M. (1990). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, M.V. (1995). *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de século edições Ltd.
- Alves, A.D., Lamy, S., Henriques, G., Virella, D., Carreiro, H., Lynce, N. e Machado, M. (1999). Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra. Porquê o abandono precoce? *Saúde Infantil*, 21, 43-50. Consultado em 20/07/2009 através da fonte: <http://www.chc.min-saude.pt/hp.revista/041999/aleitam.pdf>
- Amado, J.S. (2000, Nov.). A técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.

- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- American Academy of Pediatrics. (1997, Dec.). Breastfeeding and the use of Human Milk. *Pediatrics.*, 100(6),p. 1035-9. Consultado em 30/10/2008 através da fonte <http://www.ccpediatrics.com/brastfeed.htm>
- Anuário Estatístico Portugal (2001). *Instituto Nacional de Estatística*. Lisboa.
- Arantes, C.I.S. (1991). *Amamentação: visão das mulheres que amamentam*. Dissertação de Mestrado: Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo.
- Araújo, L.D. (1991). *Querer e poder amamentar: uma questão de representação?* Dissertação de Mestrado: Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.
- Arilha, M. (1999). Homens, saúde reprodutiva e género: o desafio na inclusão. In: Giffin, K., Costa, S.H. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro.
- Armstrong, J. & Reilly, J. (2002, June). Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*, 359(9322), 2003-2005. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Arora, S., Mcjunkin, C., Wehrer, J., Kuhn, P. (2000, Nov.). Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Paediatrics*. 106(5), p.67.
- Bacon, C.J., Wylie, J.M. (1976, Feb.). Mothers attitudes in infant feeding at Newcastle General Hospital in summer 1975. *Br Med J*, 7, 1(6005), p. 308-9.
- Badiani, R., Camarano, A.A. (1998, Out.). Homens brasileiros: percepções, conhecimentos e atitudes em saúde reprodutiva. In: *Anuais: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. (p.19-23); Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- Badinter, E. (1980). *O amor incerto. História do amor maternal no Sec XVII ao Sec XX*. Lisboa: Relógio d'água.
- Badinter, E. (1993). *Sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Balancho, L.S. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2(XXII), 377-386.
- Bandeira, L. (1991). Relações de género, corpo e sexualidade (p. 25-45). In: Galvão, L., Diaz, J. *saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: FCC/DPE.
- Barbieri, T. (1991). Sobre la categoria de género. Una introducción teórico-metodológica (p. 25-45). In: Azevedo, S., Stolcke, V. *Direitos reprodutivos*. São Paulo.
- Bardin, L. (2008). *Análise De Conteúdo*. (4ª ed). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bar-Yam, N.B., Darby, L. (1997, Mar.). Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact*, 13,45-50.
- Bellamy, C. (1999). *Acaso e perspectivas. O progresso das nações*. (UNICEF).

- Bellamy, C. (2000, Oct.). UNICEF and baby food manufacturers. UNICEF continues to base its actions and programmes on the best interests of child. *BMJ*, 14; 321(7266), 960.
- Beresford, H.J. (1984, Oct.). The success of breast feeding. *Med Bull*, 18(5), 3-4.
- Berquô, E., Souza, M.R. (1991). Conhecimento e uso de condom. Anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. UNICAMP.
- Bobak, P., Wrubel, J. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.) Loures: Lusociência.
- Bogdan, R.C. & Biklen, S.K. (1944). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bosi, M., Machado, M. (2005, Julho/Dez.). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará*. Brasil.
- Bourdieu, P. A (1999). *Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brazelton, T.B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B. (1995). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, R.S., Oliveira, E.M. (2006, Jun.). Aleitamento Materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. *Gaucha Enferm*, 27(2), 193-202.
- Brito, R.S. e Oliveira, E.M.F. (2006, Abril). Opinião do pai sobre o aleitamento materno. *Revista da rede de enfermagem do nordeste*, 7(1). Consultado a 16-09-2009 através da fonte:  
<http://65.55.172.7/att/GetAttachment.aspx?file>
- Burns, N.; Grove, S. K. (1993). *The practice of Nursing research: conduct and utilization*. Philadelphia: W.B. Saunders Inc.
- Cabral, I.E., Tirrel, M.A. (1995, Out.). O estilo de cuidar da mãe e o trabalho da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 3(2), 189-195.
- Caetano, L.C. (1992). *Aleitamento materno: factores que contribuem para a sua prática*. [Dissertação de Mestrado: São Paulo: Escola Paulista de Medicina.
- Callister, L. C. (1995, May). Cultural Meanings of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 24:4, 327-331.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento (p. 52-74). In: *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

- Carpenter, D. (2002). Exigências Éticas na Investigação qualitativa (p. 37-47). In Streubert, H.; Carpenter, D. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, G.D. (1999). Amamentação: uma avaliação abrangente. Consultado em 30/10/2008 através da fonte <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/gabi2.htm>
- Cattaneo, A., Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 323, 1358-62.
- Chang, J.H., Chan, W.T. (2003, Jan-Feb.). Analysis of factors associated with initiation and duration of breast-feeding: a study in Taining Taiwan. *Acta Paediatrics*, 44(No), 29-34.
- Cohen, R.J., Brown, K.H., Landa, Riviera, L., Dewey, K.G. (1999). Promoting exclusive breastfeeding for 4-6 months in Honduras: attitudes of mothers and barriers to compliance. *J Hum Lact*, 15, 9-18.
- Colman, L.L., Colman, A.D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Correia, M.J. (1998) Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.
- Costa, A. (1986) A pesquisa no terreno (p. 129-163) In *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- COTTRAN, R. [et al.] (2000). *Patologia estrutural e funcional*. (6ª ed.) ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Coutinho, J., & Leal, I.P. (2005) Atitudes de mulheres em relação à amamentação: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 277-282.
- Cruz, M. M.(1990, Out.). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 8:4.
- Delboni, M. (2001). *AM. Nutrição & Saude*. Consultado em 30/10/2008 através da fonte: [http://www.gastronomiabrasil.com/Nutricao\\_e\\_Saude/Julho\\_2001.htm](http://www.gastronomiabrasil.com/Nutricao_e_Saude/Julho_2001.htm)
- Dias, M.B.O. (1996). *Os sentimentos expressos pela mulher durante a amamentação*. Dissertação de Mestrado: Florianópolis: Centro de ciência da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Donath, S.M., Amir, L.H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr*, 92(3), p. 352-6. In: *Acta Paediatr*, 92(3), p. 270-1.
- Duarte, G.A., Alvarenga, A.T., Osis, M.J.D., Faúndes, A., Sousa, M.H. (2003). Participação Masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública*, 19(1), p. 207-16.
- Earle, S. (2002, Sep.). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int.*, 17(3), p. 205-14.

- Ellis, D.J. (1992). The impact of agency policies and protocols on breastfeeding. *Clin Womens Health Nurs*, 3(4), p.553-9.
- Estrela, A. (1984). *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma estratégia de formação de professores*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Eurotrials (2000). Consultores Científicos. Amamentação maternal e artificial. Boletim informativo, Saúde em Mapas e Números. Consultado em 30/10/2008 através da fonte: [<http://www.eurotrials.com/publicações/bol1.pdf>
- Feed, G.L., Fraley, J.K., Schanler, R. (1993). Accuracy of expectant mother's prediction of father's attitudes regarding breastfeeding. *Journal of Family Practice*, 37(2), p.148-52.
- Fernandez, J. (1997). *El Proceso de Investigación Científica*. Barcelona: Fundacion "La Caixa".
- Ferron, C., Martinez, J., Rubini, N. e Sanchez, S. (2003). Promocionando la Lactancia Materna. *Revista de Enfermeria*, 7,(8,26), 22-30.
- Figueroa-Perea, J.G., Liendro-Zignoni, E. (1995). La presença del varón en la salud reproductiva (p. 195-225). In: Hardy, E., Osis, M.J.D., Crespo, E.R. *Ciências sociais e medicina: actualidades e perspectivas latino-americanas*. Campinas: Cemicamp.
- Figueroa-Perea, J.G.(1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Públ*, 14(1), 87-96.
- Filho, J.M. (1984). *Como e porquê amamentar*. São Paulo: Sarvier Editora.
- Fisher, C. (1990). A midwife's view of history of modern breastfeeding practices. *Int J Gynecol Obstet*, 31, 47-50.
- Flores, Gil (1994). *Análise de Dados Qualitativos: Aplicaciones a la Investigación Educativa*. Barcelona.
- Fortin, M. F. (1996). Métodos de amostragem (p. 202-324). In *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Galvão, D. M. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Galvão, P.G.D. (2002). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Garcia-Montrone, V., Rose, J.C. (2003). Uma experiencia educacional de incentivo ao AM e estimulação do bebé, para mães de nível socioeconómico baixo: estudo preliminar. Amamentação On-line. Consultado a 30/10/2008 através da fonte: [<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/estudopreliminar.htm>] [

- Gartener, L. M. et al. (2005, February). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-507. Retrieved November 1, 2005 from PubMed Databases.
- Ghiglione, R e Matalon, B. (2001). *O Inquérito, Teoria e Prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. (1996). *Como elaborar projectos de pesquisa* (3ª ed). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GIL, A. C. (1998). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (2.ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Giugliani, E.R.J. (1994). Amamentação: como e porquê promover. *J pediatr*, 70, pp. 138-51.
- Gomes-Pedro, J. (Ed.). (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, A.R.S. (2008, Jan/Abr.). Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Revista de Ciências da Educação*, 5, 59-68.
- Graça, L. C. (2003, Jan/Jun.). Dificuldade de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. *Enfermagem*, 29/30, 31-40.
- Gray, L. et al. (2002, April). Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 109(4), 590-594. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Grossman, L.K.; fitsimmons, S.M.; Larsen-Alexander, J.B.; Sachs, L.; Harter, C. (1990). The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr*, 29, p. 30-7.
- Guttman, N., Zimmerman, D.R. (2000, May). Low-income mothers views on breastfeeding. *Soc Sci Med*, 50(10), p. 1457-73.
- Hannah Lothrop. (2000). *Tudo sobre amamentação*. Lisboa: Paz Editora.
- Heilborn, M.L. (1995). Género: uma breve introdução (p. 9-14). In Ribeiro, M.G.R. e Costa, D.M. *Género e desenvolvimento institucional em ONGs*.
- Henderson, A., Stamp, G., Pincombe, J. (2000, Nov.). Effect of an educational intervention about brastfeeding on the knowledge, confiance and behaviours of paediatric resident physicians. *Paediatrics*, 110(5), 59.
- Hernandez, J.A.E., Hutz, C.S. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 133-141.
- Hillervik-Lindquist, C. (1991). Studies on perceived breastmilk insufficiency. *Doctorial thesis at Uppsala University*. 191.In *Acta Paediatrics*, 6-27.
- Hoyer, S. & Horvart, L. (2000). Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1158-1167.

- IBFAN. (2002, Dez.). A duração óptima da amamentação exclusiva. Actualidades em amamentação. *Ed IBFAN*, 27-28.
- Ichisato, S. & Shimo, A. (Julho/Agosto 2002) Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4).
- Ingram, J., Johnson, D., Greenwood, R. (2002, Jun.). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18(2), 87-101.
- Instituto Superior De Ciências Sociais e Políticas (1999). *Planeamento e Estratégias de Investigação Social*. Lisboa.
- Jacobson, S.W.; Jacobson, J.L. e Frye, K:F: (1991). Incidence and correlates of breast feeding in socio economically disadvantaged women. *Paediatrics*, 88, pp. 728-36.
- Kelly, K. (2001, May). Yes, breast milk is really best. *U.S. News & World Report*, 130(5), 62-67. Retrieved November 2, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Kitzinger, S.(1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. (2ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Klaus, M., Klaus, P.(1989). *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Robertson, S.S., Sosa, R. (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *BMJ*, 293, p. 585-7.
- Kramer, M. et al. (2002, August). Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics*, 110(2), 343-348. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Kruger, R., Gericke, G.J. (2003). A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. *Public Health Nutr.* April, 6(2), p. 217-23.
- Latimer, J. (2003). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.
- Lefebvre, F., Meunier, M., Thibault, F., Laugier, P., Berger, G. (2000, Nov.). Computerized ultrasound B-scan characterization of breast nodules. *Ultrasound Med Biol*, 26(9), p. 1421-8.
- Leininger, Madeleine M. (1985). *Qualitative Research Methods in Nursing*. New York: Grune & Stratton.
- Leitão, B.L. (2001). *Aleitamento materno: Interacção com a situação laboral*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde: Porto: apresentada à Faculdade de Medicina do Porto e Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar.

- Leung, A. K. & Sauve, R.S. (2005, July). Breast is best for babies. *J. Natl Med Assoc*, 97(7), 1010-1019. Retrieved November 1, 2005 from PubMed Databases.
- Levy, L. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Levy, L. (2006). *Caderno do bebé*. Lisboa: Fim de século.
- Levy, L., Bértolo, H. (2002). Manual de aleitamento materno. Comité português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português da Unicef.
- Lisa, W.K., Brito, M., Decolongon, J., Schoettker, P.J., Atherton, H.D., Kotagal, U.R. (1999, Sept.). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Paediatrics*, 104(3), 28. Consultado em 30/10/2008 através da fonte:  
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/104/3/e28>
- Lopes, E.M. (1998). Direitos reprodutivos para além da maternidade (p. 41-3). In Barbosa, R.M., Vilela, W.V., Brito, N., Parker, R.G. *Seminário direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. Programa de Estudos e Pesquisa em Género, Sexualidade e Saúde*.
- Losch, M., Dungy, C.L., Russel, D. e Dusdierker, L.B. (1995). Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Paediatrcs*. Apr, 126(4), pp. 507-14.
- Lothrop, H. (2000). Vale a pena amamentar. In H. Lothrop (Ed.), *Tudo sobre amamentação* (pp.19-47). Lisboa: Paz Editora.
- Machado et al., (1999). A influência de terceiros na prática do aleitamento materno. *Revista Sinais Vitais*, 82·(1), 22-27.
- Mata, L. (1983). Aleitamento materno: principal factor de promoção da Saúde infantil. *Servir*, 31(3), 163-169.
- Marconi, M. & LaKatos, E. (1992). *A Metodologia do Trabalho Científico* (4ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Marconi, M.A. & LaKatos, E.M. (1999). *Sociologia Geral*. 7ª ed., São Paulo: Atlas.
- Marinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 93-105.
- Matthews, Kay M. (1988). Developing na instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. *Midwifery*, 4, 154-165.
- Mendes, Isabel (2002). *Ligação Materno Fetal* –Coimbra: Quarteto Editora.
- Mora, J.F. (1977). *Dicionário de Filosofia*. (8ª ed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Moreira, K.F.A., Na e kano, A.M.S. (2002). Aleitamento materno: instintivo? Natural? O paradigma biológico X os direitos reprodutivos em discussão. *Bras Enferm*, 55(6),p. 685-90.

- Mundigo, A.L. (1995). *Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade*. São Paulo: Fundação MacArthur.
- Northrup, C. (1999). *Corpo de Mulher: Sabedoria de Mulher*. Lisboa: Sinais de Fogo Publicações, Lda.
- Oddy, W. (2002, November). The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev.*, 10(3), 5-18. Retrieved November 1, 2005 from PubMed Databases.
- Oddy, W. et al. (2004, September). The relation of breastfeeding and body mass index to asthma and atopy in children: a prospective cohort study to age 6 years. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1531-1537. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Oliveira, D., Valente, C. (1999, Março). Adesão ao AM. *Nascer e crescer*, 8(1), 12-13.
- Oliveira, M.C., Marcondes, G.S.M. (1999). *Os homens, esses desconhecidos: Masculinidade e Reprodução*. Campinas.
- Organización Mundial de la Salud (2001, Maio). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Duración óptima de la lactancia exclusiva In 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- Osis, M.J., Hardy, E., Sandoval, L.E., Duarte, G.A. e de Pádua, K.S. (2000, Jan-Set.). Factores associados à prática da amamentação exclusiva entre mulheres trabalhadoras. *Boletim nacional da Iniciativa Hospital Amigos da Criança*, 30-31, 11-12. Consultado a 15/08/2009 através da fonte:  
<http://www.aleitamento.org.br/arquivos/fatoresassoc.htm>
- Osório, H. S.(2003) Avaliação do projecto de preparação para a maternidade (Monografia de Licenciatura em Enfermagem), Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Page, P.A. (1992). An investigation of the relationship between maternal-infant patterns of synchrony during feeding, preterm state and parent-administered state modulation treatment. Master thesis University of Washington, UMI.
- Pantelides, E.A., López, E. (2005). *Varones Latinoamericanos: Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós..
- Pedrão, L.; Avanci, R. e Malaguti, S. (2002). Perfil das Atitudes dos alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução académica, proveniente de área específica. *Latino-Am Enferm*, 10 (6): 794-9.
- Pereira, G.S. Amamentação e Sexualidade (2003, Julho-Dez.). *Estudos Feministas*, 11(2), 467-491.

- Pereira, M.A. (2000). Mãe adolescente-Aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de mestrado: Porto, Faculdade de Medicina Universidade Porto.
- Pereira, M.H. (2004). *Aleitamento Materno: Experiência de Mães pela primeira vez*. Lisboa.
- Pereira, M.A. (2006). *Aleitamento Materno-importância da correcção da pega no sucesso da amamentação: Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor : Quando Dois Passam a Três*. Lisboa: Coisas De Ler.
- Polo, L.; Zagonal, I. (1999, Jan/Dez.). Prática do aleitamento materno: a cultura familiar na transferência de conhecimentos. *Família, saúde desenvolvimento*,1(1/2).
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3.<sup>a</sup> ed.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pontes, C.; Alexandrino, A.;Osório, M. (2008). The participation of fathers in the breastfeeding process: experiences, knowledge, behaviors and emotions. *J Pediatr*, 84(4), 357-364.
- Portugal, Assembleia da República, “Protecção da Maternidade e da Paternidade”, Lei nº 4/84 de 5 de Abril, Art. 12º.
- Potter, B. & Rindfleisch, K. (2003, May). Breastfeeding reduces pain in neonats. *Journal of Family Practice*, 52(5), 349-352. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Primo, C.C.; Laise, C. e Caetano, L.C. (1999). The decision to breastfeed: grandmother’s view. *J Pediatr*. Rio de Janeiro, Nov-Dec, 75(6), pp. 449-55.
- Quinn, P. J. et al. (2001, October). The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(5), 465-469. Retrieved November 3, 2005 from EBSCOHost Research Databases.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa:Gradiva.
- Rea, M.F., Cukier, R. (1998). Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Rev. Saúde Pública*, 22(3), p. 184-91.
- Relvas, A. P. (1996). Textos e contextos educativos familiares. In: *Revista portuguesa de pedagogia*, 30(1), 21-25.
- Ricco, R.G. (1996). Aleitamento materno: uma questão relevante. *Ped Mod*, 32., 33-40.
- Riordan Jan. (1999). The cultural contexto f breasfeeding. In: *2º cap Riordan Jan, Awerbach Kathleen G. Breast feeding and lactation*.
- Rocha, A.M., Leal, I., Maroco, J. (2007). A amamentação, o feminino e o materno. *Análise Psicológica* , 3 (XXV), 363-380.

- Rocha, A.P., Faria, S., Félix, T. (2007). Que cuidado de enfermagem na vivência do casal na sua transição para a parentalidade. In Camarro, I., Fradique, L., Carneiro, M.G., Guedes, M.M. & Rebelo, T.(Eds.), *Aprendendo o Cuidado De Enfermagem: Entre a Prática e a Escrita a Construção da Competência Clínica* (pp. 29-49).Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Royal College of Midwives. (1994). *Lactância materna: manual para profissionais*. Barcelona, Ed. ACPAM.
- Sandes et al., ( 2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200.
- Santiago, L. B. et al. (2003). Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. *Jornal Pediatria*, 79:6.
- Scott, J., Binns, C.W., Aroni, R.A. (1997). The influence of reported paternal attitudes on the decision to breastfeed. *Journal of Paediatrics and child Health*, 33(4), p.305-7.
- Scott, J.A., Binns, C.W. (1999). Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: review of the literature. *Breastfeed Rev. Mar*, 7(1), 5-16.
- Silva, I.A. (1997). *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo.
- Silva, I. A. (2000, Dez.) Amamentar: Enfermagem e aleitamento materno: Combinando práticas seculares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34:4, 10-12.
- Silva, L.R., Vieira, G., Dias, C.P.F., Diniz-Santos, D.R., Ferraz, F., Gabriel, R: et al. (2005). Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. *Revista Ciências Médicas Biológicas*, 4, 187-194.
- Smigay, K.E. *Paternidade negada: uma contribuição ao estudo do aborto provocado*. (1993). Dissertação de mestrado: Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Shorter, E. (1995). *A Formação da Família Moderna*. Lisboa: Terramar.
- Souza, L.S., Souza, E.L., Barretto, M.R., Ramos, R.T., Macedo, J.J.B., Serra, C.R. et al. (1991). Determinantes do êxito do aleitamento natural. *J pediatr*, 67, 42-50.
- Sousa, M. et al (1998). A entrevista, o imaginário e a intuição. In Gauthier, J.; Cabral, I.; Santos, I. e Tavares, C..Pesquisa em Enfermagem, novas metodologias aplicadas. (p. 30-50) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Streubert, H. J. (1995). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Streubert, H. & Carpenter D. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Sullivan, M.L. et al. (2004). Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal Human Lactation*, 20(2):196-205. Retried October 5, 2008 from EBSCOHost Research Databases.
- Torres, A. (2002). *Casamento em Portugal, Uma análise Sociológica*. Oeiras: Celta Editora.
- UNICEF. (1999). Baby-friendly hospital initiative: progress report. New York. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990. Consultado a 12/08/2008 através da fonte: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.
- Vala, J. (1986) Análise de Conteúdo. In: Silva, A. E & Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto, editora Afrontamento, p. 101-128.
- Vieira, L.B. (2002). Pré e pós-natal (p. 208-21). In de Carvalho, M.R., Tamez, R.N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Ed. Guanabara Koogan.
- Voss, S., Finnis, L., Manners, J. (1993). Fathers and breastfeeding: a pilot observational study. *JR Soc Health*. Aug, 113(4), p. 176-80.
- Wagner, C.L.; Wagner, M.T. (1999). The breast or the bottle determinants of infant feeding behaviors. *Clin Perinatal*. Jun, 26(2), pp. 505-25.
- WHO/UNICEF (1989). Protection, promotion and supporting breast-feeding: The important role of maternity services. Geneva.
- WHO/UNICEF (1993). *Breastfeeding counselling: A training course*. Participant Manual:Genebra.
- Williams, P.L., Innis, S.M., Vogel, A.M., Stephen, L.J. (2000). Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. *Can J Public Health*. Mar-Apr, 90(2), p. 114-9.
- Winger, J. (1995). Examining breast feeding performances: forgotten influencing factors. *Acta Paediatr Scand*, 84, p. 475-477.
- Woodward, K. (2000). Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual (p.7-22). In: Silva, T.T (org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis,: Vozes.
- World Health Organization. (1995). World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of World Health Organization*, 73, 165-174.
- World Health Organization (1998). *Evidency for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneve.
- World Health Organization. (1999). *Monibring innocenti targets in the protection, promotion and support of breast feeding*. Geneve.
- Wright, L. M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (3ªed.). São Paulo: Roca.

ANEXOS

ANEXO I - Guião da Entrevista

## **Guião de Entrevista: Mulher**

### **Em primeiro lugar vou-lhe perguntar sobre os seus planos relativamente ao aleitamento materno durante a gravidez**

1. Durante a gravidez preparou-se para a amamentação? (**Se não:** Porquê?) como?
2. Qual era a sua expectativa em relação à amamentação durante a gravidez?
  - 2.1. O que é que esperava? (**Explorar:** Que planos tinha para a amamentação do seu bebé?)
  - 2.2. Pretendia amamentar durante quanto tempo? Porquê? E de modo exclusivo? Porquê?)
  - 2.3. Que conhecimentos tinha sobre o aleitamento materno?

### **Vamos agora falar sobre a amamentação após o nascimento do bebé**

3. Como foi a sua experiência na primeira vez que amamentou o seu bebé? Como se sentiu a amamentar?
  - 3.1. O seu marido estava presente? (**Se ele não estava presente:** Quando foi a primeira vez que ele a viu amamentar?)
  - 3.2. O que é que ele achou? Ele participou de alguma maneira? O que é que ele fez?
  - 3.3. Como é que se sentiu com participação do seu marido? (**Se não participou:** Como é que se sentiu com a não participação do seu marido?)

### **Agora em relação à sua experiência pessoal com a amamentação**

4. Durante o período da amamentação, teve alguma dificuldade para amamentar o seu bebé? Quando? Qual (is) foram a (s) dificuldade (s) que teve?
  - 4.1. Como ultrapassou essas dificuldades? Como é que foi a sua experiência de amamentar o bebé?
  - 4.2. Como foi a participação do pai nessas situações? (**Aprofundar:** o que ele fez, como reagiu).
  - 4.3. O que é que você achou da participação do seu marido? **OU** Como é que você se sentiu com a não participação do seu marido?

**5.** De um modo geral, como é que você vivenciou a amamentação do seu bebê tendo em conta a participação do seu marido? O seu marido a apoiava? (**Se não:** Porquê?)

5.1. Como? Que atitude adoptava? O que é que você achou da sua atitude em relação à amamentação do seu filho?

5.2. O que é que avaliava como positivo na sua atitude? E o que é que achava negativo?

5.3. O que é que você gostaria que ele tivesse feito, que não fez? Na sua opinião, por que motivo o seu marido não fazia o que você desejava?

**6.** Durante quanto tempo amamentou o seu bebê? (**Explorar:** tempo de aleitamento materno exclusivo, o porquê desse tempo exclusivo e o tempo total)

6.1. Era mais fácil ou mais difícil quando o bebê só ingeria leite materno?

6.2. E o pai do bebê, qual foi a sua atitude quando introduziu novos alimentos ao bebê? (**Explorar:** se passou a ajudar mais ou não, se alimentava o bebê)

**Agora vou-lhe fazer algumas perguntas sobre o desenvolvimento e cuidados do bebê e a rotina do casal**

**7.** Mudou alguma coisa na sua rotina e do seu marido com a chegada do bebê? O quê?

7.1. Como é que você reagiu a essas mudanças? Fez alguma coisa para se adaptar?

7.2. Como foi a vossa adaptação às novas rotinas? Acha que a amamentação interferiu no seu relacionamento com o seu marido? Como? Porquê?

**8** Tendo em conta todos os cuidados que um bebê precisa, como é que foi a experiência na sua casa? Quem cuidava do bebê? Porquê?

8.1. O seu marido cuidava do bebê? (**Se não:** Porquê?)

8.2. Quando o bebê começou a comer a receber outros alimentos, o seu marido alimentava-o? (**Se não:** Porquê?) O que é que você achava disso?

**E para finalizar eu gostaria de abordar o tema Maternidade e Paternidade**

**9.** É comum ouvir-se dizer que nos cuidados com os filhos algumas tarefas são tipicamente das mães, ou seja, elas as devem fazer e que outras são típicas dos pais. O que é que você acha disto? Concorda ou discorda? Porque é que pensa desta forma?

**10.** O que é que as pessoas com quem você convive (família, amigos, colegas de trabalho) pensam sobre isto, sobre esta distribuição de tarefas? Eles concordam ou discordam? (**Aprofundar:** Na sua opinião, porque razão essas pessoas pensam dessa forma?)

**11** Acha que ser pai é importante para os homens em geral? Porque é que você acha que é assim? E ser mãe é importante para as mulheres? Porquê?

**12.** Na sua opinião, para os homens, o que é que é mais importante no seu papel de pai? (**Aprofundar:** Como é que ele deveria ser como pai? Quais seriam as suas atribuições?) E qual seria o papel do pai na amamentação, na sua opinião?

## **Guia de Entrevista: Homem**

**Em primeiro lugar vou-lhe perguntar sobre os seus planos relativamente ao aleitamento materno durante a gravidez**

1. Durante a gravidez a sua esposa/companheira preparou-se para a amamentação? (**Se não:** Porquê?) como?

2. Qual era a sua expectativa em relação à amamentação durante a gravidez? O que é que esperava? (**Explorar:** Que planos a sua esposa tinha para a amamentação do seu bebé? Pretendia amamentar durante quanto tempo? Porquê? E de modo exclusivo? Porquê?)

2.1. Que conhecimentos tinha sobre o aleitamento materno?

**Vamos falar sobre a amamentação do bebé após o nascimento**

3. Como foi a sua experiência na primeira vez que a sua esposa/companheira amamentou o seu bebé?

3.1. Você estava presente? (**Se não:** Quando foi a primeira vez que você a viu amamentar?) O que é que achou? Você participou de alguma maneira?

3.2. O que é que fez? Como é que se sentiu com a sua participação?

**Agora em relação à sua experiência pessoal com a amamentação**

4. Durante o período da amamentação, a sua esposa teve alguma dificuldade para amamentar o seu bebé? Quando? Qual (is) foram a (s) dificuldade (s) que teve?

4.1. Como é que você reagiu? Como é que essa situação foi resolvida? Como foi a sua participação nessas situações? (**Se não fez nada:** Porquê).

4.2. O que é que a sua esposa achou da sua participação? Como é que você se sentiu?

5. De um modo geral, como é que você vivenciou a amamentação do seu bebé?

5.1. Você apoiava a sua esposa quando estava a amamentar? (**Se não:** Porquê?) Como? Que atitude adoptava?

5.2. Como é que a sua esposa reagia à sua atitude?

5.3. O que é que avaliava como positivo na atitude da sua esposa em relação à amamentação? E o que é que achava negativo?

5.4. Houve alguma coisa que gostaria de ter feito mas a sua esposa não permitiu? O quê? Porque é que ela não permitiu? Como é que você se sentiu?

**6.** Durante quanto tempo a sua esposa amamentou o seu bebé? (**Explorar:** tempo de aleitamento materno exclusivo, o porquê desse tempo exclusivo e o tempo total)

6.1. Era mais fácil ou mais difícil quando o bebé só ingeria leite materno?

6.2. Qual foi a sua atitude quando se introduziu novos alimentos ao bebé? (**Explorar:** se passou a ajudar mais ou não, se alimentava o bebé) O que a sua esposa achava disso? Como é que você se sentia?

### **Agora vou-lhe fazer algumas perguntas sobre o desenvolvimento e cuidados do bebé e a rotina do casal**

**7.** Mudou alguma coisa na sua rotina e da sua esposa com a chegada do bebé? O que é que mudou? Como é que você reagiu a essas mudanças?

7.1. Fez alguma coisa para se adaptar? Como foi a vossa adaptação às novas rotinas?

7.2. Acha que a amamentação interferiu no seu relacionamento com a sua companheira? Como? Porquê?

**8** Tendo em conta todos os cuidados que um bebé precisa, como é que foi na vossa casa? Quem é que cuidava do bebé? Porquê? Você cuidava do bebé? (**Se não:** Porquê?)

8.1. O que é que você fazia? (**Explorar:** Mudava as fraldas, dava banho?)

8.2. Quando o bebé começou a comer outros alimentos, você alimentava-o? (**Se não:** Porquê?) O que é que a sua esposa achava disso? E você, como é que se sentia?

### **E para finalizar eu gostaria de abordar o tema Maternidade e Paternidade**

**9.** É comum ouvir-se dizer que nos cuidados com os filhos algumas tarefas são tipicamente das mães, ou seja, que elas devem fazer e que outras são típicas dos pais. O que é que você acha disto? Concorda ou discorda? Porque é que pensa desta forma?

**10.** O que é que as pessoas com quem você convive (família, amigos, colegas de trabalho) pensam sobre isto, sobre esta distribuição de tarefas? Eles concordam ou discordam? (**Aprofundar:** Na sua opinião, porque razão essas pessoas pensam dessa forma?)

**11.** Acha que ser pai é importante para os homens em geral? Porque é que você acha que é assim? E ser mãe é importante para as mulheres? Porquê?

**12.** Na sua opinião, para os homens, o que é que é mais importante no seu papel de pai? (**Aprofundar:** Como é que ele deveria ser como pai? Quais seriam as suas atribuições?) E qual seria o papel do pai na amamentação, na sua opinião?

ANEXO II - Matriz de análise: unidades de registo ilustrativas

---

**Tema: Preparação para o AM**
**Categoria: Construção do projecto de amamentação**

<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Fontes</b>	<b>E1, P1, L5-7</b> “Sim” Fui lendo artigos, revistas mentalizando-me (...)”
<b>Expectativas sobre o AM</b>	<b>E1, P1, L16</b> “Até aos seis meses pelo menos. “
<b>Conhecimentos adquiridos</b>	<b>E1, P1, L25-26</b> “ (...) porque transmite as imunidades. Está sempre pronto a servir (...)“

---

**Tema: A experiência com o AM**
**Categoria: A prática do aleitamento Materno**

<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Primeira mamada</b>	<b>E1, P1, L30-31</b> “ (...) estava ainda um bocado anestesiada (...) Não me lembro muito bem (...) “
<b>Dificuldades</b>	<b>E3,P20, L39-40</b> “Sim. No 2º dia fiquei com os mamilos bastante doridos e gretados e como tal estava a ser muito doloroso amamentar. (...)”
<b>Orientações e ajudas recebidas</b>	<b>E4,P29, L47-49</b> “até que houve uma forma em, em que resultou e ele pegou apesar de mamar durante 1 minuto seguido (...) e a partir dali não tive problema nenhum. “
<b>Atitude/Participação do Pai</b>	<b>E5,P39, L42-44</b> “ (...) O pai participou como pode, (...) dando o apoio emocional que era preciso (...) “
<b>Introdução de outros alimentos</b>	<b>E2,P10, L 48</b> “Sim dar o biberão é muito mais fácil e menos cansativo. “

---

**Tema: Maternidade e Paternidade**
**Categoria: Mudanças na rotina do casal**

<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Adaptação do Casal</b>	<b>E1,P3, L50-51</b> “ Tudo. As Horas de alimentação. Ele é que manda lá em casa. As Saídas.
<b>Estratégias adaptação</b>	<b>E2,P12, L114-117</b> “O tempo, o próprio tempo é que fez com que nós nos adaptássemos, mas nós fizemos exactamente a mesma coisa, (...) continuámos a fazer tudo normalmente. “
<b>Influência do AM</b>	<b>E3,P22, L103</b> “Não, correu tudo bem. “

---

**Tema: Maternidade e Paternidade**
**Categoria: Cuidados com o bebé**

<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Divisão Tarefas</b>	<b>E4,P32, L160-169</b> “Lembro-me do primeiro banho (...) ele [Pai] não estava presente, mas logo na 2ª semana, (...) foi ele que todos os dias lhe, lhe deu o banho. (...) “
<b>Opinião da Família</b>	<b>E3,P22, L123-127</b> “Acham bem. Claro que as pessoas mais velhas como os meus avós ficam um bocadinho espantadas, mas acham bem e dizem que tenho a sorte de ter a ajuda, que elas nunca tiveram (...) “

---

---

**Tema: Maternidade e Paternidade**


---

**Categoria: Perspectivas quanto á Maternidade e Paternidade**

Subcategorias	Unidades de registo
<b>Tarefas Típicas</b>	<b>E1,P7, 177-178</b> “ Não, não concordo. Na situação da amamentação, claro, obviamente, mas de resto (...) acho que não há nada (...) que eu não possa fazer
<b>Significância de ser Pai e Mãe</b>	<b>E2,P18, L301</b> “ (...) Para as mulheres é ainda mais importante. É o instinto maternal.”
<b>O mais importante no Papel de Pai</b>	<b>E4,P37, L342-343</b> “Eu acho que não está a ser agora. Eu acho que vai ser depois, quando ele for maiorzinho para se saber como educá-lo, (...) estar às expectativas dele. “
<b>Papel do Pai AM</b>	<b>E2,P18, L303-304</b> “R: O papel do pai passa por dar o máximo de apoio nas restantes tarefas porque a amamentação em sí é muito mãe e bebé. “

---