



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

ACALMA
Aconselhamento em Cuidados ao bebé
e ALeitamento Materno

Maria Fernanda Sousa Lucas

Trabalho de Projeto para obtenção do Grau de Mestre em
Empreendedorismo e Serviço Social
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Anabela Dinis

Covilhã, outubro de 2016

Dedicatória

Para a Sara, pela admiração apesar das lamentações pelo tempo que não lhe dediquei: uma verdadeira inspiração.

Agradecimentos

À professora doutora Anabela Dinis, pela disponibilidade, orientação e capacidade de me fazer repensar o trabalho feito;

À Ana, minha companheira de aventura;

Aos que participaram nas entrevistas e *focus group*: peças fundamentais para realização do diagnóstico;

A todos os que de alguma outra forma contribuíram para edificar o projeto ACALMA, ou que pelo menos não tentaram atrapalhar;

Aos que tentaram atrapalhar: só me deram mais força para seguir em frente e provar que sou capaz.

“A produtividade e o consumo conjugam com o verbo ter. A qualidade de vida com o verbo ser. (...) (O) mais decisivo para sair da crise não é a retomada do impulso da economia dos nossos países, mas procurar um novo estilo de vida nesta espaço nave Terra, na qual todos somos companheiros de viagem e todos nos defrontamos com um destino comum. As mudanças que esta sociedade necessita hoje para sair desta situação só são possíveis se houver mudanças de valores e de atitudes, e sobretudo no modo de viver no que diz respeito aos relacionamentos pessoa-pessoa, pessoa-natureza e pessoa-sociedade, de sorte que possibilite aos seres humanos serem individual e colectivamente construtores do próprio destino. Este é o horizonte utópico para onde aponta a meta da qualidade de vida.”

Ander-Hegg

Resumo

O nascimento de um filho e a sua integração na família exige aos pais uma adaptação nem sempre fácil, pelas exigências que os cuidados ao bebé e o aleitamento materno implicam. Num contexto atual em que escasseia o apoio de retaguarda da família alargada e os serviços públicos não são capazes de responder às necessidades dos pais, surge o projeto “ACALMA” (Aconselhamento em Cuidados ao bebé e em ALeitamento MAterno), um projeto de intervenção, ancorado em iniciativas de empreendedorismo social, com a missão de apoiar os pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno.

Dirigido a famílias da região da Cova da Beira com filhos até dois anos de idade (cerca de 1550 famílias), o projeto visa promover a adaptação à parentalidade, tendo como objetivo capacitar os pais para a autonomia nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno, garantindo maior equidade no acesso a apoio informacional e instrumental. Para tal, as estratégias de intervenção concretizam-se em torno de 3 eixos: Eixo I - Disponibilização de um espaço de aconselhamento através de iniciativas de educação para a saúde, que engloba um espaço de atendimento e aconselhamento individual, a realização de *workshops* temáticos e a constituição de grupos de apoio mútuo; o Eixo II - Disponibilização de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, por via de oferta/empréstimo; aluguer ou venda; o Eixo III - Rede de apoio social, pela conceção de um *workshop* de planeamento tendo em vista a articulação de todas as iniciativas disponibilizadas pelas várias instituições existentes na região da Cova da Beira, de forma a otimizar recursos e a potenciar efeitos positivos. Calcula-se um custo total de implementação do projeto de 100.500€ num horizonte de 3 anos, e uma capacidade de geração de receitas próprias de 53.907,50€ para o mesmo período.

O presente documento representa a estruturação e planificação deste projeto de intervenção e empreendedorismo social, e é composto por três partes: Na Parte I faz-se o enquadramento do projeto, abordando temas como as políticas de saúde; a emergência da economia social e do empreendedorismo social; a adaptação à parentalidade; o aleitamento materno; as redes de apoio social; terminando com a identificação de experiências concretas em resposta ao problema. Na Parte II procede-se ao diagnóstico da situação atual através da contextualização sociodemográfica; identificação de necessidades de apoio dos pais; recursos sociais disponíveis e os apoios a que os pais recorrem; identificação de necessidades, problemas e causas, assim como das expectativas dos atores-chave, relacionadas com a solução do problema; finalizando com a análise de fatores causais e a determinação das prioridades de intervenção. Na Parte III, apresenta-se o projeto propriamente dito: a sua finalidade e objetivos; a solução proposta; análise de atores; os planos de atividades, comunicação; financeiro; monitorização e avaliação; e gestão de risco. A título de conclusão analisa-se sua capacidade de inovação e impacte do projeto.

Palavras-chave

Cuidados ao bebê; aleitamento materno; capacitação parental; educação para a saúde; rede de apoio social; apoio instrumental; apoio informacional; empreendedorismo social.

Abstract

The birth of a baby and his integration in the family requires from parents an adaptation not always easy, due to demands of caring for the baby and breastfeeding imply. In the current context, where the support from the extended family is scarce, and the public services are unable to respond to parents' needs, project "ACALMA" (Aconselhamento em Cuidados ao bebé e em ALeitamento Materno: counseling to baby care and breastfeeding) comes up, as an interventional project, anchored in social entrepreneurship initiatives, which mission is to support parents in caring for the baby and breastfeeding.

Directed to families of the Cova da Beira region with children under two years of age (about 1550 families), the project aims to promote adaptation to parenting, in order to empower parents to autonomy in caring for the baby and breastfeeding, ensuring greater equity in access to informational and instrumental support. For such, intervention strategies are materialized around 3 axes: Axis I - Providing a counseling space through health education initiatives, which includes an individual counseling space, workshops and mutual support groups formation; Axis II - Providing support equipment for breastfeeding, by offer / loan; rental or sale; Axis III - Creating a social support network, by conceiving a workshop planning to coordinate all the initiatives provided by the institutions in the Cova da Beira, in order to optimize resources and potentiate positive effects. The project has an estimated total cost of implementation of €100.500, in an horizon of three years, and a capacity to generate its own incomes of €53.907,50 for the same period.

This document represents the structuring and planning of this intervention project and social entrepreneurship, and consists of three parts: Part I - literature review to contextualize the project, covering topics such as health policies; the emergence of the social economy and social entrepreneurship; adaptation to parenthood; breastfeeding; the social support networks; and the identification of concrete experiences in response to the problem. In Part II proceeds to the diagnosis of the current situation: socio-demographic context; identification of parental support needs; available social resources and support that parents looks for; needs, problems and causes identification, as well as the expectations of stakeholders, related to the solution of the problem; ending with the analysis of causal factors and the determination of intervention priorities. In Part III, presents the project itself: its purpose and objectives; the proposed solution; stakeholder analysis; activities, communication; financial; monitoring and evaluation; and risk management plans. In conclusion analyzes innovation and impact of the project.

Keywords

Care for the baby; breastfeeding; parental training; health education; social support network; instrumental support; informational support; social entrepreneurship.

Índice

Introdução.....	1
Parte I. Cuidar de um bebé: Desafios e respostas sociais	
1.1. Nascer em Portugal: Breve perspetiva histórica do papel do Estado e da emergência do empreendedorismo social.....	7
1.1.2. Políticas de saúde: da previsão à execução.....	8
1.1.3. Crise do Estado-Providência e corresponsabilização da sociedade civil: a emergência da economia social.....	9
1.1.4. Empreendedorismo e inovação social: a renovação da economia social.....	13
1.2. Nascimento de um filho: Desafios e recursos.....	15
1.2.1. Adaptação à parentalidade: entre ter um filho e ser pais.....	16
1.2.2. Aleitamento materno: Recomendações e dificuldades.....	17
1.2.3. Redes de apoio social: Papel na adaptação à parentalidade e no aleitamento materno.....	19
1.2.4. Iniciativas nacionais e internacionais de apoio nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno.....	23
Parte II. Capacitação parental e aleitamento materno: Diagnóstico de necessidades e recursos na Cova da Beira	
Nota introdutória.....	25
2.1. Quadro de referência e objetivos do diagnóstico.....	26
2.2. Procedimentos metodológicos de recolha e análise de dados.....	27
2.3. Análise de necessidades.....	30
2.3.1. Contextualização sociodemográfica da Cova da Beira.....	30
2.3.2. Necessidades de apoio dos pais.....	32
2.3.3. Recursos sociais disponíveis na Cova da Beira.....	34
2.3.4. Rede de apoio social: apoios a que os pais recorrem.....	38
2.4. Análise de problemas.....	39
2.4.1. Identificação de problemas.....	39
2.4.2. Análise de fatores causais.....	45
2.5. Definição de prioridades de intervenção.....	46
2.5.1. Expetativas e sugestões dos informadores-chave face ao problema e sua resolução.....	50
Parte III. Projeto “ACALMA”	
Nota introdutória.....	53
3.1. Metodologia de formulação do projeto.....	54

3.1.1.	Objetivos e estratégias de intervenção.....	54
3.1.2.	Análise de atores.....	59
3.1.3.	Plano de recursos e custos associados.....	69
3.2.	Metodologia de implementação do projeto.....	71
3.2.1.	Plano de atividades.....	71
3.2.2.	Plano de comunicação.....	74
3.2.3.	Plano financeiro: despesas, geração de receitas e captação de recursos.....	78
3.2.4.	Plano de monitorização e avaliação.....	82
3.2.5.	Gestão de risco do projeto: identificação e classificação análise qualitativa e plano de resposta ao risco.....	89
3.3.	Inovação e replicabilidade do projeto.....	98
	Bibliografia e Webgrafia.....	101

ANEXOS

Anexo 1.	Parecer da comissão de ética do CHCB para realização do estudo.....	111
Anexo 2.	Metodologia colheita de dados: <i>focus-group</i>	115
Anexo 3.	Metodologia colheita de dados: entrevista semiestruturada.....	129
Anexo 4.	Constituição de Associação.....	147
Anexo 5.	Fontes e tipologia de financiamento.....	149
Anexo 6.	Plano de recursos humanos.....	155
Anexo 7.	Plano de recursos materiais.....	157
Anexo 8.	Plano de geração de receitas próprias.....	159
Anexo 9.	Cálculo de necessidades de financiamento e Plano de captação de recursos.....	161
Anexo 10.	Tradução de fatores de risco em risco.....	163

Lista de Ilustrações

Ilustração 1. Diagrama representativo do quadro de referência pré-diagnóstico	26
Ilustração 2. Diagrama representativo da Árvore de problemas	44
Ilustração 3. Diagrama representativo do quadro de referência pós - diagnóstico	49
Ilustração 4. Diagrama representativo do quadro de referência da formulação do projeto ...	54
Ilustração 5. Diagrama síntese de finalidade, objetivos e estratégias do projeto	59
Ilustração 6. Diagrama representativo da identificação e categorização de atores	60
Ilustração 7. Diagrama síntese de estratégias e identificação de atores	61
Ilustração 8. Diagrama representativo da missão, visão e valores da Associação Promotora ..	62
Ilustração 9. Organograma da Associação Promotora	63
Ilustração 10. Estrutura Analítica de Riscos com base nos pressupostos do projeto.....	95
Ilustração 11. Grelha de análise de risco	96
Ilustração 12. Esquema representativo da identificação dos fatores de inovação com base nos eixos estratégicos definidos	100
Ilustração A 1. Consentimento informado para participação em sessão de <i>Focus group</i>	117
Ilustração A 2. Consentimento informado entrevistas	133
Ilustração A 3. Guião de entrevista para entrevistas a profissionais	134
Ilustração A 4. Guião de entrevista dirigido às mães	136

Lista de Tabelas

Tabela 1. Objetivos do diagnóstico e técnicas de colheita e análise de dados	30
Tabela 2. Natalidade e recurso à urgência no período neonatal	31
Tabela 3. Necessidades de apoio dos pais identificadas pelos informadores-chave	34
Tabela 4. Respostas sociais na região da Cova da Beira para apoiar os pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno	36
Tabela 5. Identificação de recursos humanos disponíveis e respetiva formação específica ...	37
Tabela 6. Preço de mercado de equipamentos de apoio ao aleitamento materno	38
Tabela 7. Rede de apoio social: identificação de apoios a que os pais recorrem	39
Tabela 8. Identificação de obstáculos à eficácia dos apoios a que os pais recorrem.....	42
Tabela 9. Classificação de fatores causais	45
Tabela 10. Frequência com que cada causa dos problemas identificada é referida.....	47
Tabela 11. Sugestões dos informadores-chave face aos problemas identificados.....	52
Tabela 12. Identificação de potenciais fontes e tipologias de financiamento	66
Tabela 13. Matriz descritiva de identificação de atores: Interesse e envolvimento.....	67
Tabela 14. Matriz de importância e influência de atores em função dos eixos estratégicos...	68
Tabela 15. Matriz síntese do Plano de recursos e custos: total acumulado num horizonte de 3 anos.....	70
Tabela 16. Cronograma de Gantt	72
Tabela 17. Plano de comunicação	77
Tabela 18. Plano financeiro num horizonte de 3 anos	81
Tabela 19. Dimensões e modalidades da avaliação.....	84
Tabela 20. Indicadores de avaliação: Matriz de Enquadramento Lógico.....	88
Tabela 21. Matriz SWOT	90
Tabela 22. Identificação de riscos positivos e riscos negativos do projeto.....	91
Tabela 23. Matriz de probabilidade e impacte	92
Tabela 24. Plano de resposta ao risco	92
Tabela 25. Matriz de gestão de riscos.....	93
Tabela 26. Matriz de medidas de contingência e estratégias alternativas	98
Tabela A 1. Guião de discussão e Grelha analítica do <i>focus group</i>	119
Tabela A 2. Análise de conteúdo da sessão de <i>focus group on line</i> realizada com enfermeiros	126
Tabela A 3. Grelha analítica para entrevistas a profissionais.....	135
Tabela A 4. Grelha analítica das entrevistas dirigidas às mães	137

Tabela A 5. Resultados da análise de conteúdo às entrevistas dos profissionais.....	142
Tabela A 6. Resultados da análise de conteúdo às entrevistas das mães.....	144
Tabela A 7. Plano de recursos humanos para um horizonte de 3 anos	156
Tabela A 8. Plano de recursos materiais para um horizonte de 3 anos	158
Tabela A 9. Plano de geração de receitas próprias para um horizonte de 3 anos	160
Tabela A 10. Cálculo de necessidades de financiamento para um horizonte de 3 anos	161
Tabela A 11. Plano de captação de recursos para um horizonte de 3 anos	161
Tabela A 12. Matriz de tradução de fatores de risco em risco	163

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Diagrama de pareto para causas do problema “Recursos inadequados”	48
Gráfico 2. Diagrama de pareto para causas do problema “Recursos insuficientes”	48

Lista de Siglas e Acrónimos

a	Ameaça
A	Atividade
ACALMA	Aconselhamento em Cuidados ao bebé e Aleitamento Materno
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ANIMAR	Rede Portuguesa para o Desenvolvimento Local
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto
ATL	Atividades de Tempos Livres
CAM	Conselheiras em Aleitamento materno
CASES	Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
CCE	Comissão das Comunidades Europeias
CE	Comissão Europeia
CEEPS	Centro de Estudos Para a Economia Social
CERCI	Cooperativas de Educação para o Cidadão Inadaptado
CES	Comité Económico e Social
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CLAS	Conselho Local de Ação Social
CNES	Conselho Nacional para a Economia Social
CS	Centro de Saúde
CSF	Comissões Sociais de Freguesias
DGS	Direção Geral de Saúde
E	Entrevista
EAR	Estrutura Analítica de Riscos
EM	Entrevista a Mães
EMES	Émergence des Enterprises Sociales en Europe
EP	Entrevista a Profissional
ES+	Iniciativas de Empreendedorismo Social de Elevado potencial
f	Fraquezas
F	Forças
FG	<i>Focus Group</i>
FGP	<i>Focus Group</i> Profissionais
FOFA	Forças Oportunidades Fraquezas Ameaças
GAM	Grupos Apoio Mútuo
IBFAN	<i>International Baby Food Action Network</i>
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
IIBA	<i>International Institute of usiness Analysis</i>
INCOOP	Instituto António Sérgio para o Setor Cooperativo

INE	Instituto Nacional de Estatística
IOV	Indicadores Objetivamente Verificáveis
IPSS	Instituições Privadas de Solidariedade Social
IRS	Imposto sobre Rendimento de Singulares
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
LBES	Lei de Bases para a Economia Social
LLL	La Leche League
MAPA	Método Aplicado de Planeamento e Avaliação
MEL	Matriz de Enquadramento Lógico
MIES	Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social
MIRC	Internet Relay Chart
MSN	Messenger
O	Oportunidades
OBAM	Observatório do Aleitamento Materno
OBESP	Observatório da Economia Social em Portugal
OE	Ordem dos Enfermeiros
OEes	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
P	Pressupostos
PMI	Project Management Institute
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PO	Programa Operacional
POCH	Programa Operacional Capital Humano
POISE	Programa Operacional Inclusão Social e Emprego
PORDATA	Base de Dados Portugal Contemporâneo
PT	Portugal Telecom
r	Riscos
R	Resultados
RAM	Registo do Aleitamento Materno
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN	Recém-Nascido
RSI	Rendimento Social de Inserção
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	Strenghts, Weakness, Oportunities, Threats
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Introdução

.Contextualização do problema.

O nascimento de um filho é um acontecimento saudável, esperado e desejado na maioria dos casos, marcando uma nova etapa na vida do casal e no percurso existencial da família. Este acontecimento implica uma transição no ciclo vital do indivíduo e da família para se manter em harmonia e vivenciar o momento de forma plena e salutar. O processo de transição e a adaptação podem, contudo, ver-se condicionados pelos recursos e apoios disponibilizados tanto por familiares e amigos, como por entidades públicas ou privadas.

Em Portugal, as políticas sociais de saúde prosseguem o objetivo da alta hospitalar precoce transpondo para a comunidade a continuidade de cuidados, o que permite racionalizar recursos e reduzir custos de internamento hospitalar. Esta transposição, salvaguardada no Plano Nacional de Saúde [PNS], deveria efetivar-se não só ao nível da saúde comunitária (centros de saúde) como também na responsabilização crescente de todos os cidadãos e setores da sociedade, sejam eles público, privado ou da economia social, perspetivando a otimização dos recursos disponíveis, pelo desenvolvimento de sinergias intra e interinstitucionais (saúde, educação, segurança social, estruturas de apoio públicas e privadas) com as famílias e com a comunidade, tendo como finalidade a promoção do seu bem-estar e da sua saúde.

Apoiando a criação de respostas a partir da sociedade civil em articulação com as oferecidas pelas entidades públicas, o Estado responsabiliza cada vez mais os cidadãos pela sua autonomia, desresponsabilizando-se proporcionalmente enquanto Estado-Providência. No entanto, esta desresponsabilização sem efetivação das sinergias entre os diferentes setores da sociedade pode trazer consequências nefastas para os cidadãos se não surgirem outras respostas capazes de suprimir as lacunas que vão surgindo devido a um processo que decorre a duas velocidades.

Uma vez que o setor privado lucrativo apenas é acessível a uma parcela das pessoas, o terceiro setor emerge então como recurso importante em complemento das políticas públicas, insuficientes e sujeitas a rigor orçamental. A oferta de serviços por entidades da economia social, permitido e fomentado pelo próprio Estado, oferece mais-valias para o bem da sociedade através de iniciativas de empreendedorismo social. Este, representa atualmente um papel preponderante nas sociedades pela capacidade de geração de capital social e promoção de uma cidadania ativa. A criação de iniciativas desta natureza permite superar necessidades e problemas sociais, especialmente quando os setores público e privado não conseguem alcançar um nível de satisfação adequado (Dumitru, Alves & Costa, 2012).

Um exemplo claro pode ser observado ao nível das políticas de saúde referentes ao período peri e pós-natal, onde o procedimento da alta precoce da maternidade implica que muitas mães

regressem a casa sem sentirem segurança e autonomia quer na amamentação, quer na prestação de cuidados ao seu bebé e frequentemente sem encontrarem apoio público, social e familiar necessário para dar resposta às suas dúvidas e dificuldades. A falta de apoio pode ser geradora de *stress* dificultando a adaptação à parentalidade. Pode ainda conduzir ao abandono precoce do projeto de amamentação, pelos obstáculos que surgem por vezes neste processo nem sempre simples e inato, agravado pela falta de recursos económicos para recorrer a equipamentos de apoio que poderiam ajudar a suprimir as dificuldades.

.Oportunidade e propósito do projeto.

Presume-se que a alta precoce deveria pautar-se, em simultâneo, com a mobilização de meios para a comunidade provendo o acompanhamento pós alta. Contudo, tal resposta tarda em chegar, provavelmente fruto das fortes contenções orçamentais na saúde. A região da Cova da Beira enquadra-se neste perfil de carência de alternativas e de respostas eficazes, empurrando os pais para a urgência hospitalar (colocando em risco a saúde do bebé) ou médico particular (num esforço económico nem sempre suportável), por sentirem insegurança na prestação de cuidados ao seu filho. Perante este cenário os pais procuram soluções que não encontram, cabendo a profissionais e agentes sociais encontrar resposta para o problema, colocando-se a questão de **Como apoiar os pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno?**

É neste contexto que surge a ideia do projeto “ACALMA” (Aconselhamento em Cuidados ao bebé e em ALeitamento MAterno) perspetivando a capacitação e autonomia parental. Trata-se de um projeto de carácter instrumental, uma vez que propõe a criação de um novo recurso (Herrero & Navarro, 2006), que pretende ser uma solução para a questão colocada, garantindo maior equidade no acesso a profissionais de saúde com formação específica nesta área, através da criação de um espaço onde as mães possam recorrer para obter ajuda e aconselhamento de forma a cuidar do seu bebé com segurança e autonomia, assim como a alcançar o sucesso no seu projeto de amamentação ou aleitamento materno.

Serrano (2008) refere que os projetos sociais nascem como consequência do desejo de melhorar a realidade onde estamos inseridos. Com efeito, a ideia do projeto “ACALMA” surgiu do contato diário da sua promotora (enfermeira em neonatologia e urgência pediátrica, conselheira em amamentação), com as dificuldades detetadas ou verbalizadas por muitos progenitores referentes aos cuidados ao bebé e ao aleitamento materno, assim como dos seus receios em perder o apoio profissional ao regressar a casa, queixando-se da falta de respostas eficazes.

Na região da Cova da Beira existem algumas iniciativas, nomeadamente a consulta de acompanhamento sistemático do recém-nascido [RN] da unidade de neonatologia, a linha de atendimento telefónico “Diz que mama”, os cursos de preparação para o parto do serviço de obstetrícia e Centro de Saúde [CS] da Covilhã, a visitação domiciliária do serviço de obstetrícia, assim como um recente protocolo entre o Centro Hospitalar Cova da Beira [CHCB] e um grupo de apoio formado por mães (amamentaçãocovadabeira) para obterem formação em

amamentação e aconselhamento pontual. Contudo, no seu conjunto mostram-se insuficientes, perecendo num curto período de tempo após a alta hospitalar. Efetivamente, uma ou duas visitas domiciliárias, uma ou duas consultas de reavaliação após alta do RN da unidade de neonatologia não esclarecem todas as dúvidas nem debelam todas as dificuldades. Esta evidência é veiculada pelos próprios pais, que manifestam as suas dificuldades e receios no regresso a casa pela falta de apoio com que se deparam, levando a considerar que as iniciativas existentes ou não são suficientes ou não são adequadas, o que exige uma mudança.

A ideia que motiva um projeto consiste precisamente em imaginar uma mudança possível, uma melhoria capaz de transformar uma realidade com a qual não nos sentimos satisfeitos (Herrero & Navarro, 2006). No caso a insatisfação apresenta-se sob a forma de uma limitação para a qual se pretende uma maior capacidade, estabelecendo-se como **objetivo geral** para este projeto, promover a adaptação à parentalidade, quer ao nível da prestação de cuidados adequados ao bebé, quer ao do sucesso no aleitamento materno. Como **objetivo específico** pretende-se capacitar os pais para a autonomia nos cuidados ao bebé e aleitamento materno, garantindo uma maior equidade no acesso a apoio informacional e instrumental nestas áreas. Para tal as estratégias passam pela criação de iniciativas que promovam o aconselhamento e educação para a saúde, e ainda que permitam o acesso, explicação e treino relativamente a equipamentos de apoio à amamentação e ao aleitamento materno. Além da criação de um novo serviço, o projeto comporta outra vertente que visa a criação de sinergias entre as várias entidades e serviços já existentes, mobilizando recursos para um mesmo objetivo comum através da promoção de uma rede de apoio social.

O projeto aqui apresentado configura uma resposta para o problema identificado, promovendo a parentalidade pela autonomia dos pais nos cuidados ao seu filho e pelo sucesso no projeto de aleitamento materno, com todas as virtudes que lhe são atribuídas quer para a mãe quer para o bebé. Dada a transversalidade do problema a todas as classes sociais, pretende-se um projeto também ele transversal e acessível a todos os interessados, independentemente das suas condições socioeconómicas, contribuindo assim para a equidade e para uma sociedade mais justa. Nestas circunstâncias e pela sua capacidade de gerar impacte social, a proposta enquadra-se num projeto de empreendedorismo social.

.Opções metodológicas.

Considerando, todavia, que não basta ter uma boa ideia para que esta se traduza, por si só, num caso de sucesso, elaborou-se este projeto, simultaneamente guia e incentivo para a sua prossecução.

Concebido em contexto de metodologia participativa de pesquisa-ação “entendida como uma metodologia científica de intervenção, baseada numa ordem lógica de operações sequentes” (Guerra, 2010, p.119), o sucesso depende da concretização de vários passos metodológicos, organizando as ações, e por consequência os recursos disponíveis, de forma mais científica e

racional. Aplicando esta metodologia produz-se saber juntando o conhecimento dos factos com produção de informação; desenvolvem-se relações de parceria identificando os diferentes atores, os seus projetos e saberes assim como a explicitação dos seus interesses, estratégias e recursos constituindo-se assim, numa metodologia de procura de consensos.

Neste contexto a análise de atores é fundamental, enquanto abordagem para “identificar as pessoas, as instituições ou os grupos envolvidos nos processos de planeamento e noutros projectos de intervenção e aprofundar as características, motivações e mobilização da participação, face aos seus objectivos.” (Guerra, 2006b, p.103). Esta análise permite compreender um sistema de ação, com a intenção de fazer corresponder os projetos aos interesses e expectativas dos vários atores, incrementando a capacidade de envolvimento e participação, pela avaliação do seu respetivo interesse na condução da mudança¹.

A este nível de trabalho são considerados *atores* todos aqueles cujos interesses são afetados direta ou indiretamente, positiva ou negativamente pelos objetivos, atividades, resultados ou impactos do mesmo. A sua relação com o projeto de intervenção estabelece-se quer por possuírem informações, recursos, experiência para a formulação das estratégias e implementação, quer por se constituírem o público a quem se destinam as ações (Guerra, 2006b). Guerra (2006b; 2010) categoriza os atores em 3 níveis, considerando: 1º nível (atores primários), aqueles a quem se dirige o projeto ou grupo-alvo; 2º nível (atores secundários), aqueles de quem a execução do projeto depende ou interventores; e 3º nível (atores terciários), aqueles que têm capacidade de decisão sobre o projeto, nomeadamente pela disponibilização dos recursos (decisores).

Podendo ser utilizada em diferentes fases, a análise de atores permite incorporar interesses e expectativas das pessoas ou dos grupos significativos nas orientações da ação (Guerra, 2006b) sendo um elemento importante na metodologia participativa. Neste projeto almeja a criação de sinergias pela “reunião de esforços de todos os que se preocupam com a resolução desses problemas de forma a traçar objectivos comuns.” (Guerra, 2010, p.101) e a desenvolver ações em conjunto, ajustando os modos de intervenção, definindo os contributos de cada parceiro em torno de uma mesma estratégia. Esta visão sistémica permite intervir sobre os problemas e não sobre as suas manifestações uma vez que exige um diagnóstico com identificação de necessidades, problemas e suas causas, conjugando a diversidade de perspetivas dos vários atores sociais com especial enfoque no grupo-alvo e profissionais responsáveis pela execução da intervenção (mães e profissionais, atores de 1º e 2º nível respetivamente). Em última

¹ Guerra (2006b) refere que a análise de atores visa: identificar os atores e a sua função no projeto; desenhar os interesses dos atores face aos problemas com os quais o projeto se confronta (na fase de identificação) ou os objetivos do projeto (na fase de início da concretização); identificar os conflitos de interesses entre os atores e as redes de influências que podem existir na concretização do projeto e na obtenção de recursos; identificar as relações entre os atores e as que podem ser reforçadas nos processos de decisão e de cooperação aumentando o seu poder; analisar se existem condições de mobilização no conjunto dos atores para concretizar a ação; avaliar a adesão e/ou conflitualidade dos objetivos do programa; e apoiar a implementação das formas de organização mais adequadas nas sucessivas etapas da concretização do projeto.

instância permite racionalizar a utilização dos recursos e otimizar investimentos pela ativação da dinâmica de parceria, que ultrapassa o conceito de participação: enquanto a participação “remete para um esquema linear de exercício de poder, a noção de parceria abre as portas às práticas fundadas no princípio da interação entre as populações, os técnicos, os decisores e administradores para os quais as referências não são tanto o poder (a sua conquista, a sua partilha, a sua conservação) mas a acção em si mesma, ou seja a resolução efectiva de problemas que são consensualmente identificados porque são trabalhados no interior de mecanismos de comunicação entre todos os parceiros.” (Guerra, 2010, p.101).

Sendo interativa, esta metodologia permite reformulação constante em resposta a adaptação a novos factos (Guerra, 2010), pelo que este projeto não é estanque estando sujeito a potenciais alterações de forma a otimizar as respostas às necessidades do grupo-alvo, ou viabilizar a sua implementação e sustentabilidade.

.Estrutura do projeto.

Este documento encontra-se dividido em três partes: Na Parte I faz-se o enquadramento do projeto, iniciando com uma breve referência às políticas de saúde e recomendações para articulação com setor privado e economia social. Enquadra-se a emergência desta última e a do empreendedorismo social, face à crise do Estado-Providência, enquanto solução para problemas prementes, a que nem o setor público, nem o privado lucrativo dão resposta. Abordam-se ainda temas referentes aos desafios impostos pelo nascimento de uma criança, nomeadamente a adaptação à parentalidade, aleitamento materno e redes de apoio social nestes contextos, com especial enfoque no suporte informacional no âmbito da educação para a saúde. Termina-se referindo experiências concretas de intervenção nacionais e internacionais face a problemas idênticos.

Na Parte II procede-se ao diagnóstico da situação atual através da contextualização sociodemográfica; identificação de necessidades de apoio dos pais; recursos sociais disponíveis e os apoios a que os pais recorrem. Destes dados eflui uma primeira etapa da análise de atores, com identificação de atores de 1º nível (grupo-alvo) e 2º nível (profissionais de enfermagem e entidades diretamente relacionados com o problema e soluções), considerados informadores chave nesta fase, permitindo integrar as suas perspetivas na identificação de necessidades, problemas e causas, assim como as suas expectativas relacionadas com a solução do problema. Esta parte integra ainda a análise de fatores causais, finalizando com a determinação das prioridades de intervenção.

Na Parte III, referente ao projeto propriamente dito, apresenta-se a metodologia de formulação, identificando a sua finalidade e objetivos, definindo e descrevendo a solução proposta, recursos necessários e respetivos custos. Para otimizar a proposta teve-se em conta a análise de atores iniciada na fase de diagnóstico e complementada nesta parte, de acordo com a identificação e análise sucinta de todas as partes interessadas no projeto incluindo

parceiros e financiadores. Prossegue com a apresentação da metodologia de implementação onde se incluem os planos de atividades, comunicação, financeiro, de monitorização e avaliação e de gestão de risco. Para finalizar e em jeito de conclusão analisa-se a capacidade de inovação e impacte do projeto.

Parte I. Cuidar de um bebé: Desafios e respostas sociais

1.1. Nascer em Portugal: Breve perspetiva histórica do papel do Estado e da emergência do empreendedorismo social

1.1.1. Do parto domiciliar ao parto hospitalar: contornos e perspetivas atuais

O cenário dos nascimentos em Portugal sofreu grandes alterações no último século. Há menos de 100 anos nascia-se em casa, com ajuda das mulheres mais velhas da família e de parteiras experientes. A evolução das técnicas, as políticas sociais e o acesso a cuidados de saúde levaram os partos do domicílio ao hospital, o que em muito contribuiu para a diminuição da taxa de mortalidade materna e perinatal². A generalização desta prática torna-se efetiva, constatando-se que a partir de 1991, tendencialmente, cerca de 99% dos partos ocorrem em meio hospitalar³ (Portugal, 2009), sendo esta a única opção oferecida pelo Sistema Nacional de Saúde [SNS].

Inicialmente o parto hospitalar implicava tempos de internamento mais ou menos longos. Esses tempos têm diminuído, sendo a alta precoce uma realidade cada vez mais presente no nosso quotidiano. Há pouco mais de uma década o tempo de permanência no hospital após um nascimento oscilava entre os 4 e os 7 dias. Hoje, esse tempo vê-se reduzido: a alta do parto natural (via vaginal) é dada, em regra, até às 48h e a alta do parto por cesariana até às 72h. Quer a nível nacional quer internacional, existem propostas para que esse tempo seja ainda mais curto e no caso de um parto natural, sem intercorrências prevê-se que a alta da maternidade ocorra nas primeiras 12 a 24h. A Ordem dos Enfermeiros [OE] é um dos defensores desta prática e nas 15 propostas para melhorar a eficácia do SNS propõe permitir a alta precoces (antes das 24h) a metade das puérperas com parto vaginal sem complicações (Ordem dos enfermeiros [OE], 2013), possibilitando maior racionamento de recursos e redução dos custos de internamento hospitalar, quando não existe justificação clínica para a sua manutenção.

Apesar da generalização dos partos hospitalares e da segurança que providenciam, existe uma tendência atual para devolver o parto à sua vertente mais fisiológica enquanto processo

² Dados PORDATA (2015), indicam uma taxa de mortalidade materna (nº mulheres por 100 000 nascimentos) em 1960) de 115,5 ‰, tendo reduzido para 12,0 ‰ no ano de 1991 e para 6 ‰ em 2013; quanto à taxa de mortalidade perinatal (nº de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos até 7 dias de vida por cada 1000 nascimentos), era de 42,2 ‰ em 1960, baixando para 12,1 ‰ em 1991 e 3,4 ‰ em 2013;

³ Dados PORDATA (2015), indicam que em 1960 apenas 18,44% dos partos ocorriam em estabelecimentos de saúde, aumentando até aos 99,37% em 1991; com exceção do ano 1999 (93,62%) e 2005 (98,97%), a percentagem foi sempre superior a 99%, sendo o máximo de 99,98% em 1994;

natural, sendo o direito da escolha do local de nascimento uma das dimensões do Direito à Vida Privada plasmado no art.º 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (Conselho da Europa, 2010). O regresso ao parto domiciliário ou o recurso a centros de nascimento fora dos hospitais, onde mulheres de baixo risco podem dar à luz numa atmosfera parecida à do domicílio, sob os cuidados primários, prestados por parteiras e com um mínimo de intervenção e instrumentalização do parto, são já uma realidade em países como Grã-Bretanha, Austrália e Suécia, onde esta prática está devidamente sustentada e operacionalizada (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto [APDMGP], 2015). Como referido anteriormente, em Portugal o parto hospitalar é a única opção oferecida pelo SNS, sendo as restantes modalidades incipientes, vistas ainda com grande desconfiança e até mesmo recriminadas tanto por leigos, como por profissionais⁴.

Discussões à parte sobre prós e contras de partos domiciliários e hospitalares, constata-se em ambos os casos a existência de uma realidade comum, manifestada pela falta de segurança e autonomia dos progenitores na prestação de cuidados ao seu bebé. Esta realidade, é frequentemente agravada pela ausência do apoio necessário para responder às dificuldades e dúvidas dos pais, nomeadamente pela ausência de acompanhamento profissional nos cuidados ao RN, uma vez não terem sido desenvolvidos procedimentos em prol da continuidade de cuidados na comunidade, que apesar de previstos, nunca se concretizaram.

1.1.2. Políticas de saúde: da previsão à execução

Com efeito, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] (Norma 010/2013 da Direção Geral de Saúde [DGS]), apresenta linhas de orientação que preveem, entre outros, a “Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;” (George, 2013, p.2), assim como uma “Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.” (George, 2013, p.3).

Neste sentido, o PNSIJ recomenda que “O trabalho em equipa necessita de ser incrementado também na comunidade e nas estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, atividades de tempos livres (ATL), coletividades desportivas ou associativas, serviços da segurança social, autarquias, etc.), enquanto entidades com competência em matéria de infância e juventude e, por isso, com responsabilidade na promoção da saúde, nestas idades.” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013a, p.8).

⁴ Esta afirmação é corroborada pelos resultados obtidos num inquérito empreendido pela APDMGP entre 2012 e 2015, em que as respondentes referem ou não ter sido informadas desta possibilidade, ou demovidas da mesma caso a sugerissem aos profissionais. No mesmo estudo observou-se, que 2,2% das 3378 mulheres inquiridas tiveram os seus filhos em casa e que um número muito superior gostaria de o ter feito se tivesse tido abertura e apoio dos profissionais para tal.

A execução destas recomendações pretende rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens. Tal, permite concretizar o objetivo 10 do PNSIJ que se propõe a “Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.” (DGS, 2013a, p.10), otimizando os recursos disponíveis. Este objetivo vai ao encontro da finalidade geral do PNS, que visa maximizar ganhos em saúde sustentáveis, utilizando estratégias assentes na cidadania, equidade e acesso, qualidade e políticas saudáveis, contando para isso com o contributo de cada um dos cidadãos, considerando que “(...) a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015a, p.7). Nestes moldes, as políticas saudáveis, patentes no PNS, traduzem “um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente; tanto a nível do sector público, como do privado e do terceiro sector” (DGS, 2015a, p.20). Tal exige quer colaboração intersectorial, quer a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia para a autonomia e decisão sobre a sua própria saúde, de forma a alcançar os melhores resultados.

Esta perspetiva de corresponsabilização da sociedade civil pelo seu estado de saúde e de adequação de respostas para além das disponibilizadas pelo setor público, concomitantemente com as recentes políticas sedeadas numa forte contenção orçamental, levam a antever um processo de desresponsabilização gradual do Estado nesta área. Carreira (1996), considera este facto capaz de veicular consequências nefastas para os cidadãos e para o próprio sistema, conferindo um recuo significativo no que se designa atualmente por Estado de direito e podendo conduzir a um retrocesso progressivo do papel do Estado na área da saúde, até aos moldes existentes antes de 1976. Perante as circunstâncias exigem-se novas dinâmicas de resposta, capazes de colmatar as lacunas deixadas por este processo, sendo estas muitas vezes oriundas da sociedade e das entidades da economia social.

1.1.3. Crise do Estado-Providência e corresponsabilização da sociedade civil: a emergência da economia social

Numa conjuntura socio histórica de crise do Estado-Providência, a mobilização da sociedade civil vislumbra-se como estratégia viável para ultrapassar as dificuldades encontradas pelas populações e às quais o setor público não consegue dar resposta: seja pelas contenções orçamentais, seja pelas mudanças das políticas de saúde que não acautelaram devidamente a continuidade de cuidados e a articulação dos diferentes níveis de cuidados de saúde. Uma vez que alguns segmentos não são apelativos para o setor privado e este não é acessível a todos os cidadãos, a resposta às dificuldades passa por vezes pelas entidades da economia social. Este setor surge com novos atores e oferece tempo, recursos e mais-valias para o bem da sociedade, complementando políticas públicas e criando postos de trabalho. Com características próprias, o setor da economia social, define-se por “um intervalo entre o Estado e o mercado, quer no

sentido da concretização das acções que o Estado não pretende resolver, quer no daquelas que a economia privada não vislumbra interesses lucrativos para a sua realização” (Caeiro, 2008, p.64). Constitui um dos setores da organização social, política e económica de um país, a par com o setor público e o privado empresarial (Andrade & Franco, 2007), apresentando relevância crescente nas economias e sociedades de todo o mundo, facto ao qual Portugal não é exceção (Centro de Estudos Para Economia Social [CEEPS], 2012). Ao aliar rentabilidade e solidariedade e ao criar empregos de elevada qualidade, reforça a coesão social, económica e regional, gerando capital social, promovendo a cidadania ativa, a solidariedade e um tipo de economia com valores democráticos que põe as pessoas em primeiro lugar, para além de apoiar o desenvolvimento sustentável e a inovação social, ambiental e tecnológica (Resolução do Parlamento Europeu 2008/2250 (INI) de 19 fevereiro 2009).

Podendo assumir diversas terminologias, (terceiro setor/ economia social/ economia solidária/ economia social e solidária) geralmente o conceito refere-se a organizações que fornecem bens e serviços públicos, operando num espírito de solidariedade e partilha (Franco, Sokolowski, Hairel, & Salamon, 2005). Segundo o Observatório da Economia Social em Portugal [OBESP] (2011), as diferenças conceituais estão ligadas essencialmente aos diferentes contextos sociopolíticos em que emergiram, mas decorrem também das interpretações sobre o relacionamento que estas organizações têm com o mercado e o Estado⁵. Independentemente das designações, os seus princípios orientadores, concebem a primazia das pessoas sobre o capital, regendo-se por valores de altruísmo, combate ao individualismo, defesa dos direitos humanos, justiça social, práticas baseadas na confiança, proximidade, ajuda mútua e cidadania, considerando a economia como um meio e não como um fim (OBESP, 2011).

Em contexto nacional a Cooperativa António Sérgio para a Economia Social [CASES], adotou a nomenclatura “Economia Social” (utilizando-se doravante esta terminologia), definida na Lei

⁵ O termo “Terceiro setor” deriva da tradição anglo-saxónica, de pensamento liberal neoclássico, típico de sociedades sem grande tradição de Estado social. Apresenta uma abordagem fundamentalmente filantrópica, sendo um setor situado entre o setor público e o setor capitalista (Delors, 1979 como citado em OBESP, 2011). Já as noções de “Economia social” e “Economia solidária” têm uma tradição vincadamente francófona, e embora com a mesma génese remetem para dois universos com experiências distintas: a “economia social” designa as formas mais antigas e institucionalizadas do setor, nomeadamente as cooperativas, as mutualidades e até mesmo as fundações. A “economia solidária” é emergente e menos institucionalizada e reporta exclusivamente a necessidades concretas e a procuras existentes localmente. Paradoxalmente, assume uma dimensão mais política e apoia-se mais largamente no Estado. Apresenta uma perspetiva mais reguladora e compensadora da ação e das crises do Estado-Providência, podendo ser encarada como um movimento de renovação e reatualização histórica da economia social (OBESP, 2011), sendo capaz de articular diferentes racionalidades e lógicas, pode combinar a economia mercantil, não mercantil e não monetária, uma vez possuir um conjunto híbrido de recursos. Em países como os da América Latina, África e Ásia, o conceito de economia solidária, propõe um projeto de sociedade alternativo, com uma vertente política, realçando a necessidade de compromissos institucionais que promovam a emancipação e a democracia no seu funcionamento interno e externo. Já na Europa, em vez de concorrer com a economia social complementa-a (Parente & Quintão, 2014).

Atualmente, pode encontrar-se no espaço ibero-europeu um outro conceito, denominado por “Economia social e solidária”, que engloba todo o tipo de organizações da economia social sejam formais ou informais. Considera que deve emergir um novo tipo de economia baseada nos laços que se estabelecem ao nível das comunidades locais e que simultaneamente se oponha à excessiva integração na economia mercantil (OBESP, 2011). Parente e Quintão (2014) referem-na como uma expressão de outras formas de fazer economia baseadas nos princípios da solidariedade e da reciprocidade. Nesta visão, o setor não se constitui como um suplemento aos restantes setores de atividade económica, mas como um setor com especificidade própria em interação histórica permanente com os demais setores (OBESP, 2011).

de Bases da Economia Social [LBES]⁶ como o conjunto das atividades económico-sociais, livremente levadas a cabo por entidades específicas e que têm por finalidade prosseguir no interesse geral da sociedade, quer diretamente quer através da prossecução dos interesses dos seus membros, utilizadores e beneficiários, quando socialmente relevantes. Esta designação, também reconhecida pela União Europeia [UE] nos finais da década de 2000, integra um conjunto diversificado de organizações e formas jurídicas (cooperativas, associações, mutualidades, etc.) que atuam tanto no subsector de mercado como no de não mercado⁷.

A economia social assume uma centralidade sem antecedentes ao nível da Estratégia para a Europa 2020⁸ (Parente & Quintão, 2014) é referida ao nível da Resolução do Parlamento Europeu 2008/2250 (INI), para a economia social de 19 de fevereiro de 2009, como desempenhando um papel essencial na economia da União Europeia [UE], empregando mais de 11 milhões de assalariados, correspondente a 6% do total de postos de trabalho (Comunicação da Comissão Europeia COM/2011/0682 de 25 de outubro de 2011).

As organizações da economia social são um dos elementos constituintes do conceito europeu de Estado social (Comité Económico e Social [CES], 1998) e em Portugal tiveram origem há mais de um milénio, apoiadas pela igreja católica e baseando-se em instituições de caridade ou obras de misericórdia, passando pelas mutualidades e associações. Passou por diversas fases ao longo da história, mas a criação do Estado-Providência obrigou ao desenvolvimento das políticas sociais assumindo o dever de responder às necessidades sociais das populações. No entanto, não deixou de reconhecer o setor social e cooperativo (a par do Estado e do privado lucrativo) e mais tarde o estatuto das IPSS, face às dificuldades financeiras que não permitiam dar resposta a todas as necessidades sociais⁹. É das vicissitudes do Estado-Providência que a economia social toma relevância e reconhecimento a nível nacional¹⁰. Não obstante, Portugal

⁶ A LBES (Lei n.º 30/2013 de 8 de maio) criada em 2013, legisla sobre várias entidades com personalidade jurídica diversa (associações a cooperativas e mutualidades, fundações e outras organizações sem fins lucrativos), organizadas democraticamente, que produzem bens ou serviços sem finalidade lucrativa, e cujos eventuais excedentes da atividade são reinvestidos na sua missão.

⁷ Chavez e Monzón (2007;2012 como citado em Parente & Quintão, 2014) identificam a existência de dois subsectores na economia social da UE: o subsector de mercado ou empresarial, constituído por cooperativas, mutualidades e grupos empresariais controlados por entidades da economia social (organizações típicas da economia solidária e outras empresas sem fins lucrativos, tais como as empresas de inserção); e o subsector de não mercado, composto essencialmente por associações, fundações e entidades voluntárias não lucrativas de ação social, próximas do setor não lucrativo, cujos produtos e serviços têm uma utilidade social e são distribuídos, regra geral de forma gratuita ou a preços economicamente pouco significativos.

⁸ A Europa 2020 estabelece a estratégia de crescimento da UE para 2010-2020; pretende um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo, priorizando iniciativas de empreendedorismo e inovação social, que promova emprego, produtividade e coesão social nos Estados membros, (Infoeuropa, 2014).

⁹ O Estado criou um instituto específico, o Instituto António Sérgio para o Setor Cooperativo [INSCOOP], mas apesar do fervor deste setor na década de 80, começou a regredir a partir dos anos 90 até à data. Em 1983, dadas as suas dificuldades financeiras criou também um estatuto específico para Instituições Privadas de Solidariedade Social [IPSS] em 1983, permitindo às organizações da sociedade civil (mutualidades, misericórdias e outros organismos criados pelo Estado) estabelecerem acordos de cooperação com o Estado para a prestação de serviços sociais à população mais vulnerável (Parente & Quintão, 2014).

¹⁰ Especialmente na segunda metade da década de 2000, em que ocorreram marcos importantes: conversão do INSCOOP em CASES (2009); criação do Conselho Nacional para a Economia Social [CNES] (2011); publicação da primeira conta satélite para a economia social pelo Instituto Nacional de estatística [INE]; e aprovação da LBES (2013) (Parente & Quintão, 2014).

encontra-se ainda no caminho da apropriação, fruto provável da fragmentação identitária e tradições institucionais apartadas das organizações que compõem o setor¹¹ (OBESP, 2011) e da sua articulação segmentada com o Estado (Parente & Quintão, 2014).

A crise dos Estado-Providência comum a todo o espaço europeu, constituiu um impulso para a renovação da economia social, capaz de desbravar terreno numa conjuntura capitalista, enquanto resposta a novos problemas e a novos conceitos de pobreza e exclusão. Neste contexto e a partir dos anos 90, erguem-se novas dinâmicas e tipologias organizativas “em articulação e sob influência dos modelos organizacionais tradicionais e das suas estruturas de gestão baseadas no trabalho associado.” (Parente, Costa, Santos & Chaves, 2011, p.10), designadamente as empresas sociais¹², que englobam quer as entidades tradicionais (cooperativas, fundações, associações, mútuas, etc. cujos estatutos jurídicos específicos são particularmente adaptados às empresas sociais), quer as empresas sociais sob a forma de sociedade privada ou sociedade anónima tradicional (COM/2011/0682 de 25 de outubro de 2011). Acresce que “Respondendo com a inovação social a necessidades ainda não satisfeitas, as empresas sociais contribuem para um crescimento inteligente; tomando em consideração o seu impacto no ambiente e a sua visão de longo prazo, estas empresas modelam um crescimento sustentável; privilegiando a dimensão humana e a coesão social, actuam como motor do crescimento inclusivo. Noutros termos, a sua missão consiste em organizar transformações sociais e económicas que contribuam para os objectivos da estratégia «Europa 2020».”

Apesar da sua reconhecida importância a nível da UE, em Portugal o conceito de empresa social foi ignorado na LBES, onde não consta qualquer referência a “empresas sociais”, alheando as recomendações do OBESP em 2011, que para além das organizações tradicionais “haverá que considerar outras entidades dotadas de personalidade jurídica que porventura se considerem como integrantes da Economia Social com base nos princípios orientadores que as caracterizam” (OBESP, 2011, p.10), devendo a sua inclusão ter como condições a identificação das organizações com os princípios orientadores da economia social e a sua acreditação pela CASES

¹¹ Entre o final de 1970 e início da década de 80, são constituídas as 3 uniões representativas dos ramos institucionais (Misericórdias, Mutualidades e IPSSs), que se articula com o Estado de forma individual e fragmentada desde esses tempos até à atualidade. Só em 1996 com a CASES surge a primeira plataforma estável que integra estas 3 uniões, as confederações representativas do setor cooperativo e a Rede Portuguesa para o Desenvolvimento Local [ANIMAR] (Parente & Quintão, 2014).

¹² A “empresa social” desenvolve-se em torno do subsector de mercado e assume um papel central na UE e na Estratégia Europa 2020 (Parente & Quintão, 2014), a par com o empreendedorismo e a inovação social. A diversidade de entidades e características particulares de cada país, dificulta uma definição única, contudo a Comissão Europeia [CE] reconhece-a como um “agente da economia social uma empresa cujo objectivo principal é ter uma incidência social, mais do que gerar lucros para os seus proprietários ou parceiros. Opera no mercado fornecendo bens e prestando serviços de maneira empresarial e inovadora, e utiliza os seus excedentes principalmente para fins sociais. É gerida de forma responsável e transparente, nomeadamente associando os seus empregados, os seus clientes e outras partes interessadas nas suas actividades económicas.” (COM/2011/0682 de 25 de outubro de 2011). Acresce que podem tratar-se de empresas que prestam serviços sociais e/ou fornecem bens ou prestam serviços destinados a um público vulnerável (acesso à habitação ou cuidados de saúde, ao emprego e à formação, ajuda às pessoas idosas ou deficientes, inclusão de grupos vulneráveis, guarda de crianças, gestão da dependência, etc.) e/ou empresas que, pelo seu modo de produção de bens ou serviços, prosseguem um objetivo de ordem social (integração social e profissional mediante o acesso ao trabalho de pessoas desfavorecidas (fracas qualificações, problemas sociais ou profissionais, que conduzem à exclusão e à marginalização), mas cuja atividade pode abranger bens ou serviços que não sejam sociais.

enquanto autoridade do setor. Estas orientações nunca foram concretizadas e, assim, o conceito de empresas sociais apenas ecoou através das empresas de inserção¹³, promovidas pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP] e das Cooperativas de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado [CERCI], sendo estas últimas identificadas pela Rede EMES¹⁴ [Émergence des Enterprises Sociales en Europe] em 2001, como o caso mais próximo do tipo ideal de empresas sociais (Perista, 2001 como citado em Parente e Quintão, 2014). No vazio legal que se estabeleceu, o modelo organizacional de empresa social, foi banido ao nível do Portugal 2020 e Portugal Inovação Social¹⁵, contrastando com o destaque assumido na Europa 2020, onde usufrui de apoios através de políticas transversais para a economia social e de programas de apoio às empresas sociais, à inovação e ao empreendedorismo social, também estes, novos termos que emergem e fazem emergir uma renovada economia social.

1.1.4. Empreendedorismo e inovação social: a renovação da economia social

O empreendedorismo social surge como um fenómeno associado à emergência de iniciativas que consubstanciam novas lógicas de intervenção, para dar resposta a novas ou persistentes necessidades sociais. Representa um papel preponderante na sociedade atual¹⁶, especialmente quando os setores público e privado não conseguem alcançar um nível de satisfação adequado, de forma a superar as necessidades e os problemas sociais (Dumitru, Alves & Costa, 2012), emergindo o conceito de empreendedorismo social da composição de duas conceções mais antigas: a de empreendedorismo clássico e a de economia social (Parente & Quintão, 2014).

Se para a economia social existem múltiplas terminologias, para o empreendedorismo social há uma multiplicidade de sentidos, que podem ir “desde a criação de uma organização não

¹³ As empresas de inserção designam organizações geridas de forma empresarial com missão de inserir social e profissionalmente pessoas em risco de exclusão social (Parente & Quintão, 2014). A figura jurídica das Empresas de Inserção é criada em 1996 no âmbito do Mercado Social de Emprego, sendo formalizada e regulamentada em junho de 1998 (Quintão, 2008). Estas empresas, geridas por entidades da economia social, visam o desenvolvimento local pela promoção social e de um novo espírito empresarial que permita a resolução de problemas, como o desemprego, as baixas qualificações e formações, a pobreza e a exclusão social, através da criação de emprego e de atividades económicas para satisfação de necessidades sociais não contempladas (apoio domiciliário, serviços de proximidade, arranjo de espaços verdes, reabilitação e restauração do património) (Perista & Nogueira, 2010). A mesma fonte refere a criação de mais de 560 empresas de inserção em Portugal, reguladas pela Portaria n.º348-A/98 de 16 de junho. À data atual, esta medida encontra-se revogada ao abrigo do Dec. Lei n.º13/2015, de 26 de janeiro que aprova o novo enquadramento da política de emprego.

¹⁴ A EMES trata-se de uma rede de pesquisa sobre as empresas sociais na Europa criada em 1996.

¹⁵ O Portugal 2020 é o acordo de parceria, assinado a 25 de junho de 2014 entre o Estado Português e a CE, que define os princípios de programação que consagram a política de desenvolvimento económico, social e territorial para promover, em Portugal, entre 2014 e 2020, alinhados com os objetivos da Europa 2020 (Portugal 2020, 2015), de modo a apoiar, estimular e assegurar um novo ciclo nacional de crescimento e de criação de emprego (Eurocid, 2014). Enquanto parte deste processo e respetivos Programas Operacionais (PO), foi negociada a Iniciativa Portugal Inovação Social com o objetivo de financiar Iniciativas de Inovação e Empreendedorismo Social, quer pela aplicação direta dos Fundos Europeus Estruturais de Investimento e promoção do investimento social em Portugal (Portugal Inovação Social, 2015).

¹⁶ A CE refere um estudo de 2009 que avalia a parte da população ativa envolvida no empreendedorismo social em 4,1% na Bélgica, 7,5% na Finlândia, 3,1% em França, 3,3% em Itália, 5,4% na Eslovénia e 5,7% no Reino Unido. Na Europa, cerca de uma em quatro empresas criadas serão empresas sociais. Este valor eleva-se a uma em três na Bélgica, na Finlândia e em França (COM/2011/0682 de 25 de outubro de 2011).

lucrativa, passando pela empresa lucrativa que apoia projetos sociais por via das ações de responsabilidade social, até à empresa que se dedica a negócios de vertente social.” (Parente & Quintão, 2014, p.14). Independentemente do tipo de abordagem ao empreendedorismo social, resultante da articulação das diferentes perspetivas, sobretudo as das escolas anglo-saxónica (mais orientada para o mercado) e francófona (mais orientada para a inovação social)¹⁷, interessa reconhecer o seu papel na melhoria das condições de vida. Assim, o empreendedorismo social é entendido por Dumitru, Alves e Costa (2012), como um conjunto de atividades, ações ou tomada de decisões, desenvolvidas por um indivíduo ou organização, que identifica problemas sociais cuja resolução tem como intuito criar impacto social. A vocação do empreendedorismo e da inovação social é a criação de valor social, assumindo como objetivo central a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo, aproveitando as oportunidades e desenvolvendo projetos, colocando no centro da atividade económica, a supremacia da ética, da justiça social, do indivíduo e das suas reais necessidades (Costa, 2012).

Sendo frequentemente concetualizado como um fenómeno capaz de produzir pequenas mudança a curto prazo, que se disseminam, pela sua ressonância e replicação, através de sistemas capazes de catalisar grandes mudanças a longo prazo, o empreendedorismo social está intimamente ligado à inovação social. André e Abreu (2006), definem a inovação social como uma resposta nova, socialmente reconhecida que visa e gera mudança social, tratando-se simultaneamente de uma metodologia e um processo através do qual se dá a mudança. Parente e Quintão (2014) acrescentam que integra também o próprio produto da intervenção que se traduz na criação de valor social para além do valor económico que possa ter. Neste contexto,

¹⁷ O empreendedorismo social pode ser mais orientado para o Mercado ou para a Inovação social, encontrando-se a sua análise ancorada principalmente em duas perspetivas ligadas respetivamente às escolas anglófona e francófona: À anglófona típica dos países anglo-saxónicos, vai beber saberes da gestão empresarial, recorrendo aos contributos de Jean Say, para quem os empreendedores criam valor, movimentando recursos de áreas de menor produtividade para outras de maior; Joseph Shumpeter, que os descreve como inovadores capazes de reformar e revolucionar os modelos de produção; Peter Drucker, que alarga a definição de Say, referindo que não é necessário provocar a mudança mas antes aproveitar as oportunidades que surgem das mudanças (tecnológicas, normas sociais...) e Howard Stevenson, que concebe como cerne da questão empreendedora a procura de oportunidade sem ter em conta os recursos disponíveis no momento, uma vez que conseguem mobilizar recursos de outros para alcançar os seus objetivos (Dees, 2001). Esta perspetiva coloca “no centro das preocupações a sustentabilidade da organização com propósitos de cumprimento da sua missão social.” (Parente & Quintão, 2014, p.27), utilizando para tal os modelos de gestão privados direcionados para a eficiência e eficácia de resultados e inovação social, cujo sentido se aproxima do da mudança e transformação social.

A Tradição francófona, vigente na Europa, enfatiza os resultados das ações e impacto social. Desenvolvida por Bill Dreyton, fundador da Ashoka (uma organização sem fins lucrativos sediada na Índia, com foco no empreendedorismo social) em 1980, que aplica a definição de empreendedorismo de Shumpeter, aplicando-o em termos de produção de valor social. É desta escola que advém o conceito das empresas sociais, ancoradas nas tradições seculares da economia social e como “resposta das instituições aos desafios impostos pelas crises dos Estados-povidência, pelo aumento do desemprego e pela emergência de novos fenómenos de pobreza e exclusão social.” (Parente, Costa, Santos & Chaves, 2011, p.28). Esta perspetiva dirige a sua atenção mais para os objetivos a que se dedicam as organizações e os princípios de gestão participada e orientada para as partes interessadas, assegurando a perseguição de objetivos sociais (Defourny & Borzaga, 2001; Spear, 2006; Defourny & Nyssens, 2010 como citados em Parente & Quintão, 2014), em que a primazia cabe às pessoas e ao trabalho em detrimento do capital na distribuição dos excedentes e existe uma gestão independente face ao setor público e privado, com o objetivo de servir os membros, a comunidade e os interesses sociais.

Parente e Quintão (2014), acrescentam a estas perspetivas, o contributo da economia solidária da América latina que pugna por um mecanismo de coordenação oposto à lógica do interesse privado e onde o vínculo social de reciprocidade aparece como fundamento das relações de cooperação estabelecidas. Assente numa vertente de cidadania ativa, apresenta um projeto de sociedade alternativa, capaz de garantir a sobrevivência segundo uma lógica comunitária de vida.

a inovação social é perspectivada quer como um resultado, quer como uma ferramenta essencial para que o impacto social seja atingido (Parente, Marcos & Diogo, 2014).

O conceito de inovação pode ser variável e a inovação pode advir de diferentes circunstâncias, não implicando forçosamente inventar algo completamente novo. Pode significar a aplicação de uma ideia já existente num novo formato ou numa nova situação (Schumpeter, s.d. como citado em Carvalho, 2012), decorrente da forma como se estruturam os negócios ou como se obtêm determinados recursos. Reis e Santos (2012, p.116) reforçam esta ideia, referindo que “ser único não implica ser extravagante, nem ter muitos recursos técnicos ou financeiros. Basta conjugar os recursos que temos com a informação sobre aquilo que nos rodeia, e fazer algo ligeiramente diferente do que é oferecido pelos nossos concorrentes.”. Uma vez que a inovação pode dizer respeito à descoberta, definição ou exploração de oportunidades que melhorem o bem-estar social (Zahra, Gedajlovic, Neubaum & Shulman, 2009; como citados em Parente & Quintão, 2014), as oportunidades são cruciais para os empreendedores sociais.

Num país envelhecido como Portugal, a palavra de ordem visa dar resposta a problemas ligados aos idosos, descurando inconscientemente outras áreas que sofrem com a atual conjuntura económica e social. Parte-se do princípio que a capacidade de cuidar de uma criança é instintiva, mas tal não é verdade, ter um filho é mais fácil do que ser pai/mãe. Deste hiato, surge a oportunidade de agir em prol da capacitação parental, disponibilizando as “armas” que promovam a autonomia dos pais para cuidar do seu filho com segurança. Uma vez que ser capaz de inovar implica “conhecer bem os nossos clientes e escolher o fator de diferenciação que eles valorizem mais.” (Reis & Santos, 2012, p.116), é necessário perceber quais os principais desafios com que os pais se deparam e a melhor forma de os enfrentar, utilizando as estratégias reconhecidas por estes como as que melhor respondem às suas necessidades.

1.2. Nascimento de um filho: Desafios e recursos

O nascimento de um filho, em especial se primogénito tem grande impacto na vida pessoal dos indivíduos implicando grandes mudanças e adaptações, e exigindo tempo para reequilibrar a vida familiar (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Na sociedade portuguesa as características da família sofreram grandes alterações nas últimas décadas, verificando-se nos dias de hoje uma falta de experiência no que toca a cuidar de crianças em geral e RNs em particular. Antigamente “(...) vivia-se na família alargada na qual os mais velhos ensinavam a educar os mais jovens, e os mais jovens se ocupavam dos filhos dos mais velhos. Só na cidade se conhecia a família nuclear.” (Ausloos, 2003, p.150). As famílias numerosas e com muitos filhos, permitiam um contato com crianças pequenas, sendo que as mais velhas (especialmente as meninas) tomavam a seu cargo o cuidado dos irmãos ou primos mais pequenos, adquirindo assim algumas competências desde tenra idade. Também a

coabitação, com pessoas mais velhas facultava aos jovens pais apoio, confiança e segurança pela experiência adquirida e transmitida pelas mulheres mais velhas da família.

Atualmente Portugal apresenta características muito *sui-generis* no que diz respeito à família: a taxa de natalidade vê-se cada vez mais reduzida, os filhos únicos cada vez mais frequentes e as famílias nucleares as mais comuns, o que justifica a dificuldade dos pais em obterem apoio familiar e em fazerem qualquer tipo de aprendizagem (Branco & Pedroso, 2008). O fraco contacto intergeracional, onde se vê condicionado o convívio quer com crianças pequenas quer com mulheres mais velhas e experientes, promove um conhecimento “livresco, fílmico e quase sempre distanciado” (Leal, 2005, p.10). Neste contexto, aquando do nascimento de um filho, os jovens pais experimentam um misto de felicidade e angústia, de responsabilidade e insegurança. Estes sentimentos veiculam ansiedade, impedindo a conciliação da nova esfera familiar e dificultando a adaptação à parentalidade.

1.2.1. Adaptação à parentalidade: entre ter um filho e ser pais

A parentalidade (do latim *parêntale*) é definida por Bayle (2005, p. 322) como “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)”. Neste sentido, assume-se a parentalidade como o processo de integração de um novo elemento na família e o desenvolvimento da capacidade de cuidar dele, respondendo às suas necessidades básicas e de afeto.

A forma de olhar a parentalidade tem-se modificado ao longo dos tempos e, no contexto social atual, em que a criança é tida como um bem precioso e raro, ter um filho parece ser mais complicado do que era em outras épocas. Para algumas mães, a saída da maternidade pode ser vivida com certo pânico, sobretudo quando não há um sistema de apoio na sua relação com o bebé, apresentando-se estas dificuldades, de igual modo, nas mães que optam pelo parto domiciliário, uma vez que em qualquer dos casos, veem-se com a responsabilidade de cuidar de um ser indefeso, dependente da sua ação para sobreviver.

As respostas do bebé aos cuidados da mãe ajudam-na a ser mãe, contudo “ser mãe não se improvisa, é uma aprendizagem longa, que vai durar toda uma vida.” (Bayle, 2005, p.335). Justifica o autor que a gravidez na cultura ocidental tem pouco apoio da família e dos amigos, sendo acompanhada só pelos profissionais de saúde, sem apoio emocional, material ou formativo antes ou depois do parto. Neste contexto, sobretudo as primíparas, saem da maternidade com uns certos conhecimentos, mas depois têm de encontrar soluções para os problemas que se apresentam. Uma vez que “O isolamento é por vezes intenso, aumentando os índices de ansiedade, a diminuição da auto-estima e o sentimento de falta de competência. A adaptação da mãe ao bebé é difícil, sobretudo nas mães vulneráveis.” (Bayle, 2005, p.334). Estes sentimentos de insegurança, incapacidade, tensão emocional e ansiedade, devido às novas responsabilidades decorrentes do cuidar de uma criança, podem comprometer o processo

normal. As “respostas parentais ao nascimento de uma criança incluem comportamentos que podem ser adaptativos ou disfuncionais” (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999, p.496). O comportamento adaptativo baseia-se na percepção realista dos pais e aceitação das necessidades do RN, das suas capacidades limitadas e das respostas sociais imaturas; o disfuncional manifesta-se quando os pais respondem inadequadamente às necessidades do RN, desconhecem as suas competências e esperam respostas que estão para além das suas capacidades. Se a figura parental é capaz de proporcionar proteção e conforto à criança, a prestação de cuidados encontra-se regulada por emoções de prazer e satisfação. Se essa capacidade não é eficaz encontra-se regulada por emoções negativas como tristeza, ansiedade e desespero (Canavarro & Pedrosa, 2005).

O sistema de prestação de cuidados para responder às necessidades do bebé depende de diversos fatores capazes de influenciar a adaptação parental. Alguns fatores são dependentes do próprio bebé, relacionados com o seu comportamento e temperamento; outros relacionam-se com os recursos psicológicos da figura parental, da sua história prévia enquanto filho(a) e de outras variáveis de natureza socio contextual, tais como a satisfação na relação conjugal, situação socioeconómica, satisfação no trabalho e a capacidade de conciliação com os cuidados ao bebé, assim como a rede social de apoio, entre outras (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Neste processo de adaptação à satisfação das necessidades do bebé importa salientar a alimentação como um dos maiores geradores de *stress*, principalmente quando é providenciada através da amamentação, uma vez que o desejo de amamentar entra muitas vezes em rota de colisão com as dificuldades e as dúvidas quanto ao aporte nutricional suficiente ao bebé.

1.2.2. Aleitamento materno: Recomendações e dificuldades

“A amamentação dá à criança o melhor começo de vida.” (Organização Mundial de saúde [OMS] & Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1993). Sendo esta a recomendação master a nível mundial para a alimentação saudável do RN, Levy & Bértolo (2012) apontam-na como a forma mais eficaz de promoção da saúde¹⁸, favorecendo o desenvolvimento do bebé e o vínculo com a mãe. Tendo uma composição e nutrientes perfeitos, o leite materno facilita a digestão e constitui um método de alimentação mais económico (OMS & UNICEF, 1993).

A Organização Mundial de Saúde [OMS] e o Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] recomendam o leite materno em exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida e a sua manutenção com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais. Apesar destas diretivas, verifica-se que na maioria dos países as mães introduzem leite de fórmula e outros alimentos antes dos quatro meses de idade, suspendendo a amamentação muito antes dos dois anos (OMS & UNICEF, 1993). Em Portugal estima-se que cerca de 90% das mães iniciem

¹⁸ A amamentação promove a saúde quer das crianças quer das mães. No 1º caso, pela eficácia do leite materno na prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias, urinárias, diabetes e linfomas; pelo efeito protetor contra alergias e favorecimento de tolerância a outros alimentos; no 2º caso, os principais benefícios incluem a promoção da involução uterina e menor probabilidade de cancro da mama (Levy & Bértolo, 2012).

amamentação após o nascimento, contudo cerca de metade interrompem este projeto precocemente, durante o primeiro mês de vida (Levy & Bértolo, 2012), motivadas por falsos conceitos, inseguranças e *stress* (Galvão, 2006).

Galvão (2006), considera que são inúmeras as condicionantes que levam a mãe a decidir iniciar e manter o aleitamento materno, nomeadamente a condição laboral, o facto de a mãe ter sido amamentada, experiência anterior, ver frequentemente outras mulheres a amamentar, autoestima e satisfação materna em amamentar, suporte informativo sobre amamentação durante a gravidez e após o parto, incidência de dificuldades e problemas com a amamentação e os sentimentos vivenciados na 1ª mamada e durante o internamento.

As dificuldades no início do processo de amamentação podem ser várias podendo estar ligadas quer a problemas da mama: mamilos dolorosos, fissuras, ingurgitamento mamário ou mamilos rasos, entre outros; quer ligadas a características do bebé: prematuridade, fenda palato, hipotonia, problemas neurológicos, temperamento do bebé, ou características fisiológicas que impeçam ou dificultem a amamentação. Estas dificuldades são apontadas como razões comuns para o abandono desta prática, assim como o facto de as mães considerarem o seu leite insuficiente; terem tido dificuldades para iniciar e manter a amamentação; terem regressado ao trabalho e não saberem como conciliar ambas as coisas; não ter apoio nos serviços de saúde; ou receber conselhos que não sejam de apoio à amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Apesar das medidas favoráveis adotadas na maternidade, não existe garantia de que as mães continuem a amamentação exclusiva, obrigando a refletir sobre o que acontece com as mães após a alta (OMS & UNICEF, 1993). Uma vez que a alta hospitalar ocorre um ou dois dias após o parto, numa altura em que a amamentação ainda não está bem estabelecida, não é possível contornar todas as dificuldades iniciais que surgem à mãe que amamenta e que podem provocar sentimentos de perda de confiança em si mesma, podendo levá-la a dar leite artificial ao bebé para responder às pressões da família e amigos.

Ajudar a restabelecer a confiança pode contribuir para o sucesso na amamentação e ajudar a mãe a resistir a pressões de outras pessoas (OMS & UNICEF, 1993); ajudar a manter o aleitamento materno¹⁹ quando surgem dificuldades na amamentação constitui de igual forma uma estratégia fundamental. Independente da génese dos problemas, é fundamental a existência de uma estrutura de suporte após a alta hospitalar, capaz de ajudar as mães a ultrapassá-los (Galvão, 2006; Levy & Bértolo, 2012), remetendo para a importância das redes de apoio social.

¹⁹ Entenda-se o aleitamento materno como todas as formas de o lactente receber leite materno (mama, biberão, copo, sonda de alimentação) e por amamentação, como uma forma de aleitamento materno em que a lactente mama leite diretamente da mama (Carvalho & Tamez, 2005). Utiliza-se doravante “aleitamento materno” assumindo-se o conceito mais abrangente.

1.2.3. Redes de apoio social: Papel na adaptação à parentalidade e no aleitamento materno

É da natureza humana estabelecer vínculos com os seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações na busca de apoio e ajuda. Durante toda a sua existência, o Homem organizou-se e organiza-se socialmente formando uma rede de laços (ou relações) interpessoais, constituindo famílias, grupos e comunidades, que formam a sua rede de apoio social.

O conceito de rede de apoio social, suporte social ou rede social, pode ser entendido como um sistema composto por pessoas, funções e situações, que oferece apoio ao indivíduo, nas suas diferentes necessidades (Dessen & Braz, 2000).

Rodriguez e Cohen (1998; como citados em Siqueira, 2008) concebem a existência de diferentes tipos de apoio que alguém pode receber da sua rede de apoio social, apontando o suporte emocional, o instrumental e o informacional como os mais amplamente estudados. Siqueira (2008) considera que estes recursos disponibilizados pela rede social constituem duas categorias de suporte, sendo uma de cunho eminentemente afetivo (suporte emocional) e a outra de caráter prático (suporte instrumental e informacional), por reunir doações de caráter utilitário e objetivo.

O **suporte afetivo**, representa o *suporte emocional*, e refere-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir os seus problemas, mostrar-se empático e confiável) e é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação por parte de alguém a outrem durante as relações sociais. Comporta os apoios que levam o indivíduo a acreditar ser possível encontrar, entre as pessoas de sua rede social, alento para reagir e superar dificuldades, ou para dividir e compartilhar alegrias advindas das realizações, conquistas e sucessos pessoais.

O **suporte prático**, por seu turno, representa segurança e tranquilidade para o indivíduo ao acreditar que existem, entre os integrantes de sua rede social, pessoas com disposição para suprir alguma necessidade de ordem prática, seja instrumental, seja informacional. O *suporte instrumental* compreende as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro, ajudas com tarefas diárias, disponibilização de materiais equipamentos). Por seu lado o *suporte informacional*, inclui receber de outras pessoas noções indispensáveis para que o indivíduo possa orientar as suas ações para dar solução a um problema, ou tomar uma decisão.

As redes de apoio social são multidimensionais, e incorporam os membros da rede social do indivíduo, os tipos de apoio, o apoio em geral percebido e a satisfação com o apoio disponível e recebido, sendo este fundamental para a adaptação à parentalidade (Canavarro & Pedrosa, 2005). A família, mas também os amigos e vizinhos dos novos pais formam uma dimensão importante da sua rede social de apoio, proporcionando um suporte assistencial com a qual os pais podem contar (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2002). Representam um papel importante no

processo de adaptação ao RN, como um novo elemento do agregado familiar pelo suporte instrumental, informativo e emocional que compreende (Warren, 2005).

O nascimento de um filho é um fator gerador de *stress*, exigindo aos pais adaptações, de forma a responder às necessidades do bebê e o apoio emocional recebido pelas mães “parece ser fundamental para a sua segurança no cuidar ao recém-nascido” (Moreira & Melo, 2005). Dado que a família nuclear constitui a rede social natural e básica, uma família que funcione como suporte social terá maior capacidade para enfrentar situações de *stress*²⁰ (Campos, 2007). Canavarro e Pedrosa (2005) apontam o apoio emocional com origem em alguém próximo como o mais significativo, sendo o cônjuge e a família alargada as fontes de apoio mais importantes, contudo, também os apoios instrumental e informacional estão associados à adaptação à parentalidade, manifestando-se por informações, conselhos, ajuda financeira ou nas tarefas domésticas assim como nos cuidados ao bebê ou a outros filhos.

O novo membro da família fomenta uma aproximação das rotinas da tríade às da família de origem (Canavarro & Pedrosa, 2005), tanto pela quantidade e diversidade de tarefas e cuidados a prestar, como pela verificação de situações inesperadas para as quais os novos pais ainda não têm resposta. Assim, o apoio emocional e instrumental e prestado pelos avós, é um fator protetor de adaptação à parentalidade, quando ministrado e negociado adequadamente e com sensibilidade, na transição de ambos os pais à parentalidade²¹.

No contexto social atual, esta aproximação dos pais aos avós nem sempre é possível uma vez que na maior parte das vezes o casal vive só, a vários quilómetros da sua família de origem, sem ter apoio nesta fase de transição para a parentalidade (Bayle, 2006). Nestas circunstâncias, os amigos e vizinhos (em especial se já têm filhos) passam a constituir o apoio social dos novos pais, ao compartilharem as suas experiências e ajudarem nesta etapa (Mendes, 2009). No caso do aleitamento materno o suporte pode advir também da família e amigos, uma vez que o apoio da comunidade é bom em lugares onde existe uma tradição de amamentação forte e os membros da família vivem perto, contudo, podem levantar-se problemas dado que algumas ideias tradicionais podem estar erradas, exigindo recurso a outras estratégias.

²⁰ A importância da família em situações de *stress*, é corroborada por Aragão, Vieira, Alves e Santos (2009), que na sua revisão de literatura sobre suporte social e *stress* encontraram vários estudos que mostram evidências de que o suporte social esteja entre os fatores de redução de impacto de eventos *stressantes*, reportando-se nomeadamente a Pietrukowicz (2001) que demonstra a importância do suporte social, e a relação deste constructo com o bem estar físico e psicológico; Rigotto (2006) que o relaciona com o autoconceito e auto estima; Seidl et al (2005) em relação à qualidade de vida e Valla (2006) com o processo saúde-doença.

²¹ Este apoio pode ter aspetos negativos quando prestado em excesso, pela dependência que cria se fornecido com sensibilidade e pela confusão de limites entre gerações que pode originar quando prestado de forma intrusiva, resultando num mal-estar e conflito. Assim, é fundamental negociar um novo equilíbrio entre apoio e a autonomia, no relacionamento de ambas as gerações (Canavarro & Pedrosa, 2005). O grau de envolvimento dos avós nos cuidados ao neto depende de vários fatores como o desejo de se envolverem, a sua proximidade, as suas expectativas étnicas e culturais face ao seu novo papel.

Os Grupos de Apoio Mútuo [GAM] ²² são uma dessas estratégias, e uma das recomendações da OMS e UNICEF (1993) ²³, uma vez que constituem um meio de contacto importante para as mães socialmente isoladas e uma fonte de apoio para desenvolver a sua confiança relativamente ao aleitamento materno, reduzindo as suas preocupações, fornecendo ajuda extra à mãe através de mulheres como ela e que os serviços de saúde não podem dar. Para além do apoio emocional os GAM podem também proporcionar apoio informacional quer sobre o aleitamento materno, quer sobre os cuidados ao bebé e criança, pelo que exige colaboração e supervisão de agentes credenciados, de forma a corrigir ideias erradas e sugerir soluções.

A internet veio revolucionar o conceito de GAM, encontrando-se facilmente *blogs* e grupos de discussão *on-line* que abordam os temas do aleitamento materno e dos cuidados ao bebé, constituindo verdadeiros “grupos de apoio virtuais”. Tal como para os “grupos de apoio presenciais”, deveria existir a intervenção de um elemento capacitado para controlar a disseminação de mitos e ideias erradas, o que nem sempre parece acontecer, pelo que o recurso a esta estratégia deveria obrigar a uma análise crítica e seleção criteriosa dos conteúdos.

Os GAM abrem o horizonte da rede de apoio social dos pais para além dos membros mais próximos (familiares e amigos), mas não a limita nem encerra, uma vez que a rede de apoio social inclui também fontes de suporte existentes na comunidade, e aos quais os pais podem recorrer. Esses apoios pelas suas características não serão elegíveis como melhor fonte de suporte emocional, contudo poderão facultar vertentes do suporte instrumental e informacional fundamentais na adaptação à parentalidade e que nem sempre a rede mais restrita e privada providencia.

No suporte instrumental incluem-se a acessibilidade creches, a serviços de transporte e mobilidade, a acessibilidade a instrumentos e equipamentos vários, nomeadamente os que promovem a iniciação ou manutenção do aleitamento materno. Como referido e descrito anteriormente, a maior parte das condicionantes a esta prática poderia ser contornada pela utilização de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, uma vez que a utilização de bombas de extração de leite (manuais ou elétricas) podem prover um auxílio importante,

²² Os GAM pretendem ser uma resposta desenvolvida através de pequenos grupos para interajuda, organizados e integrados por pessoas que passam ou passaram pela mesma situação/problema, com vista a encontrar soluções pela partilha de experiências e troca de informação (Segurança Social, 2015). Estes grupos são estruturas relativamente pequenas (6 a 15 elementos) constituídas por pessoas que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade. Um dos objectivos-chave é a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências. São promotores da autoestima, autoconfiança e estabilidade emocional, fomentando a intercomunicação e o estabelecimento de relações de suporte positivas. Os GAM são orientados por um conjunto de princípios e valores que assentam no respeito pela diversidade das pessoas, das capacidades individuais e na identificação de problemas comuns e criação de recursos adequados.

²³ Em 1989, a OMS e a UNICEF lançaram uma declaração conjunta onde recomendam os “Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno” e que são a base para a “Iniciativa Hospital Amigo do Bebê”. Os primeiros nove passos respeitam a práticas dentro das maternidades durante o internamento, o décimo recomenda “Estimular o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar ou do ambulatório” (OMS & UNICEF, 1993, p.36). Estes grupos de apoio podem ser iniciados por um trabalhador de saúde, por um grupo de mulheres já existente ou ainda por um grupo de mães que se conhecem na consulta pré-natal ou maternidade e querem continuar a encontrar-se e entretajudar-se.

garantindo a ingestão de leite materno através de biberão ou sonda em bebés com dificuldades na amamentação, quer pelas suas próprias características, quer pela anatomia da mama. A extração pode ser útil também para prevenir o ingurgitamento e desconforto mamário assim como libertar ductos bloqueados, ou aumentar a produção de leite. No caso das mães que regressem ao trabalho, o aleitamento materno pode ser mantido pela mesma estratégia. Outros problemas e dificuldades podem ser debelados com a utilização de distintos auxiliares específicos para condições também elas específicas, nomeadamente mamilos de silicone para ajudar a amamentação no caso de mamilos rasos/invertidos, ou na presença de fissuras e dor. Apesar da sua inegável utilidade, o preço de alguns equipamentos não é convidativo, especialmente no que concerne a bombas de extração de leite, exigindo às famílias um esforço económico significativo para a sua aquisição.

Noutra vertente, também as empresas podem constituir importantes suportes instrumentais, não só pelo cumprimento da legislação que protege os direitos da maternidade, como também criando condições para as mães poderem extrair e conservar leite durante o tempo que permanecem no local de trabalho, ou ausentarem-se para amamentar os seus filhos. De igual modo, a flexibilidade de horário laboral constitui também um importante apoio, de forma a assegurar os cuidados à criança, promovendo desta forma a adaptação à parentalidade.

Já no que diz respeito ao suporte informacional, é indubitável a importância assumida pelas informações veiculadas pelos serviços e profissionais de saúde, em etapas como a gravidez, hospitalização e regresso a casa, uma vez que estas etapas implicam interiorização e aquisição de aprendizagens para os novos pais. Com a diminuição do tempo de hospitalização há uma maior necessidade de se apoiarem nos recursos da comunidade para satisfazer as suas necessidades de informação, sendo os profissionais mais diretamente relacionados com estas práticas, os enfermeiros. O apoio informacional destes profissionais oferece aos novos pais um serviço comunitário, proporcionando apoio, encorajamento e noções básicas relacionadas com a educação parental (Perry, 2008) e com o aleitamento materno. Pode ser disponibilizado presencialmente ou por via telefónica através de linhas de apoio com carácter interativo, dirigidas para a orientação e avaliação de enfermagem, respondendo a questões imediatas, relativas a necessidades específicas.

Seja presencial, ou telefónico, o suporte informacional fornecido por profissionais estabelece a ponte entre os serviços de internamento, ambulatório e domiciliário, esclarecendo e aconselhando mediante estratégias de educação para a saúde. A educação para a saúde combina experiências de aprendizagem delineadas para promover ações voluntárias que conduzam à saúde do indivíduo e à adoção de estilos de vida saudáveis (Candeias, 1997), comportando "(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de

comportamentos e de estilos de vida” (Tones & Tilford, 1994, p.14). A educação para a saúde permite avaliar as reais necessidades de apoio à família e planejar as intervenções mais adequadas a cada situação, através da interação, orientação e promoção da autonomia, desenvolvendo um trabalho de parceria por via do ensino, instrução, treino e supervisão dos cuidados ao bebé e aleitamento materno, até que esta adquira autonomia e sinta segurança.

Cabe ao enfermeiro identificar e antecipar as necessidades dos pais nesta fase de adaptação, desempenhando com competência as funções de cuidador e educador no sentido de desenvolver a autonomia dos pais, no desempenho do seu novo papel (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999). As abordagens e as estratégias utilizadas visam fortalecer o autoconceito dos pais, ajudando-os a ficar mais confiantes e mais à vontade com as suas habilidades e competências como mãe/pai nos cuidados ao bebé, uma vez que a autoestima e segurança crescem com a competência e vice-versa. Este apoio profissional torna-se fundamental, tendo em conta que quando os pais se sentem competentes no seu papel, são capazes de o desempenhar melhor. Apesar de ser uma área privilegiada da enfermagem, pode também ser facultado por outros profissionais, desde que devidamente credenciados e capacitados para dar apoio, nomeadamente por certificação como Conselheiros em Aleitamento Materno [CAM].

Do exposto emerge a importância da rede de apoio social dos indivíduos na adaptação à parentalidade e no aleitamento materno. Áreas estas que têm assumido importância crescente conduzindo ao desenvolvimento de iniciativas de apoio a nível nacional e internacional.

1.2.4. Iniciativas nacionais e internacionais de apoio nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno

As dificuldades na adaptação à parentalidade especialmente as relacionadas com o aleitamento materno são comuns a todo o território nacional e além-fronteiras. Prova disso são as várias iniciativas que se podem encontrar como resposta a este problema, algumas delas de cariz internacional. Exemplo disso são a “**SOS Amamentação**”: Uma associação sem fins lucrativos constituída em 2004 e que funciona como linha telefónica de apoio desde 1998. O apoio é feito por voluntárias com formação em aleitamento materno, segundo as orientações da OMS/UNICEF. A sua missão é apoiar as mães e famílias, nas suas dúvidas e dificuldades, promovendo as suas capacidades e estimulando a relação mãe-bebé através do vínculo da amamentação, contribuindo para o sucesso desta prática (www.sosamentacao.org.pt).

A “**La Leche League [LLL]**” é outro exemplo que se pode encontrar: Trata-se de uma organização internacional sem fins lucrativos fundada em 1956 para dar informação, encorajamento e apoio, através da ajuda de mãe para mãe, a todas as mulheres que queiram amamentar, tendo representações em mais de 50 países. A LLL Internacional é uma das principais autoridades mundiais em matéria de amamentação. Esta entidade dá apoio gratuito em várias áreas, nomeadamente reuniões mensais, ajuda telefónica, bibliografia sobre amamentação, parto, educação, nutrição e a mais atualizada informação sobre amamentação.

As moderadoras são mães que tiveram uma experiência feliz com a amamentação dos seus filhos e que posteriormente, após exigente formação, foram certificadas pela LLL Internacional. Destina-se a todas as mulheres que estejam interessadas na amamentação, quer estejam grávidas, a amamentar ou simplesmente tenham o desejo de aprender mais (www.llli.org).

A iniciativa “**Vamos dar de mamar**”: Um projeto da “Ajuda de mãe” com a parceria da associação “SOS Amamentação” e com o apoio da DGS. Para além de apoio e aconselhamento disponibiliza também material e equipamentos de apoio aleitamento materno (com preços idênticos ao de mercado). O aconselhamento é gratuito, funcionando quer por via telefónica, quer *in loco*, quer através de visitas domiciliárias sujeitas a pagamento de taxas. Relativamente a capacitação parental, dá formação pré-parto (www.vamosdardemamar.org).

De igual forma a “**International Baby Food Action Network [IBFAN] -Rede Internacional Pró-Alimentação Infantil**” pode ser mencionada: Pertence à “*Mama Mater*”, uma Organização Não Governamental. Membro oficial da Rede Internacional Pró-Alimentação Infantil, com mais de 250 grupos espalhados por 150 países em todo o mundo. O seu objetivo consiste em melhorar a saúde das crianças e bebés em Portugal, através da promoção, suporte e proteção do aleitamento materno (www.ibfanportugal.org).

As iniciativas existentes estão ligadas não só a entidades privadas, sem fins lucrativos, mas também ao setor público, sendo o exemplo mais conhecido a rede de “**Cantinhos da amamentação**” da DGS: sedeados nos centros de saúde e algumas maternidades, têm assegurado desde 1999 uma disponibilidade diária para o acompanhamento presencial de dificuldades na amamentação, desde que as mães o solicitem. Não asseguram uma consulta específica com agenda e marcações, mas disponibilizam apoio diário em tempo real, quer individualmente quer em pequenos grupos, conforme a preferência da mulher, que de forma desburocratizada e anónima se assim o desejar, pode recorrer a este serviço sempre que entender, independentemente do tempo que durar a amamentação (DGS, 2015b).

Ao nível dos cuidados ao bebé as respostas da sociedade civil têm por base a constituição de GAM através de *blogs* ou nas redes sociais. De referir, no entanto uma iniciativa pública, empreendida pela ULS de Matosinhos, denominado “**Projeto Bem-me-quer**”, um projeto de para promover as competências no exercício da parentalidade desde as 20 semanas de gestação até aos 9 anos, de crianças saudáveis e com necessidades especiais. Assente num modelo de cuidados, centra-se na oferta de serviços de enfermagem diferenciados, na preparação ao exercício da parentalidade, tendo em vista a continuidade de cuidados, traduzindo-se num bom exemplo da aplicação das recomendações das políticas de saúde, patentes no PNS. De salientar que o cumprimento dessas diretivas, permitiriam implementar outras estratégias através da articulação em rede entre cidadãos, comunidades, diferentes entidades e Estado, configurando a sua concretização a verdadeira rede de suporte social.

Parte II. Capacitação parental e aleitamento materno: Diagnóstico de necessidades e recursos na Cova da Beira

Nota introdutória

A “metodologia de projeto tem como pressuposto que qualquer objetivo de intervenção é construído com base no conhecimento da realidade, sob pena de não ser adequado ou realista.” (Guerra, 2010, p.129). Uma vez que não fala por si, realizar o diagnóstico é fundamental para conhecer a realidade sobre a qual se pretende intervir, aprofundando as dinâmicas de mudança, as potencialidades e os obstáculos numa determinada situação, sendo um processo permanente e sempre participado pelos diferentes atores envolvidos. Quando bem realizado, este processo “é garantia de adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projeto de intervenção.” (Guerra, 2010, p.131).

O diagnóstico consiste na análise da situação e pretende definir as possíveis relações causais integrando-as num contexto económico, social, cultural e político do local e da região, com a finalidade de analisar como é que essas condições afetam o modo de vida, pelo que, a identificação das causalidades dos problemas e a caracterização detalhada desse mesmo problema são os dois elementos de informação a constar do diagnóstico (Guerra, 2010). Segundo Santos (2012), as etapas de elaboração de um diagnóstico são: a formulação dos objetivos do diagnóstico; recolha e análise dos dados; identificação dos problemas, das suas causas e das suas tendências evolutivas; identificação das oportunidades e das ameaças; e estabelecimento de prioridades. Guerra (2010) acrescenta ainda a identificação de atores; das suas perceções e expectativas face à resolução do problema, assim como o levantamento de experiências de intervenção face ao mesmo.

Com base no anterior, este capítulo começa com a apresentação do quadro de referência e a definição dos objetivos do diagnóstico. Prossegue-se com a descrição dos procedimentos metodológicos para recolha e análise dos dados, e apresentação dos mesmos, seguindo-se a análise de necessidades e do problema. Termina-se com a definição de prioridades e integração das expectativas e sugestões dos atores identificados nesta fase: mães de crianças até 2 anos de idade (grupo-alvo: atores de 1º nível) e profissionais de enfermagem (interventores: atores de 2º nível).

2.1. Quadro de referência e objetivos do diagnóstico

.Quadro de referência pré-diagnóstico.

Apesar dos inúmeros fatores capazes de influenciar o processo de adaptação à parentalidade, nem todos interessa analisar para o âmbito do projeto. A discussão apresentada na primeira parte deste documento, serve de elemento condutor da análise e construção da resposta social face ao problema identificado, articulando-se em torno do conceito da rede de apoio social, em especial no suporte informacional e instrumental pós-natal. Da associação desse elemento condutor com os decorrentes de uma observação preliminar da realidade, resulta a formulação do quadro de referência (Ilustração 1), entendido enquanto modelo de abordagem, que serve nesta fase como ponto de partida para definição de objetivos do diagnóstico, metodologias e dados a recolher, e a partir do qual se procederá à planificação estratégica do projeto.

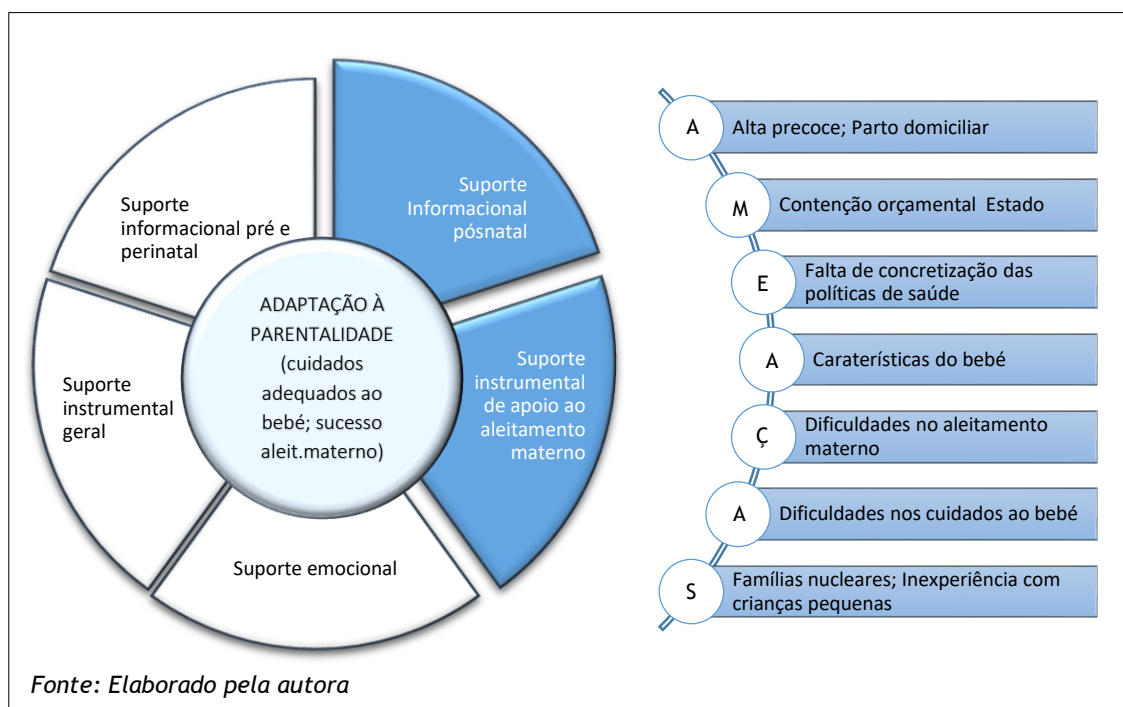


Ilustração 1. Diagrama representativo do quadro de referência pré-diagnóstico

Este diagrama representa no núcleo o **foco da intervenção** (= adaptação à parentalidade no respeitante aos cuidados adequados ao bebé e sucesso no aleitamento materno), sujeito a um conjunto de **condicionantes** (= ameaças), em relação às quais, os pais se protegem através de uma série de apoios fornecido pela **rede de apoio social** (= suporte informacional, instrumental e emocional). Esta rede de apoio social constitui uma barreira de proteção, na qual se identificam **lacunas** (= suporte informacional pós-natal e instrumental de apoio ao aleitamento materno) que é necessário corrigir. Nele se traduz o problema identificado e para o qual se pretende resposta, o que exige a realização de um diagnóstico preciso, a partir do qual possam ser definidas as estratégias de intervenção.

.Objetivos do diagnóstico.

A definição dos objetivos do diagnóstico é fundamental quer para selecionar o tipo de informação a recolher, quer para definir as metodologias e instrumentos de colheita e análise dos dados (Santos, 2012). No caso concreto, os objetivos estabeleceram-se tendo em consideração as três diretivas preconizadas por Guerra (2010) e como abaixo apresentado:

1. Documentar em que estado está o sistema de ação face ao problema identificado
 - Contextualizar região da Cova da Beira em termos sociodemográficos;
 - Conhecer necessidades de apoio dos pais;
 - Apurar recursos sociais existentes;
2. Determinar a magnitude e importância dos problemas e suas causalidades potenciais;
 - Identificar problemas e suas causas;
3. Identificar as questões-chave em torno das quais se pode formular a intervenção:
 - Constatar expectativas e sugestões propostas pelos diferentes atores.

No seu conjunto, a concretização destes objetivos permitirá determinar as prioridades de intervenção e otimizar a resposta social proposta, de forma a responder efetivamente aos problemas identificados.

2.2. Procedimentos metodológicos de recolha e análise de dados

.Recolha de dados.

Para a recolha dos dados recorreu-se a diversas técnicas metodológicas e instrumentos de colheita de dados, aplicados a diferentes grupos de informadores-chave. No que se refere à tipologia de dados, recorreu-se a dados secundários: aqueles que não foram coletados diretamente pelo pesquisador, que já estavam documentados na altura em que se realiza a pesquisa e que podem disponibilizar as informações necessárias para a mesma; e a dados primários: caracterizados pelo facto de serem recolhidos especificamente para a situação concreta em análise (Seabra, 2013; Perdigão, Herlinger & White, 2012).

Os **dados secundários**, incluíram **consulta documental** em bases de dados estatísticos (Instituto Nacional de Estatística [INE], Base de dados Portugal contemporâneo [PORDATA]), documentos do Conselho Local de Ação Social da Covilhã [CLAS], Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social [MIES], relatórios das entidades prestadoras de serviços (CHCB e ACES Cova da Beira), assim como estudos anteriores relativos ao aleitamento materno na região da Cova da Beira e já documentados. Os dados secundários contribuíram para analisar o contexto e respostas sociais, quer *per si*, quer por um processo de triangulação na investigação efetivado aos 3 níveis distinguidos por Ketele e Roegiers (1993): nível 1- informação relatada por três fontes do mesmo estatuto; nível 2- informação relatada por três fontes diferentes; nível 3- informação recolhida através de três fontes diferentes e segundo metodologias diferentes.

No que se refere aos **dados primários** incluíram *consulta documental* relativamente a informações solicitadas às entidades prestadoras de cuidados nestas áreas (Centro Hospitalar Cova da Beira [CHCB] e Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] Cova da Beira) e que contribuíram para analisar o contexto pré e peri-parto, assim como recurso ao serviço de urgência no primeiro mês de vida período neonatal); um *estudo de mercado* realizado em vários estabelecimentos comerciais (dois hipermercados, duas parafarmácias e uma farmácia), com o objetivo de conhecer os custos inerentes à aquisição de equipamentos de apoio ao aleitamento materno e que permitiu identificar preços mínimos e máximos praticados na região; recorreu-se ainda a *análise de opinião*, o que permitiu identificar necessidades de apoio e apoios a que os pais recorrem, problemas a eles inerentes, assim como expectativas e sugestões para a sua resolução. Para esta análise utilizaram-se as técnicas de *focus group* e entrevista considerando dois grupos, identificados como atores principais e informadores-chave nesta fase do diagnóstico: as mães, por norma cuidadoras principais de bebés e beneficiárias diretas da ação (atores 1º nível) e os profissionais de enfermagem, prestadores de cuidados na área de intervenção e como tal observadores privilegiados neste contexto (atores 2º nível)²⁴.

O *focus group* consiste na realização de reuniões com um grupo ou vários grupos de indivíduos selecionados. Pode ter modalidade presencial, ou seja, face a face num mesmo espaço comum, ou virtual através de *chats* de conversação *on-line*, síncronos ou assíncronos (Comissão Europeia [CE], 2013; Murray, 1997 como citado em Duarte, 2005). A utilização desta técnica promove a produção de conhecimento numa perspetiva de investigação-participada e de investigação-ação, constituindo uma mais-valia pela capacidade de gerar opinião grupal concebida no seio do grupo de participantes e pela dinâmica nele gerada.

A abordagem virtual síncrona, versão utilizada para a colheita de dados, caracteriza-se pela interação dos participantes em tempo real, ou seja, simultaneamente (Walston & Lissitz, 2000 como citado em Gondim, 2003; Duarte, 2005), reunidos em salas de *chat* ou por meio de programas de computador que possibilitam conferências *on-line*, como o MSN ou o MIRC (Duarte, 2007 como citado em Gondim, 2003; Duarte, 2005). Neste caso, utilizou-se o *chat* da rede social *facebook*, através da criação de grupo secreto para o efeito, utilizando-se como instrumento um guião de discussão semiestruturado, caracterizado por utilizar a estratégia do “funil” (Morgan, 1997) em que as questões se tornam cada vez mais específicas à medida que a discussão avança. A escolha desta modalidade prendeu-se com a dificuldade em marcar todas as pessoas para a mesma hora e data na abordagem presencial. Colmatando esta dificuldade, a realização do *focus group* virtual síncrono por um lado permitiu aos intervenientes participar desde o conforto do seu lar, e por outro reduzir tempo e custos com deslocações, uma das maiores vantagens desta abordagem apontada por Abreu, Baldanza e Gondim (2009).

²⁴ Para realizar a colheita de dados primários no CHCB, para além dos procedimentos éticos relativos aos participantes nas entrevistas e *focus group*, foi também solicitado um parecer à comissão de ética dessa instituição para a realização do estudo (Anexo 1), de forma a fornecerem dados e a autorizar a participação dos enfermeiros.

Outra das técnicas utilizadas foi a **entrevista** que, segundo Haguette (2010), é um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado, sendo as informações conseguidas através de um roteiro onde constam um grupo de tópicos previamente estabelecidos tendo por base uma problemática central. Para esta metodologia, utilizou-se um guião de entrevista semiestruturado como instrumento de colheita de dados, sendo referido por Flick (2005, p. 94), que “O que é característico nestas entrevistas é a incorporação de perguntas mais ou menos abertas no guião. Espera-se que o entrevistado responda livremente a essas perguntas.”. A vantagem deste método reside na melhoria da comparabilidade e da estruturação dos dados, pelo uso coerente do guião da entrevista sendo o meio mais eficiente quando o objetivo da colheita de dados são as afirmações concretas sobre determinado assunto (Flick, 2005).

Realizaram-se um total de 10 entrevistas: 5 a mães (identificadas por EM1; (...); EMn) e 5 a profissionais de enfermagem (identificadas por EP1; (...); EPn) e 1 *focus group* virtual síncrono, que integrou 7 profissionais de enfermagem [FGP]. Inicialmente prevista a realização de um *focus group* constituído por mães, acabou por não se realizar pela impossibilidade de conciliar um grupo significativo, para o mesmo dia e hora. As entrevistas aos profissionais decorreram presencialmente, tendo sido gravadas e transcritas posteriormente. No caso das mães, por questões de disponibilidade, optou-se pela realização de entrevistas via *chat*, que à imagem do descrito para o *focus group*, se desenvolveu em ambiente virtual síncrono, ficando disponível de imediato, uma versão escrita. Os procedimentos metodológicos dos *focus group* e das entrevistas, apresentam-se mais pormenorizadamente nos Anexo 2 e Anexo 3 respetivamente.

.Análise de dados.

Uma vez recolhidos os dados primários e secundários, procedeu-se à sua análise. “A finalidade da análise de dados, independentemente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa.” (Polit, Beck, & Hungler, 2004, p.358). As técnicas de análise utilizadas foram a análise descritiva no caso dos dados quantitativos e a análise de conteúdo categorial, no referente aos qualitativos.

A **análise de conteúdo** é um dos procedimentos clássicos de análise de material escrito, independentemente da sua origem (desde os dados das entrevistas até aos produtos dos *media*) (Flick, 2005). Consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações parciais mas complementares que procuram explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão desse conteúdo com a ajuda de indícios quantificáveis ou não (Bardin, 2002). Das várias possibilidades, selecionou-se no contexto deste trabalho a análise categorial, que constitui sempre a primeira fase da análise de conteúdo e tem caráter descritivo (Bardin, 1979 como citado em Guerra, 2006a). A análise categorial é entendida como uma análise de conteúdo temática, em que “a informação começa por ser agrupada em temas ou categorias de acordo com observações ou afirmações recorrentes; depois, esses agregados são examinados em busca de padrões, temáticas e tendências.” (Schiefer, et al., 2006, p.235).

As diferentes técnicas de recolha e análise de dados possibilitaram determinar as necessidades dos pais e apoios a que recorrem; recursos disponíveis; e lacunas que existem, permitindo identificar e analisar problemas e causas, assim como expectativas e sugestões propostas pelos diferentes informadores-chave. Na Tabela 1, apresenta-se uma síntese dos objetivos do diagnóstico e as técnicas metodológicas usadas para os concretizar.

Tabela 1. Objetivos do diagnóstico e técnicas de colheita e análise de dados

OBJETIVOS DO DIAGNÓSTICO	TÉCNICA DE COLHEITA	FONTE	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS
Contextualização sociodemográfica da região da Cova da Beira	Análise documental	INE; PORDATA;	Análise descritiva
Conhecer necessidades de apoio dos pais	Análise documental	Dados disponibilizados pelas entidades Relatórios investigação	Análise descritiva Análise de conteúdo
	Estudo de mercado	Hipermercados; farmácias; parafarmácias	
	Entrevistas Focus group	Informadores-chave (profissionais de enfermagem; grupo-alvo)	
Apurar recursos sociais disponíveis	Análise documental	MIES; CLAS	Análise descritiva Análise de conteúdo
	Entrevistas Focus group	Informadores-chave (profissionais de enfermagem; grupo-alvo)	
Identificar problemas e suas causas	Entrevistas Focus group	Informadores-chave (profissionais de enfermagem; grupo-alvo)	Análise de conteúdo
Constatar expectativas e sugestões dos diferentes informadores-chave	Entrevistas Focus group	Informadores-chave (profissionais de enfermagem; grupo-alvo)	Análise de conteúdo

2.3. Análise de necessidades

Qualquer projeto de intervenção tem de ser alicerçado na análise de necessidades, consistindo num “Estudo sistemático de indivíduos, grupos ou organizações para identificar pontos fortes, pontos fracos e hiato entre condições existentes e condições óptimas. É uma ferramenta de determinação das necessidades de um grupo-alvo, necessidades essas que serão visadas pelo projecto.” (Schiefer, et al., 2006, p.235). Os mesmos autores entendem as necessidades como aquilo de que um determinado grupo-alvo necessita de acordo com as suas próprias perspetivas ou segundo uma apreciação dos seus interesses feita por terceiros.

Norteadas por estas diretivas, e tendo em conta o propósito do diagnóstico, efetuou-se uma breve contextualização sociodemográfica da Cova da Beira, de forma a evidenciar o perfil e dimensão potencial do grupo-alvo; identificaram-se as dificuldades dos pais nos cuidados ao bebé e aleitamento materno, os apoios a que recorrem, assim como os recursos sociais neste domínio existentes na região visada. Os resultados obtidos são apresentados nos pontos seguintes, sustentados pelas citações dos informadores-chave.

2.3.1. Contextualização sociodemográfica da Cova da Beira

.Área de abrangência, população e rendimentos.

A área de abrangência de aplicação do projeto é a região da Cova da Beira. Com 1375Km², engloba os concelhos da Covilhã (556km²), Fundão (700km²) e Belmonte (119km²). A população constituída por 90 073 indivíduos (6 859 em Belmonte; 51 797 na Covilhã e 29 213 no Fundão),

é uma população envelhecida, com um rácio percentual de idosos/100 jovens de 227,5, valor este, muito superior ao nacional que se situa nos 133,5 (Base de Dados Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2015). De acordo com a mesma fonte, o rendimento médio mensal na região em 2013 era de 683,43€, e o poder de compra *per capita* de 76,96% da média nacional em que o rendimento era de 911,50€. A taxa de desemprego de 14,7% na região era em 2013, inferior à nacional (16,2%). No mesmo ano, a proporção de beneficiários de subsídio de desemprego por cada 100 contribuintes em Portugal era de 9%, sendo mais baixa na região: 3,3% no município da Covilhã; 4,2% no de Belmonte; 2,9% no do Fundão. O mesmo se observa no respeitante ao Rendimento Mínimo de Inserção [RSI], em que a proporção a nível nacional era de 8,7%, sendo de 4%; 4,8%; e 2,5% respetivamente nos municípios da Covilhã, Belmonte e Fundão.

.Dimensão das famílias e fecundidade.

Os Censos 2011 revelaram uma dimensão média das famílias de 2,4 indivíduos em cada um dos municípios (2,6 a nível nacional) e um número médio de filhos de 1,01 por cada mulher em idade fértil (1,38 média nacional), sendo a taxa de natalidade de 5,6 nascimentos por cada mil residentes, valor muito inferior ao nacional em que esta taxa é de 9,2‰. A idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho em Portugal em 2014 foi de 30,0 anos e a idade média ao nascimento de um filho de 31,5 anos (PORDATA, 2015). Na região da Cova da Beira os dados disponíveis referem-se a 2013, sendo os valores sobreponíveis: respetivamente 30,2 e 31,5 anos de idade média materna para os indicadores analisados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015). O número de crianças com idades compreendidas entre os 0-4 anos de idade era de 251 em Belmonte, 1 925 na Covilhã e 985 no Fundão correspondendo a um total de 3 161.

.Natalidade e Identificação de utilizadores potenciais.

Os dados fornecidos pelo gabinete de planeamento e controlo de gestão do CHCB, relativamente à natalidade na região são apresentados na Tabela 2, indicam um número de nascimentos reduzido, e proporcionalmente, um número elevado de RN (bebés desde o nascimento até aos 28 dias de vida) que recorrem ao serviço de urgência, sem ser referenciados, isto é, sem qualquer contacto prévio com outra entidade (linhas de apoio telefónico; Centro de Saúde; outro hospital; médico particular; ...).

Tabela 2. Natalidade e recurso à urgência no período neonatal

ANO	NATALIDADE			RECURSO À URGÊNCIA NO PERÍODO NEONATAL		
	Partos via vaginal	Partos por cesariana	Total de nascimentos	Total RN assistidos	Nº de RN referenciados	Nº de RN Internados
2013	442	169	591	Dados não disponibilizados		
2014	413	151	564	157	30	3
2015	380	171	551	145	18	3

O tempo médio de internamento das mães aquando do parto, foi de 2,5 dias (mínimo de 1 dia e máximo de 10), observando-se internamentos inferiores a 48h após parto eutócico e inferiores a 72h após cesariana. Com base no número de nascimentos dos 3 anos, apresentados na Tabela

2, calcula-se existir cerca de 1 700 crianças com idades entre os 0-2 anos, estimando-se o número de famílias com crianças até 2 anos de idade em cerca de 1550.

2.3.2. Necessidades de apoio dos pais

Numa fase de mudanças e adaptações individuais e familiares para receber o novo membro da família, surgem inseguranças e dúvidas diversas, pelas exigências que implica cuidar de um ser frágil e indefeso, completamente dependente dos progenitores. Neste contexto, os pais precisam de apoio a vários níveis para ultrapassar as dificuldades e esclarecer dúvidas que por vezes tão somente se traduzem em *“saber se fazíamos tudo bem.”* (EM3)²⁵. O sentimento de insegurança manifesto nesta declaração, é patente tanto noutros testemunhos de mães como identificada pelos profissionais ao observar que *“os pais estão pouco preparados para os cuidados a prestar ao seu bebé. (...) a maioria dos pais não se preparou para a chegada do novo ser, que afinal não é só ‘comer, mudar a fralda e dormir’...”* (FGP3) e *“Como um pai dizia ‘os bebés não trazem livro de instruções’”* (FGP7).

.Aleitamento materno.

O aleitamento materno é identificado como uma das áreas que exige maior apoio constituindo *“(...) a principal dificuldade, seja pelo contexto social, seja pela ausência de uniformidade na informação prestadas pelos profissionais de saúde seja durante o pré como durante o pós-natal, bem como pela ausência de uma cultura de amamentação”* (FGP5). Esta dificuldade vislumbra-se transversal a todo o território nacional, como constatável no relatório do Registo do Aleitamento Materno [RAM]²⁶, referente a 2013, em que se regista uma proporção de iniciação da amamentação de 98,57% e de 76,67% de amamentação exclusiva aquando da alta hospitalar (Direção Geral da saúde [DGS], 2013b; Direção Geral da Saúde [DGS] & Observatório do Aleitamento Materno [OBAM], 2014), decrescendo para os 53,9% .relativamente a lactentes que recebiam aleitamento materno aos 6 meses de vida e para 12,5% aos 18 meses.

Relativamente à região da Cova da Beira, apenas existem dados disponíveis referentes a 2010-2011, tendo sido registada uma iniciação de 96% reduzindo para 90% ao completar o primeiro mês de vida do bebé. 90% das mulheres iniciaram amamentação por iniciativa própria e as restantes por aconselhamento de profissionais de saúde ou familiares. Aos 6 meses 55,4% dos lactentes recebiam aleitamento materno, reduzindo essa proporção para 14,8% entre os 12 e 18 meses (Gomes, Oliveira, & Saraiva, 2012). Estes dados revelam assim que apesar da taxa de iniciação ser inferior à nacional, quer aos 6 quer aos 18 meses a percentagem de mães a amamentar é superior na região da Cova da Beira. No estudo destes autores, o tempo mínimo de aleitamento materno registado foi de uma semana e o máximo 24 meses com uma média de

²⁵ Nas técnicas utilizadas as respostas foram digitadas pelos informadores-chave (exceção das entrevistas aos profissionais), mantendo-se o original nas citações apresentadas. procedendo apenas a correção ortográfica.

²⁶ A DGS e o Observatório do Aleitamento Materno [OBAM], procedem desde 2010 ao RAM, que colige e analisa os dados introduzidos por Hospitais e Maternidades referentes à iniciação e por Centros de Saúde, referentes à manutenção (DGS, 2013b).

8,59 meses, sendo o período de amamentação mais frequentemente observado de 6 meses. A maioria das mães inquiridas nesse estudo referiu não ter tido dificuldades na amamentação (55%). Apesar disso, 25,1% identificaram os mamilos doridos como principal problema. As restantes referiram ainda dificuldades do bebê em pegar na mama, inexperiência ou medo de leite insuficiente, assim como ingurgitamento mamário e incompatibilidade com regresso ao trabalho. Estas dificuldades conduziram ao desmame precoce, constatando-se a falta de leite como o motivo principal para deixar de amamentar (33%), mas também a recusa do bebê em mamar ou o seu não aumento de peso e motivos profissionais aquando de retoma ao trabalho.

As dificuldades no aleitamento materno identificadas no estudo supracitado, compatibilizam-se com os provenientes das entrevistas ao grupo-alvo onde é referida *“Muita ansiedade A maior dificuldade era em saber se estavam a mamar bem (...) Como acontece com todas as mães eu tinha medo que estivessem a mamar pouco”* (EM5). O mesmo se verificou nas entrevistas e *focus group* com profissionais onde se identificaram como principais dúvidas e dificuldades das mães, as relacionadas com: a quantidade e qualidade do leite; intervalo e frequência das mamadas; o posicionamento correto do bebê; a pega adequada e eficácia da mamada, manifestada pela dificuldade em perceber se bebê mama corretamente e extrai leite suficiente ou não; preocupações relacionadas à (má) progressão ponderal do bebê nos primeiros dias; e problemas relacionados com a mama nomeadamente fissuras dos mamilos e ingurgitamento mamário. De realçar que apesar de o posicionamento incorreto ser identificado pelos profissionais como um problema, nunca foi mencionado pelas mães, contudo relatam a recusa do bebê em mamar, podendo representar a mesma dificuldade, mas sob a forma de causa efeito. Apesar das dificuldades, das 5 mães entrevistadas, 4 mantiveram o aleitamento materno identificando-a como uma experiência gratificante: *“No início não correu bem. Durante dois meses tive feridas no mamilo era um sofrimento. Chorei muito com dor. Experimentei muita coisa para sarar, mas nada. De um dia para o outro passou depois foi maravilhoso.”* (EM3).

.Cuidados ao bebê.

Nos restantes cuidados ao bebê, o banho foi identificado por ambos os grupos como mais problemático. Uma das mães descreve que *“Os primeiros banhos foram um desafio (...)”* (EM2), os profissionais constataam que os pais *“Sabem a temperatura em graus, mas na prática se está quente ou fria não. Sabem a teoria, mas depois têm medo de pegar no bebê têm medo que escorregue, não o conseguem virar...”* (EP4). Outras dificuldades respeitam aos cuidados ao coto umbilical, seja por desconhecimento seja por medo, assim como os padrões de sono (dormir muito/dormir pouco) e os bolçados, cólicas ou eliminação. Também a segurança, por desconhecimento de normas de transporte seguro em sistemas de retenção (cadeirinhas), ou como atuar em caso de engasgamento são dúvidas frequentes e no caso de aleitamento misto ou artificial, os profissionais identificam que os pais não sabem preparar o leite ou quais os cuidados a ter com o material. O choro do bebê e a sua interpretação é uma fonte de grande ansiedade identificada por ambos os grupos de informadores-chave, sendo referido por uma mãe que *“Ficava muito stressada porque não sabia o que fazer para ela parar de chorar.”*

(EM3), sendo este um dos motivos principais de recurso ao hospital no primeiro mês de vida. Na Tabela 3, sintetizam-se as necessidades de apoio dos pais identificadas por ambos grupos de informadores chave, detalhadas na Tabela A2 (Anexo 2); Tabela A5 e Tabela A6 (Anexo3).

Tabela 3. Necessidades de apoio dos pais identificadas pelos informadores-chave

NECESSIDADES DE APOIO	INFORMADORES-CHAVE	
	Profissionais	Mães
Dúvidas e dificuldades no aleitamento materno	Quantidade e qualidade do leite	Quantidade e qualidade do leite
	Frequência e duração das mamadas	Frequência e duração das mamadas
	Posicionamento correto	-
	Pega correta/Mamada eficaz	Pega correta/Mamada eficaz
	Má progressão ponderal do bebé	Má progressão ponderal do bebé
	Problemas da mama	Problemas da mama
	-	Recusa do bebé em mamar
Dúvidas e dificuldades nos cuidados ao bebé	Banho	Banho
	Cuidados ao coto umbilical	Cuidados ao coto umbilical
	Sono	Sono
	Cólicas/Eliminação	Cólicas/Eliminação/bolçados
	Choro	Choro
	Segurança	Segurança
	Aleitamento misto ou artificial	-

2.3.3. Recursos sociais disponíveis na Cova da Beira

Uma vez apresentadas as necessidades de apoio dos pais, importa identificar e descrever quais os recursos sociais na Região da Cova da Beira, sejam eles do setor público, privado ou da sociedade civil, disponíveis para que os pais possam debelar as suas dúvidas e dificuldades. Constatou-se que na generalidade os apoios são facultados pelo setor público ao nível do CHCB e do ACES Cova da Beira, existindo escassas ofertas do setor privado, da comunidade e em especial da economia social.

.Respostas sociais existentes.

O apoio nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno cingem-se basicamente aos oferecidos pelos **serviços de saúde públicos**. Ao nível da oferta formal do CHCB, incluem-se aulas de preparação para o parto; linha telefónica de apoio à amamentação “Diz que mama”; visita domiciliária; demonstração de sistemas de retenção; e o acompanhamento sistemático do RN, da neonatologia. O ACES Cova da Beira oferece aulas de preparação para o parto no Centro de Saúde [CS] da Covilhã, não existindo qualquer outro apoio formal nas áreas visadas podendo, no entanto, ser colocadas algumas dúvidas durante as consultas de vigilância de saúde infantil.

Ao nível do **privado**, existe oferta de cuidados médicos por pediatras, mas sem assistência de enfermeiros, profissionais preferenciais na realização de ensinamentos desta natureza.

Na **comunidade** assiste-se à mobilização das pessoas, emergindo grupos de apoio mútuo, como o grupo “Entre mães” do Fundão, em fase de iniciação. Para além das reuniões, tem um blog “amamentaçãocovadabeira” e um grupo na rede social *facebook* através do qual dá continuidade aos temas e questões abordadas nas reuniões. Este grupo realizou uma formação

com formadoras em aconselhamento materno e estabeleceu um protocolo com o CHCB para resolver situações mais difíceis. Identificou-se outro grupo, na rede social *facebook*, mas que, sem colaboração profissional veicula algumas informações nem sempre corretas.

No respeitante a **entidades da economia social e iniciativas de empreendedorismo social**, as respostas são nulas. De facto, o analisar o Programa Rede Social da Covilhã²⁷, responsável por “reconhecer factores de vulnerabilidade social e consequentes problemas sobre os quais é possível intervir a nível local de forma qualitativa e quantitativa e, identificar os recursos e potencialidades, capazes de contribuir para a resolução dos problemas” (Conselho Local de Ação Social da Covilhã [CLAS], 2012, p.5), constata-se a ausência de projetos de intervenção social relacionada com a parentalidade, maternidade ou primeira infância. Observa-se assim no concelho, um reduzido número de respostas sociais qualificadas quer para crianças dos 0 aos 3 anos, quer para os seus cuidadores, cingindo-se na generalidade a práticas assistencialistas, com entrega de bens de primeira necessidade às famílias mais carenciadas.

A ausência de iniciativas de empreendedorismo social que contemplem suporte informacional e instrumental nas áreas visadas é uma realidade extensível ao restante território nacional, como constatável através do Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social [MIES]²⁸, uma vez que não foi identificada nenhuma iniciativa com elas relacionada, em qualquer uma das regiões do país. No geral, as iniciativas de desenvolvimento da primeira infância e proteção social da criança integraram o grupo das menos frequentes em quantidade e qualidade, e a região da Cova da Beira não foi exceção (Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social [MIES], 2015).

Na Tabela 4 apresenta-se uma síntese das respostas sociais identificadas na região, descritas e caracterizadas pelos informadores-chave do grupo de profissionais através das entrevistas e pelos dados fornecidos pelas entidades visadas, nomeadamente no que se refere ao número de atendimentos.

²⁷ O Programa Rede Social criado pela Resolução do Conselho de Ministros [RCM] nº197/97, de 18 de novembro, reconhece o papel das tradições de entreaajuda familiar e de solidariedade mais alargada. Pretende, com base nos valores associados a estas tradições, fomentar uma consciência coletiva e responsável dos diferentes problemas sociais e incentivar redes de apoio social integrado de âmbito local. De um modo global, a RCM perspetiva a Rede Social como uma estratégia de abordagem da intervenção social baseada num trabalho planeado, feito em parceria, visando racionalizar e trazer maior eficácia à ação das entidades públicas e privadas que atuam numa mesma unidade territorial. As Comissões Sociais de Freguesias [CSF] (constituídas pelas juntas de freguesia, organismos da administração pública central implantadas na área, outras entidades sem fins lucrativos e representantes de grupos locais) e as Comissões Locais de Ação Social [CLAS] (constituídas pela câmara municipal, juntas de freguesia, organismos da administração pública central implantadas na área, outras entidades sem fins lucrativos) são as estruturas organizativas que materializam esta Rede e que constituem as plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social a nível da freguesia e do concelho (Núcleo da Rede Social para o Desenvolvimento Local, 2001).

²⁸ O MIES é um projeto de investigação com o objetivo de mapear as iniciativas de empreendedorismo social de elevado potencial de impacto (ES+). A partir de entrevistas a 1718 especialistas locais da área social, foram referenciadas 4132 iniciativas de intervenção social local, das quais foram validadas 2141 por se confirmar a sua existência, não serem pontuais e terem potencial de impacto. Destas, 460 foram selecionadas tendo sido certificadas 134 como iniciativas ES+. Identificaram-se 639 iniciativas na região norte, das quais 57 ES+; 786 na região centro, com 48 ES+; e 716 na região do Alentejo apenas 29 das iniciativas identificadas foram considerados ES+ (MIES, 2015).

Tabela 4. Respostas sociais na região da Cova da Beira para apoiar os pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno

SERVIÇO OFERECIDO	ENTIDADE	DESCRIÇÃO	Nº ATENDIMENTOS	MOTIVO DA PROCURA	RESPOSTA ÀS SOLICITAÇÕES
Aulas de preparação para o parto	CHCB	Serviço formal: Várias sessões de informação e treino sobre trabalho de parto e amamentação, incluindo alterações físicas e psicológicas; cuidados ao RN: banho, cuidados com o coto.	351 (2014) 277 (2015)	Recomendação profissional	Insuficiente
	ACES	Serviço formal: funciona no CS Covilhã; Fundão e Belmonte drenam utentes para Covilhã. Várias sessões de informação e treino entre as 28 e 36-38 semanas de gestação; Tratam assuntos sobre aleitamento materno; Cuidados ao bebé: Banho, cuidados com o coto; perda de peso fisiológica, vacinas, calendário de consultas, transporte seguro; Serviço formal-obstetria: Diariamente das 08:00h e as 20:00h; esclarece dúvidas sobre aleitamento materno.	70 (2015)	Recomendação profissional	Suficiente
Linha telefónica de apoio	CHCB	Serviço formal-obstetria: Diariamente das 08:00h e as 20:00h; esclarece dúvidas sobre aleitamento materno. Serviço informal-neonatologia: 24h por dia; esclarece dúvidas sobre cuidados ao bebé e aleitamento materno.	Sem registo	Solicitação pais	Suficiente
	ACES	Serviço informal: enf. família drena para enfermeira mais capacitada e ligada às questões da amamentação.	Sem registo	Solicitação pais	Insuficiente
Cantinho da amamentação	CHCB	Não tem. Serviço informal: Se após contato telefónico se mantiver dúvida pode dirigir-se ao serviço de obstetria ou neonatologia, conforme o caso. Fornecido apoio informacional e instrumental pela utilização de bombas de extração de leite no local e experimentação de outros utensílios de apoio ao aleitamento materno.	Sem registo	Recomendação profissional Solicitação pais	Suficiente
	ACES	Não tem. Serviço informal: Se detetado algum problema pela enfermeira de família, drena para enfermeira mais capacitada. Apenas é dado apoio informacional	Sem registo	Solicitação pais	Insuficiente
Visita domiciliária	CHCB	Serviço formal: realizadas 2 visitas, uma na primeira semana e outra ao mês de vida do bebé; Se necessário são programadas outras visitas. Procedem à avaliação da mãe e RN; avaliação de mamada e dificuldades na amamentação; esclarecimento de outras dúvidas;	818 (RN + mães) (2015)	Recomendação profissional Solicitação pais	Suficiente
	ACES	Não tem	-	-	-
Transporte seguro: sistemas de retenção	CHCB	Serviço formal: Obstetria - Realiza ensinamentos aos pais com demonstração para utilização correta dos sistemas de retenção em simulador da "Providas"; Neonatologia - realiza ensinamentos aos pais com demonstração para utilização correta do sistema de retenção na sua cadeira de transporte	520 (2015)	Obrigatória na alta	Suficiente
	ACES	Serviço informal: Integrado na preparação para o parto	70 (2015)	-	-
Acomp. sistemático RN pós-alta neonatologia	CHCB	Serviço formal: vigilância pós-alta para reavaliação de estado do bebé e aferir autonomia parental na prestação de cuidados e no aleitamento materno; ensinamentos direcionados para dúvidas dos pais; controle do desenvolvimento estado-ponderal; Em caso de deteção de problemas clínicos existe articulação para observação por pediatra	83 (2015)	Recomendação profissional Solicitação pais	Suficiente
	ACES	Não se aplica	-	-	-
Eq. apoio aleitamento materno	CHCB	Utilização de bombas de extração de leite de uso hospitalar durante internamento (obstetria e neonatologia); Empréstimo de bombas de extração de leites domésticas, para o domicílio durante internamento do RN (neonatologia)	Sem registo	Recomendação Profissional Solicitação pais	Insuficiente
	ACES	Não tem	-	-	-
Capacitação parental	CHCB	Durante internamento: neonatologia- ensinamentos teóricos e práticos com aferição da autonomia nos cuidados; por vezes a alta é adiada até pais manifestarem segurança e autonomia nos cuidados; obstetria- ensinamentos teóricos e práticos	520	Internamento	Suficiente
	ACES	Durante consultas de vigilância: procede-se a ensinamentos teóricos, por vezes práticos	Sem registo	Internamento	Insuficiente
Apoio aleitamento materno	GAM	Grupo de mães: "Entre mães" Reúnem no Fundão; constituído por mães que amamentam ou pensam amamentar; promove a partilha, troca de experiências, permite acesso a informação atualizada sobre o aleitamento materno; Parceria com CHCB: Formação; Solicitação de apoio profissional para situações que não consigam resolver	12 (fev 2016)	Solicitação pais	Suficiente
	Rede social	Grupo de mães: "Entre mães" no facebook: Dá continuidade aos temas abordados nas reuniões presenciais Grupo de mães: "Mães Cova da Beira" no facebook; trocam experiências sobre amamentação	-	Solicitação pais	

.Recursos humanos disponíveis.

Analisando os recursos humanos existentes nas várias entidades fornecedoras de serviços relacionados com a capacitação parental e aleitamento materno, constata-se que existe um grande número de profissionais com formação específica nestas áreas. De salientar ainda que, mesmo os que não têm especialidade são profissionais especializados, uma vez que na maioria dos casos (> 70%) detêm experiência profissional que ultrapassa os 10 anos.

Na Tabela 5 são apresentados os dados referentes ao número e formação específica dos profissionais, fornecidos pelos profissionais entrevistados.

Tabela 5. Identificação de recursos humanos disponíveis e respetiva formação específica

FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS PROFISSIONAIS	ENTIDADE	Nº PROFISSIONAIS
Conselheiros em amamentação	CHCB	26 enfermeiros obstetrícia 8 enfermeiros na neonatologia 2 pediatra
	ACES	3 enfermeiros
Curso de formação de formadores aleitamento materno	CHCB	1 enfermeiro 1 pediatra
	ACES	1 médica de família
Especialidade em saúde infantil e pediátrica	CHCB	7 enfermeiros
	ACES	4 enfermeiros
Especialidade em saúde materna e obstetrícia	CHCB	24 enfermeiros
	ACES	1 enfermeiro
	Total	74 enfermeiros + 4 médicos

.Acessibilidade a equipamentos de apoio ao aleitamento materno.

Relativamente a acessórios de apoio ao aleitamento materno, os profissionais entrevistados referem que tanto o serviço de obstetrícia como a unidade de neonatologia disponibilizam uma bomba de extração de leite elétrica hospitalar em cada serviço, para as mães utilizarem durante o internamento hospitalar. A unidade de neonatologia disponibiliza ainda 2 bombas elétricas e 2 manuais para uso no domicílio, quando as mães necessitem ir a casa, enquanto os RNs estão internados na unidade.

Após a alta, não existe disponibilização destes equipamentos por qualquer entidade pública ou privada, nas vertentes de empréstimo ou aluguer, sendo a única opção a compra dos mesmos, existindo dificuldades no acesso, dados os seus elevados custos de aquisição.

Na Tabela 6 apresentam-se os preços de alguns equipamentos, obtidos através da pesquisa de mercado realizada em vários estabelecimentos comerciais.

Tabela 6. Preço de mercado de equipamentos de apoio ao aleitamento materno

EQUIPAMENTO	PREÇO DE MERCADO (€)
Bomba de extração de leite manual	21,80 - 68,50
Bomba de extração de leite elétrica	99,59 - 249,99
Sacos de congelação de leite	13,39 (25) - 16,49 (20)
Recipientes reutilizáveis	18,99 (10) - 22,90 (10)
Mamilos de silicone	5,71 (2) - 13,24 (2)
Proteção de mamilos	10,99 (2) - 13,99 (2)
Formadores de mamilos	13,99 (2) - 18,99 (2)
Set suplementação amamentação	41,70

2.3.4. Rede de apoio social: apoios a que os pais recorrem

Perante as dúvidas e dificuldades, os pais têm necessidade de recorrer a alguns apoios, nomeadamente de cariz informacional. No estudo de Gomes, Oliveira, & Saraiva (2012) os autores observaram que as mães se socorreram maioritariamente de enfermeiros (53,4%), e familiares embora, neste último caso, numa percentagem muito inferior (9,1%).

Resultados idênticos foram obtidos na análise efetuada aos dados recolhidos em ambos os grupos de informadores-chave, que permitiram identificar como principais recursos os serviços e instituições de saúde, com especial ênfase na procura de ajuda profissional facultada por enfermeiros, considerados como os profissionais mais habilitados à realização de ensinamentos e ações de educação para a saúde. Neste sentido foram levantadas algumas questões pelos profissionais, relacionadas com o seguimento em pediatras particulares, onde se perde este recurso, uma vez que a maioria não tem assistência de enfermagem: *“penso que os pais procuram ajuda nas instituições como o hospital enquanto estão internados (enfermeiros) e no centro de saúde, contudo quem se desloca ao pediatra particular pode não passar pelos ensinamentos/cuidados de enfermagem”* (FGP1). Outros apoios profissionais procurados dizem respeito aos disponibilizados através de linhas de apoio telefónico.

Os familiares diretos e amigos foram referidos como recurso prioritário, mas também os GAM e a internet (blogs, grupos nas redes sociais), foram frequentemente identificados como veículo de informação para suprimir dúvidas. A procura deste tipo de apoio é justificada pelo facto de que *“as pessoas tendem mais facilmente a abrir-se com conhecidos, mães que estão na mesma fase...”* (FGP2), sendo referido por uma das mães que *“Para mim, a mais valia do grupo é que na partilha de experiências diversas, enriquecemos o nosso conhecimento, compreendo que há mais mães que passam pelo mesmo, e que neste contexto surge o apoio e entusiasmo para continuar amamentação.”* (EM2). A nível da internet, reconhece-se a preferência por sites específicos ligados à amamentação e a relatos de troca de experiências de outros pais.

Na generalidade os resultados obtidos nas entrevistas e focus group, quer com profissionais de enfermagem, quer com as mães são sobreponíveis, como se pode observar na Tabela 7 (para mais detalhes, ver também Tabela A2 no Anexo 2 e Tabelas A5 e A6 no Anexo 3), contudo, foi

mencionado pelas mães o recurso a livros de especialistas (nomeadamente ligados ao tema da amamentação), apoio não mencionado pelos profissionais.

Tabela 7. Rede de apoio social: identificação de apoios a que os pais recorrem

INFORMADORES-CHAVE		
	Profissionais	Mães
APOIOS	Apoio profissional	Apoio profissional
	Familiars e amigos	Familiars e amigos
	Internet (Blogs, redes sociais, geral)	Internet (Blogs, redes sociais, geral)
	Grupos de apoio mútuo	Grupos de apoio mútuo
	-	Livros de especialistas

2.4. Análise de problemas

Uma vez concretizada a etapa de análise de necessidades tendo em conta a perceção dos diferentes informadores-chave, interessa agora identificar e analisar os problemas que emergem dessas necessidades.

Entendendo-se como um tipo específico de análise centrado nos problemas relacionados com o grupo-alvo que é necessário prevenir e/ou resolver (Schiefer, et al., 2006), inclui a identificação de problemas e a sua análise causal, que no conjunto permitem indicar as questões-chave em torno das quais se pode formular a intervenção (Guerra, 2010).

2.4.1. Identificação de problemas

Esta etapa possibilita aprofundar de forma sistemática a análise do problema central e foco da intervenção, tendo em conta que cada problema é causa e consequência de outros. Para tal, procedeu-se à elaboração de uma árvore de problemas²⁹, cujos resultados se descrevem sucintamente nos pontos seguintes.

.Problema central e efeitos.

Nesta fase está já bem presente a delimitação do problema central, expresso por “Dificuldades na adaptação à parentalidade”, que no âmbito do projeto tem como efeitos “Dificuldades nos cuidados ao bebé” e “Dificuldades no aleitamento materno”.

Estas dificuldades, são geradoras de “Níveis de *stress* elevados dos progenitores”, o que agrava ainda mais o processo e “Aumenta o recurso aos serviços de urgência hospitalar”, quer por insegurança, quer pela prestação de “Cuidados inadequados” ao bebé. Em ambos os casos “Aumenta o risco de morbilidade infantil”, sendo este incrementado também pelas “Dificuldades no aleitamento materno”, uma vez poderem conduzir ao “Abandono do projeto

²⁹ A “árvore de problemas” é um instrumento de visualização caracterizado por uma estrutura gráfica que se assemelha a uma árvore e resulta habitualmente da ordenação de problemas de acordo com a relação de causa/efeito existente entre esses problemas (Schiefer, et al., 2006). O tronco representa o ‘problema central’ e foco de atenção que reflete a inter-relação entre ‘Causa’: os problemas na raiz; e ‘Efeitos’ ou consequências destes: os problemas na copa.

de aleitamento materno” e ao “Desmame precoce”, com perda das vantagens nutricionais e imunitárias atribuídas ao leite materno.

.Causas.

O exercício para identificação das causas (problemas de raiz) é mais exigente, e no contexto do projeto, implica uma análise crítica à rede social de apoio identificada, uma vez que a qualquer um dos recursos sociais disponíveis na Região da Cova da Beira ou qualquer outro apoio a que os pais recorrem podem ser apontados alguns problemas e obstáculos passíveis de condicionar os resultados efetivos do apoio recebido.

Neste contexto, os informadores-chave identificaram como problemas relativos ao apoio informacional conseguido através de familiares, amigos e internet, o facto de frequentemente veicularem “*informações erradas e pouco credíveis*” (FGP6), sendo descrito pelas mães que “*em casa / família não foi fácil (cada um dá a sua opinião) o que ainda me stressou mais.*” (EM4); “*E infelizmente há muita desinformação e as famílias (pais, tios, etc.) são as primeiras a referir que o leite não é forte e não sei que mais (...) percebi que é muito fácil desistir-se e recorrer-se ao leite artificial se não tivermos apoio*” (EM2). Os profissionais referem que o mesmo se pode verificar com os GAM que não têm colaboração profissional. A existir, a principal lacuna é o desconhecimento da sua existência.

Um maior número de condicionantes especialmente relevantes identifica-se no principal recurso dos pais: o profissional. Se numa primeira análise, considerando os serviços existentes na região, parece não haver grande necessidade de novas ofertas, contudo numa análise mais profunda, comparando a oferta com os resultados, essas respostas não parecem produzir os efeitos desejados: “*Há muito a fazer! (...) Nada está esgotado, pelo contrário: Há sempre algo mais que pode ser feito para ajudar as mães*” (EP1).

Efetivamente e com base nas entrevistas a ambos os grupos de informadores-chave, constatou-se alguma inconsistência na consideração de que os serviços existentes são insuficientes, parecendo que esse facto se prende mais com a adequabilidade e eficácia do que propriamente com o número de respostas disponíveis. Esta perspetiva é sustentada pela frequência com que é referida nas entrevistas e *focus group*, a falta de articulação inter e intrainstitucional, traduzida globalmente por um dos testemunhos recolhidos: “*Não há verdadeira sinergia entre os serviços e entre as instituições. (...) Cada um tem a sua forma de pensar e olha para ‘o seu próprio umbigo’... Enquanto não há uma visão sistémica para o importante: as mães (...) Parece-me que o problema é que cada um só olha para o próprio umbigo e para a sua árvore em vez de olhar para a floresta que é no fundo as mães, a amamentação e a autonomia dos pais*” (EP1).

A falta de articulação traduz-se numa deficiente comunicação intra e interinstitucional, que conduz à falta de eficácia no circuito de informações relativas ao utente e que condiciona a

continuidade de cuidados. Faz ainda emergir uma grave lacuna relativamente à uniformização dos ensinamentos e práticas, existindo diferenças e até contradições que dificultam ainda mais o processo de adaptação dos pais que perante um problema não conseguem discernir a melhor solução, ficando confusos e apreensivos.

A falta de comunicação e de articulação traduz-se igualmente no desconhecimento quer dos projetos existentes quer dos resultados por eles obtidos ou a ausência desses resultados pela falta de concretização dos objetivos das diversas iniciativas. Neste sentido é referido que muitas vezes o serviço existe “(...) *está lá, é para se fazer, mas depois os objetivos e aquilo que se pretende atingir não é totalmente atingido*” (EP4) e “*esse é o problema existem as “coisas” e teoricamente são ótimas mas do ponto de vista prático não produzem efeitos, não envolve todos os profissionais que contactam com as utentes*” (FGP5), e que por vezes nem sequer têm conhecimento de supostos grupos de trabalho ou dos projetos que se estão a desenvolver: “*Existem várias iniciativas mas o que acontece é que cada um faz o seu trabalho e não se preocupa em envolver mais ninguém*” (EM5).

Ainda assim ambos os grupos referem a insuficiência de respostas pela “*Falta de serviços públicos e inexistência de particulares (...)*” (EM4), existindo lacunas no que se refere à disponibilização de equipamentos de apoio ao aleitamento materno e de serviços de acompanhamento pós-natal presencial e com demonstração prática.

Neste contexto, o suporte informacional fornecido no pré e peri-parto, é considerado insuficiente, sendo referido que a “*Teoria não é suficiente (...), depois do bebé nascer há sempre coisas e dúvidas que surgem sobre assuntos que não foram abordados... Deveria haver mais acompanhamento no pós-natal*” (EP1). Este problema é ainda agravado pela alta precocidade dado que “*na maternidade o tempo é pouco para sairmos a saber lidar com tantos detalhes*” (EM1) e “*os internamentos são cada vez mais curtos e as dúvidas, de facto, surgem em casa.*” (FGP4).

De facto, são abordados muitos temas em teoria e praticados em bonecos, contudo após o nascimento, as coisas não são tão simples: o bebé chora, mexe-se, escorrega, não mama... As respostas não se obtêm apenas com a teoria: “*tu podes ler e ouvir dos profissionais muita teoria. Mas quando se leva um filho para casa essa teoria é insuficiente e precisas de alguém para te dar ajuda prática, pois aí já tens o teu filho contigo, com as particularidades dele*” (EM5). Mães e profissionais consideram necessária demonstração prática e opções para cada problema particular e para cada família particular: “*Falta um local, falta...algo...falta um espaço onde as pessoas possam ir quando precisam e não quando nós achamos que elas precisam; onde possam estar à vontade, onde possam falar e tirar dúvidas e falar até mesmo com os mesmos pares onde possam praticar*” (EP4); “*falta um serviço adaptado a cada situação, a cada mãe, a cada bebé. Um serviço personalizado e com uma resposta rápida e eficaz*” (EM4); “*Um lugar onde me ensinasse a fazer melhor. No meu caso foi com a amamentação*” (EM3),

referindo também “que deveria haver outros locais /instituições/associações que pudessem dar apoio, tirar dúvidas, onde se realizaria workshops e que pudesse abranger toda a população” (FGP1).

Assim, importa referir outro obstáculo identificado pelos profissionais: a “Falta de recursos económicos e de pessoal para implementar projetos que estão no papel.” (EP2), ou para aumentar a capacidade de resposta às solicitações, nomeadamente as aulas de preparação para o parto que implicaria mais custos com pessoal para aumentar o número de grupos.

A falta de recursos condiciona também a eficácia de outras iniciativas existentes a nível dos serviços públicos, realizadas em contexto de sobreposição de tarefas: os enfermeiros “encaixam” o apoio telefónico e presencial com demais tarefas inerentes aos serviços de internamento ou de saúde comunitária a que estão afetos, condicionando a disponibilidade para prestar apoio e aconselhamento, pela sobreposição de procedimentos.

Cada bebé, cada díade mãe/bebé, cada família tem características próprias, individuais e únicas, que exigem atenção e soluções adaptadas ao caso, impossíveis de otimizar através de chamadas telefónicas, ou de uns minutos que se conseguem entre procedimentos e que levam por vezes os pais a sair do centro de saúde ou hospital, com o mesmo problema com que entraram. Faz-se “o que se pode” e “da melhor maneira que se consegue.” (EP3). Contudo, o que se faz e o que se consegue não é suficiente, e o que há “Não satisfaz as nossas necessidades” (EM3).

Na Tabela 8 sintetizam-se os problemas atrás descritos, identificados por ambos grupos de informadores-chave no *focus group* e entrevistas (Tabela A2 no Anexo 2; e Tabelas A5 e A6 no Anexo 3, respetivamente), como causas de dificuldades de adaptação à parentalidade definidas para o âmbito de incidência do projeto.

Tabela 8. Identificação de obstáculos à eficácia dos apoios a que os pais recorrem

APOIOS	PROBLEMAS IDENTIFICADOS PELOS INFORMADORES-CHAVE	
	Profissionais	Mães
Familiares e Amigos	Informações erradas/pouco credíveis	Informações erradas/pouco credíveis
Internet	Informações erradas/pouco credíveis	-
Grupos apoio mútuo	Informações erradas/pouco credíveis Desconhecimento projetos/ resultados	Desconhecimento dos projetos
Profissionais	Falta de articulação das várias entidades	Falta de articulação das várias entidades
	Circuito de informação ineficaz	-
	Falta de uniformização informação/práticas	Falta uniformização informação
	Desconhecimento projetos/ resultados	Desconhecimento/desinteresse projetos
	Falta de recursos materiais/humanos	Falta de recursos humanos
	Falta de iniciativas na comunidade	Falta de iniciativas na comunidade
	Falta iniciativas pós-parto	Falta iniciativas pós-parto
	Alta precoce	Alta precoce

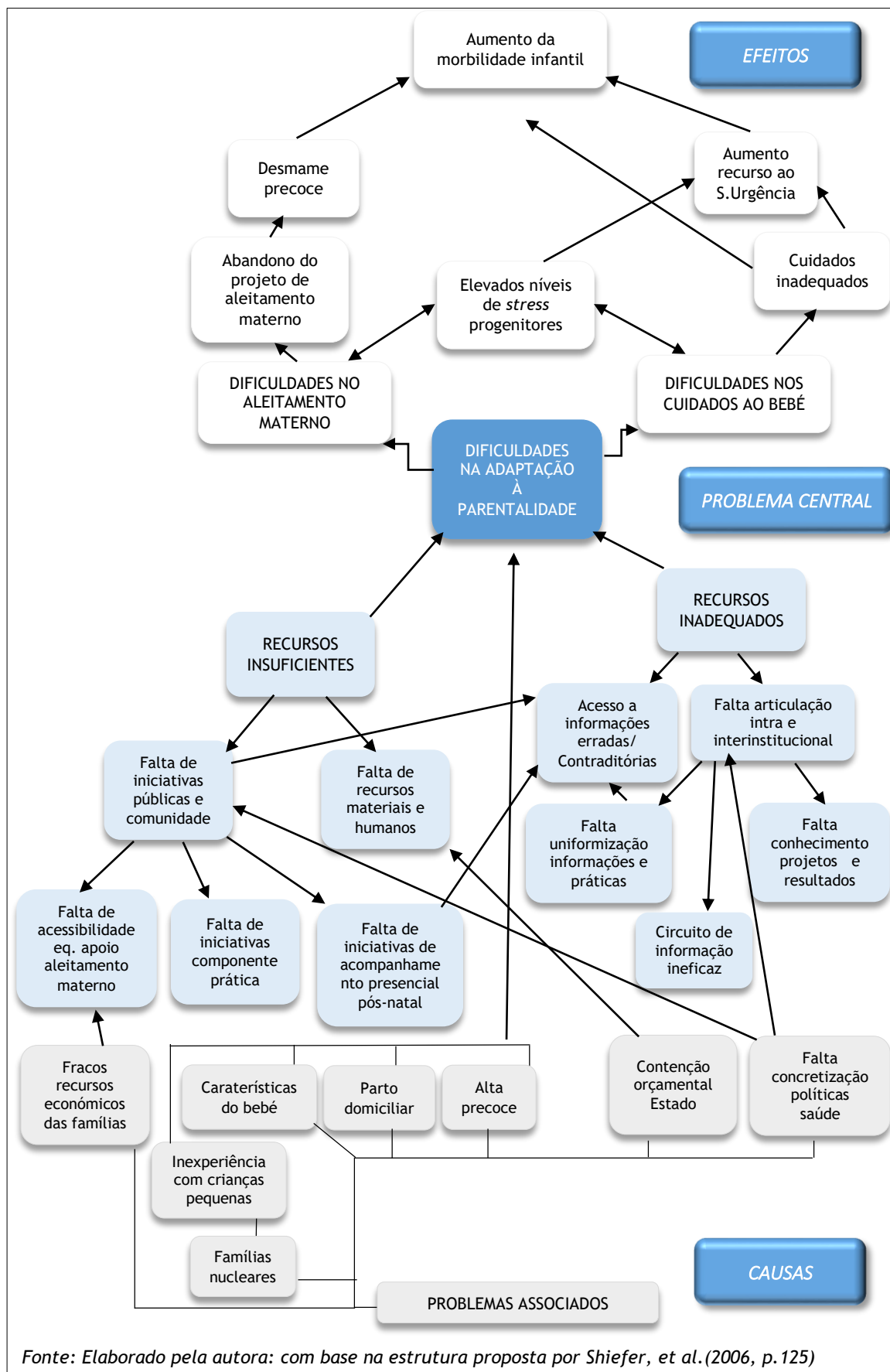
Da análise de contexto e dos testemunhos constata-se que as causas ou problemas raiz podem traduzir-se em duas categorias principais: Recursos inadequados e Recursos insuficientes, assumindo-se a existência de uma terceira categoria referente a Problemas associados.

Nos **Recursos inadequados** incluíram-se o Acesso a informações erradas ou pouco credíveis advindas de familiares, amigos, internet ou grupos de apoio mútuo sem colaboração de profissionais; a Falta de uniformização de informações e práticas e consequentes informações contraditórias; a Falta de articulação intra e interinstitucional; o Circuito de informação ineficaz e a Falta de conhecimento e/ou desinteresse pelos projetos e resultados.

Nos **Recursos insuficientes** englobaram-se a Falta de recursos materiais e humanos; a Falta de iniciativas quer sejam públicas quer da sociedade civil, nomeadamente as respeitantes a Falta de acessibilidade a equipamentos de apoio ao aleitamento materno, de Iniciativas de acompanhamento presencial pós-natal e com componente prática.

Relativamente aos **Problemas associados**, consideraram-se fatores de índole económica, cultural, socio demográfica e política, capazes de influenciar os apoios a que os pais recorrem. Neles consideraram-se os Fracos recursos económicos das famílias; as características da família, designadamente a prevalência de Famílias nucleares, o fraco contacto e Inexperiência com crianças pequenas, as próprias Características do bebé e o regresso do Parto domiciliar. Incluíram-se também fatores identificados e abordados na Parte I deste projeto como passíveis de afetar as respostas existentes, os apoios recebidos e incrementar as lacunas, nomeadamente a Alta precoce (também identificada pelos informadores-chave), a Falta de concretização das políticas de saúde e a própria contenção orçamental do Estado.

As relações consideradas mais importantes, apresentam-se na Ilustração 2, onde se esquematiza a integração dos vários elementos da identificação de problemas, através de um diagrama representativo da árvore de problemas.



Fonte: Elaborado pela autora: com base na estrutura proposta por Shieffer, et al. (2006, p. 125)

Ilustração 2. Diagrama representativo da Árvore de problemas

2.4.2. Análise de fatores causais

Com base nos dados recolhidos através dos testemunhos e da análise crítica de todo o contexto identificaram-se os principais problemas, sendo necessário neste momento proceder à sua análise causal de acordo com os diferentes níveis de fatores a eles associados.

Guerra (2010) classifica os fatores causais em três níveis: os de nível 1 relacionados com o grupo-alvo; os de nível 2 com os interventores ou executores da ação e os de nível 3 referentes aos subsistemas de decisões, responsáveis pelo acionamento de recursos e soluções. Considera ainda a existência de fatores exteriores ao sistema (económicos, sociais e culturais) que podem contribuir para a persistência da necessidade.

No âmbito dos problemas identificados, constata-se que na generalidade estão associados a mais do que um fator causal (Tabela 9).

Tabela 9. Classificação de fatores causais

CAUSAS	FATORES CAUSAIS	
Recursos inadequados	Falta de articulação inter e intrainstitucional	Nível 2; Nível 3
	Circuito de informação interinstitucional ineficaz	Nível 2; Exterior
	Falta de uniformização ensinos e práticas	Nível 2
	Falta de conhecimento de projetos e resultados	Nível 1; Nível 2; Nível 3
	Acesso a informações erradas e contraditórias	Nível 1; Nível 2; Exterior
Recursos insuficientes	Falta de iniciativas de acompanhamento presencial pós-natal	Nível 1; Nível 2; Exterior
	Falta de iniciativas com componente prática	Nível 1, Nível 2; Exterior
	Falta de iniciativas na comunidade (sociedade civil)	Nível 1; Nível 2
	Falta de recursos humanos/materiais	Exterior
	Falta de acessibilidade a eq. apoio ao aleitamento materno	Nível 2; Exterior
Problemas associados	Causas políticas, económicas, socio demográficas e culturais	Exterior

Assim, a **Falta de articulação inter e intrainstitucional**, depende simultaneamente de fatores de nível 2 e de nível 3, uma vez que não está sujeita apenas ao entendimento dos interventores, mas também dos decisores responsáveis por fomentar sinergias e consensos.

Quanto ao **Circuito de informação ineficaz**, está associado a fatores de nível 2, por atrasos na redação e envio de documentos ou ausência desses documentos de informação relativa ao utente impedindo a continuidade de cuidados aos diferentes níveis; e a fatores exteriores, uma vez que pode estar sujeito a processos burocráticos morosos.

Relativamente à **Falta de uniformização de ensinos e práticas**, os fatores causais são de nível 2, dependente basicamente de um processo de negociação e de consensualização entre os profissionais interventores das diversas entidades.

A **Falta de conhecimento dos projetos e resultados** está associada a fatores de nível 1, manifestado através do desinteresse e desconhecimento dos projetos eu existem pelo grupo-alvo; e de nível 2 respeitante uma vez mais à falta de sinergias entre os interventores das

diferentes entidades, quer os que estão diretamente relacionados com os projetos, quer os responsáveis pelo *marketing* institucional que deveriam divulgar as iniciativas existentes.

Em relação ao **Acesso a informações erradas e contraditórias**, os fatores causais podem ser classificados no nível 1, nível 2 ou exteriores, uma vez que pode decorrer respetivamente, quer do recurso do grupo-alvo a fontes de informação pouco credíveis ou familiares e amigos com poucos conhecimentos, quer devido ao suporte informacional pré e pós-natal insuficiente, ou ainda devido a crenças e práticas de índole cultural e familiar.

Quer a **Falta de iniciativas de acompanhamento presencial pós-natal**, quer a **Falta de iniciativas com componente prática** podem ser afetos a fatores de nível 1, pela falta de mobilização quer da sociedade civil, em especial o grupo-alvo para promover iniciativas dessa índole; e a fatores de nível 2 e externos, uma vez que a oferta dentro dos serviços públicos depende da existência de projetos específicos, mas também de mais recursos materiais/humanos que as instâncias superiores não diferem.

A **Falta de iniciativas na comunidade**, está associada a fatores de nível 1, pela mobilização fraca da sociedade civil (grupo-alvo incluído) na génese de iniciativas de apoio à parentalidade; e de nível 2, pela ausência de ação dos interventores fora do âmbito dos serviços públicos.

Quanto à **Falta de recursos materiais e humanos** tem fatores causais exteriores, uma vez que está dependente das políticas de contenção orçamental e redução de despesa pública. O mesmo acontece com os **Problemas associados**, uma vez que estão ligados às políticas, características sociais, demográficas, culturais e económicas.

Por último, a **Falta de acessibilidade a equipamentos de apoio ao aleitamento materno** está associado principalmente a fatores causais exteriores uma vez que decorre de fatores económicos pelo empobrecimento das famílias e redução do poder de compra numa região com uma taxa de desemprego expressiva e médias salariais inferiores a 700€ mensais, mas também de nível 2, pela falta de projetos nesta área.

Finda a etapa de Análise de problemas, é necessário definir prioridades de intervenção, em consonância com os problemas e necessidades capazes de ser colmatados pelo projeto. Neste sentido, as causas identificadas como “Problemas associados” serão excluídos dessa análise, uma vez que extravasando o âmbito de atuação do o projeto, não são relevantes para a mesma.

2.5. Definição de prioridades de intervenção

Esta etapa visa estabelecer prioridades face aos problemas e necessidades identificados, tendo em conta que “A forma de seleção das prioridades exige a retoma do diagnóstico, a análise individual de cada problema, a sua quantificação, identificando as suas causalidades e articulações com as restantes problemáticas.” (Guerra, 2010, p. 142).

Se até aqui, a análise de necessidades permitiu identificar como causas do problema central a falta de alguns serviços e a falta de eficácia de outros, categorizados respetivamente sob a designação de Recursos insuficientes e Recursos inadequados, cabe agora proceder a uma quantificação que permita por um lado reconhecer as causas cruciais de cada categoria e que exigem intervenção prioritária e por outro estabelecer prioridades para a ação, analisando a forma como problemas e contextos causais se cruzam, se articulam e interagem, tendo em vista a resolução do problema como um todo, tal como preconizado por Guerra (2010).

Neste sentido, associou-se a cada causa identificada a frequência com que é referida por ambos grupos de informadores-chave, num total possível de 17 respostas (consultar também Tabela A2 no Anexo 2; Tabela A5 e Tabela A6 no Anexo3), resultando numa tabela de frequências (Tabela 10).

Tabela 10. Frequência com que cada causa dos problemas identificada é referida

PROBLEMAS	CAUSAS	n	%	% acum
Recursos inadequados	Falta de articulação inter e intrainstitucional	14	22,2	22,2
	Circuito de informação interinstitucional ineficaz	11	17,5	39,7
	Falta de uniformização ensinos e práticas	11	17,5	57,2
	Falta de conhecimento de projetos e resultados	10	15,9	73,1
	Acesso a informações erradas	8	12,7	85,8
	Alta precoce	5	7,9	93,7
Recursos insuficientes	Falta de recursos humanos	4	6,3	100,0
	Falta de iniciativas na comunidade	14	33,3	33,3
	Falta de iniciativas de acompanhamento presencial pós-natal	11	26,2	59,5
	Falta de iniciativas com componente prática	9	21,4	80,9
	Falta de recursos humanos/materiais	5	11,9	92,8
	Falta de acessibilidade a equipamentos de apoio à amamentação	3	7,2	100,0

A partir desta tabela construíram-se os respetivos diagramas de pareto³⁰ (Gráfico 1 e Gráfico 2), relativos aos problemas identificados: “Recursos inadequados” e “Recursos insuficientes”

³⁰ Segundo Haughey (2016), o diagrama de pareto é uma técnica estatística utilizada na tomada de decisão que permite selecionar e priorizar um número pequeno de itens capazes de produzir grande efeito na melhoria dos processos. Utiliza a regra de pareto (regra 80/20) aplicável em quase todas as situações, podendo traduzir-se pela afirmação de que 20% das causas são responsáveis por 80% dos problemas. Permite identificar, focar e intervir sobre os 20% de causalidades cruciais e só depois tratar as restantes causalidades mais triviais (80%).

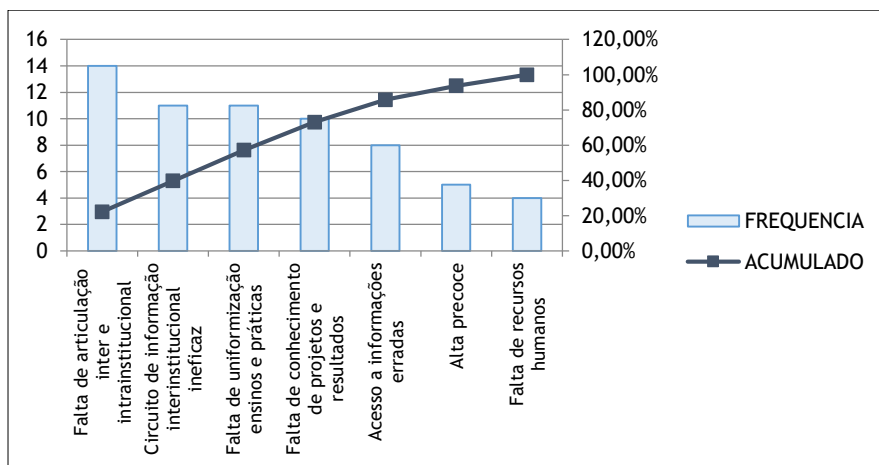


Gráfico 1. Diagrama de Pareto para causas do problema “Recursos inadequados”

A análise do Gráfico 1 permite identificar como área de intervenção crucial a referente à articulação inter e intrainstitucional, assim como o circuito de informação em associação com a uniformização de ensinos e práticas. Uma vez que estas causas apresentam algum grau de interdependência, agir sobre uma reduzirá a incidência das restantes.

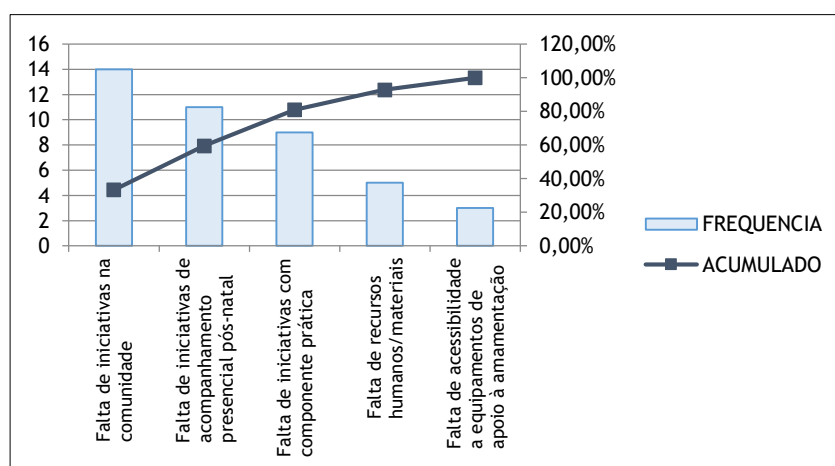


Gráfico 2. Diagrama de Pareto para causas do problema “Recursos insuficientes”

No Gráfico 2, observa-se que as causas cruciais se prendem com a falta de iniciativas, quer as que reportam à comunidade (prioritárias), quer as de acompanhamento presencial pós-natal, ou as que comportem componente prática. Tal como o problema anterior, agir sobre esta causa poderá englobar as outras ou ter consequências benéficas sobre elas. Apesar de ser referido com menor frequência pelos informadores-chave, a falta de acessibilidade de equipamentos de apoio ao aleitamento materno é, contudo, uma lacuna importante identificada na prática diária profissional, sendo como tal considerada como área de intervenção a não descurar.

Se para algumas causas, eliminá-las ou controlá-las depende somente da “boa vontade” (EP4) e capacidade de entendimento dos vários intervenientes, o mesmo não acontece no referente

à necessidade de implementação de novos projetos pelas entidades públicas, uma vez que implica acréscimo de custos com contratação de pessoal, inviabilizando a sua aplicação por limitações impostas por instâncias superiores do Estado. Já as entidades exteriores aos serviços públicos, não dependem dessa tutela e podem até mesmo ser apoiadas por ela através de outros mecanismos (como explicitado no enquadramento teórico), nomeadamente se respeitarem à economia social e a iniciativas que visem a continuidade de cuidados na comunidade, vislumbrando-se este como o pilar para as estratégias de intervenção a empreender.

.Quadro de referência pós-diagnóstico.

Neste contexto, em virtude da análise de problemas e definição de prioridades, as estratégias serão delineadas à luz de um novo quadro de referência (Ilustração 3), modelo de análise representativo da integração de elementos que emergiram a partir do diagnóstico, e que retrata a situação atual identificada.

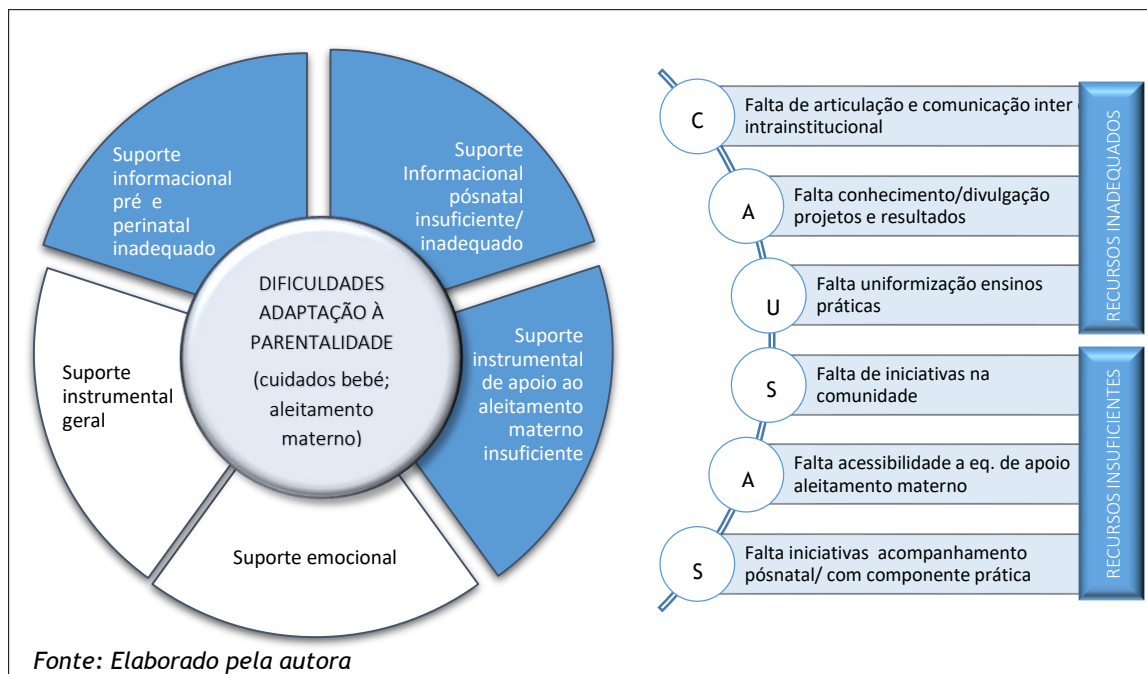


Ilustração 3. Diagrama representativo do quadro de referência pós - diagnóstico

Este diagrama representa no **núcleo** o problema central e foco da intervenção (= Dificuldades na adaptação à parentalidade, manifestada pelas dificuldades nos cuidados ao bebé + dificuldades no aleitamento materno), rodeado por uma **barreira de proteção ineficaz** (= Rede de apoio social) pela existência de várias **condicionantes** (= problemas identificados como Causas) da adaptação à parentalidade nas áreas visadas, por ineficácia da rede de apoio social.

É sobre as condicionantes que recairá o projeto de intervenção, de forma a agir sobre as causas e a eliminar o problema central e os seus efeitos. Para o conseguir, devem incluir-se contributos de diferentes atores, visando a otimização e concretização das propostas, de forma a torna-las

soluções possíveis e efetivas na promoção da adaptação à parentalidade e no sucesso do aleitamento materno.

2.5.1. Expetativas e sugestões dos informadores-chave face ao problema e sua resolução

Concebendo-se a intervenção numa perspetiva de participação dos principais interessados e beneficiários do projeto, de forma a mobilizarem-se e participarem na resolução dos seus problemas, procurou-se conhecer as expetativas e sugestões de interventores e grupo-alvo, a partir dos testemunhos dos informadores-chave.

Para empreender esta tarefa, tomou-se como ponto de partida o reconhecimento de formas de retificar as principais lacunas inerentes aos recursos sociais disponíveis, assim como a opinião acerca da viabilidade de implementação de uma rede de apoio social, integrando todas as iniciativas existentes através da articulação das várias entidades que as promovem, e de outras oriundas da sociedade civil capazes de colmatar os hiatos entre as necessidades e as ofertas, a que os serviços públicos não conseguem responder.

Os resultados da análise de opinião acerca da rede de apoio social, indicam a ideia como bem aceite e viável, pois *“tudo o que venha promover melhor suporte aos pais/bebés da região é de avançar!”* (FPG2), sendo considerado que *“a rede de apoio envolvendo profissinais e associações da comunidade e com um caracter informal seria uma mais valia”*. (FPG5). Esta inclusão de iniciativas de entidades da economia social é justificada pela constatação de que os pais por um lado *“não têm condições económicas para pagar este tipo de serviços”* (EP5) e por outro *“consideram que este tipo de serviços não se paga: acham que têm direito a ele como tal deve ser gratuito ou tendencialmente gratuito”* (EP4). Uma vantagem apontada por ambos os grupos é a possibilidade de implementação de novos projetos que levem para fora dos serviços de internamento estas vertentes de apoio e acompanhamento pós-alta, dado que *“por vezes os pais sentem-se mais à vontade fora do ambiente hospitalar”* (EM5), salvaguardando no entanto, que *“o trabalho das associações na comunidade tem de ser sempre apoiados pelos profissionais de saúde...”* (FGP4).

O sucesso terá de passar pela existência de *“Mediação e liderança: Um promotor capaz de liderar um grupo, de estabelecer os objetivos de cada um (em concordância com todos) para que cada um soubesse o que lhe compete”* (EP1), sendo considerado fundamental *“haver mediação isenta com foco no que se quer”* (EP1) e um mediador capaz de convocar os vários intervenientes e avaliar o progresso dos trabalhos.

As sugestões para tornar a ideia bem-sucedida vão ao encontro dos problemas identificados e atrás descritos, pelo que a promoção da articulação e comunicação é principal foco das propostas, perante as quais é necessário *“(...) unir esforços para ver a floresta e não apenas a árvore”* (EP1), trabalhando todos para um bem comum: o utente. Neste contexto foram

sugeridas a realização de reuniões de trabalho com profissionais das diferentes entidades e constituição de “(...) grupos de trabalho onde estivessem representados os diversos profissionais que contactam com os pais e com o bebé para uniformizar práticas e para se criarem sugestões de melhoria.” (FGP5).

As propostas passam ainda pela delimitação de campos de ação como ponto-chave, sendo mencionada a necessidade de cada entidade “saber qual o seu público-alvo e suas estratégias... Isto é: definir os campos de ação de cada um para não haver atropelos” (EP1). Para melhorar a comunicação e torna-la eficaz, foi mencionado que poderia passar pelo papel ou preferencialmente pela internet, podendo-se “criar uma plataforma de comunicação entre pares e de informação à comunidade” (FGP3) para o efeito. Tal evitaria os atrasos e a ausência de informação quando os pais não vão ao CS. A figura de enfermeiro de família ou de referência, foi também considerado como um elo fundamental no circuito de informação.

A uniformização dos ensinamentos e práticas foi igualmente referenciada, tendo sido proposta “mais formação para todos os profissionais envolvidos.” (EP3); a constituição de grupos de trabalho; e realização de reuniões que incluíssem pais e profissionais. Também foi sugerida a necessidade de ter uma base comum de princípios e orientações aos pais, e a diversificação posterior de acordo com a particularidade de cada situação que se apresente, “doseando” a informação dada a cada contacto para evitar “bombardear os pais com excesso de informação” (FGP5).

Como propostas mais gerais foram apontadas por ambos os grupos, a necessidade de respeitar e apoiar a mãe independentemente das suas opções em amamentar ou não amamentar, assim como a “A criação de uma cultura de amamentação na região, para todas as pessoas interessadas e não criar a ideia que tem de ser uma obrigação das mães.” (FGP5). Foi ainda referida pelo grupo de profissionais a necessidade de “apostar na divulgação” (EM3), “(...) divulgar melhor as redes de apoio de enfermagem existentes hospital/centros de saúde, pois após a alta as pessoas tendem a esquecer-se de nos como suporte.” (FGP2). A divulgação recai ainda sobre a existência dos grupos de apoio mútuo na comunidade e dos grupos de trabalho que supostamente existem, mas são desconhecidos dos restantes profissionais. A replicação de projetos existentes em outros países foi também abordada, mas sem concretização de um exemplo específico.

As propostas e sugestões referidas pelos diferentes informadores-chave identificadas por ambos os grupos de informadores-chave, descritas mais pormenorizadamente na Tabela A2 (Anexo 2); na Tabela A5 e Tabela A6 (Anexo3) e compiladas na Tabela 11, serão consideradas no plano de ação do projeto de forma a otimizar as estratégias e alcançar máximo impacto.

Tabela 11. Sugestões dos informadores-chave face aos problemas identificados

SUGESTÕES DOS INFORMADORES-CHAVE		
PROBLEMA	Profissionais	Mães
Serviços inadequados	Divulgar serviços de apoio existentes: profissionais; grupos de trabalho; grupos de apoio mútuo	Divulgar serviços de apoio existentes:
	Promover articulação e comunicação entre as várias entidades: reuniões; grupos de trabalho; elos de ligação	-
	Melhorar circuito de informação: Papel/internet; Enfº família	-
	Uniformizar ensinamentos e práticas: Base comum, adaptação particular; doseamento informação	Uniformizar ensinamentos e práticas: Base comum, adaptação particular;
	Definir campos de ação	-
	Alocação recursos exclusivos para acompanhamento pós-alta	-
	Respeitar e apoiar as opções da mãe	Respeitar e apoiar as opções da mãe
	Desenvolver uma cultura de amamentação na região	-
Serviços insuficientes	Replicar exemplos de outros países	-
	Criar novos serviços Públicos: cantinho da amamentação no CS; Serviço de acompanhamento pós-alta	Criar novos serviços Públicos: Apoio profissional; Acompanhamento pós-alta personalizado
	Criar novos serviços Outras entidades: Apoio profissional; <i>workshops</i> ; serviço de acompanhamento pós-alta	Criar novos serviços Outras entidades: Apoio profissional; acompanhamento pós-alta personalizado

Neste contexto, tendo em consideração o renovado quadro de referência resultante do diagnóstico e as sugestões dos informadores-chave, confirma-se e salienta-se a criação da rede de apoio social como uma solução possível, adequada e abrangente uma vez que permitirá agir sobre as causas cruciais, debelando simultaneamente as de menor repercussão sobre o problema e colmatando inclusivamente os efeitos dos fatores causais exteriores pela otimização de recursos. A aplicação desta estratégia antevê-se como indutora de um “efeito de bola de neve”, uma vez que criar novas iniciativas na comunidade, pode incidir na oferta de serviços de acompanhamento presencial no período pós-natal e/ou incluir componentes práticas, assim como acesso a equipamentos de apoio ao aleitamento materno.

A articulação destas iniciativas junto com as já existentes, pressupõe a exigência de uma melhoria significativa do circuito de comunicação, de otimização das respostas disponíveis quer seja pela uniformização dos cuidados, quer seja pela complementaridade dessas respostas numa perspetiva de parceria e partenariado, com repercussão ao nível dos recursos que cada entidade tem de dispor: diversificar as áreas, distribuindo-as pelas várias entidades permite mobilizar mais recursos para cada uma; pelo contrário, duplicar ofertas perpetua o problema dos serviços inadequados, uma vez que a dispersão de recursos reduz a *performance* prosseguindo a visão de que “faz-se o que se pode”. Cada um por si “faz o que pode”, o que em virtude dos resultados do diagnóstico parece traduzir-se em pouco, contudo se as forças se unirem, se articularem e se todos trabalharem em função de um mesmo objetivo, tanto “o que se pode fazer” como “o que se faz” pode aumentar exponencialmente, traduzindo-se no caso concreto num contributo significativo na promoção da adaptação à parentalidade, dos cuidados adequados ao bebé e do sucesso no aleitamento materno.

Parte III. Projeto “ACALMA”

Nota introdutória

“Um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder. Um projeto é, sobretudo, a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objetivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de ação garantindo o máximo de bem-estar para o máximo de pessoas.” (Guerra, 2010, p.126).

Neste contexto, uma vez identificada a situação problemática, devidamente enquadrada e contextualizada na fase de diagnóstico, procura-se responder a essa situação passando à etapa seguinte que comporta o desenho do plano de ação (Guerra, 2010) e tem como objetivos:

- Clarificar as finalidades, objetivos gerais e objetivos específicos da solução proposta;
- Definir estratégias e orientações globais do trabalho a desenvolver;
- Programar as atividades a desenvolver;
- Preparar o plano de acompanhamento e avaliação do projeto a implementar.

Através do desenho do plano de ação, concretiza-se a forma como se desenvolverá o projeto em consistência com a sua fundamentação, apresentando a metodologia que evidencie a conexão entre objetivos, procedimentos e ações para a execução da proposta, devendo ser possível através da sua leitura antever cada fase da execução do projeto (Santos, 2011).

Assim, na Parte III deste trabalho, apresenta-se a metodologia de formulação do projeto, que inclui a definição dos objetivos gerais e específicos; das estratégias e atividades em consonância com esses objetivos e os resultados do diagnóstico, incorporando as soluções propostas pelos atores identificados e envolvidos nessa fase; identificam-se e analisam-se os atores a envolver na implementação do projeto, avaliando quer os seus interesses quer a forma como podem contribuir para o mesmo, assim como o plano de recursos necessários e custos a eles associados.

Apresenta-se também a metodologia de implementação do projeto, que engloba o plano de atividades, o plano de comunicação, o plano financeiro, o plano de monitorização e avaliação, no qual, através de uma Matriz de Enquadramento Lógico [MEL], se sintetizam todos os elementos de formulação e se estabelecem as metas e critérios que permitem, quer medir o grau de concretização do projeto, quer identificar as condições externas necessárias à sua prossecução; inclui ainda o plano de gestão de risco, terminando com a análise da sua capacidade de inovação e replicabilidade.

3.1. Metodologia de formulação do projeto

3.1.1. Objetivos e estratégias de intervenção

Uma vez identificados problemas e prioridades de intervenção é importante estabelecer as finalidades e objetivos do projeto. Tal, decorre da discrepância entre o estado inicial e o estado desejado e permitirá estabelecer o fio condutor em função do qual se definirão as estratégias de intervenção mais adequadas, assim como medir os resultados da mesma (Guerra, 2010). A discrepância encontrada no contexto deste projeto está representada na Ilustração 4.

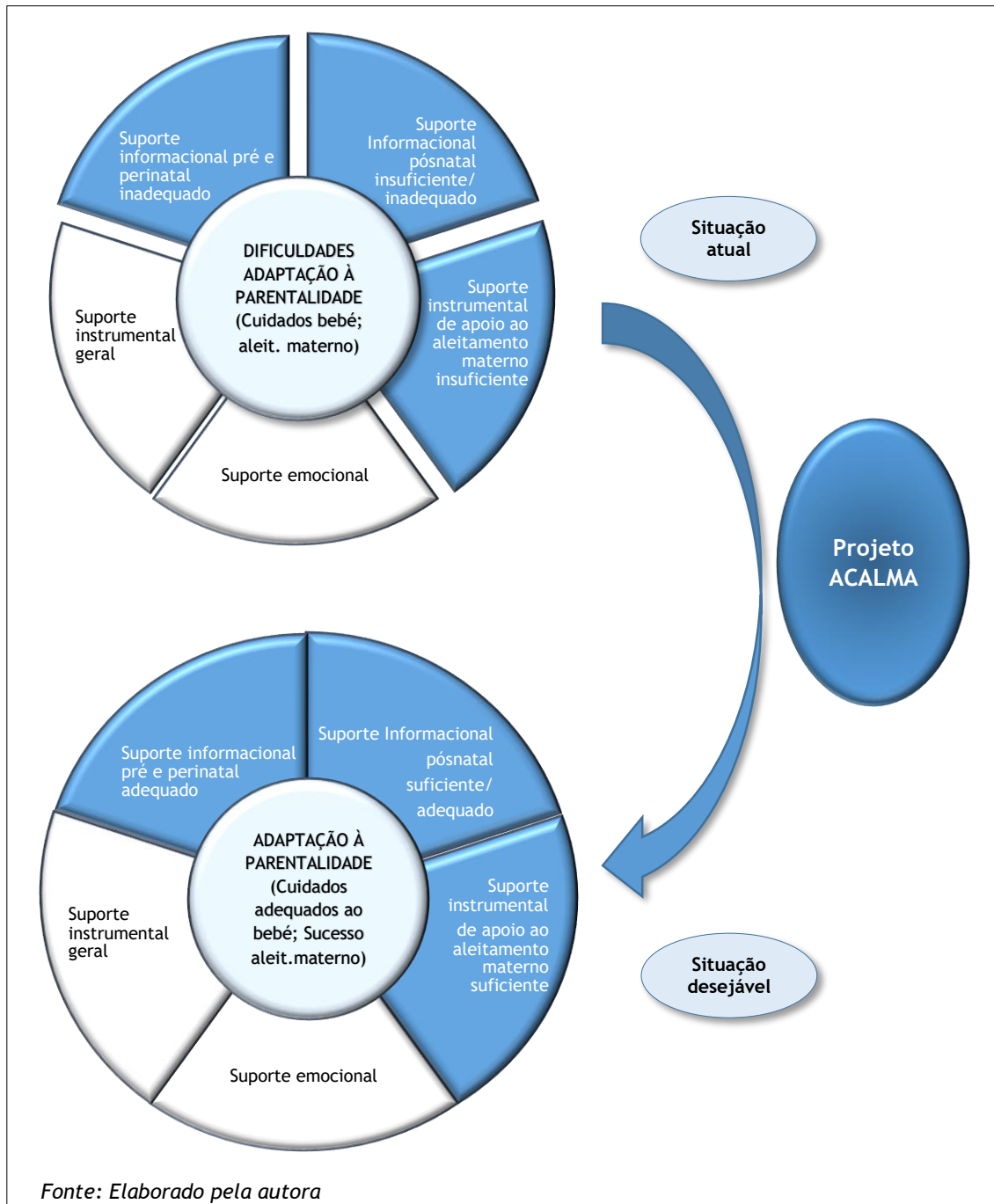


Ilustração 4. Diagrama representativo do quadro de referência da formulação do projeto

Este diagrama representa o quadro de referência, entendido como modelo de abordagem para formulação do projeto ACALMA, cujas estratégias, estabelecidas em função da finalidade e objetivos, visam suprimir ou minimizar a disparidade entre a situação atual e a situação ideal. Transversal a toda a população, beneficiará não só as famílias com maiores dificuldades financeiras, como a população em geral, que tenha necessidade de apoio informacional numa perspetiva de educação para a saúde nas áreas visadas; e instrumental no âmbito da disponibilização de materiais e equipamentos de apoio ao aleitamento materno.

.Finalidade e objetivos.

A **Finalidade** ou missão em função da qual se empreende o projeto, vai ao encontro da questão de partida, orientadora do projeto, e consiste em apoiar os pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno.

Por seu lado o **Objetivo geral**, que indica a condição geral desejada, de longo prazo e âmbito mais global, impossível ao projeto por si só alcançar na totalidade, mas para o qual pode contribuir (Schieffer, et al., 2006), traduz-se em: promover a adaptação à parentalidade, ao nível da prestação de cuidados adequados ao bebé e do sucesso no aleitamento materno.

Já como **Objetivo específico**, reconhecido enquanto principal propósito de um projeto, o efeito ou benefício duradouro que se deseja atingir para o grupo-alvo e que contribui para a concretização do objetivo geral (Comissão das Comunidades Europeias [CCE],1993; Schieffer, et al., 2006), pretende-se: capacitar os pais para a autonomia nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno, garantindo maior equidade no acesso a apoio informacional e instrumental nestas áreas³¹. Disponibilizar estes suportes, permite encerrar o círculo que oferece proteção, blindando-o `a ação das condicionantes da adaptação à parentalidade.

.Estratégias de intervenção.

Estabelecidos os objetivos, é necessário analisar as formas de os atingir, definindo as melhores estratégias de intervenção (Guerra, 2010). Entende-se por estratégia, uma orientação geral que estabelece o caminho, em ordem ao objetivo geral estabelecido (Schieffer, et al., 2006), concebendo-se “num contexto de articulação entre recursos e objectivos e visando a elaboração de um pensamento director em torno do qual se estruturam, de forma mais ou menos corrente, as decisões fundamentais.” (Guerra, 2010, p. 167).

Sob uma vertente mais operacional a intervenção define-se como um conjunto articulado de atividades, concebidas de modo a contribuir para a mudança num determinado sistema social (Schieffer, et al., 2006). Como referido anteriormente, pretende-se para este projeto,

³¹ O estabelecimento de um único objetivo específico para o projeto tornou-se padrão internacional, para evitar que a intervenção se torne demasiado complexa e não possa ser bem gerida, sendo considerado preferível a realização de duas intervenções paralelas e interligadas a uma intervenção com dois objetivos específicos (CCE,1993), facilitando quer o planeamento, quer a avaliação do projeto (Schieffer, et al., 2006). Assim, assumiu-se, este princípio para a formulação do projeto ACALMA.

desenvolver estratégias e intervenções regidas pelos princípios do método participativo caracterizado pela prevalência de abordagens e procedimentos que envolvem, ativamente, os atores sociais implicados num determinado contexto, processo ou evento, valorizando sobretudo, a participação, a interação e o confronto de perspectivas (Schiefer, et al., 2006). Almeja-se com estes princípios a criação de sinergias que permitam reunir esforços para a resolução efetiva dos problemas.

Visando um projeto de intervenção social com base nestas premissas e perante os problemas apurados, a resposta passa pela implementação de novos serviços como solução para os recursos insuficientes intervindo ao nível da concretização de iniciativas no âmbito do apoio informacional e instrumental nas áreas da capacitação parental para os cuidados ao bebé e para o aleitamento materno. Passa também pela otimização dos serviços já existentes como solução para os recursos inadequados intervindo ao nível da articulação entre as várias instituições/entidades numa perspetiva de cooperação e complementaridade.

Estas intervenções concretizam-se em torno de três eixos estratégicos, definidos em função dos resultados do diagnóstico e das expectativas e sugestões dos atores, e em consonância com os objetivos enunciados. Todos os serviços serão disponibilizados gratuitamente ou a baixo custo (Ver detalhes no Anexo 8), garantindo acesso equitativo aos recursos afetos ao projeto, priorizando a resposta a situações de maior fragilidade e socialmente mais prementes.

O **Eixo estratégico I** consiste na disponibilização de um espaço de aconselhamento através de e iniciativas de educação para a saúde pós-natal e permite a concretização do objetivo específico definido, no sentido de promover a autonomia e capacitação³² dos pais para os cuidados ao RN/criança e para o aleitamento materno. A educação para a saúde viabiliza este processo, uma vez que inclui os conceitos de ensinar, instruir e treinar os quais permitem uma aquisição completa da aprendizagem. Envolve processos comunicacionais e relacionais que transcendem o simples “informar”, incluindo os conceitos de apoiar e aconselhar o que possibilita a partilha de conhecimentos e o respeito pela decisão do outro, contribuindo de forma positiva para a autonomia da pessoa (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Traduz-se em três atividades: espaço de atendimento e aconselhamento individual; realização de *workshops* temáticos; e constituição de grupos de apoio mútuo nos municípios abrangidos.

- **Espaço de atendimento e aconselhamento individual:** almeja dar apoio aos pais em situações específicas e particulares relacionadas com os cuidados ao bebé ou com o aleitamento materno, auxiliando na aquisição de competências e comportamentos que permitam incorporar a identidade de ser mãe ou pai, através da avaliação da adaptação parental ao seu novo papel, pela implementação de intervenções educacionais que permitam um aumento de informação e

³² Entende-se aqui a capacitação, como um processo destinado a desenvolver a(s) capacidade(s) dos indivíduos, e que geralmente envolve a formação de capacidades, o incremento de capacidade técnica e a instauração de processos de aprendizagem (Schiefer, et al., 2006).

pela identificação de variáveis como o apoio social e familiar que possam interferir no seu desempenho. A educação para a saúde em contexto de aconselhamento individual, passa não só por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar, mas também ajudar e colaborar no planeamento e implementação de intervenções que reduzam os efeitos stressantes da mudança, resultante da integração de um novo elemento no seio da família. As sessões de aconselhamento serão gratuitas em situações de carência económica, implicando um custo reduzido para os restantes utilizadores.

- **Realização de *workshops* temáticos:** traduz-se basicamente em iniciativas de educação para a saúde em grupo. Pretende-se com os *workshops*³³ criar espaços e momentos apropriados para a transmissão de saberes, aprendidos e apreendidos pelos participantes quer através de componentes teóricas e práticas, quer através da troca de experiências. Estes espaços de formação e informação, para além da capacitação parental, permitem promover a mudança de comportamentos potencialmente prejudiciais para criança e pais em prol da adoção de condutas e estilos de vida saudáveis. A participação nos *workshops* acarretará custos para os utilizadores, salvaguardando-se, no entanto em cada sessão, 10% de participações gratuitas para casos de carência económica.

- **Constituição de GAM:** esta iniciativa visa ajudar os membros dos GAM a ter um papel ativo na resolução dos seus problemas e a ganhar controlo sobre as áreas da sua vida onde anteriormente o não tinham, através do acesso a recursos, informação e oportunidades. A integração num grupo de autoajuda é capaz de proporcionar apoio, encorajamento e informação, promovendo a autoestima, autoconfiança e a estabilidade emocional, reduzindo o sentimento de isolamento pelo estabelecimento de relações de suporte positivas e fomento da intercomunicação (Segurança Social, 2015). A colaboração de um profissional permite “filtrar” as informações e estratégias veiculadas pelos membros, quebrando mitos e ajudando em questões a que o grupo não consegue resposta. A integração e participação nos GAM, é gratuita.

O **Eixo estratégico II** consta da disponibilização de equipamentos que auxiliem no projeto de aleitamento materno, muitas vezes inacessíveis de outra forma pelo seu custo elevado. Pretende facilitar o acesso a estes equipamentos a um maior número de mães viabilizando esta prática (ou a sua manutenção), em situações³⁴ nas quais sem auxílio, tal não seria possível. Para além de fomentar os benefícios nutricionais e imunológicos, tem também uma vertente financeira a considerar, pela poupança em fórmulas láctea, representando uma mais-valia na

³³ Schiefer, et al. (2006, p.270) definem *workshop* como um “Evento, sob a forma de sessão ou reunião de trabalho, em que um grupo de pessoas se reúne com o propósito, por exemplo, de analisar um assunto, debater um tema ou elaborar um documento. Tradicionalmente, o termo *workshop* é utilizado quando se recorre a métodos e técnicas participativos ou activos e o número de pessoas envolvidos no evento é relativamente reduzido.”

³⁴ Alguns exemplos são os casos de bebés que por características anatomofisiológicas ou patológicas (hipotonia; cardiopatias; problemas respiratórios; paralisia cerebral...) têm dificuldades na pega ou extração de leite; Regresso da mãe ao trabalho, por impossibilidade de se ausentar; Hipogalactia, em que a estimulação permite maior produção de leite, entre outros.

conjuntura económica atual, pelas dificuldades das famílias em fazer face a despesas extra. Materializa-se em iniciativas que possibilitam oferta/empréstimo; aluguer ou venda.

- **Oferta/empréstimo de equipamentos de apoio ao aleitamento materno:** na modalidade de empréstimo, visa dar resposta a necessidades que impliquem tempos de utilização curtos de bombas de extração de leite, nomeadamente no início do processo de lactação, sendo assim facultadas gratuitamente a todos os utilizadores, durante a primeira semana³⁵. Em situações de carência económica, o empréstimo de bombas decorrerá por tempo indeterminado, sujeito apenas a renovação quinzenal após a primeira semana, de forma a controlar estado do equipamento e prevalência da necessidade. Neste último caso existirão ainda outros materiais para oferta, sem qualquer custo ou necessidade de devolução.

- **Aluguer de bombas de extração de leite:** esta vertente comercial concebe-se numa perspetiva de custo reduzido, revertendo o lucro para a renovação de equipamento uma vez que se trata de material sujeito a desgaste. Visa responder a situações em que as mães não queiram/não possam adquirir estes equipamentos devido aos seus custos e em que a necessidade de utilização ultrapasse o período de uma semana.

- **Venda de equipamentos de apoio ao aleitamento materno:** outra modalidade comercial é a disponibilização para venda, quer de bombas de extração de leite manuais ou elétricas, quer de outros materiais de apoio ao aleitamento materno. Pretende-se uma margem de lucro reduzida de forma a contribuir para o autofinanciamento do projeto.

Por último, o **Eixo estratégico III** que ambiciona algo mais abrangente, englobando todas as iniciativas disponibilizadas pelas diferentes instituições, visando a articulação como veículo para otimizar os recursos existentes, e multiplicar os resultados por eles obtidos. Tal procede do estabelecimento de parcerias e de uma relação de parceria, capazes de gerar uma rede de apoio social que emerge como opção preferencial nas circunstâncias apuradas. Ao nível do projeto traduz-se na conceção de um *workshop* de planeamento para essa rede.

- **Workshop de planeamento de projeto de rede social de apoio:** prevê a colaboração de todos os atores na elaboração e implementação do projeto, considerando-se o Método Aplicado de Planeamento e Avaliação [MAPA]³⁶, como o procedimento mais indicado a adotar. Esta metodologia rege-se por cinco princípios: *Participação*, procura fomentar o envolvimento dos atores sociais nos processos de planeamento e avaliação, contribuindo dessa forma para a democracia participativa; *Aprendizagem contínua*, visto que o diagnóstico, o planeamento, a monitorização e a avaliação são entendidos como processos de aprendizagem organizacionais;

³⁵ Após este período, passará à modalidade de aluguer (Consultar também Anexo 7);

³⁶ O MAPA “é uma metodologia operacional, integrada e participativa de planeamento e avaliação que consiste, fundamentalmente, num método - da família dos métodos participativos com base em *workshops* - que articula de forma integrada o diagnóstico, o planeamento, a monitorização e a avaliação de projectos, recorrendo, principalmente, a técnicas participativas.” (Schiefer, et al., 2006, p.15).

Responsabilização, na medida em que os procedimentos associados ao modelo MAPA visam a transparência e a promoção de uma cultura de responsabilização; *Cooperação*, procurando utilizar e maximizar as sinergias entre os diferentes indivíduos e organizações intervenientes; e *Capacitação*, uma vez que o modelo visa desenvolver a capacidade das organizações e dos indivíduos envolvidos, no que respeita ao planeamento e avaliação (Schiefer, et al., 2006).

Na Ilustração 5, sistematizam-se os elementos de formulação do projeto estabelecidos até ao momento: finalidade, objetivos e estratégias de intervenção.

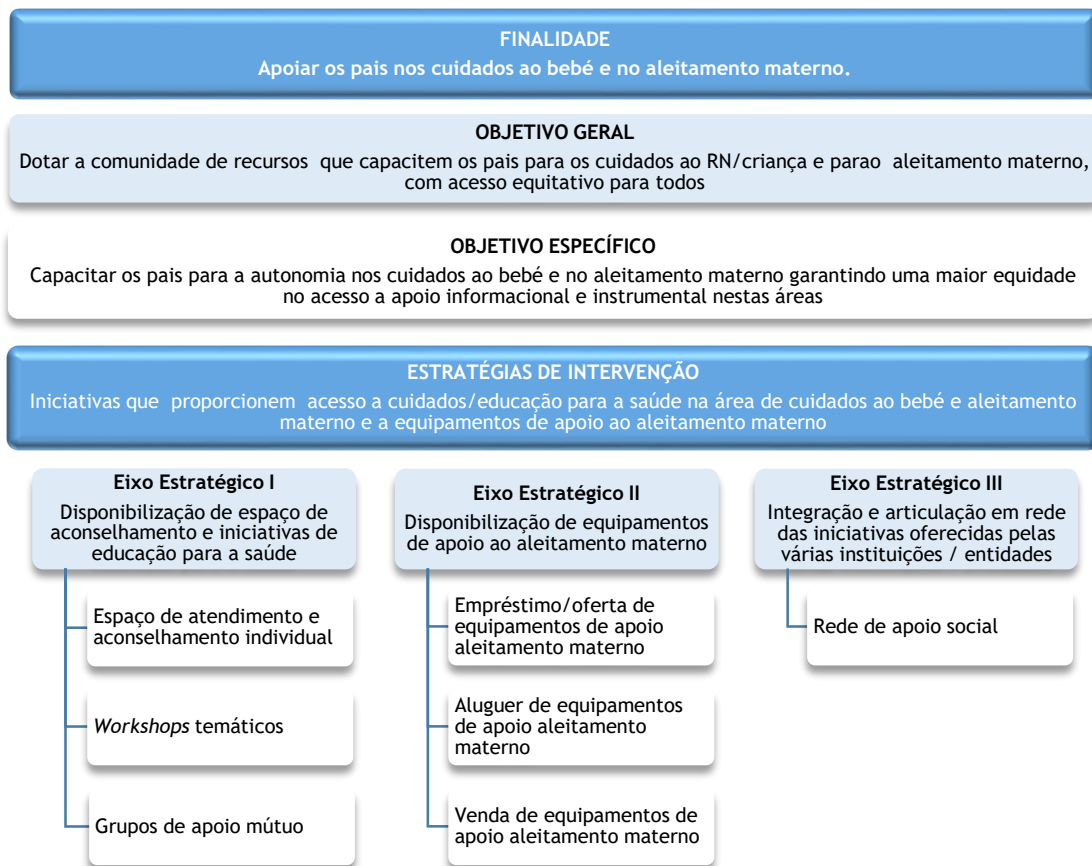


Ilustração 5. Diagrama síntese de finalidade, objetivos e estratégias do projeto

Os eixos estratégicos apresentados têm como designio melhorar o bem-estar e a qualidade de vida das famílias, pelo apoio aos pais nos cuidados ao bebé e aleitamento materno. De forma a cumprir esta missão, norteadora do projeto, é necessário identificar todas as partes interessadas e os atore-chave, de forma a analisar os seus interesses e contributos, assim como as condições para a sua mobilização.

3.1.2. Análise de atores

A análise de atores, como já referido anteriormente, pode ocorrer em diferentes fases do projeto, constituindo etapas que se complementam entre si. Se na fase de diagnóstico se identificaram os atores-chave, designadamente grupo-alvo e interventores com interesses

óbvios e passíveis de ser afetados pelo projeto, é agora tempo de os analisar, assim como identificar todas as partes interessadas, atores a considerar, mobilizar ou envolver visando a prossecução do projeto. Guerra (2006b) identifica três técnicas de condução da análise de atores: Identificação com vista à caracterização dos atores e o seu lugar no projeto; Análise das interações e relações de poder (*power analysis*), que se estabelecem no interior do sistema de ação e permite interpretar a influência e importância de cada ator; e Análise processual de referência aos objetivos, que confronta os atores face às questões estratégicas do projeto e aprofunda as suas posições de adesão ou mobilização face aos objetivos e ações propostos.

.Identificação de atores.

Existem 3 grupos óbvios de atores: grupo-alvo; parceiros; e financiadores (Schiefer, et al., 2006), que na categorização proposta por Guerra (2006b) correspondem respetivamente a atores de 1º, 2º e 3º nível. Assim, no que respeita ao projeto, identificam-se como **atores de 1º nível** ou grupo-alvo, as famílias com crianças até 2 anos de idade, cabendo maior enfoque às mães, por norma cuidadoras principais e como tal, principais beneficiárias do projeto; como **atores de 2º nível** identificam -se a Associação Promotora e os parceiros funcionais, designadamente, as instituições públicas de saúde (CHCB e ACES Cova da Beira), fornecedoras de serviços na área da capacitação parental e apoio no aleitamento materno e os GAM existentes na região (“Entre mães” e “Mães da Cova da Beira”). É destes atores, interventores no projeto, que depende a concretização das estratégias e intervenções; e nos **atores de 3º nível** estão incluídos quer parceiros gestores, nomeadamente as empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno e as entidades de poder local (Câmaras municipais da Covilhã, Fundão e Belmonte e juntas de freguesia), quer potenciais financiadores, quer ainda os meios de comunicação social. Na Ilustração 6 representa-se esquematicamente a categorização dos atores identificados.

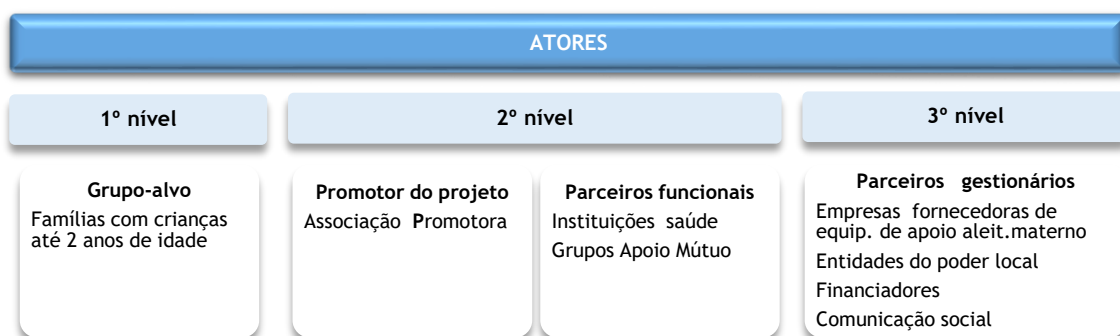


Ilustração 6. Diagrama representativo da identificação e categorização de atores

Mais do que identificar importa perceber quem são os atores-chave relativamente a cada problemática, objetivo ou estratégia de intervenção, por terem uma relação com as mesmas, seja ela funcional, material ou simbólica (Guerra, 2006b). Assim, apresenta-se na Ilustração 7, os atores-chave identificados para cada eixo estratégico definido.



Ilustração 7. Diagrama síntese de estratégias e identificação de atores

.Descrição de atores.

Os atores identificados têm características e níveis de relação diferentes com o projeto, sendo prudente analisar mais detalhadamente alguns dos grupos, selecionando os mais significativos e aqueles que se prevê que tenham uma grande influência sobre o projeto ou que não podem ser ignorados por deterem recursos centrais. No caso do grupo-alvo, mesmo não tendo necessariamente recursos materiais, é um ator indispensável, pois o sucesso do projeto depende dele (Guerra, 2006b).

- **Grupo-alvo**

O grupo-alvo ou grupo destinatário é definido como as pessoas ou grupos sociais em quem devem produzir-se os efeitos de um projeto (Forster & Osterhaus, 1996). A análise de grupos alvo tornou-se um instrumento padrão para projetos de intervenção social (Schiefer, et al., 2006), permitindo fazer uma planificação “de baixo para cima”, sendo apropriada para: Conhecer a forma como o grupo-alvo percebe os seus problemas, que mudanças deseja e qual a sua ação potencial; verificar se a estratégia de projeto planeada corresponde às verdadeiras necessidades e aos pontos fortes do grupo-alvo; reconhecer as diferenças sociais e consequentemente as diferentes possibilidades de participação que tem a população afetada; Reconhecer as percepções do grupo-alvo e as suas atitudes face aos outros atores e instituições em campo, para desenvolver uma estratégia realista de participação; e Estimar os riscos e impactos de uma estratégia ou ideia de projeto (Forster & Osterhaus, 1996).

O valor da análise de grupos-alvo reside na representação exploratória e exemplificativa de traços gerais e modelos ideais e, consequentemente, nas propostas que surgem para a estratégia do projeto. Neste sentido, Forster e Osterhaus (1996) recomendam que a análise de

grupo-alvo deve fazer parte da análise da situação inicial, durante a fase de identificação e conceção do projeto. No projeto em planificação esta premissa verificou-se, tendo sido recolhida informação durante a fase de diagnóstico, quer através da análise documental que permitiu caracterizar social, demográfica e economicamente o grupo-alvo, quer através das entrevistas, que permitiram identificar as necessidades de apoio dos pais nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno, assim como os apoios a que recorrem e os problemas que lhes encontram. Estes dados já integrados no diagnóstico incluem também propostas e sugestões consideradas na definição de estratégias do projeto, assim como no plano operacional em concordância com o preconizado pelos autores supracitados. Uma vez que as estratégias foram delineadas e lapidadas em concordância com as necessidades, opiniões e sugestões do grupo-alvo, o projeto pressupõe-se adequado a este grupo de atores, sobre o qual existirá maior impacto, prevendo-se o seu interesse e capacidade de mobilização.

- **Associação Promotora do projeto**

Dada a impossibilidade de criar uma empresa social, pela falta de reconhecimento desta figura jurídica a nível nacional, o projeto será promovido por uma organização sem fins lucrativos, sob a forma jurídica de Associação (Anexo 4), cujas estratégias serão fundamentadas a partir do trio Missão-Visão-Valores em que a Missão é o seu propósito de existir, a sua razão de ser; a Visão, a situação a que se deseja chegar; e os Valores, os ideais de atitude, comportamento e resultados que devem estar presentes nos colaboradores e relações da organização com todas as partes interessadas (Nakagawa, 2012).

Assim, a Associação Promotora terá por **Missão**: generalizar o acesso a serviços que promovam a capacitação parental e autonomia, assim como a adoção de estilos de vida saudáveis na infância e juventude, trabalhando com as pessoas e para as pessoas; como **Visão**: tornar-se uma referência de boas práticas, garantindo direitos de cidadania, pelo acesso equitativo a bens e serviços de saúde; e como **Valores**: a Equidade - mais que igualdade; Dedicção - cada caso é um caso; Excelência - cumprir a missão com o máximo rigor e profissionalismo, procurando ser melhor, sempre; Partenariado - mais que trabalhar para as pessoas, trabalhar com as pessoas; Sustentabilidade - procura do equilíbrio financeiro e social; e Inovação - aplicação de soluções dinâmicas geradoras de valor social para a comunidade (Ilustração 8).

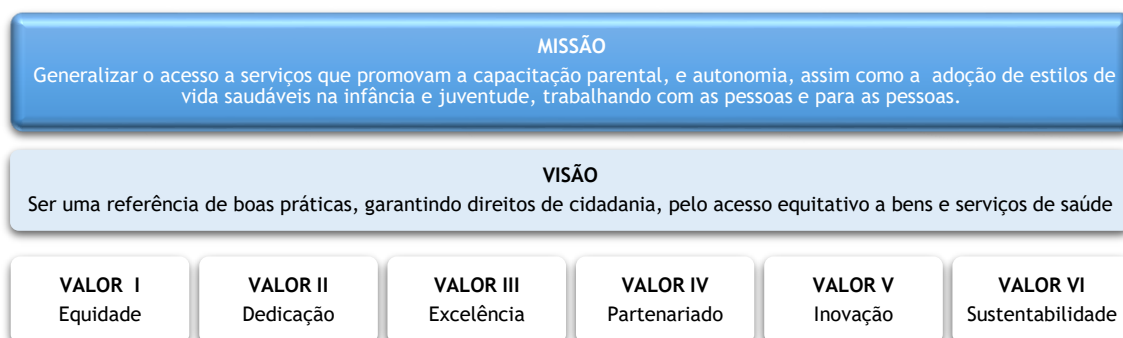


Ilustração 8. Diagrama representativo da missão, visão e valores da Associação Promotora

Esta organização disponibilizará diversas ofertas na área da educação para a saúde direcionada para a infância e juventude, através de 3 Núcleos: Núcleo RN e bebê (dos 0 aos 2 anos); Núcleo criança (dos 2 aos 10 anos); e Núcleo juventude (dos 10 aos 18 anos). Numa fase inicial, apenas o Núcleo RN e bebê estará em funcionamento, e o organograma (Ilustração 9) será constituído apenas pelos membros da assembleia geral, conselho fiscal e órgão da administração, estando a autora do projeto a coordenar o projeto, auxiliada por uma corresponsável. O desenvolvimento e implementação do atual projeto assim como de outras iniciativas posteriores ditarão as alterações pertinentes a realizar.

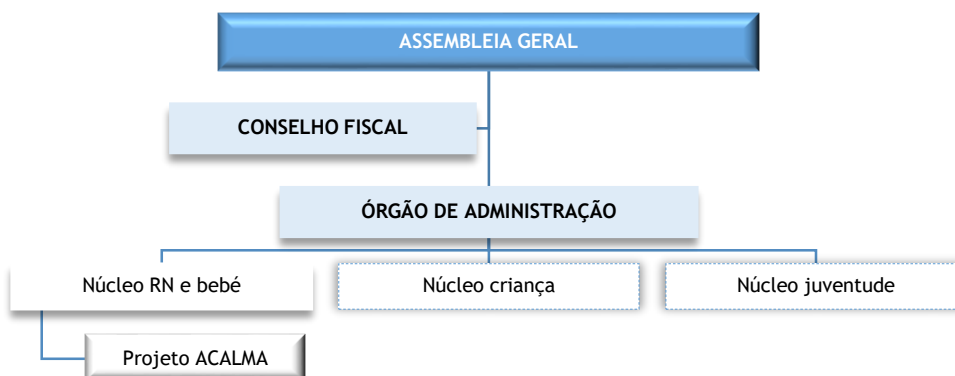


Ilustração 9. Organograma da Associação Promotora

O projeto ACALMA é o projeto pioneiro da Associação e integra o Núcleo RN e bebê nas áreas da capacitação parental e apoio ao aleitamento materno. Atendendo ao caráter das estratégias definidas, ressalta a importância das competências das interventoras (autora e corresponsável) na educação, formação e informação com vista à capacitação parental, considerando que são profissionais qualificadas pelos anos de serviço na área da enfermagem neonatal e pediátrica, assim como pela formação adquirida em áreas específicas, mormente ligadas ao aleitamento materno (ambas são CAM), acrescentando estas competências, às inerentes à própria profissão e patentes no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]³⁷.

Em termos de atividades e responsabilidades, a autora do projeto será responsável pela gestão dos equipamentos de apoio ao aleitamento materno, formação dos GAM e mediação de rede de apoio social, para além de colaborar nas sessões de aconselhamento, realização de ensinamentos e *workshops*, desenvolvimento de competências e acompanhamento das famílias. A

³⁷ O REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) refere no artigo 5, ponto 4, alínea c), que uma das características da prática de enfermagem é: “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias” Este pressuposto mostra claramente que todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, com toda a legitimidade em realizar sessões de educação, acompanhar e avaliar os resultados das mesmas. Na alínea d) pode ler-se ainda que uma das suas práticas de atuação consta de “Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”, remetendo para a articulação dos vários serviços disponíveis, conforme a exigência da situação.

corresponsável por seu lado, ficará com a responsabilidade de organizar o *workshops* temáticos e escola de pais, para além de colaborar nas restantes atividades atrás descritas.

Tratando-se da mentora do projeto, a Associação Promotora é um ator-chave sobre o qual se espera grande impacte, pela probabilidade de estabelecer parcerias locais, e mobilizar capital social capaz de a impulsionar, quer neste quer em projetos posteriores.

- **Parcerias funcionais**

O trabalho em parceria catalisa o trabalho numa rede de solidariedades que permite aumentar a capacidade de lidar com sistemas complexos e maximizar os recursos das comunidades (Ferreiro & Moreira, 2014). As redes estabelecidas cumprem várias funções articuladas entre si, nomeadamente o alargamento dos recursos e da dimensão funcional que permite a melhoria da ação de cada uma quando inserida entre organizações com funções diversas e possibilita gerar sinergias entre as várias respostas, assim como o aumento de visibilidade e de legitimidade que a pertença a determinadas redes dá.

Apesar das vantagens para as várias organizações que daí advêm, a verdade é que “Esta dimensão tanto pode aumentar as oportunidades de cooperação entre as mesmas, gerando conhecimento, confiança e compromisso entre as organizações como pode criar restrições, hierarquias e dependências.” (Ferreiro & Moreira, 2014, p.162). Neste contexto, a análise de parcerias é importante, quer para prever ameaças e oportunidades na concretização de qualquer uma das estratégias definidas, mas principalmente na que respeita à rede de apoio social, uma vez que implica a condução do projeto por mais do que uma organização. Tal implica a existência pelo menos “uma análise preliminar ou um conhecimento acerca da área de atuação da organização, bem como uma estimativa grosseira da compatibilidade das abordagens.” (Schiefer, et al., 2006).

Tal como no caso do grupo-alvo, parte deste exercício foi já realizado e apresentado na fase de diagnóstico, tendo sido identificadas as entidades que disponibilizam iniciativas de apoio aos pais nos cuidados ao bebé e na amamentação, a descrição sumária dessas iniciativas, os recursos disponíveis, assim como a sua perspetiva das necessidades e causalidades, anotando-se as suas propostas de resolução dos problemas que serão posteriormente incorporadas no plano de ação. Importa agora escrutinar características intrínsecas das entidades inseridas neste grupo de atores, de forma a aferir compatibilidades (ou incompatibilidades) em termos de objetivos e abordagens relativamente à capacitação parental e ao aleitamento materno.

Uma análise geral permite constatar que qualquer uma das instituições de saúde têm como desígnio principal relativamente à problemática em causa, a promoção da autonomia dos pais nos cuidados ao bebé, assumindo-se como defensores do aleitamento materno como veículo de aporte alimentar preferencial, e em conformidade com as diretivas da OMS e UNICEF, sendo estes princípios comuns também aos GAM. Não obstante a boa receção à ideia do projeto pelos vários parceiros funcionais e da existência de objetivos comuns observam-se, contudo, alguns

atritos entre os provedores das iniciativas disponibilizadas pelos serviços públicos de saúde, e que obrigarão a gestão cuidada, pelas implicações e consequências que delas podem advir para o projeto. Se à partida os interesses destes parceiros parecem ser afetados positivamente, existem posturas individuais capazes de perceber os efeitos como negativos, o que pode gerar obstáculos à concretização de algumas iniciativas propostas. Envolver estes atores, e responder positivamente aos seus interesses é uma ação prioritária para viabilizar o projeto.

- **Parcerias gestionárias**

Apesar da tendência crescente para a autonomia das iniciativas de empreendedorismo social, numa perspetiva de autossuficiência, a verdade é que pelo seu caráter não lucrativo, a independência dificilmente se consegue na íntegra, existindo sempre a necessidade de estabelecer parcerias gestionárias que possibilitem quer a implementação quer a subsistência, principalmente na fase inicial dos projetos. Estas parcerias podem facultar recursos financeiros, e materiais (sob a forma de equipamentos, edifícios, viaturas, etc.), ou prestar algum tipo de serviço em benefício do projeto. Assim, importa identificar e analisar quais os parceiros fundamentais, visando o seu envolvimento e mobilização em função do mesmo.

Tendo em vista o âmbito do projeto, identificaram-se dois parceiros importantes a angariar com capacidade para prover **recursos materiais**: As instituições de poder local (Câmaras e juntas de freguesia), quer pela possibilidade de disponibilizarem espaços, quer pela visibilidade que uma parceria desta índole pode trazer, possibilitando estabelecer contatos e mobilizar outras entidades em prol da causa; e as empresas de fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, nomeadamente a empresa Medela, “amiga da amamentação” que apoia iniciativas de promoção do aleitamento materno. Para além destes parceiros essenciais poderão ainda referir-se outras parcerias gestionárias capazes de influenciar positivamente o projeto, nomeadamente a comunicação social. Não sendo o seu contributo material ou financeiro, poderá materializar-se na prestação de um **serviço de divulgação**.

No que respeita a parcerias gestionárias tendo em vista o **financiamento**, as fontes potenciais são diversas integrando o setor público, privado e até mesmo o setor não lucrativo, nomeadamente através das fundações. As tipologias de financiamento são também variadas, passando pelo *crowdfunding*; filantropia de impacto; doações, que incluem a consignação fiscal em sede de IRS e IVA; patrocínios; subsídios do estado e subvenções, assim como programas de apoio comunitários, ao abrigo da estratégia para a Europa 2020 e Portugal 2020 (Ver Anexo 5 para descrição pormenorizada destas tipologias).

Conhecer as fontes de financiamento e a forma de lhes aceder, correspondendo aos critérios de seleção é uma mais valia para aumentar a probabilidade de concretização do projeto. Na Tabela 12 sintetizam-se essas tipologias.

Tabela 12. Identificação de potenciais fontes e tipologias de financiamento

PARCERIAS GESTIONÁRIAS - FINANCIAMENTO		
TIPOLOGIA	Entidade	Programa
<i>Crowdfunding</i>	PPL <i>Crowdfunding</i>	<i>Crowdfunding all or nothing</i>
	Novobanco <i>Crowdfunding</i>	<i>Crowdfunding all or nothing</i>
	Massivemov	<i>Crowdfunding all or nothing</i>
Filantropia de impacto	Fundação EDP	Apoio a negócios sociais Social Hub
	Fundação Calouste Gulbenkian	Inovar em saúde : Novos modelos em saúde
	Fundação PT	Saúde e bem-estar
	Fundação Montepio	Responsabilidade social da empresa Frota solidária
Consignação fiscal em sede de IRS	IRS	0,5% valor apurado IRS
	IVA	15% do valor do IVA
Segurança Social	Programas de apoio da Segurança Social	Fundo de Socorro Social
Fundos da CE	Europa 2020	3º Programa de saúde
	Portugal 2020	POISE Portugal Inovação Social

Nesta fase em que já se identificaram e descreveram sumariamente os atores a envolver no projeto, cabe agora lugar à análise do grau de interesse e envolvimento desses atores.

.Interesse e envolvimento dos atores.

A análise dos atores envolvidos, mesmo que pouco ambiciosa, tem sempre como objetivo fornecer elementos de estratégia para a ação, neste caso para a organização do conjunto de parceiros. Pode-se interpretar o resultado em termos da tipologia construída e do seu equilíbrio para o projeto, assim como da dinâmica dos grupos de parceiros: os mais ativos, os que têm mais recursos ou capacidade de decisão, os interesses representados e a relação com os objetivos do projeto (Guerra, 2006b). Para sistematizar os resultados obtidos, a matriz descritiva da identificação de atores é uma ferramenta adequada e fundamental. Esta matriz descritiva lista os atores por níveis, colocando para cada um os seus interesses diretos na realização do projeto. Descreve ainda o impacto potencial do projeto (positivo e negativo) nas atividades e nos interesses de cada ator, assim como o tipo de força da mobilização de cada um face ao projeto e potencialmente face ao tipo de objetivos e atividades que mais lhe interessam. No final retiram-se as conclusões para a estratégia de mobilização e organização do projeto Guerra (2006b).

Os resultados são apresentados na Tabela 13, cuja análise permite observar que existem atores cuja posição pode ser um entrave a algumas iniciativas que se pretendem implementar com o projeto o que obriga a tratamento cuidadoso, de forma a torná-los aliados, mobilizando-os em função de um objetivo comum. Uma vez mais emerge a questão do partenariado como prioridade: exige-se muito mais que a participação das entidades, exige-se o seu compromisso e comprometimento na tentativa de dar resposta aos problemas identificados.

Tabela 13. Matriz descritiva de identificação de atores: Interesse e envolvimento

		INTERESSES E ENVOLVIMENTO		
ATORES		Interesses	Impacte potencial	Prioridade de mobilização
1º NÍVEL	Grupo-alvo Cerca de 1550 famílias da região da Cova da Beira com crianças até 2 anos de idade; Baixos rendimentos; Elevada taxa de desemprego;	Progenitores com potencial interesse pelos recursos (instrumentais/informacionais) que serão disponibilizados;	Facilitação do processo de capacitação parental; Promoção do aleitamento materno e capacitação para o seu sucesso;	Claro interesse no projeto; Mobilização individual; Mobilização grupal em fase germinal;
	Associação Promotora Entidade da economia social a criar, cuja missão visa generalizar acesso a serviços que promovam capacitação/ autonomia parental e adoção de estilos de vida saudáveis na infância/ juventude;	Autora do projeto e colaboradora claramente envolvidas e interessadas na implementação do projeto	Projeto pioneiro da Associação Promotora; Estabelecimento de parcerias locais com repercussão no projeto atual e em projetos futuros;	Clara implicação no projeto: fundamental no seu planeamento e implementação;
2º NÍVEL	ACES Cova da Beira Instituição de saúde pública, prestadora de cuidados de saúde primários; No seu rol de atividades está incluído acompanhamento da gravidez e o plano de vigilância materna e infantil; As iniciativas de apoio ao aleitamento materno e capacitação parental são informais incluídas nas consultas de vigilância; Projetos não concretizados por falta de recursos;	Enfermeiros ligados às iniciativas: Interesse na melhoria dos resultados obtidos no processo de capacitação dos pais e do aleitamento materno, pelo que estabelecer parcerias é bem recebido e encorajado; Diretores e administradores: tudo que possa contribuir para boa imagem da instituição e eficácia é bem-vindo;	Melhoria dos resultados obtidos e dos próprios serviços disponíveis na área da capacitação parental e aleitamento materno, fomentado pela articulação interinstitucional e pela criação da rede de apoio social; Boa imagem da instituição fomenta a sua boa imagem profissional;	Implicação fundamental: mostrando grande interesse em participar; Este processo pode vir a ser perturbado pela influência de superiores devido à existência de atritos interinstitucionais; Prioridade de mobilização elevada: se não concordarem com projeto não integrarão a rede de apoio social;
	CHCB Instituição de saúde pública; Hospital com valências que incluem maternidade e neonatologia; Oferece algumas iniciativas formais cujos resultados se encontram condicionados pela falta de recursos humanos afetos em exclusivo para as mesmas;	Enfermeiros ligados às iniciativas: Interesse na melhoria dos resultados obtidos no processo de capacitação dos pais e do aleitamento materno, pelo que estabelecer parcerias é bem recebido e encorajado; Diretores e administradores: tudo que possa contribuir para boa imagem da instituição e eficácia é bem-vindo;	Melhoria de resultados obtidos pelo fomento da articulação inter e intrainstitucional e pela criação da rede de apoio social; Potencial perda de protagonismo pela otimização de recursos e especificação de áreas de intervenção, ou pela existência de serviço concorrential se essa especificação não ocorrer: Pode dificultar colaboração e integração no projeto;	Implicação fundamental: mostrando grande interesse em participar; Este processo pode vir a ser perturbado pela influência de superiores devido à existência de atritos inter e intrainstitucionais; Prioridade de mobilização elevada: se não concordarem com projeto não integrarão nem colaborarão com a rede de apoio social e poderão boicotar restantes estratégias;
3º NÍVEL	GAM Iniciativa da sociedade civil, recentemente criada entre pares com o intuito de dar apoio em assuntos ligados à amamentação	Membros dos GAM com potencial interesse pelos recursos (instrumentais/informacionais) que serão disponibilizados;	Facilitação do processo de capacitação parental; Promoção do aleitamento materno e capacitação para o seu sucesso; Desenvolvimento/incremento do próprio GAM;	Grupo de mães mobilizado embora em fase insipiente; Aguarda com expectativa a integração na rede de apoio social e o seu desenvolvimento;
	Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno Empresas privadas	Empresas com interesse e responsabilidade social ligada a projetos de apoio ao aleitamento materno;	O patrocínio e colaboração é uma forma de promover a sua marca e a sua imagem;	Prioridade de mobilização elevada: disponibilização de equipamentos de apoio ao aleitamento materno;
	Câmaras Municipais Entidade pública, sem ligação direta a este tipo de iniciativas; o seu património inclui edifícios desocupados, potencialmente disponíveis;	Tudo que possa contribuir para a boa imagem pessoal dos dirigentes e da instituição é bem-vinda;	A colaboração no projeto é uma forma de promover a imagem política;	Prioridade de mobilização elevada: de forma a prover ou contribuir com recursos materiais e logísticos;
	Financiadores Existem variadas fontes potenciais, associados a programas de financiamento para este tipo de projetos;	Prossecução da missão e objetivos das entidades financiadoras de programas e projetos;	O contributo para o projeto e o sucesso do mesmo promove a sua boa imagem;	Prioridade de mobilização elevada: de forma a prover recursos financeiros para implementação e execução do projeto;
	Comunicação social Rádios, jornais e programas de televisão de índole regional capazes de promover/divulgar iniciativas;	Interesse em noticiar e divulgar novidades e projetos locais;	A colaboração no projeto é uma forma de promover a sua imagem e aumentar audiências;	Prioridade de mobilização moderada: a divulgação é fundamental para dar a conhecer o projeto ao grupo-alvo e parceiros gestores;

.Importância e influência dos atores.

Para além dos tópicos já abordados, também a forma como o projeto pode ser afetado pelos diversos atores, é uma prioridade de análise, cuja concretização avalia a importância e influência de cada ator, que no projeto em análise, varia em função do Eixo estratégico envolvido. Os atores “são importantes se os seus problemas, necessidades e interesses forem a prioridade do programa, ou, dito de outra forma, se os interesses desses actores «importantes» não forem resolvidos o projecto não poderá ser considerado um sucesso. A *influência* está mais próxima dos que detêm a capacidade de decisão sobre o desenho e a execução do projecto.” (Guerra, 2006b, p. 132). Ao combinar influência e importância os atores podem ser classificados em diferentes grupos, permitindo identificar riscos que precisam ser geridos.

Esta combinação pode ser esquematizada numa matriz (Tabela 14) cujo objetivo “é analisar as relações de poder e as interações, situando os actores num contexto de acção.” (Guerra, 2006b, p.144), considerando a autora o poder em duas dimensões: influência e importância que podendo conjugar-se não se sobrepõem. A **influência** é o domínio que os atores exercem num projeto para controlar as decisões face à direção e afetação dos recursos, facilitando (ou não) a sua implementação (controle de recursos; redes de relações formais e informais; capacidade técnica ou legitimidade do conhecimento). A **importância** é a indispensabilidade dos atores ou a sua capacidade para assegurar o êxito do projeto. Os atores podem não ter influência, mas ter poder pela sua relevância no projeto, como é o exemplo do grupo-alvo (Guerra, 2006b).

Tabela 14. Matriz de importância e influência de atores em função dos eixos estratégicos

		INFLUÊNCIA	
		Muita influência	Pouca influência
		IMPORTÂNCIA	
Eixo estratégico I	Muita importância	A Associação Promotora	B Grupo-alvo
	Pouca importância	C Instituições de saúde Poder local Financiadores Comunicação social	D Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio aleitamento materno
Eixo estratégico II	Muita importância	A Associação Promotora	B Grupo-alvo
	Pouca importância	C Poder local Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio aleitamento materno Financiadores Comunicação social	D Instituições de saúde
Eixo estratégico III	Muita importância	A Instituições de saúde Associação Promotora	B Grupo-alvo GAM
	Pouca importância	C Comunicação social	D Poder local Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio aleitamento materno Financiadores

Guerra (2006b) refere que os atores que estão nas células A e C são os atores-chave e aqueles que se pensa que podem influenciar significativamente o programa. Os atores da **célula A** são a base de suporte efetivo do projeto, exigindo-se construir com eles boas relações para assegurar apoio efetivo. Em qualquer um dos eixos estratégicos esta posição é ocupada pela Associação Promotora do projeto, e no caso do Eixo III, referente à rede de apoio social, também as Instituições de saúde estão posicionadas nessa célula.

Os atores da **célula C** podem influenciar os resultados, mas as suas prioridades não são o projeto. Podem ser aliados ou fonte de obstáculos e implicam um seguimento e gestão cuidados. No Eixo I, nele estão posicionados as Instituições de saúde, as Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, os Financiadores e a Comunicação social; no Eixo II as Entidades de poder local e também as Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, os Financiadores e a Comunicação social; no Eixo III apenas se identifica a Comunicação social.

A **célula B** mostra os atores mais importantes para as atividades, mas estes são de pouca influência e geralmente é o grupo-alvo quando não lhe é dado o poder de decisão. Os gestores precisam ter boas relações com eles para assegurarem uma efetiva participação que suporte a atividade (Guerra, 2006b). Estes atores são os que precisam de iniciativas especiais para que os seus interesses sejam protegidos, e nele se incluem o Grupo-alvo em qualquer um dos eixos estratégicos e ainda os GAM, no que respeita ao Eixo III.

Na **célula D** estão os atores pouco importantes e pouco influentes e talvez seja de considerar a necessidade de os trazer para qualquer das outras células motivando-os (Guerra, 2006b). São atores de menor importância para o projeto, existindo baixa probabilidade de participarem nas atividades ou incidir na gestão do projeto. No caso do eixo I, esta célula é ocupada pelas Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno; no Eixo II pelas Instituições de saúde e no Eixo III pelas Instituições de poder local, Empresas fornecedoras de equipamentos de apoio ao aleitamento materno e Financiadores.

Se a identificação e análise de atores é importante para permitir a concretização do projeto, não menos importante são os recursos necessários à sua prossecução, o que exige análise e planificação de forma a tornar o projeto viável, financiável e eficiente.

3.1.3. Plano de recursos e custos associados

Para conduzir uma intervenção são necessários recursos humanos, recursos materiais e ainda recursos monetários³⁸, quando é necessário prestar ajuda monetária a pessoas ou grupos (Herrero & Navarro, 2006). No caso concreto apenas serão necessários recursos materiais e humanos, uma vez não estar prevista atribuição de qualquer ajuda monetária.

³⁸ Não confundir com recursos financeiros necessários à viabilização financeira do projeto: os recursos monetários referem-se a verbas atribuídas para usufruto direto dos beneficiários (apoio monetário).

Os recursos humanos são imprescindíveis, sendo impossível levar a cabo qualquer projeto sem a implicação de alguma pessoa. Herrero e Navarro (2006) consideram que o plano de recursos deve incluir: identificação de quantas pessoas são necessárias e qual a sua implicação; categoria profissional ou função que vão desenvolver; dedicação (nº dias; semanas ou meses; tempo total ou parcial; nº horas). Mais acrescentam que, todo o pessoal necessário deve ser contabilizado ainda que não acarrete custos diretos para o projeto (voluntários; cedidos pelas várias entidades e cujos salários são pagos por elas).

Os mesmos autores alegam que os recursos materiais que os projetos podem precisar são: edifícios ou instalações, mobiliário, maquinaria, veículos e outros materiais. Tal como em relação aos recursos humanos é necessário relacionar todos os recursos considerados necessários, incluindo os que não representem custos específicos, por serem disponibilizados gratuitamente (por ex.), ou por uma das entidades envolvidas.

O plano de recursos humanos e o de recursos materiais necessários à implementação do projeto com descrição pormenorizada são apresentados em anexo (Anexo 6 e Anexo 7 respetivamente), identificando a relação de vinculação com o projeto: aquisição, ou cedência, como preconizado por Herrero e Navarro (2006). Esta relação será descrita e analisada mais detalhadamente no plano financeiro que inclui o plano de despesas e o de captação de recursos. Na Tabela 15 expõe-se uma síntese desses recursos e respetivos custos, onde se pode observar que as despesas afetas aos recursos materiais e humanos necessários à implementação do projeto no período de 3 anos ascende a 97.608€.

Tabela 15. Matriz síntese do Plano de recursos e custos: total acumulado num horizonte de 3 anos

RECURSOS					
Descrição	Humanos		Descrição	Materiais	
		Custo			Custo
2 enfermeiras aconselhamento individual		47520,00	Edifício (espaço atendimento) obras otimização espaço		5000,00
4 formadoras <i>workshops</i>		4320,00	Edifícios (espaço atendimento) aluguer		18000,00
2 enfermeiras apoio grupos apoio mútuo		420,00	Edifícios (espaço <i>workshops</i>) aluguer		600,00
2 promotoras (organização <i>workshop</i> planeamento rede apoio social)		840,00	Edifícios (espaço reuniões) aluguer		600,00
	Subtotal	53100,00		Subtotal	24200,00
1 funcionária limpeza		2808,00	Equipamento de apoio aleitamento materno (venda/aluguer)		9110,00
	Subtotal	2808,00	Equipamento de apoio aleitamento materno (oferta/ empréstimo)		1350,00
			Equipamento de esterilização		1945,00
			Equipamento de puericultura		815,00
			Equipamento informático/multimédia		1320,00
			Material de escritório/pedagógico		1940,00
			Equipamento de mobiliário		1020,00
			Subtotal		17500,00
	Total recursos humanos	55908,00	Total recursos materiais		41700,00
CUSTOS TOTAIS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS: 97608,00					

3.2. Metodologia de implementação do projeto

Formulados e sistematizados os diferentes elementos do projeto, é tempo de descrever de forma detalhada e sistemática o que se pretende fazer, como, quando, onde e por quem. A metodologia de implementação não se restringe ao plano de atividades propriamente dito, mas abrange também o plano de monitorização e avaliação, o plano de comunicação, o plano de financiamento e o plano de análise e resposta ao risco.

3.2.1. Plano de atividades

Schiefer, et al. (2006, p.262) define o plano de atividades como um “Plano estruturado e detalhado do calendário, das responsabilidades e dos recursos - humanos, materiais e financeiros - necessários para a consecução das actividades de um projecto.”. Segundo a mesma fonte a implementação de um projeto utiliza normalmente a técnica Gantt que lista as atividades numa tabela, constituindo um meio eficaz para atingir uma visão geral da calendarização, das relações entre as atividades, dos responsáveis por ela, dos recursos de que elas necessitam e respetivos custos envolvidos.

Com base nas indicações de Schiefer, et al.(2006), elaborou-se um cronograma de Gantt (Tabela 16), onde se descrevem os passos fulcrais empreendidos na fase de formulação e submissão do projeto, assim como de formalização de parcerias (período 0)³⁹, e a empreender nas fases subsequentes, que concernem à implementação propriamente dita, com a preparação e início de funcionamento das diferentes iniciativas disponibilizadas pela proposta, assim como a fase de avaliação do projeto, que, pela sua importância, está sujeita a planificação, sendo esta apresentada num ponto subsequente deste documento. De notar que a “Submissão do projeto a potenciais parceiros” e “Disponibilização de financiamento” têm vários marcos no tempo, devendo-se à existência de modalidades de financiamento, nomeadamente o *crowdfunding*, que implicam várias campanhas de angariação ao longo do período de implementação do projeto. Quanto à rede de apoio social, as atividades de preparação e planeamento apenas se iniciarão após implementação e 1ª avaliação de resultados das iniciativas promovidas pelos restantes eixos estratégicos do projeto, de forma a permitir otimizar a integração e articulação dos serviços disponibilizados pelas diferentes entidades, incluindo os novos serviços oferecidos em áreas até aqui descuradas, justificando a importância da sua existência, pela procura e resultados obtidos.

No cronograma, são indicados os recursos materiais e humanos necessários à implementação de cada atividade. Uma vez que o projeto se pauta pela otimização de recursos, estes serão partilhados e utilizados pelas diferentes iniciativas. Assim, os custos afetos aos recursos humanos e materiais são reportados distributivamente pelas atividades que os partilham, como descrito em detalhe no Anexo 6 e Anexo 7 respetivamente.

³⁹ O período 0, apresentado no cronograma não corresponde a um mês específico, mas a todo o período que antecede a fase de implementação do projeto propriamente dita, esta sim contabilizada a partir do mês 1.

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	MÊS												REC. HUMANOS	CUSTO	REC. MATERIAIS	CUSTO	RESPONSÁVEL	OBS			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11							12	15	27
Workshops temáticos	A1.2. Seleção de temas																	Eq.informático	Corresponsável			
	Definição de normas constituição grupos																		Corresponsável			
	Determinação da equipa pedagógica																		Corresponsável			
	Definição e aquisição materiais/equipamentos																	Eq.informático Mat.pedagógico Eq.puericultura	720,00 340,00 250,00	Autora Corresponsável	Eq.administrativo Eq.administrativo Eq. básico	
	Preparação dos workshops																	Eq. informático		Corresponsável		
	Realização de workshops																	4 formadoras Mat.pedagógico Espaço Despesas gerais	4320,00 720,00 600,00 150,00	Corresponsável	Eq.administrativo Edifício	
Grupos Apoio Mútuo	A1.3. Formação dos grupos																			Autora		
	Realização reuniões																	2 enfermeiras Mat.pedagógico Espaço Despsas gerais	420,00 90,00 600,00 150,00	Autora Municípios	Eq.administrativo Edifício	
Empréstimo/ oferta eq.apoio aleit.materno	A.2.1. Disponibilização/Aquisição materiais/equipamentos																	Eq.Esterilização Eq.apoio aleit Eq.apoio aleit	972,50 210,00 850,00	Autora Emp.fornecedora	Eq. básico	
	Início de funcionamento																	2 enfermeira 1 func.limpeza Mat.pedagóg Eq.apoio aleit Espaço Despesas gerais	11880,00 702,00 90,00 500,00 4500,00 575,00	Autora Emp. fornecedora CMC	Eq.administrativo Eq. básico Edifício	
Aluguer eq. apoio aleit. materno	A2.2. Aquisição materiais/equipamentos																	Eq.Esterilização Eq.apoio aleit	972,50 635,00		Eq. básico	
	Início de funcionamento																	2 enfermeira 1 func.limpeza Mat.pedagóg Espaço Despesas gerais	11880,00 702,00 90,00 4500,00 575,00	Autora CMC	Eq.administrativo Edifício	
Venda eq. apoio aleit. materno	A2.3. Aquisição materiais/equipamentos																	Eq.apoio aleit	2755,00		Eq. básico	
	Início de funcionamento																	2 enfermeira 1 func.limpeza Mat.pedagóg Eq.apoio aleit Espaço Despesas gerais	11880,00 702,00 90,00 5510,00 4500,00 150,00	Autora CMC	Eq.administrativo Eq.administrativo Eq. básico	
Rede de apoio social	A3.1. Preparação workshop planeamento MAPA																	Eq.informático		Autora	Eq.administrativo	
	Realização de workshop de planeamento																	2 Autora Colaboradora Eq.informático Mat.pedagógico	840,00 70,00	Autora Corresponsável	Eq.administrativo	
	Redação projeto (decisões tomadas workshop)																	Eq.informático		Autora	Eq.administrativo	
	Implementação do projeto																	A definir	A definir	A definir	A definir	
Avaliação	Monitorização																	2 Autora Colaboradora		Eq. informático	Autora	Eq.administrativo
	Avaliação																	2 Autora Colaboradora		Eq.informático	Corresponsável	Eq.administrativo

Estabelecido o cronograma, é necessário planejar a forma como se vai difundir o projeto, sendo importante promover o projeto e o promotor (Marques, 2012), não só para o dar a conhecer ao grupo-alvo e potenciais beneficiários, como também para angariar os recursos que permitirão a sua subsistência. Sendo a comunicação um processo social básico de intercâmbio, sem uma comunicação efetiva, o projeto não alcançará o grupo-alvo nem mobilizará financiadores, o que porá em risco a concretização do projeto. Neste contexto é imprescindível a elaboração de um plano de comunicação e divulgação, capaz de dar visibilidade e valorizar o projeto.

3.2.2. Plano de comunicação

Qualquer projeto ou qualquer serviço oferecido de nada serve se for inútil ou invisível aos olhos dos potenciais beneficiários, bem como se não tiver recursos para a sua subsistência. Neste sentido, oferecer serviços úteis, é um fator importante para o sucesso do projeto, tal como também o é, indubitavelmente, a captação de recursos, uma vez que, dado o caráter não lucrativo, as receitas geradas pelas várias iniciativas, ficam aquém das necessidades. Conseguir recursos externos é fundamental com o propósito de melhorar o desempenho e alcançar os objetivos propostos; dá-lo a conhecer ao grupo-alvo como algo necessário é impreterível para utilização das várias iniciativas, justificando assim a sua existência. Ambas situações exigem a existência de um plano de comunicação, sendo esta uma peça estratégica para qualquer organização sem fins lucrativos (EiMontepio, 2012). Pela importância de que se reveste, usar técnicas de *marketing* não deve ser descurado, consistindo em integrar diferentes elementos da comunicação de *marketing*, para apresentar aos atores e partes interessadas, uma mensagem e uma identidade consistente, de modo a reforçar o valor da organização e dos serviços oferecidos (Kotler, 2000). O que se pretende é um *marketing* não lucrativo para chegar ao grupo-alvo, parceiros e financiadores, onde os objetivos culminam na criação de notoriedade corporativa e promoção de serviços, no aumento da utilização destes e no aumento do valor percebido, numa tentativa de angariar apoios e financiamento do projeto. O plano de comunicação deverá espelhar os objetivos a alcançar, os caminhos a seguir para cumprir esses objetivos, o público ao qual se destinam os esforços de comunicação, o tempo de implementação e o orçamento disponível (EiMontepio, 2012).

Neste projeto, a estratégia de comunicação e divulgação visa captar a atenção do público-alvo, passando uma mensagem interessante dando a conhecer as iniciativas do projeto, as suas potencialidades e criando uma boa imagem a seu respeito de forma a motivar a utilização, a sensibilizar e mobilizar pessoas para a causa abraçada, construindo relacionamentos e capital social, favorecendo a abertura de canais que propiciem a sustentabilidade futura do projeto pela captação de recursos, de forma a cumprir a sua missão. As ações de divulgação e comunicação acompanharão todo o processo de implementação do projeto e serão o mais abrangentes possível, para que a mensagem alcance o maior número de utilizadores finais. Para esse efeito serão utilizados canais de comunicação diferenciados de acordo com o perfil do público a que se destinam, estimando-se um orçamento de 242€ para a divulgação do projeto.

.Destinatários.

Para uma correta planificação, é muito importante conhecer os destinatários das ações de comunicação de forma a otimizar quer a mensagem quer a linguagem de acordo com os objetivos que se pretendem atingir. É diferente comunicar para o grupo-alvo ou para os potenciais parceiros ou outras partes interessadas, pelo que o público-alvo deve ser segmentado por tipos, estabelecendo as ações de acordo com o perfil dos destinatários. Para o projeto, identificaram-se três grupos principais: grupo-alvo; parceiros funcionais e parceiros gestores (provedores de recursos materiais e potenciais financiadores).

.Objetivos.

Outro fator determinante consiste em delimitar claramente o objetivo que se pretende com as ações de comunicação inscritas no plano de comunicação, uma vez que os objetivos da mensagem são cruciais para implementar um plano certo que toque nos pontos-chave a transmitir. O essencial é passar a ideia inovadora junto dos vários segmentos do público-alvo, informando da sua existência, propósito e missão, levando à utilização dos serviços pelo grupo-alvo, e à angariação de recursos pelo recrutamento de apoiantes, parceiros e financiadores.

.Ocasão.

Para cada ação é importante definir e planear quando se vai realizar, de acordo com o objetivo e fase do projeto que se está a implementar. Dar a conhecer o projeto é um processo contínuo, mas comunicar resultados e angariar fundos exigem ações adicionais em determinadas ocasiões.

.Meios.

Para concretizar os objetivos, a estratégia de divulgação e comunicação tem de utilizar meios e canais diversificados de comunicação, ajustados ao público-alvo para permitir alcançar os objetivos de forma mais eficaz, possibilitando uma adequada divulgação e acompanhamento das atividades de implementação do projeto. Concebe-se a participação em eventos sociais, a utilização de desdobráveis, divulgação através dos meios de comunicação social convencionais, assim como estratégias de *marketing* digital e de *marketing* direto.

O **Marketing digital** é uma ferramenta com utilização crescente e diz respeito às várias ações de comunicação (página *web*, redes sociais, blogs) que as organizações podem utilizar, para divulgarem os seus serviços, notícias, eventos e angariarem fundos. Uma vez que a internet é um meio de fácil acesso à generalidade do público-alvo (grupo-alvo; potenciais financiadores), este é um meio preferencial, pelo seu potencial de troca de informação de forma rápida, eficaz e atualizável num curto período de tempo. Marques (2012), salienta a importância desta forma de *marketing* pela sua capacidade de se tornar viral, considerando que este *marketing* viral é mais poderoso que uma mensagem publicitária na medida em que está implícita uma recomendação de um amigo. Mais acrescenta que o *marketing* viral pode ser descrito como uma forma de encorajar os utilizadores da Internet a passarem mensagens para outros, criando assim uma audiência de grande dimensão pelo efeito de bola de neve, tendo como grande vantagem

o baixo custo que presume. Por estes motivos, e dada a facilidade de acesso, o *marketing* digital será um canal de comunicação preferencial. Assim, considera-se a criação de uma página *web*, cujo conteúdo interativo, incluirá informação sobre o projeto, (propósito, iniciativas, localização, contactos); informação sobre parceiros do projeto; objetivos; notícias e calendário de atividades (nomeadamente dos *workshops*); espaço de discussão. Chaffey et al. (2009), salienta que um *site* eficaz é na essência a convergência de dois pressupostos: a missão/objetivos da organização e as necessidades dos seus mercados-alvo, para isso é fundamental apostar no *design* do *website*, com a estrutura, opções de menus, capacidades do utilizador, características de *hardware* e *software* do computador e tipo de ligação à internet. Pressupõe-se ainda a participação em redes sociais, pela criação de um perfil de utilizador no *facebook* e *linkedin*. No primeiro caso pretende-se sobretudo divulgar o projeto ao grupo-alvo e a potenciais financiadores; no segundo promover a participação em grupos com interesses idênticos, com discussão de assuntos relevantes por forma a divulgar as atividades do projeto.

Outra estratégia passa pelo **Marketing direto** que permite estreitar relacionamentos entre a organização e atuais ou potenciais utilizadores e financiadores. Escrever uma carta ou um *e-mail*, que crie emoções, ou desenvolver uma newsletter, é uma ótima forma de comunicação e envolvimento com parceiros e público em geral.

A rádio, a televisão e o jornal, são **Meios de comunicação social convencionais** que podem ser usados, tendo sido já identificados e analisados anteriormente, salientando a sua importância na divulgação de iniciativas de empreendedorismo social. Programas de televisão com foco em atividades regionais são um excelente meio, assim como o "Minuto Solidário" promovido pelo Montepio é uma forma de proporcionar a organizações não lucrativas a realização de um vídeo institucional de um minuto para se promover junto das partes interessadas.

Os **Desdobráveis** são um meio simples de atingir o grupo-alvo facultando uma breve apresentação do projeto, com indicação de contactos e localização assim como das formas de obter informação mais detalhada, incluindo endereço página *web* e perfis nas redes sociais. Estes desdobráveis serão distribuídos nas instituições de saúde, infantários, consultórios de pediatras particulares, assim como em eventos ligados a iniciativas de cariz social ou infância.

O próprio grupo-alvo e parceiros funcionais em algumas das iniciativas do projeto podem ser importantes aliados na sua divulgação, quer seja diretamente pessoa a pessoa, quer pela partilha nas redes sociais. Também no caso de potenciais financiadores, os programas de apoio acabam por ser meios de divulgação, assim como as campanhas de *crowdfunding* que divulgam o projeto a potenciais financiadores que participaram em campanhas anteriores.

Na Tabela 17 sistematizam-se estes elementos de acordo com os eventos do projeto a divulgar. Salienta-se que apesar da existência de canais preferenciais (**a negrito**), não se excluem restantes, ocorrendo a comunicação e divulgação por vários meios em simultâneo.

Tabela 17. Plano de comunicação

EVENTO	DESTINATÁRIOS	OBJETIVOS	OCASIÃO	MEIOS
Identificação do projeto e iniciativas	Grupo-alvo	Comunicar existência; Promover interesse e futura utilização	Contínua	Desdobráveis Meios comunicação social Marketing digital <i>Marketing</i> direto Participação em eventos (sociais/ infantis)
	Parceiros funcionais	Comunicar existência; Solicitar divulgação junto de utentes; Promover utilização; Estabelecer parcerias	Pré- implementação	Meios comunicação social Marketing digital Marketing direto
	Parceiros gestores	Comunicar existência; Estabelecer parcerias para angariar recursos materiais; Fomentar interesse para angariação de fundos;	Pré- implementação	Meios comunicação social Marketing digital Marketing direto Participação em eventos (sociais/ infantis)
Submissão do projeto para financiamento	Parceiros funcionais	Comunicar submissão de projeto a financiamento	Pré- implementação Anual	<i>Marketing</i> digital Marketing direto
	Parceiros gestores	Comunicar existência Angariar recursos materiais Angariar fundos	Pré- implementação Anual	<i>Marketing</i> digital Marketing direto
Acompanhamento do status da submissão a financiamento	Parceiros funcionais	Comunicar estado de financiamento; Mobilizar parceiros para divulgar campanha e atingir objetivo (<i>crowdfunding</i>)	Semanal durante campanhas <i>crowdfunding</i> Mensal outros programas financiamento	<i>Marketing</i> digital Marketing direto
	Parceiros gestores	Comunicar estado de financiamento; Manter interesse/ angariar fundos para atingir objetivo (<i>crowdfunding</i>);	Semanal durante campanhas <i>crowdfunding</i>	<i>Marketing</i> digital Marketing direto
Acompanhamento do status do projeto	Grupo-alvo	Comunicar início de funcionamento das diferentes iniciativas; Comunicar datas e conteúdos de <i>workshops</i> ; Comunicar datas reunião GAM; Mobilizar grupo-alvo; Promover utilização;	Data início de funcionamento das iniciativas;	Meios comunicação social Marketing digital
	Parceiros funcionais	Comunicar início de funcionamento das diferentes iniciativas; Manter parceiros informados, promove a sua colaboração; Solicitar divulgação junto de utentes;		<i>Marketing</i> digital Marketing direto
	Parceiros gestores	Manter parceiros informados da evolução do projeto; Fomentar e manter interesse nas parcerias estabelecidas; Manter ou abrir canais, para futuro financiamento;		<i>Marketing</i> digital Marketing direto
Comunicação de resultados	Grupo-alvo	Manter informado Manter/aumentar interesse e utilização	Após cada <i>workshop</i> ou reunião grupos apoio mútuo; Anual para resultados globais	Meios comunicação social Marketing digital
	Parceiros funcionais	Manter informados, Manter/promover a sua colaboração;	Anual	Meios comunicação social Marketing digital Marketing direto
	Parceiros gestores	Manter informados; Manter interesse nas parcerias estabelecidas; Angariar novos financiadores; Manter ou abrir canais, para futuro financiamento;	Semestral ou de acordo com exigências do programa de financiamento	Meios comunicação social Marketing digital Marketing direto

Uma vez planeados as várias etapas que permitirão colocar o projeto em curso, é importante retomar a questão dos custos, na medida em que é necessário estabelecer a forma de os suportar. Neste contexto, um plano financeiro sucinto, onde se preveem as despesas base, e a geração de receitas, assim como a captação de recursos vislumbra-se como uma estratégia importante, de forma a viabilizar projeto, garantindo a sua sustentabilidade financeira.

3.2.3. Plano financeiro: despesas, geração de receitas e captação de recursos

Tratando-se o projeto de um empreendimento social, conota-se não tanto com o impacte financeiro, mas maioritariamente com o impacte social gerado, uma vez que as suas atividades são viradas para a sociedade e as suas necessidades (Alves, 2012). Contudo, apesar da maior enfase atribuída ao impacto social, a sustentabilidade financeira é cada vez mais equacionada enquanto ferramenta que permita a sobrevivência dos projetos ao longo do tempo⁴⁰, sendo importante planear a forma como as organizações gerem os seus recursos materiais, humanos e relacionais e garantem a sua sustentabilidade económica (Parente & Quintão, 2014).

Esta sustentabilidade pode advir de várias formas, seja pela diversidade das fontes de financiamento; seja pelo enquadramento numa nova dinâmica, na promoção de atividades ligadas a áreas mais comerciais, encontrando soluções de sustentabilidade mais eficazes (Ferreiro & Moreira, 2014); seja ainda pelo acionamento da rede de contatos, o capital social que permite aceder a recursos inacessíveis de outra forma e a estabelecer parcerias com clientes, fornecedores e até adversários com características complementares, fazendo muito mais do que faria se trabalhasse sozinho (Reis & Santos, 2012). No âmbito do projeto conjeturaram-se estas premissas para a elaboração do plano financeiro, tendo em conta a previsão de despesas e receitas, para otimizar a captação de recursos.

. Plano de previsão de despesas.

Em termos de despesas, prevê-se um custo total de implementação do projeto de 100.500€, num horizonte de 3 anos. De salientar que os encargos mais significativos são afetos aos recursos humanos (honorários), correspondendo a 55.908€ . Estão ainda previstas despesas referentes a recursos materiais na ordem dos 41.700€, dos quais, cerca de metade será utilizado no 1ºano. Em anexo apresenta-se uma descrição mais detalhada das despesas com os recursos materiais e humanos (Anexo 6 e Anexo 7) no período considerado.

⁴⁰ Zastawny (2014), defende que só enfatizando a face do negócio das organizações da economia social se conseguirá alcançar a missão social. Mais acrescenta que muitas iniciativas estão condenadas ao fracasso por descurarem este aspeto. Numa fase inicial os subsídios e donativos são importantes para dar apoio às organizações que estão a começar, contudo, estas não terão capacidade de autossustentabilidade a médio-longo prazo. No entanto se os empreendimentos sociais tiverem um rendimento baseado no negócio, estarão melhor posicionados para ter um grande impacto social. (Parente & Quintão, 2014) revela existir uma tendência crescente de procura de soluções favoráveis à geração de receita própria, configurando um modelo de autossuficiência em detrimento de um modelo de dependência. Os mesmos autores, citando Anderson e Dees (2006) referem a existência de opções organizacionais híbridas onde a orientação para a criação de valor económico e social misturam várias opções de financiamento que incluem fontes governamentais, filantrópicas e modelos de geração de receita.

Outras despesas consideradas respeitam a gasto inerentes à estratégia de comunicação e divulgação, à constituição da Associação Promotora e ainda a despesas gerais, nomeadamente com eletricidade, água e telecomunicações, no valor total de 2.892,00€.

. Plano de geração de receitas.

Não obstante tratar-se de um projeto sem fins lucrativos, algumas das iniciativas podem implicar um custo aos seus utilizadores, com vista à sustentabilidade da organização, salvaguardando-se, contudo, a existência de uma discriminação positiva tendo em conta o contexto socioeconómico e familiar, assim como o facto de ser sócio da Associação Promotora. Atribuindo um valor aos serviços prestados superior ao da cota anual para os não sócios, pretende-se angariar novos sócios, jogando com o fator compensatório custo/benefício.

Em termos gerais, constata-se a capacidade do projeto de gerar, em 3 anos, 53.907,50€ de receitas, correspondendo 32.400,00€ a cotas dos associados e o restante a serviços prestados. No Anexo 8 apresenta-se uma descrição mais pormenorizada deste plano.

.Plano de captação de recursos.

Como em qualquer outro projeto de empreendedorismo social, a contribuição externa é uma variável elementar para garantir a sua subsistência. Neste sentido, e como já referido anteriormente, é fundamental estabelecer parcerias gestonárias com vista à captação de recursos materiais e financeiros, sob a forma de material e equipamentos cedidos ou oferecidos, ou por via de disponibilização de fundos.

- **Cedência de equipamentos e serviços *pro bono***

Com base na análise de atores presume-se a possibilidade de diminuir os custos efetivos do projeto, por via da cedência de equipamentos (edifícios) pelas entidades de poder local, a título de utilização permanente, para estabelecer a sede da associação e local de atendimento aos pais, (Câmara Municipal da Covilhã); e para utilização pontual no caso dos espaços para a realização de reuniões, *workshops* e ações educativas, (Câmaras ou juntas de freguesia dos outros municípios).

Conseguir esta parceria reveste-se de importância basilar, não só pelos custos elevados que representam os imóveis (despesa presumida de cerca de 19.200,00€ no caso concreto, como apresentado no Anexo 7), mas também pela capacidade de mobilização de capital social, visibilidade e credibilidade que a ligação a estas entidades pode proporcionar.

De referir ainda, que ao nível dos recursos humanos, a própria Associação Promotora do projeto cederá meios, através de prestação de serviço *pro bono* da autora e da corresponsável, nas atividades referentes ao acompanhamento das reuniões dos GAM, assim como para a organização do *workshop* de planeamento da rede social de apoio, constituindo uma redução do custo efetivo em 1.260,00€ (420,00€ e 840,00€, respetivamente, como apresentado no Anexo 6).

- **Doações**

As doações são outra forma de diminuir os custos efetivos permitindo a angariação de recursos financeiros, materiais ou de serviços. No primeiro caso espera-se obter mais valias através da consignação fiscal em sede de IRS de cerca de 6.000,00€. No segundo, consiste na obtenção de equipamentos de apoio ao aleitamento materno, pelo estabelecimento de parcerias com empresas do ramo, nomeadamente a “Medela”. Identificada como uma possibilidade viável, foi contactada no sentido de conhecer a sua disponibilidade para ceder alguns materiais, prontamente se disponibilizou a tal, sendo apenas necessário envio de *e-mail*, referindo âmbito e objetivo do projeto e os materiais solicitados. Por outro lado, aceitou também a aceitar a Associação Promotora como revendedora da marca. O valor desta oferta representa um contributo de 1.350,00€ e permite otimizar estratégia de venda de produtos, com aquisição e pagamento somente no momento da venda a utilizadores. Por último, no que respeita a serviços, é possível conseguir apoios ao nível de serviços da Portugal Telecom [PT] através da Fundação PT, prevendo-se representarem cerca de 1.080,00€ em telecomunicações e internet.

- **Financiamento**

Como já analisado e descrito anteriormente, existe uma diversidade de fontes e modalidades de financiamento que podem canalizar fundos para o projeto. Antes de solicitar financiamentos é necessário saber o montante a financiar. No Anexo 9 (Tabela A10) são apresentados os cálculos que permitiram definir as metas de financiamento anual, a partir das quais se estabelecerá o plano de financiamento. Essas metas refletem um valor ligeiramente superior à previsão de financiamento necessário, para fazer frente a algum percalço que venha a surgir e no primeiro ano correspondem a 37.500,00€; 10.000,00€ no segundo e 7.500,00€ no terceiro, traduzindo uma meta de financiamento final no período de implementação do projeto de 55.000,00€.

Para alcançar as metas estabelecidas, presume-se a submissão do projeto a programas de financiamento diversos, retomando-se as fontes e modalidades de financiamento já identificadas e descritas anteriormente (Anexo 5), constituindo as tipologias de maior viabilidade e adequação ao projeto a filantropia de impacto e o *crowdfunding*.

Sendo a fase inicial de implementação a que acarreta mais custos e na ausência de almofada financeira para o suportar, a filantropia de impacto sobrevém como a tipologia que pode oferecer maior contributo, prevendo-se ser capaz de captar recursos financeiros na ordem dos 32.500,00€, superior a 85% da meta estabelecida. Estando normalmente associados a programas de apoio a 3 anos, presume-se a submissão do projeto antes do início da implementação. No caso de programas de apoio anuais, realizar-se-á anualmente.

Quanto às campanhas de *crowdfunding*, de modo a garantir angariação de fundos, a estratégia passa por estabelecer como objetivo montantes mais baixos, e fazer várias campanhas. A mesma campanha não pode estar patente em mais que uma plataforma, mas campanhas diferentes podem decorrer em simultâneo em plataformas diferentes. Pretende-se assim a

realização de duas campanhas por ano, nas 3 plataformas conhecidas. A discriminação da tipologia, entidades e respetivos montantes que se prevê financiarem, são apresentados no Anexo 9 (Tabela A11).

Descritos os planos de despesas previstas, de geração de receitas e de captação de recursos, sistematizam-se os dados numa única matriz (Tabela 18). A ocorrer como planificado, calcula-se obter um saldo acumulado positivo de 30.297,50€ no final do período de implementação do projeto (3 anos), a utilizar na prossecução do mesmo e eventualmente no desenvolvimento de outros projetos enquadráveis na missão da organização.

Tabela 18. Plano financeiro num horizonte de 3 anos

DESIGNAÇÃO	DESCRIÇÃO	ANO			TOTAL	
		1º ano	2ºano	3ºano		
DESPESAS	Recursos materiais	Eq. administrativo	3140,00	570,00	570,00	4280,00
		Eq. básico	3740,00	290,00	290,00	4320,00
		Mercadoria	3390,00	2755,00	2755,00	8900,00
		Edifícios	6400,00	6400,00	6400,00	20550,00
		subtotal	21670,00	10015,00	10015,00	41700,00
	Recursos humanos	2 enfermeiras	15900,00	16020,00	16020,00	47940,00
		4 formadoras	720,00	1800,00	1800,00	4320,00
		2 promotoras	840,00	0,00	0,00	840,00
		1 func. limpeza	936,00	936,00	936,00	2808,00
		subtotal	18396,00	18756,00	18756,00	55908,00
	Divulgação		112,00	90,00	90,00	292,00
	Despesas gerais		850,00	725,00	725,00	2300,00
	Constit.Associação		300,00	-	-	300,00
subtotal		1262,00	815,00	815,00	2892,00	
TOTAL DESPESAS		(-)41328,00	(-)29586,00	(-)29586,00	(-)100500,00	
RECEITAS PRÓPRIAS	Cotas sócios	9000,00	10800,00	12600,00	32400,00	
	Sessões aconselhamento individual	750,00	1000,00	1125,00	2875,00	
	Workshops	1095,00	1635,00	1635,00	4365,00	
	Aluguer bombas elétricas	1345,00	1345,00	1345,00	4035,00	
	Venda bombas e outros equipamentos	3477,50	3477,50	3477,50	10432,50	
	subtotal	15667,50	18145,00	20182,50	53907,50	
CAPTAÇÃO DE RECURSOS	Financiamento	Crowdfunding	3000,00	3000,00	3000,00	9000,00
		Filantropia impacto	32500,00	5000,00	2500,00	40000,00
	Doações	Consignação fiscal	2000,00	2000,00	2000,00	6000,00
		Rec. Materiais	850,00	250,00	250,00	1350,00
		Serviços	360,00	360,00	360,00	1080,00
	Cedências	Edifícios	6400,00	6400,00	6400,00	19200,00
		Serviços pro bono	900,00	180,00	180,00	1260,00
	subtotal	46010,00	17190,00	14690,00	77890,00	
TOTAL RECEITAS		(+)61677,50	(+)35335,00	(+)34872,50	(+)130797,50	
SALDO ACUMULADO		(+)20349,50	(+)5749,00	(+)5286,50	(+)30297,50	

Com o plano financeiro, dá-se como realizado todo o planeamento estratégico do projeto, tornando-se impreterível saber como acompanhar e avaliar o processo de implementação e os resultados obtidos. Assim, é necessário conceber desde o seu início, um sistema de monitorização e avaliação que possibilite conhecer em que medida, “um projecto atingiu aquilo que propôs atingir.” (Schiefer, et al., 2006, p.171). Sendo uma premissa a cumprir em qualquer projeto, a avaliação é uma das fases incluídas no cronograma de Gantt, e à imagem das anteriores, também esta está sujeita a planeamento.

3.2.4. Plano de monitorização e avaliação

O plano de monitorização e avaliação consiste num instrumento fundamental para o processo de aprendizagem e tomada de decisões relativas ao projeto, por razões de responsabilização quer em relação ao financiamento como ao grupo-alvo, por questões de credibilidade em relação aos vários grupos de atores e ainda para tornar mais transparentes as intervenções e possibilitar a replicação das “boas práticas”.

Este sistema, é uma estrutura “que permite a recolha e o registo quotidiano de informação pertinente sobre o projeto e o seu contexto.” (Schiefer, et al., 2006, p.267), e um instrumento de aferição de objetivos, metas, estratégias e propostas (Santos, 2011). Deve constar do processo de planeamento, estruturando-se em função do desenho do projeto e acompanhando-se de mecanismos de autocontrolo que permitam ir conhecendo os resultados e efeitos da intervenção. Pela comparação dos registos com o plano original, tenta-se compreender porque é que a situação presente se conforma ou diverge das projeções iniciais, corrigindo as trajetórias caso sejam indesejáveis (Guerra, 2010).

A **monitorização** refere-se ao registo das atividades realizadas, em que momento e com que recursos e processa-se de forma mais ou menos contínua. “Permite acompanhar, controlar e gerir o projecto ou processo de intervenção” (Schiefer, et al., 2006, p.258), possibilitando a avaliação e a adoção de medidas de ajuste ou correção do projeto. A utilização do formato Gantt no plano de atividades facilita este processo, uma vez que a informação dos relatórios de projeto pode ser sintetizada para cada uma das atividades e inserida no cronograma, possibilitando comparar o que se atingiu com o que se planeou linha a linha, atividade a atividade e item a item, incluindo o início e o fim das atividades, os recursos humanos e materiais utilizados (Schiefer, et al., 2006). Tal procedimento, permite aferir com precisão o grau de concretização das actividades, e medir o sucesso verificando se as actividades realizadas e o uso efectivo de recursos do projecto correspondem ao que foi planeado. (Schiefer, et al., 2006. Em termos de resultados e objetivos do projeto, a monitorização cinge-se ao registo e respetivo arquivo para posterior análise. Uma vez que implica ações adicionais, só se pode proceder a medição e alteração das trajetórias aquando das avaliações periódicas.

Se a monitorização é uma atividade contínua, já a **avaliação** é conduzida de forma periódica, a intervalos específicos, “de modo a comparar os resultados e processos monitorizados do projecto com os resultados projectados e os processos contidos nos planos originais” (Schiefer, et al., 2006, p.172), aferindo o grau de concretização das metas planeadas e dos objetivos do projeto. Assim, enquanto os objetivos decorrem da discrepância entre o estado inicial e o estado desejado, a “avaliação decorre da relação entre o estado alcançado e o estado desejado.” (Guerra, 2010, p.141). Esta autora identifica 2 fases na definição do desenho de avaliação: na 1ª fase definem-se as modalidades e dimensões da avaliação, ou seja, o tipo de avaliação pretendida; na 2ª fase constroem-se os indicadores e definem-se os métodos e os meios que permitem recolhê-los.

- **Dimensões e modalidades da avaliação**

A avaliação pode assumir várias dimensões e modalidades. Assim, do ponto de vista da **Temporalidade**, podemos distinguir a avaliação *ex ante*, realizada antes do início da implementação do projeto e pode ter função diagnóstica, fornecendo elementos que permitam conceber o projeto nas melhores condições de intervenção, graças a um bom conhecimento do problema a resolver e do seu contexto (Guerra, 2010) ou ter por finalidade proporcionar elementos que permitam decidir se o projeto deve ou não ser implementado (Guerra, 2010; Schiefer, et al., 2006); a avaliação *in curso* ou *on going*, tem função de acompanhamento durante a fase de implementação e pretende determinar de forma sistemática se o projeto está a ser executado como o previsto (Guerra, 2010), produzindo informação que permita promover, afinar ou corrigir o mesmo (Schiefer, et al., 2006); avaliação *ex post*, realizada no final do projeto, tem como função avaliar os seus efeitos sobre o fenómeno com que se pretendia lidar, averiguando em que medida o projeto produziu as mudanças que se tinha desejado e quais os resultados (benéficos ou perversos) não esperados (Guerra, 2010). Geralmente mede os objetivos e resultados do projeto, dando a conhecer a sua eficácia (ZOOM, 2016). Há ainda a considerar a avaliação de impacte, um tipo específico de avaliação que procura identificar os impactes de longo prazo, intencionados ou não do projeto (Schiefer, et al., 2006), considerando ZOOM (2016) que o resultado de um projeto de intervenção social necessita de algum tempo após o seu término para averiguar os reais impactes causados e que, quando realizada 1 ano ou mais após o final do projeto (Guerra, 2010 refere 3 a 5 anos) permite aferir a sua sustentabilidade, isto é, se após ter terminado continuou a produzir efeitos.

Em termos de **Objeto de análise** ou **âmbito de incidência**, podemos “distinguir entre a avaliação processual ou de desempenho (que incide, sobretudo, no funcionamento do projeto, na sua eficácia ou eficiência); avaliação por objetivos (centrada na concretização, ou não, dos objectivos programados); e avaliação de impactes (centrada nos efeitos e impactes do projecto na população-alvo e no contexto envolvente).” (Schiefer, et al., 2006, p.239).

Quanto aos **Intervenientes**, pode distinguir-se entre autoavaliação: realizada pela equipa que executa o projeto, podendo ter apoio externo; avaliação interna: realizada dentro da organização gestora, mas sem a equipa de execução; avaliação externa: realizada por pessoas exteriores; e avaliação mista quando combina os vários tipos de avaliação (Guerra, 2010; ZOOM, 2016; Schiefer et al. (2006).

Outras dimensões a considerar prendem-se com os **Destinatários da avaliação**: quem vai utilizar a avaliação (decisores, população); os **Suportes de recolha**: como se vão colher as informações; e as **Estratégias metodológicas**: como serão analisadas essas informações; e os **Produtos**: referente aos relatórios e documentos que vão ser produzidos (Guerra, 2010). Na Tabela 19, identificam-se e descrevem-se os elementos da 1ª fase do desenho de avaliação, referente à definição e descrição das dimensões e modalidades da avaliação.

Tabela 19. Dimensões e modalidades da avaliação

DIMENSÃO	MODALIDADE	DESCRIÇÃO
ÁREAS PROBLEMÁTICAS	Capacitação parental	Dificuldades na prestação de cuidados ao bebê por falta de apoio informacional
	Aleitamento materno	Dificuldades no aleitamento materno por falta de apoio informacional e instrumental
INTERVENIENTES	Autoavaliação	Realizada pela equipa do projeto
TEMPORALIDADE	<i>Ex-ante</i>	Avaliação diagnóstica que visa analisar a adequabilidade, utilidade e pertinência do projeto, otimizando-o nas melhores condições de intervenção, em função do conhecimento do problema e do seu contexto, tendo por base os dados obtidos na fase de diagnóstico, de forma a avaliar a capacidade do projeto para responder às necessidades e expectativas do grupo-alvo
	<i>On-going</i>	Avaliação de acompanhamento anual, que pretende avaliar a forma como o projeto está a ser executado e dar elementos para o seu afinamento ou correção
	<i>Ex-post</i>	Avaliação no final do projeto, de forma a avaliar os seus (benéficos ou perversos; intencionados e não intencionados)
ÂMBITO DE INCIDÊNCIA	Processual/ Desempenho	Visa determinar de forma sistemática se o projeto está a ser executado conforme o previsto, detetar possíveis defeitos na elaboração dos procedimentos, identificar obstáculos à implementação e gerar dados importantes para a sua reprogramação e correção; Identificar e avaliar fatores que influenciam a implementação, provocando mudanças entre o previsto e o realizado; Avaliar a eficácia e eficiência do projeto;
	Objetivos	Averiguar em que medida o projeto produziu as mudanças desejadas e o grau de concretização dos objetivos formulados; Aferir a incorporação das mudanças geradas por um projeto na realidade do grupo-alvo, isto é os efeitos ou efetividade do projeto, entendida como uma mudança ou consequência imediata produzida por um projeto ou atividade;
DESTINATÁRIOS	Associação Promotora	Permite otimização das linhas de ação, mantendo-as, melhorando-as, corrigindo-as ou eliminando-as
	Financiadores	Prestar contas e demonstrar transparência das intervenções do projeto
	Associados Comunidade em geral	Demonstrar resultados obtidos e transparência das intervenções do projeto
SUPORTES DE RECOLHA	Análise documental	Bases de dados estatísticos; documentos e registos das várias entidades; Registos das atividades do projeto
	Questionários	Grau de satisfação dos utentes
ESTRATÉGIA METODOLÓGICAS	Análises comparativas	Análise das atividades, resultados e objetivos projetados e realizados
	Análises pontuais	Análise do antes e após aplicação das intervenções do projeto
	Análises pontuais	Análise de satisfação e sugestões grupo-alvo e outras partes interessadas
PRODUTOS	Relatórios	Relatório interno; Relatório síntese de divulgação
	Base de dados	Produto interno
	Workshops	Para debate e otimização das estratégias e intervenções

- **Indicadores da avaliação: MEL como instrumento de planeamento e avaliação**

Independentemente da tipologia adotada, a avaliação deve incluir componentes de análise quantitativa mas também de caráter qualitativo, dependendo o procedimento de avaliação da capacidade de encontrar indicadores⁴¹ que meçam o processo e os resultados (Guerra, 2010) de forma a aferir não só se esses resultados foram alcançados, mas também se contribuíram efetivamente para a concretização dos objetivos e finalidades. Esses indicadores devem também, permitir examinar a coerência do projeto em termos de objetivos gerais e exequibilidade em função da metodologia de trabalho, estratégias propostas e características do grupo-alvo. Para tal, é essencial a correta definição dos elementos do projeto (estratégias, atividades, beneficiários, comportamentos específicos e contexto em que se dá a

⁴¹ Indicadores, são definidos por Schiefer, et al. (2006), como elementos observáveis e objetivos capazes de fornecer informações sobre os contextos, organizações, grupos ou pessoas, dinâmicas ou atividades. Podem ser dados quantitativos ou qualitativos que permitem julgar o grau de sucesso ou insucesso de um projeto ou das suas componentes específicas.

implementação), assim como a conexão e dinâmica entre eles, de forma a estabelecer metas concretas e mensuráveis, capazes de aferir o seu grau de sucesso ou insucesso, em concordância com os critérios fundamentais da avaliação ⁴². Neste sentido, a MEL apresenta-se como um “Instrumento de planeamento fundamental que condensa os diferentes aspectos de um projecto numa única matriz.” (Schiefer, et al., 2006, p.256), assegurando um plano coerente e transparente que incorpora os indicadores para a monitorização e avaliação, tendo em consideração o ambiente externo do projeto. Descreve de forma operacional os aspetos mais importantes da intervenção, permitindo verificar se foi bem instruída assim como um acompanhamento e avaliação mais fácil e satisfatória (CCE, 1993).

Esta matriz é constituída por quatro linhas e quatro colunas. As quatro colunas representam a Lógica de intervenção, os Indicadores Objetivamente Verificáveis [IOV], as Fontes de verificação e os Pressupostos [P] subjacentes à lógica de intervenção nos quatro níveis da hierarquia de metas definida na primeira coluna, e mostram como se relacionam numa lógica de causa-efeito (Schiefer, et al., 2006). A primeira coluna, respeitante à **lógica de intervenção** indica a estratégia de base, decomposta num conjunto de etapas internas da intervenção que deverão ser concluídas para contribuir para o objetivo geral (CCE, 1993). Essas etapas são: o Objetivo Geral [OG] e Objetivo Específico [OEs] do projeto; Resultados⁴³ [R]: os efeitos imediatos do projeto, definidos nos eixos estratégicos; e Atividades⁴⁴ [A], que correspondem às iniciativas estabelecidas e atrás descritas.

⁴² Schiefer, et al. (2006); Guerra (2010), consideram como critérios fundamentais da avaliação a Adequação: permite saber se a intervenção é apropriada ao grupo-alvo e ao contexto do problema e da situação sobre a qual pretende intervir; analisa o grau de adequação dos objetivos definidos ao diagnóstico da situação de partida e à relevância social dos problemas identificados; Refere-se também aos pressupostos, debruçando-se sobre o grau de apropriação, adaptação e conformidade do projeto à realidade. Isto é, afere quão corretamente ele responde às condições existentes no meio envolvente do projeto e os interesses e necessidades dos diferentes atores (Schiefer, et al., 2006); Pertinência ou relevância: relaciona os resultados com as necessidades que originaram o projeto, em que grau a intervenção atua sobre as necessidades prioritárias ou o projeto se justifica no contexto das políticas e estratégias (Schiefer, et al., 2006); Utilidade: até que ponto o projeto é proveitoso para o grupo-alvo, relacionando as suas características com a intervenção, a forma como o serviço se coaduna com os valores culturais, realidade socioeconómica, e expectativas, configurando (ou não) uma resposta concreta (Schiefer, et al., 2006); Sustentabilidade ou viabilidade: apreciação das condições reais de aplicabilidade (Guerra, 2010), permitindo aferir em que medida se pode esperar que os impactes positivos perdurem após a conclusão da intervenção (Schiefer, et al., 2006); Eficácia: relaciona *inputs* e objetivos (Schiefer, et al., 2006), em que medida foram realizadas as ações programadas e atingidos os objetivos definidos; se as necessidades foram satisfeitas; se os meios utilizados foram adequados, pertinentes e suficientes e se os benefícios esperados foram realizados. Herrero e Navarro (2006) consideram que a eficácia deve ser analisada em três dimensões: resultados, intervenções e destinatário acrescentando ainda que, apesar de não se reportar diretamente à eficácia, a satisfação de quem participa no projeto é também um fator a considerar; Eficiência: até que ponto os recursos utilizados justificam os resultados atingidos e correspondem ao seu uso mais económico e satisfatório. Aprecia “Relação entre *inputs* e resultados.” (Schiefer, et al., 2006, p. 248); Guerra (2010) acrescenta ainda a Equidade: refere-se, à distribuição dos recursos e à noção de justiça social e igualdade de oportunidades. Considera a existência de equidade horizontal, na qual se dá tratamento igual a todos os indivíduos iguais; equidade vertical, quando existe tratamento desigual para todos os indivíduos desiguais (discriminação positiva), e desigualdade intergeracional e que pretende assegurar que as desigualdades de uma geração não são necessariamente transmitidas à geração futura (Guerra, 2010); e o Impacte: procura determinar em que medida se obteve uma melhoria da situação (Guerra,2010).

⁴³ Resultados: identificam os *Outputs*, isto é, as consequências imediatas, “Aquilo que o projecto produz de modo a atingir o seu objectivo específico.” (Schiefer, et al., 2006, p.266).

⁴⁴ Atividades: entendidas como “Acção programada resultante de uma determinada combinação de recursos humanos, materiais e financeiros. Aquilo que o projecto faz para produzir resultados.” (Schiefer, et al., 2006, p. 233).

A segunda coluna apresenta as metas, isto é, os **IOV** para os objetivos gerais, específicos e resultados. Esta coluna consiste “de uma descrição operacional dos objectivos e dos resultados em termos de quantidade e qualidade de um produto para um grupo-alvo, com indicação de tempo e lugar” (CCE, 1993, p.24). Os IOV são elementos observáveis, objetivos e constituem variáveis de carácter quantitativo ou qualitativo, que fornecem a informação necessária para determinar o grau de concretização dos objetivos do projeto, de modo a gerar consenso na opinião sobre o sucesso ou insucesso do mesmo (Schiefer, et al., 2006). Dada a sua importância no acompanhamento e avaliação, estes autores referem ser importante que os indicadores reflitam os diferentes níveis dos efeitos do projeto: indicadores de *output* que descrevem bens ou serviços imediatos criados pelo projeto; indicadores de resultados: percutores das mudanças esperadas dentro do grupo-alvo; indicadores de impacte que apontam para a influencia sustentável que se espera do projeto sobre o ambiente; indicadores de processo que descrevem a forma como mudam as formas do projeto para atingir algo; e os indicadores de *input* referentes aos recursos utilizados.

A terceira coluna especifica as **fontes de verificação** de cada um dos indicadores definidos, isto é, o “Sítio, local ou documento onde se encontra a informação que permite verificar ou averiguar um determinado indicador.” (Schiefer, et al., 2006, p. 251), salientando os autores que só é possível falar de IOV, quando existe uma fonte de verificação de confiança - verídica, fidedigna e objetiva. Se para alguns indicadores, existem documentos do projeto ou registos de acesso público, para outros é necessário especificar o método e calendarização da recolha de informações e que se irão tornar parte do sistema de monitorização e avaliação, quais devem ser feitas pelo próprio projeto e quais devem ser feitas por outras organizações

A quarta coluna refere-se aos **Pressupostos** acerca do ambiente externo que são relações de causa e efeito que são formulados na lógica de intervenção. Um pressuposto é uma “Hipótese plausível acerca do meio envolvente do projecto, de factores que se encontram fora do controlo do projecto mas que têm influência sobre ele.” (Schiefer, et al., 2006, p. 263). Dado que a Lógica de intervenção não é capaz de abranger toda a realidade em causa, justifica-se a introdução deste conceito de hipótese, uma vez que existem fatores externos ao projeto que sobre ele exercem grande influência, sendo importante identificá-los e tomá-los em consideração (CCE,1993). Schiefer, et al. (2006) acrescentam, que para o projeto ser total ou parcialmente bem-sucedido, as hipóteses devem ser realizadas, ou seja, os pressupostos devem ocorrer sob o risco de colocar em risco o projeto no seu todo ou em parte.

O **nível inferior da MEL** “constitui uma versão condensada do plano operacional de projeto Gantt, indicando apenas a atividade, os meios (recursos humanos e materiais necessários) e os custos envolvidos.” (Schiefer, et al., 2006, p. 157), tendo em conta adicionalmente o ambiente externo, especificando as condições que devem estar satisfeitas para que a condução das atividades atinjam os resultados definidos na lógica de intervenção do projeto.

A validação da informação introduzida na MEL, procede da análise da lógica vertical e horizontal da matriz. A análise da **lógica vertical** determina o que o projeto pretende realizar, clarifica as relações de causalidade e os fatores exteriores que o projeto não consegue controlar (Zoom, 2016), prevendo que: graças aos meios, as atividades podem ser empreendidas (CCE, 1993); as atividades somadas aos pressupostos satisfeitos conduzem aos resultados; os resultados somados aos pressupostos conduzem à concretização do objetivo específico do projeto; o objetivo específico somado aos pressupostos satisfeitos contribui para o objetivo geral (Schiefer, et al., 2006). Quanto à análise da **lógica horizontal**, especifica os indicadores capazes de medir os efeitos do projeto e os recursos mobilizados (Zoom, 2016) e identifica as fontes de verificação pelas quais os indicadores serão identificados, permitindo confirmar que: o objetivo específico, os resultados e as atividades têm os IOV com os quais serão medidos e as fontes de verificação necessárias para recolher essa informação; e que foram considerados e previstos os recursos e respetivos custos para concretizar o projeto⁴⁵ ⁴⁶ (CCE,1993).

Com base nestas diretivas, e tendo como referência a estrutura apresentada (Schiefer, et al., 2006), elaborou-se a MEL do projeto (Tabela 20), onde se especificam claramente as medições que precisam ser tidas em consideração através dos IOV e respetivas fontes de verificação. A avaliação procederá da comparação dos resultados obtidos com os planeados. Considerando os meios necessários e os pressupostos ligados às parcerias gestionárias, importa também avaliar os indicadores de *input*, assim como se se atingiram as metas previstas e descritas no plano financeiro.

A avaliação deve “ser encarada como um momento de reflexão útil e como um instrumento imprescindível para o planeamento das intervenções subsequentes, identificando pontos de reorientação ou reforço das acções.” (Núcleo da Rede Social, 2002, p.63), dado que existe o risco de algo não correr como previsto. Para aumentar a probabilidade de sucesso, exige-se uma análise que identifique os riscos e antecipe respostas adequadas e em conformidade. Avançar com um projeto sem focar a gestão dos riscos de forma pró-ativa pode incrementar problemas, surgidos de ameaças que não foram consideradas e devidamente geridas (Project Management Institute [PMI], 2013).

⁴⁵ Entenda-se por meios, os recursos materiais e humanos necessários para executar as atividades planeada e para gerir o projeto; e por custos, a tradução em termos financeiros de todos os meios identificados para a execução do projeto (CCE, 1993).

⁴⁶ O nível inferior da MEL não obedece à mesma estruturação dos outros níveis da lógica de intervenção, em termos de IOV e fontes de verificação, uma vez que estes apenas respeitam à concretização dos resultados, objetivo geral e específico (Schiefer et al., 2006). Os meios e custos previstos são, contudo, considerados como indicadores, mas neste caso de *input*, entendidos como os recursos utilizados pelo projeto de modo a atingir os seus resultados e objetivos (Schiefer et al., 2006) e devem ser considerados na avaliação, tal como os indicadores de processo, que mostram a forma como mudam as tentativas do projeto para atingir algo (Schiefer et al., 2006). Em ambos os casos a monitorização e avaliação realiza-se através do plano de atividades.

Tabela 20. Indicadores de avaliação: Matriz de Enquadramento Lógico

	LÓGICA DE INTERVENÇÃO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICÁVEIS	FONTES DE VERIFICAÇÃO	PRESSUPOSTOS			
OBJ GERAL	OG. Promover a adaptação à parentalidade, ao nível da prestação de cuidados adequados ao bebé e do sucesso no aleitamento materno	IOV1. Incremento da taxa de aleitamento materno na região da Cova da Beira em 10% no final da fase de implementação	Estudo pré e pós (dados RAM)	SUSTENTABILIDADE PS. Manutenção das políticas e práticas de apoio à parentalidade e amamentação			
		IOV2. Diminuição em 15% do recurso à urgência sem motivo clínico no período neonatal e até aos dois anos de idade	Estudo pré e pós (dados CHCB)				
OBJ ESPECÍFICO	OEs. Capacitar os pais para a autonomia nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno garantindo uma maior equidade no acesso a apoio informacional e instrumental nesta área	IOV3. Capacidade de resposta às solicitações de pelo menos 80% 1ºano (pré-rede); 90% 2ºano; 95% 3ºano (pós implementação rede)	Fichas de registo (realização) pré e pós implementação da rede de apoio social	P1. Existência programas de financiamento de projetos na área			
		IOV4. Capacidade de resposta às solicitações em casos sociais de pelo menos 95%	Ficha de registo (solicitação/realização)	P2/P3. Interesse de potenciais parceiros gestores/funcionais para concretizar/manter parcerias			
		IOV5. Participação em pelo menos uma iniciativa, de 20% das famílias da Cova da Beira com filhos até 2 anos idade no 1º ano; 25%-2ºano; 35%-3º ano	Bases de dados demográficos Ficha de registo (realização)	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo			
		IOV6. Realização de 500 (220 fam. sessões de aconselhamento individual 1ºano; 650 (280 fam) no 2ºano e 780 (340 fam) 3ºano	Ficha de registo (realização)	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo			
		IOV7. Realização de 12 <i>workshops</i> temáticos 1º ano; 18- 2º ano; 18- 3º ano	Ficha de registo (realização)	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo (Inscrição/participação <i>workshops</i>)			
RESULTADOS	R1. Espaço de aconselhamento e iniciativas de educação para a saúde disponíveis	IOV8. Participação nos <i>workshops</i> de pelo menos 120 pais no 1º ano; 180 seguintes	Ficha de registo (realização)	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo (Inscrição/participação <i>workshops</i>)			
		IOV9. Constituição de pelo menos 1 GAM/município, no 1º ano com mínimo 5 membros/grupo	Ata de reunião de constituição do grupo	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo			
		IOV10. Participação de pelo menos 80% elementos do grupo/reunião (144 participações)	Atas das reuniões	(integração grupos de apoio mútuo Participação reuniões)			
		IOV11. Oferta de material de apoio aleitamento materno 50 mães/ano	Ficha de registo (realização)				
		IOV12. Empréstimo de bombas de extração de leite a 175 mães/ano	Ficha de registo (realização)				
	R2. Equipamentos de apoio ao aleitamento materno disponíveis	IOV13. Utilização local de bombas extração de leite por 150 mães 1ºano; 175- 2º ano; 200- 3ºano;	Ficha de registo (realização)	P4. Mobilização e utilização de serviços pelo grupo-alvo			
		IOV14. Aluguer de bombas de extração de leite a 100 mães/ano	Ficha de registo (realização)				
		IOV15. Venda de equipamentos apoio aleitamento materno (bombas/ outros equipamentos) a custo reduzido a 150 mães/ano	Ficha de registo				
	R3. Rede de apoio social constituída	IOV16. Existência de projeto e implementação no terreno	Relatório <i>workshop</i> de planeamento e Projeto final	P3. Interesse de potenciais parceiros funcionais para concretizar/manter parcerias			
	ATIVIDADES	MEIOS		CUSTOS (€)			
A1.1. Espaço atendimento e aconselhamento individual		Recursos humanos:	Cedidos	Efetivo	Subtotal	TOTAL CUM	P1. Existência programas de financiamento de projetos na área P2. Interesse de potenciais parceiros gestores para concretizar/manter parcerias P3. Interesse de potenciais parceiros funcionais para concretizar/manter parcerias
A1.2. Realização de <i>Workshops</i> temáticos		• 2 Enfermeiras/promotoras	1260,00	47520,00	48780,00	48780,00	
A1.3. Grupos de Apoio Mútuo		• 4 Formadoras	0,00	4320,00	4320,00	53100,00	
A2.1. Empréstimo/oferta eq. apoio aleit. materno		• 1 Funcionária de limpeza	0,00	2808,00	2808,00	55908,00	
A2.2. Aluguer eq. apoio aleitamento materno		Recursos materiais:	Subtotal	1260,00	54648,00	55908,00	
A2.3. Venda eq. apoio aleitamento materno		• Edifícios	19200,00	5000,00	24200,00	80108,00	
A3.1. <i>Workshop</i> planeamento rede social de apoio		• Equipamento administrativo	0,00	4280,00	4280,00	84388,00	
		• Equipamento básico	1350,00	2970,00	4320,00	88708,00	
		• Mercadoria	0,00	8900,00	8900,00	97608,00	
	Subtotal	20550,00	21150,00	41700,00	100500,00		

3.2.5. Gestão de risco do projeto: identificação e classificação análise qualitativa e plano de resposta ao risco

Qualquer projeto acarreta riscos, seja qual for o seu tamanho, complexidade, setor de atividade ou de negócio (Mídias, 2014), que podem por em causa a sua efetivação. O risco de um projeto é qualquer evento ou condição incerta que, se ocorrer, provocará um efeito positivo ou negativo nos seus objetivos (PMI, 2013). Comumente o risco tem uma conotação negativa, mas as boas práticas desmistificam este conceito, imputando-lhe a possibilidade de ter efeitos positivos, sendo relevante em qualquer projeto a gestão de ambos os tipos (Mídias, 2014). Um risco pode ter uma ou mais causas e, se ocorrer, pode ter uma ou mais consequências (PMI, 2013) sendo relevante fazer a distinção entre riscos que são os efeitos (consequências) e fatores de risco que são as causas (Mídias, 2014). Uma causa pode ser um requisito, premissa, restrição ou condição potencial que cria a possibilidade de resultados negativos ou positivos (PMI, 2013).

A gestão de riscos aplicada a projetos consiste nos processos de identificação, classificação e análise qualitativa (e até mesmo quantitativa) dos riscos, bem como na gestão das ações de resposta a esses riscos (Mídias, 2014). Pretende aumentar a probabilidade e o impacto dos eventos positivos e reduzir a probabilidade e o impacto dos eventos negativos (PMI, 2013), através da antecipação de respostas que permitam tirar o melhor partido das condições que se apresentem, contribuindo assim para o sucesso do projeto. Existem diversas abordagens de análise de risco dos projetos, nomeadamente análise de riscos individuais e análise de risco geral, que representa o efeito da incerteza no projeto como um todo, sendo muito mais que a soma dos riscos individuais uma vez que inclui todas as fontes de incerteza (PMI, 2013). No âmbito do projeto, procedeu-se a uma **análise de riscos individuais**, identificados a partir da análise de uma matriz SWOT e uma **análise de risco geral** através da análise de pressupostos.

.Análise de riscos individuais.

A análise de riscos individuais inclui a identificação e classificação dos riscos, assim como a sua análise qualitativa e plano de resposta em conformidade.

- **Identificação e classificação dos riscos**

Para proceder à identificação dos riscos, tomou-se como ponto de partida a construção de uma matriz SWOT. A designação SWOT é uma sigla anglo-saxónica da expressão «*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*» (FOFA em português: Forças [F], Oportunidades [O], Fraquezas [f] e Ameaças [a]) do projeto. A análise SWOT é um procedimento que explicita os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças (Schiefer, et al, 2006), e pretende aumentar a abrangência dos riscos identificados, ponderando o grau com que as forças da organização compensam as ameaças e as oportunidades que podem superar as fraquezas (PMI, 2013; Dahis, 2007), podendo a matriz ser usada como modelo para antever as metas para cada uma das categorias: Preservar Forças; Conseguir Oportunidades; Eliminar Fraquezas; Evitar Ameaças (Dahis, 2007).

Para construir a matriz (Tabela 21), seguiram-se as orientações de Schiefer, et al. (2006)⁴⁷, que recomendam listar as informações identificando que pontos fracos podem ser enfrentados por que pontos fortes, podendo o mesmo ponto forte enfrentar mais que um ponto fraco.

Tabela 21. Matriz SWOT

		ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS NEGATIVOS
AMBIENTE INTERNO		S (trengths)/F(orças)	W(eaknesses)/F(raquezas)
		<p>F1.1. Capacidade de autofinanciamento parcial</p> <p>F2.1. Área de intervenção com capacidade de mobilizar parcerias e ativar programas de financiamento</p> <p>F2.2. Área de intervenção com capacidade de mobilizar parcerias e ativar programas de financiamento</p> <p>F3.2. Associação Promotora claramente motivada com capacidade de mobilização e implicação de parceiros</p> <p>F4.3. Promotoras com experiência e conhecimento efetivo do grupo-alvo e suas necessidades</p> <p>F5.3. Promotoras com conhecimentos teóricos em empreendedorismo social</p>	<p>f1. Elevada dependência de financiamento externo</p> <p>f2. Elevada dependência de acordos e parcerias</p> <p>f3. Inexperiência da Associação Promotora em implementação de projetos de empreendedorismo social</p>
AMBIENTE EXTERNO		Pontos Fortes O(portunities)/O(portunidades)	Pontos a Melhorar T(hreats)/A(meaças)
		<p>O1.1. Ausência de serviços concorrentes em algumas das áreas oferecidas pelo projeto</p> <p>O1.2. Ausência de recursos concorrentes em algumas das áreas oferecidas pelo projeto</p> <p>O2.1. Possibilidade de candidatura a vários programas e fontes de financiamento diversificadas</p> <p>O3.2. Potenciais parceiros gestores com interesse em promover a sua imagem; identificação e/ou apetência para exercer a sua responsabilidade social em prol das áreas de intervenção do projeto</p> <p>O4.1. Grupo-alvo e GAM com interesse pelos recursos disponibilizados pelo projeto</p> <p>O5.2. Profissionais ligados às áreas visadas com interesse na melhoria dos resultados obtidos</p> <p>O6.2. Potenciais parceiros funcionais com interesse por tudo o que possa contribuir para a eficácia e boa imagem da instituição</p> <p>O7.3. Existência de programas de apoio e capacitação para empreendedores sociais</p> <p>O8.1. Mediatização do empreendedorismo social</p> <p>O8.2. Mediatização do empreendedorismo social</p> <p>O9.1. Existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno</p> <p>O9.2. Existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno</p>	<p>a1.1. Muitos projetos a concorrer simultaneamente às mesmas fontes e programas de financiamento</p> <p>a2.2. Muitas entidades com pedidos para estabelecimento de protocolos e de parcerias gestionárias com os potenciais parceiros do projeto, pode limitar o nível de colaboração</p> <p>a3.2. Possibilidade de perda de protagonismo de pessoas ligadas aos potenciais parceiros funcionais pode ser entrave à colaboração no projeto</p>
		Fatores Favoráveis	Fatores Desfavoráveis

Fonte: Elaborado pela autora: com base na estrutura proposta por Schiefer et al. (2006, p.140-141)

Da análise da matriz obtida, constatam-se mais aspetos positivos, que negativos, existindo várias forças e oportunidades com capacidade para enfrentar as fraquezas⁴⁸. As fraquezas estão

⁴⁷ Schiefer, et al. (2006), salientam que a SWOT não pode ser preenchida de forma aleatória e sem regra, recomendando iniciar o preenchimento no quadrante dos pontos fracos (fraquezas), seguindo depois uma ordem contrária à dos ponteiros do relógio. Isto dá a perceber quais as fraquezas para que temos mais força e também quais as forças, oportunidades ou ameaças que existem para fazer face a um ou mais pontos fracos; e permite identificar não só os riscos como também as respostas e ações específicas a adotar no plano de resposta ao risco.

⁴⁸ A leitura da matriz indica que: a fraqueza 1 (f1.) pode ser potenciada pela Ameaça 1 (A1.1.) e colmatada pelas Forças 1 (F1.1.) e 2 (F2.1.), assim como pelas Oportunidades 1 (O1.1.), 2 (O2.1.), 4 (O4.1.) e 8 (O8.1.); a fraqueza 2 (f2.) pode ser potenciada pela Ameaça 2 (A2.2.) e colmatada pelas Forças 2 (F2.2.) e 3 (F3.2.) e pelas Oportunidades 1 (O1.2.), 3 (O3.2.), 5 (O5.2.), 6 (O6.2.) e 8 (O8.2.); a fraqueza 3 (f3), pode ser potenciada pela Ameaça 3 (A3.3.) e colmatada pelas Forças 4 (F4.3.) e 5 (F5.3.) e Oportunidade 7 (O7.3.).

muito ligadas ao estabelecimento de parcerias, imprescindíveis para a subsistência do projeto e são potenciadas pelas ameaças identificadas existindo, no entanto, forças no ambiente interno e oportunidades no externo que permitem colmatar os aspetos negativos.

Para identificar os riscos [r] propriamente ditos, interpretaram-se os aspetos positivos e negativos inscritos na matriz SWOT enquanto fatores de risco (causas), traduzindo-os em consequências (riscos) e classificando-os em riscos positivos ou negativos como apresentado na Tabela 22 (para mais detalhes consultar também Tabela A12, no Anexo 10).

Tabela 22. Identificação de riscos positivos e riscos negativos do projeto

RISCOS DO PROJETO	
NEGATIVOS	r1. Implementação e manutenção do projeto comprometido por possibilidade de financiamento deficitário
	r2. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias gestionárias
	r3. Sucesso das iniciativas comprometido pela inexperiência da Associação Promotora em projetos de empreendedorismo social
	r4. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias funcionais
POSITIVOS	r5. Manutenção do projeto promovido pela capacidade de autofinanciamento parcial
	r6. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da área de intervenção em mobilizar parcerias e ativar programas de financiamento
	r7. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da associação Promotora em mobilizar e implicar parceiros
	r8. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pela experiência profissional das promotoras e conhecimento efetivo do grupo-alvo e suas necessidades
	r9. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelos conhecimentos teóricos das promotoras em empreendedorismo social
	r10. Sucesso das iniciativas incrementado pela ausência de recursos concorrentes em algumas das áreas de intervenção do projeto
	r11. Implementação e manutenção do projeto promovido pela possibilidade de candidatura a vários programas e fontes de financiamento
	r12. Implementação e manutenção do projeto incrementado pelo interesse dos parceiros gestionários em promover imagem ou apetência em exercer responsabilidade social em prol das áreas de intervenção
	r13. Implementação e manutenção do projeto promovido por interesse do grupo-alvo e grupos apoio mútuo pelos serviços oferecidos
	r14. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelo interesse dos profissionais ligados às áreas visadas na melhoria dos resultados obtidos
	r15. Implementação e manutenção do projeto promovido pelo interesse dos potenciais parceiros funcionais por tudo o que possa contribuir para a sua boa imagem
	r16. Sucesso do projeto incrementado pela existência de programas de apoio e capacitação para empreendedores sociais
	r17. Potencial de divulgação e disseminação do projeto incrementado pela mediatização do empreendedorismo social
	r18. Sucesso do projeto incrementado pela existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno

- **Análise qualitativa dos riscos**

Uma vez identificados procedeu-se à análise qualitativa dos riscos, consistindo num processo de priorização através da avaliação e combinação de probabilidade da sua ocorrência e do seu efeito potencial (impacte) no projeto (PMI, 2013). Esta análise foi conduzida usando uma matriz de probabilidade e impacte (Tabela 23) dos riscos positivos e negativos, atribuindo pontuações entre 1 e 4, que traduzem respetivamente um impacte: Reduzido=1; Moderado=2; Elevado=3; Extremo=4; e uma probabilidade de ocorrência: Provável=1; Possível=2; Improvável=3; Raro=4. O posicionamento dos riscos nas respetivas células permite classifica-los entre 1 e 16, o que vai orientar a resposta em conformidade com o estabelecido no plano de resposta ao risco.

Tabela 23. Matriz de probabilidade e impacte

		RISCOS NEGATIVOS				RISCOS POSITIVOS				
		Raro	Improvável	Possível	Provável	Provável	Possível	Improvável	Raro	
IMPACTE	Extremo	4	8	12	16	16	12	8	4	
	Elevado	3	6	9	12	12	9	6	3	
	Moderado	2	4	6	8	8	6	4	2	
	Reduzido	1	2	3	4	4	3	2	1	
		r3	r4	r1	r2	r8; r11; r13; r18	r5; r9; r10; r16; r17	r6; r7; r14	r12	r15
PROBABILIDADE										

Fonte: Elaborado pela autora: com base na estrutura proposta por PMI (2013, p.331)

- **Plano de resposta ao risco**

As combinações de probabilidade de ocorrência e impacte se o risco de facto ocorrer, resulta numa classificação que permite atribuir maior ou menor relevância ao risco, e em função da qual são adotadas diferentes estratégias de resposta⁴⁹, definindo assim o plano de resposta ao risco como se mostra na Tabela 24.

Tabela 24. Plano de resposta ao risco

IMPACTE X PROBABILIDADE	RELEVÂNCIA DO RISCO	ESTRATÉGIA DE RESPOSTA AO RISCO	
		Riscos negativos	Riscos positivos
12-16	Alta	Prevenir	Aceitar
		Mitigar	
		Transferir	
6-9	Média	Aceitar	Aceitar
		Mitigar	Melhorar
		Aceitar	Explorar
1-4	Baixa		Melhorar
			Compartilhar

Este plano sustenta a formulação da matriz de gestão do risco do projeto (Tabela 25), onde se estabelecem as ações específicas a empreender em conformidade com as estratégias ora definidas. Pretende-se que a sua colocação em prática forneça condições ao projeto para continuar a sua execução.

⁴⁹ Segundo o PMI (2013) e Mídias (2014), para os riscos negativos, considerados como ameaças, as estratégias passam por Prevenir ou Evitar: eliminar a ameaça ou proteger o projeto contra o seu impacte, pela alteração do plano de gestão do projeto; Transferir: não eliminar nem negar a existência do risco mas delegar a responsabilidade de resolução para outros, transferindo o impacte de uma ameaça para terceiros; Mitigar: reduzir a probabilidade de ocorrência, ou impacte do risco adverso para dentro de limites aceitáveis; e Aceitar: reconhecer a existência do risco mas sem agir (seja por não ser possível, seja por não ter efetividade em termos de custo), a menos que ele ocorra.

Para os riscos positivos, considerados como oportunidades, os autores supracitados nomeiam como estratégias de resposta, Explorar: eliminar a incerteza associada a um determinado risco positivo, garantindo que a oportunidade seja efetivamente aproveitada; Compartilhar: alocar integral ou parcialmente a responsabilidade da oportunidade a terceiros com maior capacidade de a explorar para benefício do projeto; Melhorar: Aumentar a probabilidade e/ou o impacte positivo de uma oportunidade, identificando e maximizando os seus principais impulsionadores; Aceitar: Aproveitar uma oportunidade caso ela ocorra, mas sem despendar esforços adicionais.

Tabela 25. Matriz de gestão de riscos

RISCO	RELEVÂNCIA DOS RISCOS	GESTÃO DE RISCO		
		Estratégia	Ação Específica	
RISCOS NEGATIVOS	r1. Implementação e manutenção do projeto comprometido por possibilidade de financiamento deficitário	Média	Mitigar	Submeter projeto a uma diversidade de fontes e tipologia de financiamento; Adequar solicitações de financiamento; Incrementar capacidade de autofinanciamento
	r2. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias gestonárias	Alta	Prevenir	Envolver e mobilizar potenciais parceiros, utilizando estratégias de comunicação e divulgação
	r3. Sucesso das iniciativas comprometido pela inexperiência da Associação Promotora em projetos de empreendedorismo social	Baixa	Aceitar	
	r4. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias funcionais	Baixa	Aceitar	
RISCOS POSITIVOS	r5. Manutenção do projeto promovido pela capacidade de autofinanciamento parcial	Alta	Aceitar	
	r6. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da área de intervenção em mobilizar parcerias e ativar programas de financiamento	Alta	Aceitar	
	r7. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da Associação Promotora em mobilizar e implicar parceiros	Alta	Aceitar	
	r8. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pela experiência profissional das promotoras e conhecimento efetivo do grupo-alvo e suas necessidades	Alta	Aceitar	
	r9. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelos conhecimentos teóricos das promotoras em empreendedorismo social	Alta	Aceitar	
	r10. Sucesso das iniciativas incrementado pela ausência de recursos concorrentes em algumas das áreas de intervenção do projeto	Alta	Aceitar	
	r11. Implementação e manutenção do projeto promovido pela possibilidade de candidatura a vários programas e fontes de financiamento	Alta	Aceitar	
	r12. Implementação e manutenção do projeto incrementado pelo interesse dos parceiros gestonários em promover imagem ou apetência em exercer responsabilidade social em prol das áreas de intervenção	Média	Melhorar	Envolver e mobilizar potenciais parceiros, utilizando estratégias de comunicação e divulgação/ parceria e parceria
	r13. Implementação e manutenção do projeto promovido por interesse do grupo-alvo e grupos apoio mútuo pelos serviços oferecidos	Alta	Aceitar	
	r14. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelo interesse dos profissionais ligados às áreas visadas na melhoria dos resultados obtidos	Alta	Aceitar	
	r15. Implementação e manutenção do projeto promovido pelo interesse dos potenciais parceiros funcionais por tudo o que possa contribuir para a sua boa imagem	Média	Melhorar	Envolver e mobilizar potenciais parceiros, utilizando estratégias de comunicação e divulgação/ parceria e parceria
	r16. Sucesso do projeto incrementado pela existência de programas de apoio e capacitação para empreendedores sociais	Alta	Aceitar	
	r17. Potencial de divulgação e disseminação do projeto incrementado pela mediatização do empreendedorismo social	Alta	Aceitar	
	r18. Sucesso do projeto incrementado pela existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno	Alta	Aceitar	

.Análise de risco geral.

Para analisar o risco geral do projeto, procedeu-se a uma análise de pressupostos, explorando a sua validade em relação ao projeto, identificando riscos decorrentes do caráter inexato, instável, inconsistente ou incompleto das suas hipóteses (PMI, 2013).

Recorde-se que os pressupostos são fatores que em termos de planeamento são considerados verdadeiros, reais ou certos. Constituem condicionantes externas que escapam à influência direta do projeto, mas que são importantes para o êxito da intervenção (Pfeifer, 2000). Representam pontos cruciais da lógica vertical, uma vez que é necessário que aconteçam ou que se mantenham, para alcançar o objetivo do projeto. Se a lógica horizontal for seguida e os pressupostos se confirmarem, então o projeto será bem-sucedido. Neste contexto, os pressupostos para além de importantes, devem ser relevantes e prováveis de ocorrer (Rua, 2005), uma vez que se falharem, o êxito do projeto estará em causa, e, conseqüentemente, a estratégia de intervenção terá de ser mudada (Pfeifer, 2000). Schiefer, et al.(2006, p.162) salientam que

“A análise de risco é feita para verificar quão realista é um projecto e, portanto, que probabilidade existe de ele ser bem-sucedido e aplica-se aos pressupostos da matriz de enquadramento lógico (...). Fornece uma estimativa da importância dos pressupostos inventariados na quarta coluna da matriz de enquadramento lógico. Quanto mais elevada for a probabilidade de um pressuposto falhar e quanto maior for o impacte dessa falha no sucesso do projecto, mais importante será pensar em alternativas possíveis.”

Como referem os autores supracitados, a análise dos pressupostos refere-se a uma estimativa da sua importância, baseada na análise da probabilidade dos pressupostos falharem e do impacte que tal facto teria sobre uma parte do projeto ou sobre o projeto como um todo. Uma estimativa é sempre uma estimativa, contudo pode ser mais ou menos criteriosa, tendo-se assumido como critérios para realizar esta análise, a ponderação dos riscos identificados a partir da matriz SWOT, reconhecendo a sua hipotética afetação aos pressupostos inscritos na MEL. O resultado apresenta-se esquematicamente na Ilustração 10, representativa de uma Estrutura Analítica de Risco [EAR]⁵⁰, construída com base nos pressupostos do projeto⁵¹.

A análise e sistematização dos resultados obtidos até esta fase (SWOT, matriz de probabilidade e impacte dos riscos e EAR), permite um maior rigor na estimativa da importância dos pressupostos em análise.

⁵⁰ A EAR é uma ferramenta de gestão de risco, que permite agrupar e organizar os riscos em categorias, tendo por base os objetivos ou os pressupostos do projeto (PMI, 2013).

⁵¹ Uma vez que os pressupostos se referem a condições externas, numa primeira abordagem pareceria fazer sentido considerar apenas os riscos identificados ao nível do ambiente externo inscritos na matriz SWOT. Contudo também os riscos do ambiente interno devem ser tidos em conta, uma vez que podem influenciar a verificação do pressuposto.

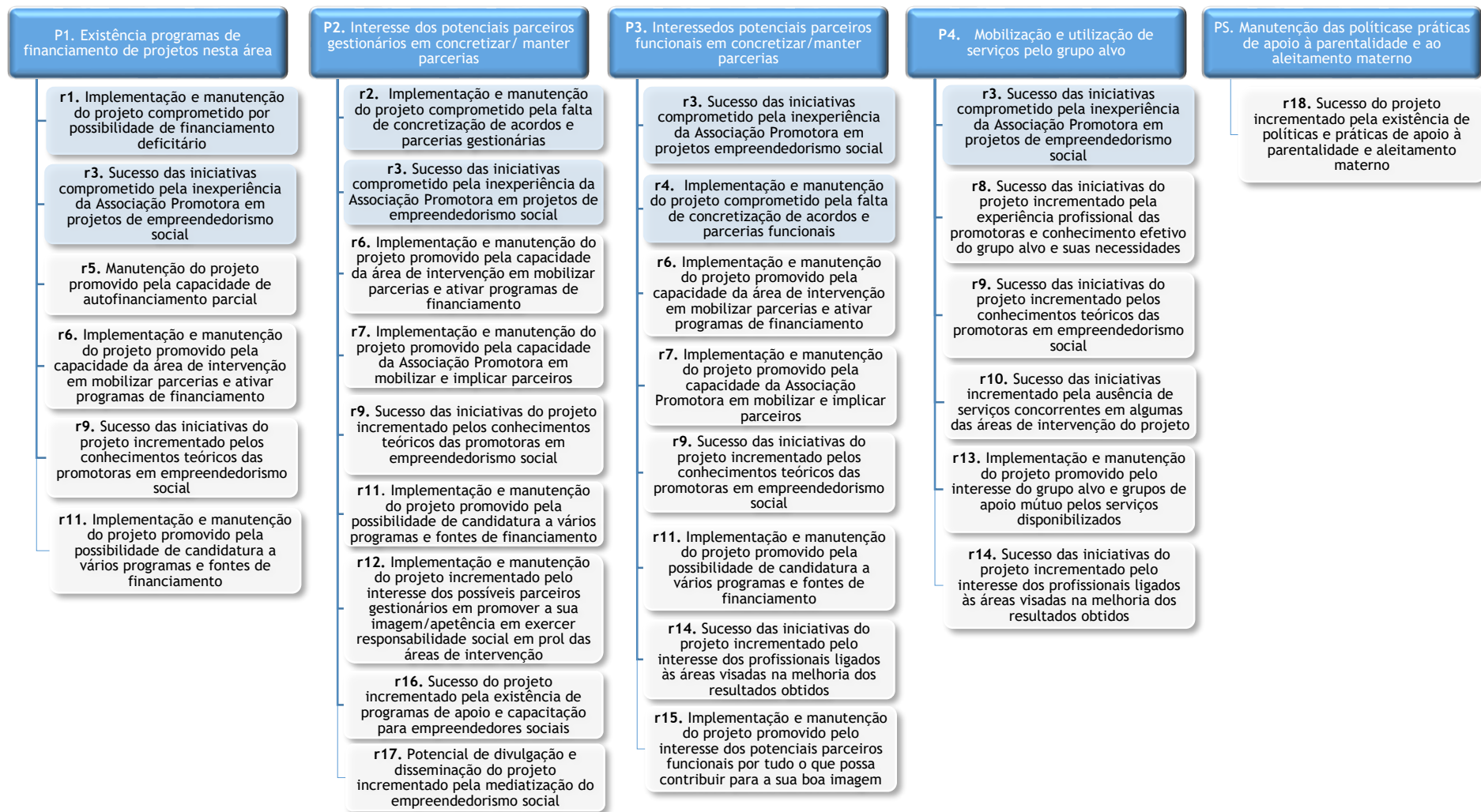
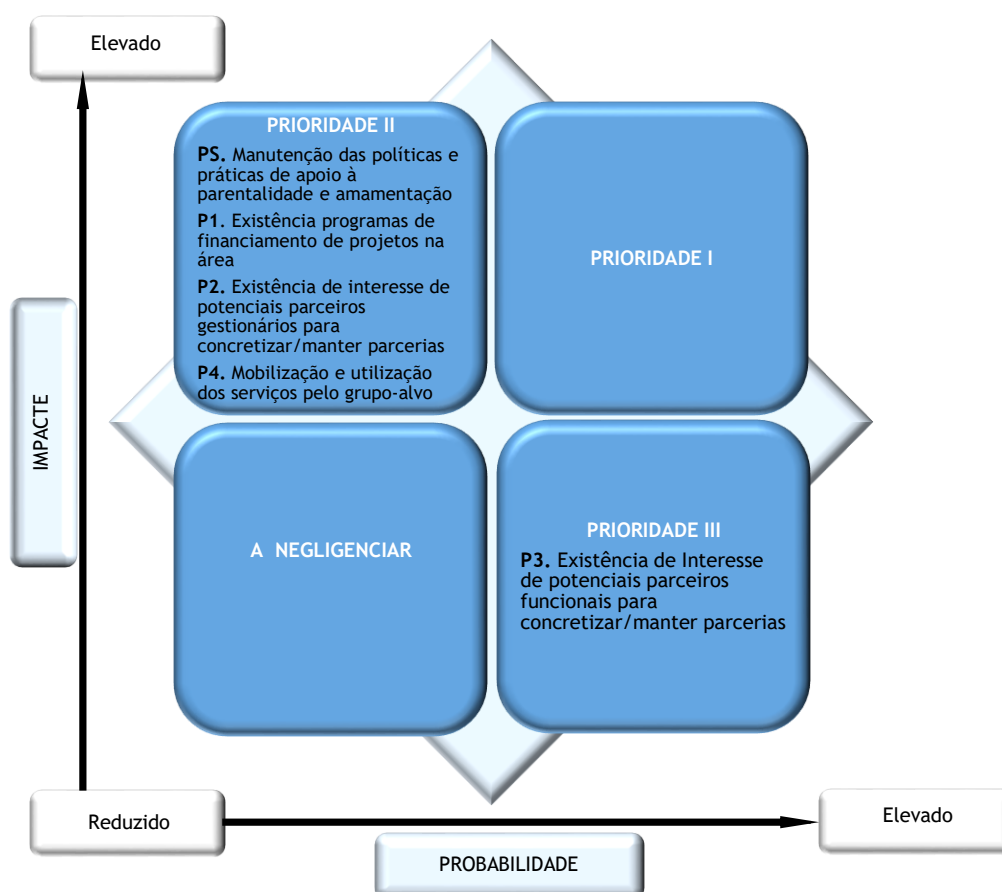


Ilustração 10. Estrutura Analítica de Riscos com base nos pressupostos do projeto

- **Grelha de análise de risco dos pressupostos falharem**

Na Ilustração 11, apresenta-se a grelha de análise de risco dos pressupostos falharem, decorrente dessa estimativa, onde se especificam as combinações de probabilidade e impacto que resultam numa priorização designada por Schiefer, et al. (2006) como: Prioridade I - Impacto elevado e probabilidade elevada; Prioridade II - Impacto elevado e probabilidade reduzida; Prioridade III - Impacto reduzido e probabilidade elevada; A negligenciar - Impacto reduzido e probabilidade reduzida.



Fonte: Elaborado pela autora: com base na estrutura proposta por Schiefer, et al. (2006, p. 164)

Ilustração 11. Grelha de análise de risco

A observação da grelha permite constatar que o pressuposto de sustentabilidade (PS. Manutenção das políticas e práticas de apoio à parentalidade e amamentação), tem critérios de Prioridade II: Apesar de impacto considerável no objetivo geral do projeto⁵², é pouco provável que falhe.

A mesma prioridade foi atribuída à maioria dos restantes pressupostos considerados (P1. Existência programas de financiamento de projetos na área; P2. Existência de interesse de

⁵² Recorde-se que o objetivo geral visa “Promover a adaptação à parentalidade, ao nível da prestação de cuidados adequados ao bebé e do sucesso no aleitamento materno”.

potenciais parceiros gestores para concretizar/manter parcerias; P4. Mobilização e utilização dos serviços pelo grupo-alvo), uma vez que pela análise realizada (SWOT, EAR e matriz de probabilidade e impacto) se constata que apesar do impacto elevado que teria no projeto a não verificação de algum destes pressupostos, existem condições externas que atribuem uma baixa probabilidade de falha, traduzidas em riscos positivos de elevado impacto e probabilidade de ocorrência, em oposição a riscos negativos, em menor número, menor probabilidade de ocorrência e menor impacto nos resultados e objetivos do projeto.

Em relação ao pressuposto 3 (P3. Existência de Interesse de potenciais parceiros funcionais para concretizar/manter parcerias), apesar de existir probabilidade de falhar, a verdade é que o seu impacto sobre os objetivos do projeto não seria substancial, confinando-se ao nível de um dos resultados do projeto (R3. Rede social de apoio constituída), uma mais valia é certo, pelos motivos referidos anteriormente, mas que não interfere com os demais e que são os que mais contribuem ao objetivo específico, capacitando os pais para a autonomia nos cuidados ao bebé e no aleitamento materno.

- **Plano de contingência e estratégias alternativas**

O plano de estratégias alternativas (ou plano de respostas de contingência), consiste em esquematizar respostas para usar somente se certos eventos ocorrerem, sendo executado sob determinadas condições predefinidas, ao atingir um nível capaz de gerar alerta suficiente que implique a colocação do plano em vigor (PMI, 2013). No caso concreto, traduz-se na falha dos pressupostos do projeto e implica pensar em alternativas, de modo a antecipar e controlar eventos adversos assim que comecem a surgir.

Pfeifer (2000) recomenda medidas na apreciação de fatores externos que podem traduzir-se em termos de medidas de contingência: **monitorizar**; tentar **influenciar** a verificação do pressuposto; **mudar** a estratégia do projeto, criando estratégias alternativas no caso do pressuposto falhar.

Na Tabela 26, apresenta-se a matriz de medidas de contingência e estratégias alternativas relativamente aos pressupostos do projeto.

Tabela 26. Matriz de medidas de contingência e estratégias alternativas

PRESSUPOSTOS	PRIORIDADE	GESTÃO DE RISCO	
		Medida	Estratégia alternativa
PS. Manutenção das políticas e práticas de incentivo à parentalidade e amamentação	Prioridade II	Monitorizar	
P1. Existência programas de financiamento de projetos na área	Prioridade II	Monitorizar	
P2. Interesse de potenciais parceiros gestores para concretizar/manter parcerias	Prioridade II	Monitorizar	
		Influenciar	Envolver e mobilizar potenciais parceiros: utilizando estratégias de comunicação e divulgação; utilizando dinâmicas que fomentem espírito de parceria e parceria
		Mudar	Reduzir custos: Prestadores de serviços em regime de voluntariado
P3. Interesse de potenciais parceiros funcionais para concretizar/manter parcerias	Prioridade III	Monitorizar	
		Influenciar	Envolver e mobilizar potenciais parceiros: utilizando estratégias de comunicação e divulgação; utilizando dinâmicas que fomentem espírito de parceria e parceria
		Mudar	Em vez de criar uma rede social de apoio formal, estabelecer essa rede de maneira informal: Detetar necessidades particulares de cada beneficiário, triar as situações e direcionar para os serviços disponibilizados pelas várias entidades/ instituições que melhor se coadunem para responder à situação específica
P4. Mobilização e utilização dos serviços pelo grupo-alvo	Prioridade II	Monitorizar	
		Influenciar	Envolver e mobilizar potenciais utilizadores: utilizando estratégias de comunicação e divulgação;

3.3. Inovação e replicabilidade do projeto

O projeto ACALMA ora apresentado, edificou-se em torno dos conceitos e características do empreendedorismo e inovação social. Através dos diferentes eixos estratégicos, este projeto tem como designio a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar das famílias, perspetivando valor social em detrimento de interesses económicos, traduzindo-se em fatores de inovação social pela generalização no acesso a produtos e serviços de qualidade; por trabalhar com as pessoas e em rede de parceria; e por ter uma ação reguladora dos mercados.

Estes fatores de inovação justificam-se enquanto tal, sustentados por vários autores, nomeadamente Hartigan e Elkington (2008, como citados em Parente & Quintão, 2014) que definem como um fator de inovação a **generalização no acesso a produtos e serviços de qualidade**: que no projeto se identifica pela disponibilização de serviços de aconselhamento e de equipamentos com abrangência universal, reduzindo o fosso entre os que podem pagar a serviços particulares (e que nem sempre respondem às suas necessidades) e os que não têm poder económico para tal. Este fator de inovação está presente em todos os eixos de intervenção, uma vez que são concebidos numa perspetiva de obtenção de valor social em prejuízo do valor económico passível de ser obtido através deste tipo de serviços.

Monteiro (2012) por seu lado, alude à **ação reguladora dos mercados** das iniciativas de empreendedorismo social, veiculada através de uma competição benéfica que afeta a estrutura dos incentivos e dos lucros. Nesta perspectiva, a disponibilização de equipamentos de apoio ao aleitamento materno a baixo custo e com margens de lucro menores pode influenciar os demais vendedores a reduzir os preços e a torna-los mais acessíveis à população em geral.

Parente e Quintão (2014) escoram outro dos fatores de inovação do projeto ao defenderem que a inovação social constitui um modelo de intervenção pautado pelas modalidades de **trabalhar com as pessoas e em rede de parceria**. Tal, é reiterado por Leadbeater (1996 como citado em Pereira e Quintão, 2015) para quem o empreendedorismo social começa quando um indivíduo mobiliza outros para um determinado objetivo social, usando as suas redes sociais e perspectivando-as enquanto atividade coletiva organizada, fundada no funcionamento de equipas, redes e parcerias que cooperam na identificação de oportunidades, no acesso a informação, na aquisição e gestão de recursos ou na angariação de apoios (Thompson, 2002; Peredo & MacLean, 2006; Mair & Marti, 2006 como citados em Pereira & Quintão, 2015).

Efetivamente, as relações de cooperação, partilha e parceria entre organizações, promovem maior flexibilidade nas fronteiras organizacionais, afigurando-se como essenciais para um aumento do valor social criado (Austin, 2000 como citado em Parente & Quintão, 2014), potenciando também o capital social caracterizador do empreendedorismo social e definido neste contexto como um conjunto de relações, crenças e instituições que promovem o fluxo de informação e colaboração entre indivíduos (Parente, 2014), permitindo quer a ação, quer a produção de bens coletivos (Squazzoni, 2009 como citado em Pereira & Quintão, 2015). Este fator torna-se fundamental em projetos de índole social (como o aqui apresentado) onde muitas vezes o capital social consegue suprimir lacunas em termos de capital financeiro.

Também Monteiro (2012) reitera esta ideia observando que a inovação social na área da saúde pode resultar do trabalho em rede, aproximando-se cada vez mais das pessoas e da comunidade, o que se traduz numa descentralização das intervenções. Uma vez que todo o projeto assenta nesta premissa, sendo concebido com e para as pessoas (sejam elas *stakeholders* beneficiários ou interventores) e utilizando uma metodologia participativa numa perspectiva de parceria (quer para a sua génese, quer para a sua otimização e posterior implementação), este é sem dúvida outro fator de inovação do mesmo. Presente em qualquer uma das estratégias, ao nível da disponibilização dos serviços e equipamentos descritos nos eixos estratégicos I e II, assim como ao nível da articulação dos recursos existentes, definida no eixo estratégico III, é mais visível nesta última uma vez que a criação de uma rede de apoio social, exige a participação e compromisso de todas as partes interessadas, para atingir os objetivos a que se propõe.

Na Ilustração 12, estão representados os fatores de inovação social identificados, e os eixos estratégicos com que mais diretamente se relacionam.

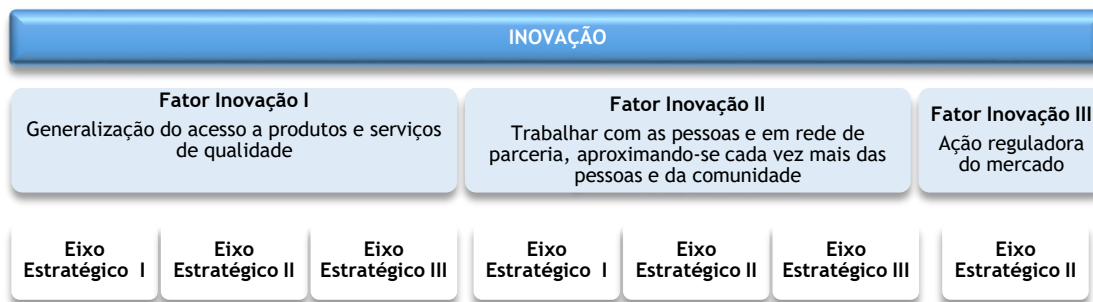


Ilustração 12. Esquema representativo da identificação dos fatores de inovação com base nos eixos estratégicos definidos

O potencial de mudança social resulta da interação intrínseca entre o problema e a solução, pela incorporação da solução no sistema e na sociedade e pela capacidade de uma iniciativa crescer territorialmente e em abrangência (Santos & Azevedo, 2015). As estratégias definidas para o projeto podem conduzir a essa transformação e são facilmente replicáveis em qualquer parte do país e do mundo.

Para que tal aconteça é necessário passar da concepção e planejamento à concretização, sem esquecer a importância da monitorização e avaliação rigorosa, de forma a aferir a adequabilidade, pertinência, efetividade e eficiência do projeto, validando o protótipo e tornando-o um exemplo a seguir.

Bibliografia e Webgrafia

- Abreu, N. R., Baldanza, R. F., & Gondim, S. M. (2009). Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação Journal of Information Systems and Technology Management*, 6 (1), 05-24. Obtido em novembro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752009000100002
- Aignerren, M. (2001). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *Revista electrónica del Centro de Investigación Social (CEO)*. Obtenido en noviembre del 2015, de <http://revinut.udea.edu.co/index.php/ceo/article/viewFile/1611/1264>
- Alves, M. L. (2012). Conceito do empreendedorismo social. In S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 13-19). Caldas da Rainha: AIRO. Obtido em fevereiro de 2016 de <http://www.airo.pt/Download.aspx?x=6322c6e8-328e-4037-ae89-8d0b47fc98ea>.
- Andrade, A. m., & Franco, R. c. (2007). *Economia do conhecimento e organizações sem fins lucrativos*. (S.-S. P. Inovação, Ed.) Porto: Princípia Editora.
- André, I., & Abreu, A. (2006). Dimensões e Espaços da Inovação Social. *Finisterra*, 41, (81), pp. 121-141.
- Aragão, E. I., Vieira, S. S., Alves, M. G., & Santos, A. F. (jan-jun de 2009). Suporte social e stress: Uma revisão da literatura. *Psicologia em foco*, 2 (1), 79-90. Obtido em outubro de 2015, de http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8-Suportesocialeestresse-umarevisaodaliteratura.pdf
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto. (2015). *Experiências de parto em Portugal: Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto*. Obtido em abril de 2016, de APDMGP: <http://www.associacaogravidezparto.pt/parto-em-casa-visao-da-apdmgp/>
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido* (3ª ed.). (C. Suarez, Trad.) Madrid: Akal.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de século.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi editores.
- Biblioteca Infoeuropa. (2014). *Terceiro Programa Saúde: Programa de ação da União no domínio da saúde*. Obtido em março de 2016, de Eurocid: https://infoeuropa.eurocid.pt/opac/?func=direct&local_base=FPC&doc_number=000058456
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem n maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Branco, P., & Pedroso, J. (setembro de 2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83. Obtido em outubro de 2015, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3062639>.
- Caeiro, J. M. (Jan./June de 2008). Economia social: conceitos, fundamentos e tipologia. *Rev. Katálisis*, 11(1), 61-72.

- Campos, E. P. (2007). Suporte social e família. In J. M. Filho, M. Burd, & (org), *Doença e família* (2ª ed., pp. 141-162). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade- Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de século.
- Candeias, N. M. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de saúde pública*, 31 (2), pp. 209-213. Carreira, H. M. (1996). *Políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carreira, H. M. (1996). *Políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, M. (2012). Abordagem conclusiva ao empreendedorismo social nas áreas abordadas no manual. In S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 139-146). Caldas da Rainha: AIRO. Obtido em fevereiro de 2016 de <http://www.airo.pt/Download.aspx?x=6322c6e8-328e-4037-ae89-8d0b47fc98ea>.
- Carvalho, M; Tamez, R. (2005). Amamentação: Bases científicas. Rio janeiro: Guanabara Koogan.
- Chaffey, D., Ellis-Chadwick, F., Mayer, R., & Johnston, K. (2009). *Internet marketing strategy, Implementation and practice* (4ª ed.). London: Pearson Education Limited.
- Comissão das Comunidades Europeias. (fevereiro de 1993). *Manual Gestão do ciclo de projeto- Abordagem integrada e quadro lógico*. (1). (Série Métodos e instrumentos para a gestão de ciclo dos projetos9. Obtido em abril de 2016, de <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/000005001-000006000/000005434.pdf>
- Comissão Europeia. (2013). *A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico, Manual Técnico II: Métodos e Técnicas A Recolha de Dados: Focus Groups (Grupos de Discussão)*. Obtido em outubro de 2015, de Observatório do QREN: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=204>
- Centro de Estudos para a Economia Social. (2012). *Observatório da Economia Social*. Obtido em dezembro de 2014, de CIRIEC Portugal: <http://www.ciriecportugal.org/>
- Comité Económico e Social. (1998). A cooperação com as organizações de solidariedade enquanto actores económicos e sociais no campo da assistência social. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, 73-93.
- Conselho da Europa. (2010). *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Obtido em abril de 2016, de http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf
- Conselho Local de Ação Social. (2012). *Diagnóstico Social*. Covilhã. Obtido em novembro de 2015 de <http://download.cm-covilha.pt/pdf/2011RedeSocialPlanoAcao.pdf>: Camara Municipal da Covilhã.
- Costa, L. F. (2012). Empreendedorismo social, inovação, crescimento e emprego. In S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 9-11). Caldas da Rainha: AIRO. Obtido em fevereiro de 2016 de <http://www.airo.pt/Download.aspx?x=6322c6e8-328e-4037-ae89-8d0b47fc98ea>.
- Dees, J. Gregory. (2001). O significado do empreendedorismo social (ed. rev.). Obtido em maio de 2016 de <http://www.uc.pt/feuc/ceces/ficheiros/dees>
- Dessen, M., & Braz, M. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16 (3), 221-231. Obtido em setembro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722000000300005&script=sci_arttext.

- Direção Geral da Saúde. (maio 2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012- 2016*. Obtido em novembro de 2015, de DGS: <http://pns.dgs.pt/>
- Direção Geral da Saúde. (junho de 2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil in Norma 10/2013 de 31/05/2013*. Obtido em outubro de 2015, de Direção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Direção Geral da saúde (2013c). *Registo do Aleitamento Materno*. Obtido em dezembro de 2015, de DGS: <http://www.dgs.pt/?cr=24421>
- Direção Geral da Saúde. (maio de 2015a). *Plano Nacional de Saúde - Extensão a 2020*. Obtido em outubro de 2015, de Direção Geral da Saúde: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *Aleitamento materno - Rede Cantinhos da amamentação*. Obtido em dezembro 2015, de Direção Geral da Saúde: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamentomaterno/redecantinhosamamentacao.aspx>
- Direção Geral da Saúde & Observatório do Aleitamento Materno. (outubro de 2014). *Registo do Aleitamento Materno - Relatório janeiro-dezembro 2013*. Obtido em outubro de 2015, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019070.pdf>
- Duarte, A. B. (2005). *Grupo focal online e offline como técnica de coleta de dados*. Obtido em 2015 de novembro, de Informação & Sociedade: Estudos: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/download/487/1467>
- Dumitru, V. S., Alves, M. L., & Costa, J. E. (2012). Empreendedorismo social em Portugal. In S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 21-26). Caldas da Rainha: AIRO.
- EiMontepio. (2012). *Como fazer um plano de comunicação*. Obtido em junho de 2016, de EiMontepio, Educação informação: http://ei.montepio.pt/assets/Academia-Solidario_como-fazer-um-plano-de-comunicacao.pdf
- Eurocid. (2014). *Apoios financeiros 2014-2020*. Obtido em dezembro de 2015, de Eurocid: http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=8238&p_est_id=16112
- Eurocid. (2015). *EaSI - Programa para o Emprego e a Inovação Social*. Obtido em março de 2016, de Eurocid: http://www.eurocid.pt/pls/wsd/wsdwcot0.detalhe?p_cot_id=9000&p_est_id=17224#EASI6
- EVALSED. (2014). *A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico, Manual técnico II: Métodos e técnicas - A recolha de dados: Entrevistas Individuais*. Obtido em outubro de 2015, de Observatório do QREN: <http://www.observatorio.pt/download.php?id=202>
- Ferreira, J. C. (setembro de 2014). Nota de investigação 7: *Crowdfunding e investimento social*. Obtido em março de 2016, de Laboratório de Investimento Social: <http://investimentosocial.pt/notas-e-publicacoes/nota-de-investigacao-7-crowdfunding-e-investimento-social/>
- Ferreiro, M. F., & Moreira, H. (2014). Parcerias e financiamento do terceiro setor português. In C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo social em Portugal- E-Book* (pp. 161-175). Porto: s.ed. Obtido em setembro de 2015 de <http://web3.letras.up.pt/empoc/index.php/e-book>.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

- Forster, R., & Osterhaus, J. (1996). *Análisis grupos destinatarios - Para qué, Cuando, Qué y Cómo?* (B. Haming, Trad.) Eschborn: GTZ. Obtenido en hebrero 2016 de: <http://www.kalidadea.org/castellano/materiales/gestion%20de%20proyectos/GTZ%20Analisis%20de%20Grupos%20Destinatarios.pdf>.
- Franco, R. C., Sokolowski, S. W., Hairel, E., & Salamon, L. (2005). *O sector não lucrativo Português numa perspectiva comparada*. Porto: Uniarte Gráfica. Obtido em outubro de 2015, de http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_nonprofitsector.pdf
- Galvão, D. M. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- George, F. H. (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde nº 010/2013 de 31/05/2013*. Obtido em outubro de 2015, de DGS: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Gomes, B., Oliveira, É., & Saraiva, M. (janeiro de 2012). *Prevalência do aleitamento materno na Beira Interior*. Obtido em novembro de 2015, de Ordem dos Enfermeiros - Colégios: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ConfAmamentar_Bruno%20Gomes.pdf
- Gondim, S. M. (2003). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*, 12 (24),149-161. Obtido em novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>
- Guerra, I. C. (2006a). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - Sentidos e formas de uso*. São João do Estoril: Princípia.
- Guerra, I. C. (2006b). *Participação e ação coletiva- Interesses conflitos e consensos*. Estoril: Princípia.
- Guerra, I. C. (2010). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção - O planeamento em ciências sociais* (2ª ed.). Cascais: Princípia.
- Haguete, T. M. (2010). *Metodologias qualitativas na Sociologia* (12ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Haughey, D. (2016). *Pareto Analysis Step by Step*. Obtido em janeiro de 2016, de Project Smart: <https://www.projectsart.co.uk/pareto-analysis-step-by-step.php>
- Herrero, G. G., & Navarro, J. M. (2006). *Manual práctico para elaborar proyectos sociales*. Madrid, Espanha: Siglo XXI.
- Infoeuropa, B. (2014). *Terceiro Programa Saúde: Programa de ação da União no domínio da saúde*. Obtido em março de 2016, de Eurocid: https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=direct&local_base=FPC&doc_number=000058456).
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Estatísticas demográficas 2014*. Obtido em dezembro de 2015, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2
- International Institute of Business Analysis. (2011). *Um guia para o corpo de conhecimentos de análise de negócios (Guia Babok) Versão 2.0*. Toronto: International Institute of Business Analysis.
- Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1993). *Metologia de recolha de dados - Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos*. (C. A. Brito, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.

- Kotler, P. (2000). *Administração de marketing: a edição do novo milénio* (10ª ed.). São Paulo: Prentice Hall.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1996). *Fundamentos de metodologia científica* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. (C. d. UNICEF, & C. n. bebé, Edits.) Obtido em outubro de 2015, de UNICEF Portugal: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Bobak, I. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed., Vol. 9). Porto Alegre: Artmed.
- Mapa de Inovação e Empreendedorismo Social. (janeiro de 2015). MIES. Obtido em outubro de 2015, de MIES: <http://www.mies.pt/index.php/pt/>
- Marques, A. M. (2012). Estratégias de marketing como forma de sustentabilidade dos negócios. Em S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 119-126). Caldas da Rainha: AIRO.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da palavra.
- Mídias. (2014). *Riscos devem ser vistos como oportunidades e ameaças*. Obtido em abril de 2015, de PMKB (Project Management Body of Knowledge): <http://pmkb.com.br/artigo/riscos-devem-ser-vistos-como-oportunidades-e-ameacas/>
- Monteiro, B. R. (2012). Oportunidades de negócio na saúde. In L. A. Sérgio Félix, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social uma abordagem sistémica* (pp. 57-66). Caldas da Rainha: AIRO. Obtido em fevereiro de 2016 de <http://www.airo.pt/Download.aspx?x=6322c6e8-328e-4037-ae89-8d0b47fc98ea>
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research* (2ª ed., Vol. 16). London: Sage Publications.
- Nakagawa, M. (2012). *Movimento Empreenda*. Obtido em março de 2016, de Ferramenta: Missão, visão e valores (clássico): http://cms-emprendenda.s3.amazonaws.com/empreenda/files_static/arquivos/2012/06/14/ME_Misao-Visao-Valores.PDF
- Núcleo da Rede Social. (2002). *Plano de desenvolvimento social - Programa rede social*. Lisboa: Artes gráficas. Obtido em abril 2016 de: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13341/plano_desenvolvimento_social/bce793db-4a3e-425c-b5b5-eb3b3f7234e0.
- Núcleo da Rede Social para o Desenvolvimento Local, (setembro de 2001). Programa Rede Social. Obtido em junho de 2016 de http://www.seg-social.pt/documents/10152/13341/programa_rede_social.
- Observatório da Economia Social em Portugal. (dezembro de 2011). *Economia social: Conceito proposto pelo OBESP*. Obtido em maio de 2016, de CASES: http://www.cases.pt/0_content/actividades/obesp/OBESP_Conceito_de_Economia_social_09_DEZ_2011.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE, Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. S.l.: Ordem dos enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da ordem dos enfermeiros*. Obtido em outubro de 2015, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (abril de 2013). de 15 propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde - contributo da Ordem dos Enfermeiros. Obtido em outubro de 2015 de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/15_propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf
- Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1993). *Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino - Manual do participante*. (N. F. Brandão, Ed.) São Paulo: Instituto de saúde SES.
- Parente, C., Costa, D., Santos, M., & Chaves, R. (26 e 27 de maio de 2011). Empreendedorismo social: contributos teóricos para a sua definição. *XIV Encontro Nacional de Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho Emprego e coesão social: da crise de regulação à hegemonia da globalização*. Lisboa. Obtido em maio 2016 de Empreendedorismo social: <http://web3.letras.up.pt/empsoc/index.php/actividades/85-empreendedorismo-social-contributos-teoricos-para-a-sua-definicao>
- Parente, C., & Quintão, C. (2014). Uma abordagem eclética ao empreendedorismo social. In C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo social em Portugal- E-Book*. (pp.11-75). Porto: s.ed. Obtido em setembro de 2015 de <http://web3.letras.up.pt/empsoc/index.php/e-book>.
- Parente, C., Marcos, V., & Diogo, V. (2014). Sobre inovação e empreendedorismo social. In C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo social em Portugal- E-Book*. (pp. 242-259). Porto: s.ed. Obtido em setembro de 2015 de <http://web3.letras.up.pt/empsoc/index.php/e-book>.
- Perdigão, D. M., Herlinger, M., White, O. M., & (Org). (2012). *Teoria e prática de pesquisa aplicada*. Rio Janeiro: Elsevier.
- Perista, H., & Nogueira, S. (2010). *Empresas sociais em Portugal: Uma breve análise com base em estudos de caso*. Obtido em 13 de maio de 2016, de socioeco.org: http://www.socioeco.org/bdf_fiche-document-2384_it.html
- Perry, S. (2008). Comunidade e cuidados no domicílio. In D. Lowdermilk., & S. Perry, *Enfermagem na maternidade* (7ª ed., pp. 43-66). Loures: Lusociência.
- Pfeifer, P. (janeiro-março 2000). O quadro lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. *Revista de serviço Público (ENAP)* (51), 81-122. Obtido em outubro 2016, de <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/62>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA, Base de dados Portugal Contemporâneo. (junho de 2015). Obtido em outubro de 2015, de PORDATA: <http://www.pordata.pt>
- Portugal 2020. (2014). *Programa Operacional Inclusão Social e Emprego*. Obtido em março de 2016, de https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/VERSOES%20CONSULTA/PO_ISE_FINAL_data_09122014_decisao_C%282014%299621.pdf

- Portugal 2020. (2015). Obtido em novembro de 2015, de <https://www.portugal2020.pt/Portal2020/o-que-e-o-portugal2020>
- Portugal 2020. (s.d.a). *Portugal 2020 o que é*. Obtido em março de 2016, de Portugal 2020: <https://www.portugal2020.pt/Portal2020/o-que-e-o-portugal2020>
- Portugal 2020. (s.d.b). *Programa Operacional Inclusão Social e Emprego*. Obtido de https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/BROCHURAS%20PO/Portal2020_PO%20ISE.pdf
- Portugal, Alto Comissariado da Saúde. (maio de 2009). *Comissão nacional da saúde da criança e do adolescente 2004-2008*. Obtido em outubro de 2015, de DGS: <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/ficheiros-externos/relatorio-comissao-nacional-de-saude-da-crianca-e-do-adolescente-2004-2008-pdf.aspx>
- Portugal Inovação Social*. (2015). Obtido em novembro de 2015, de <http://inovacaosocial.portugal2020.pt/index.php/sobre/>
- Projeto Management Institute. (2013). *PMBOK - Um guia de conhecimento em gerenciamento de projetos* (5ªed). Pensilvania: PMI publications.
- Quintão, C. (2008). Dez anos de empresas de inserção em Portugal- Revisão dos dados oficiais. *VI Congresso Português de sociologia*, (p. 7). Lisboa.
- Redford, D. T., Osswald, P., Negrão, M., & Veríssimo, L. (2013). *Manual para os técnicos (Programa Escolhas) - Uma escolha de futuro- Empreendedorismo e capacitação dos jovens*. Obtido em outubro 2015 de <http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/ManualUmaEscolhadeFuturoempreendedorismoJOVENS.pdf>
- Reis, N. R., & Santos, J. C. (2012). Estratégia para sustentabilidade de um novo negócio. In S. Félix, L. Alves, & V. Sirghi, *Manual de empreendedorismo social, uma abordagem sistémica* (pp. 109-117). Caldas da Rainha: AIRO. Obtido em fevereiro 2016 de <http://www.airo.pt/Download.aspx?x=6322c6e8-328e-4037-ae89-8d0b47fc98ea>
- Rua, M. G. (2005). *A aplicação prática do marco lógico*. Obtido em outubro 2016, de: http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAvaliacao_pratica_marco_logico.pdf
- Sampaio, P. (julho de 2014). *Nota de investigação 6: Filantropia de impacto*. Obtido em março de 2016, de Laboratório de Investimento Social: <http://investimentosocial.pt/wp-content/uploads/2015/02/RN6-Filantropia-de-Impacto.pdf>
- Santos, H. P. (2011). *Roteiro para elaboração de projetos de ação/intervenção v. 2.0*. Obtido em outubro de 2015, de Academia.edu: https://www.academia.edu/4277732/ROTEIRO_PARA_ELABORA%C3%87%C3%83O_DE_PROJETOS_DE_A%C3%87%C3%83O_INTERVEN%C3%87%C3%83O_v._2.0
- Santos, M. O. (agosto de 2012). *Texto de apoio sobre o diagnóstico em processos de intervenção social e desenvolvimento local*. Obtido em outubro de 2015, de http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf
- Santos, F., & Azevedo, C. (2015). *Manual de utilização da ferramenta de competitividade para inovações sociais (versão preliminar)*. Obtido em abril de 2015, de MIES: http://competitividade.mies.pt/ManualdeutilizacaodaFerramenta_V.Final.pdf
- Seabra, A. A. (2013). *Estatística empresarial*. Rio janeiro: FGV.
- Segurança, S. (outubro de 2015). *Família e comunidade*. Obtido em fevereiro de 2016, de Segurança Social: <http://www.seg-social.pt/familia-e-comunidade>

- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais: casos práticos*. Porto: Porto Editora.
- Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A., Dobel, R., Nogueira, J., & Teixeira, P. (2006). *MAPA - Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. Estoril: Príncipeia.
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (abril de 2014). Focus group: considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação* (26), 175-190. Obtido em outubro de 2015, de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/download/4703/3194>
- Siqueira, M. M. (abr-jun de 2008). *Construção e validação de uma escala de percepção de suporte social*. Obtido em outubro de 2015, de *Psicologia em estudo*, 13 (32), 381-388: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2>
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2001). *Avaliação de programas de saúde do adolescente*. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo.
- Tones, K., & S. Tilford. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Trad, L. A. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (3), 777-796. Obtido em novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos. (2009). *Bem-me-quer- projeto de enfermagem para a parentalidade*. Obtido em dezembro de 2015, de <http://www.ulsm.min-saude.pt/eventdetail.aspx?eid=347&menuid=140&preview=1>
- Viedma, C. A., & Jiménez, A. (s.d.). *Evaluación de programas sociales*. Días de Santos.
- Warren, L. (junho 2005). First time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of advanced nursing*, 50 (5), 479-488.
- Zastawny, D. (2014). *Social enterprises must not prioritise social aims over viability*. Obtido em abril de 2015, de The guardian: <http://www.theguardian.com/social-enterprise-network/2014/feb/17/social-enterprises-must-prioritise-viability>
- ZOOM. (2016). *Concepção, Avaliação e Gestão de Projectos*. Obtido em setembro de 2016, de ZOOM: http://www.zoom.org.pt/equalificacao/src_cdroms/concepcao_avaliacao_gestao_projects/links/c_avaliacao/m2u2t0.htm

Legislação

Comunicação da Comissão COM/2011/0682 de 25 de outubro de 2011- Relativo à Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões – Iniciativa de Empreendedorismo Social – Construir um ecossistema para promover as empresas sociais no centro da economia e da inovação sociais.

Comunicação da Comissão COM/2010/2020 de 3 de março de 2010 - Relativo à Europa 2020 - Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) - Regulamenta o exercício profissional de enfermagem.

Decreto-Lei n.º 102/2012 de 11 de maio - estabelece o regime do Fundo de Socorro Social.

Lei n.º 16/2001 de 22 de junho: Legisla sobre a liberdade religiosa.

Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro: Procede a uma reforma da tributação das pessoas singulares, orientada para a família, para a simplificação e para a mobilidade social, altera o Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, o Código do Imposto do Selo, o Estatuto dos Benefícios Fiscais, a lei geral tributária, o Código de Procedimento e de Processo Tributário, o Regime Geral das Infrações Tributárias e o Decreto-Lei n.º 26/99, de 28 de janeiro, e revoga o Decreto-Lei n.º 42/91, de 22 de janeiro.

Lei n.º 30/2013, de 8 de maio: Lei de Bases da Economia Social que estabelece, no desenvolvimento do disposto na Constituição quanto ao sector cooperativo e social, as bases gerais do regime jurídico da economia social e as medidas de incentivo à sua atividade.


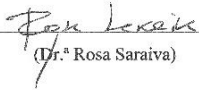
Portaria n.º 428/2012 de 31 de dezembro: procede à regulamentação do Fundo de Socorro Social definindo os termos e condições de acesso aos apoios financeiros a conceder.

Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho de 11 de março de 2014 - Relativo à criação de um terceiro programa de ação da união no domínio da saúde (2014-2020) e que revoga a decisão n.º 1350/2007/CE.

Resolução do Parlamento Europeu 2008/2025 (INI) de 19 de fevereiro de 2009 sobre a economia social- Reconhece o conceito de economia social; constata a necessidade de reconhecimento dos estatutos europeus das entidades da economia social.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer da comissão de ética do CHCB para realização do estudo

 <p>Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.</p>		<p><i>ENTRADO</i> <i>Gabinete de Investigação e Inovação</i> <i>25 JAN. 2016</i></p> <p><i>Recibó</i> <i>2016-01-25</i></p> <table border="1"><tr><td>Centro Hospitalar Cova da Beira</td></tr><tr><td>Presente em reunião de C.A.</td></tr><tr><td>Em: 25 JAN. 2016</td></tr><tr><td>Despacho: 12</td></tr><tr><td>Presidente da C.A. / Director Clínico Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</td></tr><tr><td>Vogal Executivo do C.A. Dr. Vasco Teixeira Lopo</td></tr><tr><td>Vogal Executivo do C.A. João Henrique Bento, Dr.</td></tr><tr><td>Enfermeira Diária Ent.ª Arminda Pinto</td></tr></table>	Centro Hospitalar Cova da Beira	Presente em reunião de C.A.	Em: 25 JAN. 2016	Despacho: 12	Presidente da C.A. / Director Clínico Prof. Doutor Miguel Castelo Branco	Vogal Executivo do C.A. Dr. Vasco Teixeira Lopo	Vogal Executivo do C.A. João Henrique Bento, Dr.	Enfermeira Diária Ent.ª Arminda Pinto
Centro Hospitalar Cova da Beira										
Presente em reunião de C.A.										
Em: 25 JAN. 2016										
Despacho: 12										
Presidente da C.A. / Director Clínico Prof. Doutor Miguel Castelo Branco										
Vogal Executivo do C.A. Dr. Vasco Teixeira Lopo										
Vogal Executivo do C.A. João Henrique Bento, Dr.										
Enfermeira Diária Ent.ª Arminda Pinto										
Parecer:	Despacho:									
ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º 09/2016 - "Capacitação parental e aleitamento materno: diagnóstico de necessidades e de oferta de serviços para a população da Cova da Beira".										
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração		N.º 12/GII								
DE: Gabinete de Investigação e Inovação		Data 20/01/2016								
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Maria Fernanda Sousa Lucas, aluna de Mestrado em Empreendedorismo e Serviço Social da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Capacitação parental e aleitamento materno: diagnóstico de necessidades e de oferta de serviços para a população da Cova da Beira", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, no serviço de Obstetria, Pediatria, e Unidade de Neonatologia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer nº 09/2016, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p>										
RS/MA										
Pág. 1 / 1										

Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)
Maria Fernanda Sousa Lucas

Data: 19/01/2016

Assunto: Parecer da CES relativo ao estudo "Capacitação parental e aleitamento materno: diagnóstico de necessidades e de oferta de serviços para a população da Cova da Beira"

Exmos(as). Senhores(as),

Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 18/01/2016 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde
do Centro Hospitalar Cova da Beira


(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

Deliberação n.º: 09/2016	Data: 18/01/2016	Órgão: Reunião plenária
Título: "Capacitação parental e aleitamento materno: diagnóstico de necessidades e de oferta de serviços para a população da Cova da Beira"		N.º. EudraCT:
Versão da documentação aprovada: 18/01/2016	Promotor:	Investigadores principais: Maria Fernanda Sousa Lucas

Membros da CES do CHCB:

**Prof. Doutor Manuel
Passos Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

**Enf. João José Carvalho
Ramalhinho**
(Enfermeiro)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus
Simões**
(Psicóloga)

**Dr. Luís Manuel Almeida
Alves Ribeiro**
(Médico)

**Dr. Luís Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 18/01/2016, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
Vice-Presidente: Dr.ª Ana Paula Torgal Carreira
Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro

Resultado da votação:

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 19/01/2016

O Presidente da CES do CHCB:


(Prof. Doutor Manuel Morgado)

Anexo 2. Metodologia colheita de dados: *focus-group*

A1. *Focus group* ou grupo focal

Na literatura especializada podem ser encontradas inúmeras definições de grupos focais, contudo, as principais estão associadas à ideia de grupos de discussão organizados à volta de uma temática, contribuindo a sua metodologia (objeto e objetivos) para o conhecimento do social (Aigner, 2001). A utilização desta técnica tem vindo a alargar o seu campo de aplicação em várias disciplinas e com diferentes finalidades observando-se num leque diversificado de áreas nomeadamente educação e intervenção na saúde, compreensão de práticas de gestão e de organização, ensino ou comportamento do consumidor e *marketing* (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Esta técnica pode ser a principal fonte de dados em estudos exploratórios, ou ser utilizada como técnica complementar quer em estudos quantitativos (Merton, Fisk & Kendall, 1990 como citados em Trad, 2009) quer qualitativos, associada a entrevistas em profundidade ou observação participante (Morgan, 1997), sendo especialmente usada em técnicas de triangulação e validação (Aigner, 2001).

Morgan (1997) define *focus group* como uma técnica de investigação dirigido à recolha de dados, conseguida através da interação e discussão grupal acerca de um tópico apresentado pelo investigador, sendo a interação que se instaura entre os participantes o ponto mais importante desta técnica não-diretiva (Tanaka & Melo, 2001). Esta metodologia consiste numa sessão informal (Viedma & Jiménez, s.d.), que procura colher informações capazes de proporcionar a compreensão de perceções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (Morgan, 1997; Aigner, 2001) que não seriam possíveis de obter, com suficiente profundidade, mediante outras técnicas tradicionais, tais como a observação ou entrevista pessoal (Aigner, 2001).

No *focus group*, a estimulação do debate e a dinâmica que se gera no grupo são as fontes essenciais do conhecimento (Flick, 2005), permitindo obter informação dos indivíduos acerca dos diferentes pontos de vista e experiências sobre acontecimentos, expectativas e compreensões de um tema, tendo como principal benefício a participação e compromisso das pessoas na problemática em estudo (Aigner, 2001). Esta modalidade tem a capacidade de se converter num intercâmbio de experiências, retroalimentando o interesse dos vários intervenientes sobre o tema (Aigner, 2001), levando-os a manifestar as suas opiniões trazendo à tona uma gama de dados, produzidos pela interação, que revelem pontos de consenso e dissenso, fundamentais para dar resposta às indagações da pesquisa (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009).

A. 1.1. Metodologia

Esta técnica consiste na realização de reuniões com um grupo ou vários grupos de indivíduos selecionados. Pode ser aplicada de forma presencial, ou seja, face a face num mesmo espaço comum, ou virtual através de *chats* de conversação *on-line*, síncronos ou assíncronos (Comissão Europeia [CE], 2013; Murray, 1997 como citado em Duarte, 2005).

Nos *focus group on-line* síncronos os participantes interagem em tempo real, ou seja, simultaneamente (Walston & Lissitz, 2000 como citado em Gondim, 2003; Duarte, 2005), reunidos em salas de *chat* ou por meio de programas de computador que possibilitam conferências *on-line*, como o MSN ou o MIRC (Duarte, 2007 como citado em Gondim, 2003; Duarte, 2005). As sessões assíncronas normalmente fazem uso de listas ou grupos de discussão ou da troca de *e-mails*, de forma que os participantes possam ler os comentários postados por outros e contribuir com os seus próprios comentários a qualquer momento, não necessariamente quando algum outro elemento do grupo esteja a participar (Duarte, 2005). Esta modalidade de discussão *on-line*, é desenvolvida no período médio de tempo de três a cinco semanas, tempo necessário para os respondentes analisarem e responderem de acordo com seu interesse e disponibilidade (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009).

Para o presente trabalho, optou-se pela versão *on-line* síncrona, associando uma vertente secundária assíncrona, através da manutenção do grupo focal em aberto durante ma semana após a sessão síncrona, para eventuais acrescentos de informações/discussões, sem necessidade de se encontrarem todos os participantes *on-line*. Esta versão foi selecionada por dificuldades em agendar o grupo para uma sessão presencial simultânea. Dadas as características dos intervenientes, esta foi considerada uma técnica adequada. Inicialmente previstas duas sessões com dois grupos diferentes (uma constituída por enfermeiros e outra por mães), apenas foi possível realizar a sessão com enfermeiros, pela dificuldade em agendar para mesma data e hora o grupo de mães.

A. 1.2. Procedimentos éticos

As considerações éticas da técnica *focus group* são as mesmas que para outras técnicas de investigação social (Aigner, 2001), o que inclui:

- Fornecer informações acerca dos propósitos e utilização das conclusões obtidas;
- Manter os participantes informados acerca das expectativas do grupo investigador;
- Não pressionar os participantes para emitirem opiniões que podem ser perigosas em determinados contextos;
- Manter a confidencialidade dos dados, uma vez que os participantes podem chegar a conclusões que fora do grupo podem tornar-se perigosas para eles ou para os demais participantes;
- Alertar para que as opiniões individuais passam a ser as do grupo, pelo que os participantes devem ser encorajados a manter confidencialidade do que ouvem nas

ssões (caso de discussão grupal para tomadas de decisão acerca de determinados problemas);

- Deve ser garantido anonimato dos participantes e das suas opiniões;
- Devem proceder a assinatura de consentimento livre e esclarecido.

Com base nestas considerações, os participantes foram convidados e informados acerca dos propósitos da sessão, tendo assinado o consentimento informado, permitindo a utilização das informações recolhidas. Na Apresenta-se o modelo do consentimento informado solicitado aos participantes.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro aceitar de livre vontade participar numa sessão de *focus group* virtual sobre as dificuldades dos pais nos cuidados ao bebé e na amamentação e os apoios a que podem recorrer.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais da sessão:

- Identificar principais dificuldades manifestadas pelos pais nos cuidados ao bebé e na amamentação;
- Descrever apoios a que os pais recorrem para superar as suas dificuldades;
- Identificar principais lacunas e soluções para apoiar os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação;
- Analisar possibilidade de criação de uma rede de apoio social na região da Cova da Beira.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este trabalho.

NOME _____

ASSINATURA _____

Data: ____-____-____

Ilustração A 1. Consentimento informado para participação em sessão de *Focus group*

A. 1.3. Etapas do *focus group*

As etapas para a realização de *focus group* não diferem muito entre as modalidades presenciais ou virtuais (Sweet, 1999; Sweet & Walkowski, 2000; Walston & Lissitz, 2000; Adler & Zarchin, 2002 como citados em Abreu, Baldanza & Gondim, 2009). Apesar de várias nomenclaturas as etapas convergem todas para conteúdos idênticos, apresentando-se aqui a designação de Silva, Veloso, e Keating (2014) que consideram a existência de 5 fases: planeamento, preparação, moderação, análise de dados e divulgação de resultados.

Planeamento

O primeiro passo metodológico implica definir claramente o problema a ser avaliado (Tanaka & Melo, 2001), para permitir um planeamento adequado. Nesta fase devem ser respondidas as questões: “Quais são os objetivos orientadores da realização do projeto de investigação em geral e do *focus group*, em particular? Qual a estrutura do guião de entrevista? Quem deverão ser os participantes? Qual o tamanho desejado para os grupos? Quantos grupos?” (Silva, Veloso, & Keating, 2014, p.180). O planeamento tem por base os objetivos do próprio projeto de investigação (Silva, Veloso, & Keating, 2014), a partir dos quais se elabora o guião de discussão com as questões a colocar na sessão (Aignerren, 2001). Esta fase inclui ainda a definição do número de grupos e composição, assim como o seu tamanho.

Perante estas indicações, definiram-se como objetivos: Descrever principais dificuldades manifestadas pelos pais/identificadas pelos profissionais relativamente aos cuidados ao bebé; Descrever principais dificuldades manifestadas pelos pais/identificadas pelos profissionais relativamente ao aleitamento materno; Observar existência/inexistência de rede de apoio social (familiares, amigos, profissionais, outros) descrito pelos pais/percebidos pelos profissionais; Conhecer opinião do grupo-alvo/profissionais sobre os serviços existentes e da sua articulação atual; Identificar soluções propostas pelo grupo-alvo/profissionais para melhorar essa articulação; Identificar reação/ probabilidade de adesão do grupo-alvo/profissionais às soluções apresentadas.

- **Guião de discussão**

O guião de discussão é considerado como procedimento essencial para a condução de grupos focais (Morgan, 1996; Edmunds, 1999; Krueger & Casey, 2000; Fern, 2001; Bunchaft & Gondim, 2004 como citados em Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009). Consiste em “um esboço dos tópicos que serão abordados no grupo e tem a finalidade de assegurar que todos os principais itens pertinentes à pesquisa sejam abordados, visto que na interação dos participantes, assuntos diversos podem surgir e causar grande dispersão temática.” (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009, p.9). Para suprimir esta dificuldade, Tanaka & Melo (2001), recomendam que o moderador tenha sempre uma lista de questões que podem ou não ser usadas, de acordo com a forma como decorre a discussão.

Para desenvolver o guião de discussão é necessário identificar quem participará nas reuniões, uma vez que as questões dependem de quem são os participantes e que tipo de informação se pretende obter (Aignerren, 2001). Este guião inclui metas, objetivos da sessão e entre 5 a 6 perguntas abertas (Aignerren, 2001; IIBA, 2011). As perguntas devem formular-se segundo as condições e experiências pessoais dos entrevistados, o que pode implicar a elaboração de mais do que um tipo de guia, possibilitando uma exploração sistemática ainda que não fechada (Aignerren, 2001). As temáticas devem formular-se em linguagem acessível ao grupo de entrevistados e a ordem ou ênfase das mesmas podem ser alteradas segundo as pessoas, as circunstâncias e o contexto cultural (Aignerren, 2001), oscilando os projetos entre uma abordagem muito estruturada até uma abordagem muito pouco ou quase nada estruturada, sendo a abordagem mais frequente projetos moderadamente focados (Morgan, 1997).

No presente estudo, perante os objetivos definidos optou-se por uma abordagem moderadamente estruturada, caracterizada por utilizar a estratégia do “funil” (Morgan, 1997) em que as questões se tornam cada vez mais específicas à medida que a discussão avança. As questões iniciais, ao serem mais genéricas, ajudam as pessoas a falarem e a pensarem sobre o tópico (Krueger e Casey, 2009 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014), são 1 ou 2 questões introdutórias que induzem a temática (Aignerren, 2001). Tal abordagem de compromisso torna assim possível aceder, por um lado, às perspetivas dos próprios participantes na primeira parte de cada discussão e, por outro, às respostas a interesses específicos do investigador na segunda parte (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Aignerren (2001) recomenda que as questões para obter estas respostas devem ser 3 ou 4 ou no máximo 5.

Uma vez considerada a segmentação em duas categorias de participantes (ver ponto seguinte), apesar dos conteúdos serem idênticos a formulação das questões opera-se de forma diferente de acordo com o grupo focal a que se destina. Na Tabela A1 apresenta-se o guião de discussão e respetiva grelha analítica do *focus group*.

Tabela A 1. Guião de discussão e Grelha analítica do *focus group*

QUESTÕES	INFORMAÇÕES PRETENDIDAS
1. No atendimento aos pais e ao bebé,(em especial RN) como descrevem a adaptação dos pais à chegada do bebé e aos cuidados que ele exige?	Principais dúvidas e dificuldades identificadas pelos enfermeiros quer seja por observação, quer sejam manifestadas pelos pais relativamente aos cuidados ao bebé e amamentação
2. Onde é que acham que os pais vão procurar ajuda para as suas dúvidas e dificuldades?	Descrever tipos de apoio a que os pais recorrem
3. O que acham do apoio profissional disponível atualmente (Centro de saúde, hospital, outros)?	Identificar pontos fortes e lacunas das respostas existentes atualmente
4. Qual a vossa opinião acerca da articulação dos vários serviços disponíveis (centro de saúde, hospital, comunidade)?	Identificar o que falta e o que poderia mudar
4. Qual a vossa opinião acerca da possibilidade de criar uma rede de apoio social na região da cova da beira, complementando os apoios do setor público, com os grupos de mães, associações e outras iniciativas?	Saber de que forma os profissionais caracterizam a articulação (ou a sua ausência) dos recursos existentes
5. O que sugerem para essa articulação ter sucesso?	Aferir recetividade à criação de uma rede social de apoio abrangente na região da Cova da beira
	Identificar sugestões de profissionais que trabalham nas diferentes instituições e ligados aos vários apoios por estas disponibilizados , identificando pontos nevrálgicos e soluções

- **Composição e Número de grupos**

Os grupos podem ser naturais, já existentes no dia-a-dia e fora do contexto do grupo focal ou artificiais, reunido para fins de investigação, de acordo com determinados critérios (Flick, 2005), começando e terminando com a reunião. Neste último caso, o grupo que instaura um espaço de “opinião grupal”, não existe enquanto tal nem antes, nem após a sessão de *focus group*, existindo apenas para realizar uma tarefa, orientando-se a sua dinâmica para produzir algo, existindo por e para esse objetivo (Aigner, 2001). Os grupos podem ser distinguidos pela sua homogeneidade (similares nas dimensões essenciais para a problemática da investigação e com bases parecidas) ou heterogeneidade (diferentes nas características importantes em relação à problemática de investigação), objetivando-se favorecer a dinâmica do debate, de modo a serem expressas muitas perspectivas diferentes e a romper a reserva dos participantes, por meio do confronto de pontos de vista (Flick, 2005). A homogeneidade foi garantida no caso dos enfermeiros, pelo facto de serem profissionais que trabalham diretamente com as mães e que podem aperceber-se das dificuldades. Por seu lado a heterogeneidade obteve-se selecionando dois participantes de cada serviço que presta cuidados nesta área: neonatologia; maternidade; centro de saúde.

Os dados obtidos são passíveis de ser triangulados com os obtidos nas entrevistas e na análise documental. Esta estratégia de triangulação permite minimizar a limitação colocada pelo facto de apenas analisar um *focus group*, uma vez que permite saber em que medida a comparação dos dados obtidos na discussão do grupo com informação obtida de outras fontes é consistente (Morgan, 1998 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014). Por outro lado, a triangulação permite também perceber se as necessidades identificadas pelos profissionais são de facto sentidas pelo grupo-alvo, e como tal, necessidades para as quais se exigem respostas, assim como conhecer as soluções propostas pelos vários intervenientes.

- **Tamanho do grupo**

O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (Pizzol, 2004 como citado em Trad, 2009). Com um grupo grande pode haver dificuldade de garantir a participação de todos os presentes, bem como manter o foco das discussões em torno das questões centrais pretendidas (Trad, 2009) ao passo que um grupo demasiado pequeno, pode não gerar discussão e tornar-se pouco profícuo em termos de geração de informação. A cada participante é dada maior oportunidade de falar, embora lhes atribua maior responsabilização pelo desenrolar da discussão (Morgan, 1997). A opção por um ou outro tipo depende dos objetivos do projecto de investigação e dos seus eventuais constrangimentos (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Na pesquisa bibliográfica efetuada encontra-se menção de grupos focais presenciais que oscilam entre 4 e 12 participantes (Krueger & Casey, 2009 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014), entre 6 e 10 (Morgan, 1997; Tanaka & Melo, 2001), ou entre 6 e 12 participantes (Aigner, 2001; IIBA, 2011). Quanto à abordagem *on-line* Abreu, Baldanza, & Gondim (2009, pp.13-14) referem que

“o número de participantes dos grupos focais *on-line*, não difere significativamente dos grupos focais presenciais, mas de acordo com estudos já realizados, destaca-se que o número de participantes pode variar segundo o autor: de 4 e 6 participantes, para Underhill e Olmsted (2003), e 10 a 12 respondentes, para Sweet (1999) e também Monolescu e Schifter (1999). Gaiser (1997) salienta que a variação no número de participantes (4 e 8 membros) depende da experiência do pesquisador na tentativa de evitar falha no processo, como problema no computador (máquina) ou na conexão, e também a ausência dos convidados, pois tanto na metodologia presencial quanto na *on-line*, há um percentual de não participação do convidados, ou seja, é comum uma desistência que varia de 10% a 50%.”

Para o estudo em questão, o grupo de profissionais foi constituído por 7 participantes, parecendo ser um número adequado aos objetivos propostos e finalidade a que se destinam os resultados. Após definição das características e constituição do grupo, define-se a estratégia de recrutamento, que inicia a fase de preparação, que inclui as condições logísticas de realização das sessões de *focus group*.

Preparação

Tal como em outras metodologias qualitativas, no *focus group* a seleção da amostra é intencional, recaindo sobre participantes que à partida se preveem capazes de gerar discussões o mais produtivas possível (Morgan, 1997). A seleção pode fazer-se através de “bolsas” de potenciais participantes elegíveis quando existe a possibilidade de identificação prévia. Quando tal não é possível pode ser necessário recorrer-se a uma abordagem individual ou a um intermediário, adotando-se, neste caso, uma estratégia de recrutamento tipo “bola de neve” (Bloor *et al.*, 2001 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014). Segundo Morgan (1998 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014), o recrutamento é um processo sistemático que obriga à realização de contactos prévios para formalizar o recrutamento e garantir a presença dos participantes. A confirmação é referida pelos vários autores consultados (Tanaka & Melo, 2001; Aigner, 2001; Silva, Veloso, & Keating, 2014; Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009) como via para garantir a presença dos selecionados. Tanaka & Melo (2001) recomendam que os participantes devem ser vagamente informados sobre o tema da discussão para que não apareçam com ideias preestabelecidas.

Quanto à escolha do local para a realização dos *focus group*, a recomendação geral é a de que este seja acessível, assegure conforto aos participantes bem como a confidencialidade da informação gerada (Bloor *et al.*, 2001; Morgan, 1998; McParland & Flowers, 2012; Rodrigues *et al.*, 2007; Sagoe, 2012; Stewart *et al.*, 2007 como citados em Silva, Veloso, & Keating, 2014; Tanaka & Melo, 2001). O local escolhido é virtual, acessível aos participantes no conforto das suas casas. A estratégia passa pela realização de um encontro virtual através de *chat* no facebook, criando um grupo fechado para a ocasião. No caso dos profissionais, questionados sobre a utilização dos seus perfis ou utilização de perfis criados unicamente para a sessão, de forma a garantir o anonimato perante os restantes participantes, nenhum colocou objeção a participar com o seu perfil. No presente estudo procedeu-se à seleção através de abordagem individual. Após realização de contacto inicial pessoalmente ou via correio eletrónico onde foi descrito sumariamente o que se pretendia e uma vez aceitando participar, foi criado grupo secreto e convidados os membros quatro dias antes da sessão. 3 dias antes da sessão procedeu-se ao agradecimento antecipado pela disponibilidade e participação dos membros e foram publicadas as informações, explicando os objetivos e a forma como se processaria a sessão, de maneira a permitir esclarecer eventuais dúvidas relativamente a algum procedimento, evitando atrasos no início da sessão e demora da mesma,

umentando o risco de abandono. Na véspera foi enviado lembrete via mensagem de telemóvel e pedida confirmação. No dia de manhã, foi enviada mensagem para lembrar a hora de realização da sessão.

Moderação

A moderação é a fase seguinte do processo, sendo de grande importância o papel do moderador para o seu sucesso, dependendo o seu papel e funções de acordo com a abordagem. “Há casos em que a confiança na dinâmica do grupo é tal que se dispensa a moderação do investigador, a fim de evitar que as suas intervenções provoquem qualquer desvio do debate em curso e dos seus conteúdos. Mas é mais frequente a necessidade de o investigador moderar o debate, por razões práticas.” (Flick, 2005,p.119). Dreher & Dreher (1982 como citados em Flick, 2005) distinguem três formas de moderação:

- **Direção formal:** limitada ao controle da agenda de intervenientes e à determinação do início, desenvolvimento e termo do debate;
- **Condução temática:** inclui além das anteriores a introdução de novas questões e a orientação do debate, no sentido do aprofundamento e exploração de temas e pontos concretos;
- **Orientação da dinâmica:** varia entre o relançamento do debate com questões provocativas, a polarização de uma discussão frouxa e o condicionamento das relações de dominância, pela solicitação dos membros mais passivos.

De acordo com os mesmos autores, o moderador tem como norma geral perturbar o menos possível a iniciativa dos participantes, de forma a permitir que o debate se faça pela troca de argumentos. A combinatória escolhida dependerá das alternativas disponíveis para alcançar os objetivos, do tipo de grupo e sua composição e da função do moderador (Flick, 2005). Independentemente disso o moderador deve possuir algumas características, fundamentais para alcançar os objetivos a que se destina a sessão, devendo o seu papel ser menos diretivo e mais centrado no processo de discussão. Alguns moderadores dirigem o grupo de tal modo que a discussão gira em torno de suas opiniões, e não daquelas expressas pelos participantes (Gondim, 2002 como citado em Trad, 2009) pelo que deve ter o cuidado de não induzir o grupo, de forma consciente ou não, a partir de seu ponto de vista (Minayo, 2000 como citado em Trad, 2009), nem demonstrar preferências ou rejeições que influenciem os participantes a uma opinião ou posição particular (Aignerren, 2001). Assim, o moderador deve permanecer neutro, ser adaptável e flexível garantindo que os objetivos sejam alcançados (IIBA, 2011). O seu papel não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação focada no tema em discussão e certificar-se que todos têm oportunidade de participar (Krueger e Casey, 2009 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014).

- **Dinâmica do *focus group***

Quanto à dinâmica funcional do *focus group*, Aignerren (2001) considera que se processa em três fases: abertura, colocação de perguntas e encerramento. No caso de *focus group* virtual, na **abertura da sessão**, o moderador deve conduzir uma dinâmica de apresentação, para que todos

os participantes tenham uma informação inicial sobre os demais (nome, formação, etc.). De seguida é feita uma apresentação geral dos objetivos da realização dos grupos e esclarecidas as dúvidas iniciais quanto à participação, à análise e divulgação dos resultados (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009). Os participantes devem ser informados de que podem expressar emoções, podendo utilizar símbolos típicos da Internet como ‘*emoticons*’ (Gaiser, 1997; Maclaran & Catterall, 2002 como citados em Abreu, 2009). Os *emoticons* são mensagens não-verbais padronizadas no processo de comunicação mediada por computador que representam emoções corporais (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009). Estimulam a comunicação simbólica tentando representar expressões faciais e gestuais através das quais podem ser comunicadas emoções e estados afetivos, sem necessariamente ser digitado algum texto. Este recurso pode ser utilizado para suprir a falta de manifestações de emoções que são mais típicas e mais perceptíveis em *focus group* presenciais (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009).

Na sequência, o moderador digita uma pergunta com base no guião de discussão, e espera alguns participantes responderem ou questionarem o moderador, dando início assim ao processo de discussão. No ambiente virtual há uma tendência maior à dispersão, pela ausência de controlo visual dos participantes entre si, desestabilizando o assunto-foco e permitindo o início de discussões paralelas, o que exige ao moderador um esforço para conseguir manter a atenção do grupo e evitar que abandonem a discussão (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009). Assim, e na ausência de outros meios como o tom de voz ou expressões gestuais, a digitação das indagações pelo moderador com letra maiúscula para atrair a atenção do grupo pode ser usada como recurso de forma de suprir esta deficiência (Abreu, Baldanza, & Gondim, Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual, 2009). Para evitar a dispersão é também importante que as indagações do moderador ocorram no momento certo e que este estimule os participantes a detalhar as suas respostas.

As instruções foram dadas aos participantes no gruposecreto 3 dias antes da sessão, de forma a esclarecer dúvidas antes do dia da sessão e de forma a torná-la mais célere, evitando atrasos no início da sessão. Nessas instruções foi salvaguardada a estratégia atrás descrita informando-os de que deveriam digitar as suas respostas sempre em letras minúsculas, podendo fazer uso de *emoticons*. Das informações constou também a indicação de que a sua resposta à questão inicial do moderador deveria ser uma publicação individual enquanto os comentários às respostas dos restantes participantes deveriam ser feitos no espaço de comentários das publicações do *facebook*. No dia da sessão foram descritos os objetivos do *focus group* e relembradas instruções, uma vez não existindo dúvidas procedeu-se ao início da sessão.

Um dos problemas que se colocam ao moderador prende-se com o controlo do tempo e o volume de respostas dos membros do grupo, o que prejudica o fluxo da discussão, exigindo esforço acrescido para conseguir uma participação mais equilibrada dos vários indivíduos. O tempo de realização de cada grupo varia entre uma e duas horas, situando-se em média nos 90 minutos (Morgan, 1997), não existindo diferença entre os *focus group* presenciais e virtuais (Abreu,

Baldanza, & Gondim, 2009). Este é o tempo considerado limite pelos vários autores para garantir foco e interesse dos participantes na discussão. A sessão de *focus group* do grupo dos profissionais teve a duração de 80 minutos, tendo sido no geral equilibrada e participada, com exceção de um participante (FGP7) que limitou grande parte das suas opiniões a concordar com as opiniões digitadas pelos restantes. A moderação decorreu sob a forma de condução temática, com pequenas intervenções do moderador de forma a equilibrar participações e comentários a alguns assuntos que foram emergindo da discussão.

Uma vez terminada a discussão, procedeu-se ao encerramento. Aigner (2001) diz-nos que a fase de **encerramento** deve incluir chegar a um consenso quanto às conclusões finais e formalizar o encerramento através do agradecimento aos participantes insistindo não só na importância da sua participação, como também explicando a forma como os dados serão utilizados. No caso foram feitos os agradecimentos e dadas indicações que o grupo se manteria em aberto durante 3 dias de forma a possibilitar acrescentar mais algum comentário, após o que se publicariam os resultados da sessão. Nesse tempo não houve qualquer acrescento de informação, tendo sido publicada uma grelha sumária dos resultados obtidos.

Análise dos dados

Uma vez recolhida a informação, inicia-se a quarta fase do processo, dedicada à análise dos dados (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Esta fase final consiste em interpretar e comparar a informação dada pelos participantes e procurar opiniões partilhadas e divergentes em cada grupo. A informação recolhida é codificada para se poder organizar os resultados em relação aos objetivos de avaliação (CE, 2013). No caso dos *focus group* virtuais, não há necessidade de transcrição dos dados gravados, uma vez que no final de cada sessão já se encontra disponível um rascunho da transcrição, sendo apenas necessário copiar e colar no editor de texto utilizado pelo pesquisador, constituindo uma vantagem sobre a abordagem presencial (Abreu, Baldanza, & Gondim, 2009). Ainda assim, tratou-se de um trabalho exigente, uma vez que foi necessário traduzir os “GOSTO” em concordância com os respetivos temas a que se reportavam. Bloor *et al.* (2001 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014), a propósito da análise de dados dos *focus group*, enfatizam que esta pode ser abordada de várias formas, devendo ser sempre sistemática e rigorosa, recorrendo ao longo de três etapas:

- **Codificação/indexação:** Após transcrição e leitura do texto, ocorre um processo de atribuição de categorias (e, se necessário, de subcategorias) refletindo estas os temas presentes no guião bem como os novos que emergiram da discussão dos grupos;
- **Armazenamento/recuperação:** Compilação de todos os extratos do texto subordinados à mesma categoria de modo a poder compará-los;
- **Interpretação:** Deve ser suportada numa análise sistemática dos dados

O investigador analisa e documenta os pontos onde há, ou não, consenso entre os participantes e sintetiza-os em temas (IIBA, 2011). Entre as técnicas mais empregadas nesta fase, destaca-se a análise de conteúdo, sendo esta utilizada na análise dos dados recolhidos. A partir de

categorias e subcategorias definidas *á priori*, foram identificadas as unidades de registo e os respetivos descritores (quando pertinente), como se apresenta na tabela, que inclui uma coluna com as unidades de contexto mais relevantes, a utilizar para ilustrar os resultados apresentados no diagnóstico.

Divulgação dos resultados

A última fase do processo de implementação do *focus group* é dedicada à divulgação dos resultados, sob a forma de relatório escrito (Silva, Veloso, & Keating, 2014), que deve incluir não só aspetos formais do estudo: problema, objetivos, estratégia metodológica e técnica, como também detalhes acerca da configuração do grupo focal, desenvolvimento das sessões, resultados e conclusões finais (Aignerren, 2001).

A transcrição de frases ilustrativas das categorias adotadas ou a apresentação das categorias com indicação da sua frequência são alguns exemplos encontrados na literatura (Yin, 2011 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014). Em relação à primeira prática, Morgan (2010 como citado em Silva, Veloso, & Keating, 2014) sublinha que o relato de citações é em si mesmo uma parte importante da investigação qualitativa dado que fornece evidência para a credibilidade da análise realizada, permitindo uma ligação direta entre o conteúdo mais abstrato dos resultados e os dados gerados. Além disso, constitui também a conexão mais forte entre o leitor e a voz dos participantes (Morgan, 2010; Yin, 2011 como citados em Silva, Veloso, & Keating, 2014).

A.1.4. Resultados obtidos

Os resultados obtidos pela análise de conteúdo, são apresentados na Tabela A2. Nela se inclui as categorias e subcategorias identificadas assim como as respetivas unidades de registo. Para cada uma dessas unidades de registo, procedeu-se a uma quantificação do número de vezes que foi referida e traduz-se pela coluna identificada como “F”. A tabela inclui ainda uma coluna com os principais descritores e outra com as unidades de contexto mais relevantes.

Aignerren (2001) sugere contextualizar a informação conseguida a partir dos objetivos e analisar as respostas e contributos que o grupo focal produziu, comparando e combinando a informação obtida com outra conseguida por outros meios (entrevistas, observações ou informações secundárias). Mais acrescenta relativamente à necessidade de realçar os temas, sucessos e perguntas principais que afloraram na discussão no interior do grupo focal, sendo conveniente classificar estes contributos de acordo com critérios ou códigos pré-estabelecidos e definindo critérios de prioridade, permitindo decidir que ação será necessária em relação aos temas prioritários. Seguindo estes pressupostos, apresentaram-se os resultados dos *focus group*, integrados na Parte II do projeto, respeitante ao diagnóstico.

Tabela A 2. Análise de conteúdo da sessão de *focus group on line* realizada com enfermeiros

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	F	DESCRITORES	UNIDADES DE CONTEXTO MAIS RELEVANTES	
NECESSIDADES DE APOIO PAIS	DIFICULDADES NOS CUIDADOS AO BEBÉ	Banho	7	Alterações do sono	“os pais estão pouco preparados para os cuidados a prestar ao seu bebé. são inúmeras as alterações, tanto a nível do casal com a título individual, e a maioria dos pais não se preparou para a chegada do novo ser, que afinal não é só ‘comer, mudar a fralda e dormir’”(FGP3) “Como um pai dizia “os bebés nao trazem livro de instruções ” (FGP7) “A amamentação é a meu ver a principal dificuldade, seja pelo contexto social, seja pela ausência de uniformidade na informação prestadas pelos profissionais de saúde seja durante o pre como durante o pós natal, bem como pela ausência de uma cultura de amamentação” (FGP5)	
		Cuidados ao coto umbilical	7			
		Sono	7			
		Cólicas/Eliminação	7			
		Choro	7			
	DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO	Quantidade e qualidade do leite	7	Causa do choro		
		Horário das mamadas	7			
		Posicionamento correto	7			
		Problemas da mama	7			
			7			
APOIOS A QUE OS PAIS RECORREM	RECURSOS	Apoio profissional	7	Instituições de saúde; Enfermeiros	“penso que os pais procuram ajuda nas instituições como o hospital enquanto estão internados (enfermeiros) e no centro de saúde, contudo quem se desloca ao pediatra particular pode não passar pelos ensinós/cuidados de enfermagem”(FGP1) “as pessoas tendem mais facilmente a abrir-se com conhecidos, mães que estão na mesma fase...” (FGP2) “os internamentos são cada vez mais curtos e as duvidas, de facto, surgem em casa.” (FGP4) “Essa articulação deveria ser mais visível, ainda existem muitas lacunas na comunicação. ..” (FGP6) “esse e o problema existem as “coisas ” e teoricamente são óptimas mas do ponto de vista pratico não produzem efeitos, não envolve todos os profissionais que contactam com as utentes” (FGP5)	
		Familiares e amigos	4			
		Internet	5			
		Grupos de apoio mútuo	2			
	LACUNAS DOS APOIOS	Alta precoce	4	Mães que estão na mesma fase		
		Circuito de informação ineficaz	4			
		Falta de articulação das várias entidades	5			
		Desconhecimento dos projetos e resultados	7			
		Informações erradas/pouco credíveis	6			
			6			
PROPOSTAS PARA MELHORAR APOIO	SERVIÇOS EXISTENTES	Divulgação	6	Grupos apoio mútuo; apoio enfermagem	“acrescentaria que deveríamos divulgar melhor as redes de apoio de enfermagem existentes hospital/centros de saúde , pois após a alta as pessoas tendem a esquecer-se de nos como suporte.” (FGP2) “O apoio pode sempre melhorar.... As redes de apoio na comunidade deviam desenvolver-se. (FGP4) “criar reuniões, grupos de trabalho onde estivessem representados os diversos profissionais que contactam com os pais e com o Bebe para uniformizar praticas e para se criarem sugestões de melhoria... “acho que deveria haver outros locais /instituições/ associações que pudessem dar apoio, tirar dúvidas, onde se realizaria workshops e que pudesse abranger toda a população” “todas ligadas entre si” (FGP1) “A criação de uma cultura de amamentação na região, para todas as pessoas interessadas e não criar a ideia que que tem de ser uma obrigação das mães.”(FGP5)	
		Articulação das várias entidades	6			
		Estabelecer circuito de informação eficaz	7			
		Otimizar serviços existentes	4			
		Uniformização de informação e práticas	6			
			6			
	NOVOS SERVIÇOS	Públicos	5	Base comum: adaptação caso a caso; dosear informação		
		Outras entidades	4			
		Respeitar/apoiar opções da mãe	5			
		Cultura de amamentação	6			
GERAIS	Replicar exemplos de outros países	2	Amamentar; não amamentar			
	Aceitação	6				
		6				
		6				
CRIAÇÃO REDE DE APOIO SOCIAL	OPINIÃO	Aceitação	7	Pais e profissionais	“a rede de apoio envolvendo profissinais e associações da comunidade e com um caracter informal seria uma mais valia” (FGP5)claro que concordo ... tudo o que venha promover melhor suporte aos pais/bebes da região é de avançar!” (FGP2) “o trabalho das associações na comunidade tem de ser sempre apoiados pelos profissionais de saúde...” (FGP4) “para haver articulação, tem de haver vontade,objectivos comuns” (FGP5) “criar uma plataforma de comunicação entre pares e de informação à comunidade” (FGP3)	
		Rejeição	0			
	SUGESTÕES	Reuniões / grupos de trabalho	7			Públicas e comunidade
		Melhorar articulação entre entidades	6			
		Melhorar circuito de informação	5			
Divulgação	3	Plataforma comunicação;				
	3	Serviços; inicitavas				

Esta técnica revelou-se uma metodologia de colheita de dados versátil e dinâmica, com capacidades únicas que devem ser potencializadas através de uma planificação e moderação rigorosas, permitindo desta forma recolher dados num curto espaço de tempo e num contexto de dinâmica de grupo, onde as opiniões se contrapõem, se conjugam e se modificam, no ambiente em que ocorrem habitualmente, repleto de relações e interações.

A utilização da técnica de *focus group* promove a produção de conhecimento numa perspetiva de investigação-participada e de investigação-ação, sendo uma mais-valia em relação a outros instrumentos de colheita de dados pela capacidade de gerar opinião grupal concebida no seio do grupo de participantes e pela dinâmica nele gerada.

Apontada como principal desvantagem a dificuldade de agendamento dos vários participantes, foi verificada no presente trabalho inviabilizando a realização de uma segunda sessão de *focus group* com participantes de outra categoria (mães), obrigando à realização de entrevistas individuais para recolher as opiniões deste grupo de atores.

Anexo 3. Metodologia colheita de dados: entrevista semiestruturada

A. 2. Entrevista semiestruturada

“A entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações.” (Ketele & Roegiers, 1993, p.22). Haguete (2010) reitera esta ideia definindo-a como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado e em que as informações são conseguidas através de um guião onde constam um grupo de tópicos previamente estabelecidos tendo por base uma problemática central.

O principal objetivo da entrevista é a obtenção de informações qualitativas e as opiniões das pessoas sobre determinado assunto ou problema (EVALSED, 2014), que no caso específico respeita à determinação das opiniões sobre os factos, designação atribuída por Selltitz (1965 como citado em Lakatos & Marconi, 1996) quando o conteúdo da entrevista permite conhecer o que as pessoas pensam ou acreditam que os factos sejam.

Esta técnica é um dos melhores meios para envolver populações com um baixo nível de conhecimento, podendo tomar o lugar dos questionários dirigidos aos *stakeholders* que tenham dificuldade em preencher formulários (EVALSED, 2014), nomeadamente no caso de utilização de entrevistas estruturadas. A vantagem deste tipo de inquérito é a de permitir recolher informação detalhada sobre valores, factos e comportamentos dos entrevistados assim como a de permitir fazer a ligação entre um grupo de elementos, produzindo, assim, um estudo relativamente exaustivo de um determinado assunto. Uma entrevista bem realizada pode ajudar a identificar soluções e recomendações com vista a melhorar o desempenho de uma intervenção (EVALSED, 2014). Sendo este o propósito da pesquisa, a técnica de entrevista adequa-se à colheita de informações necessárias para a mesma, permitindo fazer o diagnóstico da situação atual, a identificação de problemas, causalidades e soluções na perspetiva dos *stakeholders*, de forma a otimizar as respostas propostas no projeto.

As entrevistas podem cumprir várias funções: Exploratórias, analíticas e de expressão (Bertaux, 1997 como citado em Guerra, 2006a). O estatuto de função exploratória tem interesse no início de uma pesquisa de terreno e se pretende descobrir as linhas de força pertinentes, dado o desconhecimento do fenómeno estudado. Geralmente faz-se uma observação direta, entrevistas a informadores privilegiados e entrevistas exploratórias. As conclusões de uma

pesquisa exploratória têm estatuto de hipóteses explicativas funcionando como interpretações hipotéticas. “A pesquisa termina com a elaboração de um modelo explicativo da realidade estudada.” (Guerra, 2006a, p.38). Para a pesquisa efetuada, as entrevistas assumiram uma dupla função, uma vez que não sendo o objeto de estudo completamente desconhecido, as entrevistas tiveram a função de expressão, no sentido de constatar pelas opiniões dos outros, aquilo de que já se suspeitava. Bertaux (1997 como citado em Guerra, 2006a, p. 34), refere que “Neste estatuto de pesquisa, o material recolhido tem uma função de comunicação e não de pesquisa. Trata-se sobretudo de «fazer passar a mensagem» (...)”. Por outro lado utilizou-se também a sua função exploratória, uma vez que apesar de um quadro de referência inicial, os dados recolhidos, possibilitaram limar arestas, com vista à elaboração de um quadro mais preciso da realidade do fenómeno em análise. Na função exploratória, o investigador deve garantir a diversidade dos interlocutores mas não necessita garantir a saturação dos dados. Uma vez que a pesquisa qualitativa procura diversidade e não homogeneidade, deve tentar-se conseguir diversificação quer interna quer externa. Neste sentido, e de acordo com Pires (2007, como citado em Guerra, 2006a) a diversificação externa observa-se pela identificação de atores/situações no contexto societal e a interna, quando optando por um determinado grupo/situação homogénea, se explora a diversidade interna desse grupo. No primeiro caso trata-se de escolher indivíduos o mais diversos possível de forma a obter a maior diversidade possível de opiniões face ao objeto estudado. No segundo a finalidade teórica é a de explorar a diversidade num conjunto homogéneo de sujeitos ou situações.

Para o presente trabalho a diversificação externa conseguiu-se pela colheita de dados simultaneamente a profissionais e grupo-alvo. No caso da interna, e no que diz respeito aos profissionais, tentou-se incluir enfermeiros ligados aos vários serviços de apoio existentes,; no caso do grupo-alvo integrando mães cujos filhos tivessem idades diferentes compreendidas entre 0 e 2 anos de idade, gémeos, ou mães com contextos socioculturais diferentes.

A. 2.1. Metodologia

Podem distinguir-se diversos tipos de entrevistas cada um com o seu objetivo, variando de acordo com o propósito do entrevistador: a entrevista com base numa conversa informal (também designada por livre caracterizada por ausência de diretividade); a entrevista semiestruturada (semi-diretiva ou semi-dirigida), baseada num guião; e a entrevista estruturada (diretiva; dirigida) que se traduz na abordagem mais rígida (EVALSED, 2014). O grau de diretividade das entrevistas depende do estágio dos conhecimentos, podendo oscilar entre ausência de diretividade e semidiretividade de acordo com alguns fatores (Bertaux, 1997 como citado em Guerra, 2006a):

- Mais aberta no início com fecho progressivo à medida que se identificam questões centrais;
- Estatuto da pesquisa (menos diretivo no nível exploratório);
- Características do entrevistado.

Apesar da maioria dos autores estabelecerem uma tipologia a três níveis, Lakatos e Marconi (1996) fazem uma distinção diferente separando apenas em entrevistas estruturadas (padronizadas) em que as perguntas feitas ao entrevistado são pré-determinadas e de acordo com um formulário; e não-estruturadas: quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. Contudo, dentro desta categoria inclui a entrevista focalizada (correspondente à semiestruturada); a entrevista clínica; e a entrevista não dirigida (correspondente à livre), em que há total liberdade por parte do entrevistado, que poderá expressar as suas opiniões e sentimentos. Distinguem ainda um terceiro tipo de entrevista, denominado painel, que consiste em repetir perguntas, de tempo em tempo, às mesmas pessoas, a fim de estudar a evolução das opiniões em períodos curtos.

Não obstante as designações a metodologia é, e para a pesquisa efetuada e seus objetivos, optou-se pela entrevista semiestruturada: entrevista focalizada pela designação de Lakatos e Marconi (1996), ou semi-dirigida pela de Ketele e Roegiers (1993). Neste tipo de entrevista há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e em que o entrevistador pode fazer as perguntas que quiser. “Uma entrevista semi-dirigida é identificada pela presença de duas características: o entrevistado produz um discurso que não é linear, o que significa que o entrevistador reorienta a entrevista em certos momentos; nem todas as intervenções do entrevistador estão previstas antecipadamente. Quando muito, este prevê algumas perguntas importantes ou alguns pontos de referência.” (Ketele & Roegiers, 1993, p.193). Estes autores apontam-lhe duas grandes vantagens: as informações refletem melhor as representações do que numa entrevista diretiva, uma vez que o entrevistado tem mais liberdade na maneira de se exprimir; e as informações desejadas são recolhidas num tempo mais curto do que numa entrevista livre, que não oferece garantia de que vão ser fornecidas as informações pertinentes.

Para além da tipologia ligada à estruturação do guião, as entrevistas podem ser ainda diferir pelo facto de serem individuais ou em grupo. Tendo-se optado pela realização de entrevistas individuais, uma vez a pesquisa incluiu uma outra técnica de colheita de dados em contexto de dinâmica grupal (*focus group*). A este respeito o EVALSED (2014,p.6-7) afirma que

“Para se ter uma visão clara sobre as questões complexas, considera-se de fundamental importância uma pesquisa mais aprofundada e um entendimento das questões complexas, em oposição a uma pesquisa genérica. Ao usar as entrevistas individuais, os pontos de vista dos inquiridos são apresentados e identificados sem a influência de outros factores (como pode ser o caso de uma situação no contexto de um *focus group*). As entrevistas individuais são especialmente adequadas para se conseguir uma maior compreensão sobre a natureza dos processos e dos procedimentos utilizados quer na fase de concepção, quer na fase de implementação do programa ou projecto. (...) Em certos casos, as entrevistas individuais são preferidas em detrimento de outros métodos, tais como as discussões de grupo, por exemplo, quando um assunto está envolto em normas sociais sólidas ou quando se pretende a formulação de um juízo. Além disso, as entrevistas individuais são frequentemente mais fáceis do que os métodos de grupo. A vantagem principal consiste no nível de detalhe da informação que pode ser obtido. Pode tornar-se mais fácil discutir a fundo com uma pessoa do que com um grupo. Também ajuda a evitar problemas de calendarização ao tentar marcar as datas dos encontros com um largo número de pessoas.”

Para ser eficaz, são necessárias competências para planejar, realizar e interpretar uma entrevista. Se as competências desta natureza forem desadequadas, não será produzida informação da qual se possa retirar a utilidade pretendida. A entrevista individual, como método, pode ser influenciada pela subjetividade e depende fortemente da integridade e da honestidade intelectual do investigador, cujas experiências não podem ser replicadas, pela própria natureza da investigação. Por outro lado, durante a entrevista, o entrevistador pode influenciar as respostas (EVALSED, 2014), enviesando os resultados.

A. 2.2. Procedimentos éticos

Existem dois princípios de ordem ética essenciais que devem ser respeitados na condução de entrevistas (Lessard-Herbert e outros, 1997 como citados em Guerra, 2006a): Informar corretamente os indivíduos dos objetivos da investigação; Proteger as fontes. Tal implica assegurar princípios de estabelecimento de confiança como clareza de ideias para poder transmitir objetivos do trabalho, a neutralidade face a juízos de valor, o envolvimento dos próprios na pesquisa e sempre que possível, a devolução dos resultados. A ética da relação estabelecida nas entrevistas (em especial as de profundidade e histórias de vida) é mais que relacional é também comunicacional, sendo fundamental a capacidade de empatia e de interação humana. Os procedimentos éticos incluem informar o entrevistado dos fins a que se destina a pesquisa, a garantia de anonimato e o caráter confidencial do conteúdo da entrevista e autorização da utilização dos dados recolhidos. Estes pressupostos forma cumpridos mediante a entrega e assinatura do consentimento informado, tal como se mostra na ilustração A2.

A. 2.3. Etapas da entrevista

A preparação da entrevista é uma etapa importante, requerendo tempo e exigindo algumas medidas (Lakatos & Marconi, 1996): O planeamento, tendo em vista o objetivo a ser alcançado; o conhecimento prévio do entrevistado para conhecer o grau de familiaridade com o assunto; oportunidade da entrevista, obrigando a marcar com antecedência a hora e o local, para assegurar-se que será recebido; condições favoráveis, pela garantia de anonimato da identidade e das confidências; contacto com líderes para obter maior variabilidade de informações; conhecimento prévio do campo para evitar desencontros e perda de tempo; e a preparação específica para organizar roteiro ou formulário de questões importantes.

Planeamento

“O planeamento da entrevista inclui a concepção de um guião de entrevista. Tal consiste em especificar os tópicos que o entrevistador pretende abordar (EVALSED, 2014, p.5). Na construção do guião “A questão mais importante é a clarificação dos objetivos e dimensões de análise que a entrevista comporta” (Guerra, 2006a, p.53), decorrendo esses objetivos da problematização. Assim, definiram-se como objetivos: Descrever principais dificuldades manifestadas pelos pais/identificadas pelos profissionais relativamente aos cuidados ao bebé e ao aleitamento materno; Apurar recursos disponíveis; Conhecer opinião de pais e profissionais

acerca dos recursos existentes; Constatar sugestões propostas pelos atores para melhorar essas respostas; Averiguar aceitação dos diferentes *stakeholders* às propostas do projeto.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro aceitar de livre vontade responder a uma entrevista sobre os apoios nos cuidados ao bebé e na amamentação existentes na região da Cova da Beira, autorizando/ não autorizando a gravação da mesma.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais da entrevista:

- Identificar principais dificuldades manifestadas pelos pais nos cuidados ao bebé e na amamentação;
- Descrever serviços na região da Cova da Beira que disponibilizam apoio aos pais nos cuidados ao bebé e na amamentação;
- Identificar principais lacunas e soluções para apoiar os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação;
- Analisar possibilidade de criação de uma rede de apoio social na região da Cova da Beira.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este trabalho.

NOME _____

ASSINATURA _____

DATA ____ - ____ - ____

Ilustração A 2. Consentimento informado entrevistas

- **Guião da entrevista**

Em função dos objetivos elaborou-se um guião de entrevista semi-estruturada. “O que é característico nestas entrevistas é a incorporação de perguntas mais ou menos abertas no guião. Espera-se que o entrevistado responda livremente a essas perguntas.” (Flick, 2005, p. 94), residindo a vantagem do método na melhoria da comparatividade e da estruturação dos dados, pelo uso coerente do guião da entrevista sendo a entrevista semi-estruturada o meio mais eficiente quando o objetivo da colheita de dados são as afirmações concretas sobre determinado assunto (Flick, 2005). Neste tipo de entrevista, podem surgir problemas de equilíbrio entre as recomendações do guião e os objetivos da investigação; e problemas em

relação ao modo do entrevistado se exprimir. Pode acontecer por ex. uma pergunta ser respondida durante a exposição do entrevistado, não devendo ser repetida. Por norma o guião é estruturado em grandes capítulos, desenvolvendo depois perguntas de lembrança, que apenas são introduzidas se o entrevistado as não referir nas respostas (Guerra, 2006a). Nem a ordem de questionamento nem o modo de perguntar são importantes, uma vez que o apelo à racionalidade do ator permite a proximidade no vocabulário e a sequência. Sobre este assunto, o EVALSED (2014, p.5) refere que “Não é essencial seguir o guião de entrevista por uma ordem precisa. Este guião é mais um tipo de lista de verificação que permite ao entrevistador conferir se está a lidar com as questões essenciais. O entrevistador pode adaptar a sua intervenção ao entrevistado e formular novas perguntas. As primeiras entrevistas podem conduzir a ajustes ou correções na definição das perguntas se os entrevistados tiverem problemas com elas.” Para a pesquisa elaborou-se um guião para os profissionais e outro para as mães (Ilustrações A3 e A4 respetivamente), cujas grelhas analíticas se representam nas Tabelas A3 e A4.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	
Identificação do entrevistado: Profissionais	
Entidade	
Pontos-chave e questões	
1. RECURSOS DISPONÍVEIS	
Serviços que presta atualmente na área da capacitação parental e apoio à amamentação/alimentação materno	
Q1. Que serviços oferece neste momento o centro de saúde/ hospital em termos de preparação para a parentalidade e amamentação?	
Q2. O que se faz em cada um deles?	
Q3. Quantos utentes procuraram e usufruíram desses serviços?	
Formação específica dos recursos humanos afetos a esses serviços	
Q4. Quantos profissionais prestam cuidados nesta área?	
Q5. Os profissionais enfermeiros têm formação especializada?	
Q6. Existem outros profissionais que sejam conselheiros em amamentação?	
2. NECESSIDADES DE APOIO DOS PAIS	
Q7. Da sua experiência profissional, quais as maiores dúvidas e dificuldades manifestadas pelos pais nos cuidados ao bebé?	
Q8. E na amamentação?	
Q9. Quais considera as melhores estratégias para ajudar os pais a superar essas dificuldades?	
3. REDE DE APOIO SOCIAL	
Q10. Conhece outros serviços prestados por outras entidades (públicas, privadas ou da sociedade civil) que apoiem os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação? Quais e onde?	
Q11. Considera suficientes as respostas existentes neste momento? Porquê?	
Q12. Quais são as lacunas que considera existirem neste momento?	
Q13. Qual considera ser a melhor resposta?	
Q14. Qual a sua opinião acerca do estabelecimento de uma rede de apoio social na região da Cova da Beira, visando a diversificação e articulação dos serviços oferecidos pelas várias entidades?	
Q15. O que sugeria para que essa articulação fosse realizada com sucesso?	
Q16. Tem alguma sugestão ou algo mais a acrescentar acerca deste tema?	

Ilustração A 3. Guião de entrevista para entrevistas a profissionais

Tabela A 3. Grelha analítica para entrevistas a profissionais

GRELHA ANALÍTICA		
TÓPICOS	QUESTÕES	INFORMAÇÃO PRETENDIDA
RECURSOS DISPONÍVEIS	Q1. Que serviços oferece neste momento o centro de saúde/ hospital em termos de preparação para a parentalidade e amamentação?	Serviços prestados atualmente pela entidade na área da capacitação parental e apoio à amamentação/aleitamento materno: <ul style="list-style-type: none"> • Aulas de preparação para o parto • Aulas de recuperação pós-parto • Cantinho da amamentação • Outro, qual
	Q2. O que se faz em cada um deles?	Conteúdos abordados e métodos utilizados <ul style="list-style-type: none"> • Exposição de conteúdos teóricos • Componente prática • Ambos • Outro, qual
	Q3. Quantos utentes procuraram e usufruíram desses serviços?	Procura e capacidade de resposta dos serviços existentes
	Q10. Conhece outros serviços prestados por outras entidades (públicas, privadas ou da sociedade civil) que apoiem os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação?	Conhecimento das Respostas disponíveis na região: quais e onde
	Q11. Considera suficientes as respostas existentes neste momento? Porquê	Opinião sobre se respostas disponíveis na região são suficientes ou não e porquê
	Q12. Quais são as lacunas que considera existem neste momento?	Problemas dos recursos existentes: Se há <ul style="list-style-type: none"> • Falta de oferta de serviços (pré-natal; perinatal; pós-natal) • Falta de articulação entre as várias entidades • Falta de recursos humanos • Outros problemas: quais
	Q13. Qual considera ser a melhor resposta?	Estratégias sugeridas para otimizar apoios <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de novos serviços: quais • Articulação com outras entidades para diversificar oferta de serviços • Aumentar nº profissionais • Outras: quais
	Q4. Quantos profissionais prestam cuidados nesta área?	Identificar recursos humanos disponíveis ligados à capacitação parental e amamentação <ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Enfermeiros • Outros-especifique
	Q5. Os profissionais enfermeiros têm formação especializada?	Habilitações e formação específica dos profissionais <ul style="list-style-type: none"> • Conselheiros em amamentação: Quantos • Especialidade em saúde materna e obstetria: Quantos • Especialidade em saúde infantil e pediatria: Quantos • Especialidade em saúde comunitária: Quantos • Experiência profissional na área: anos
	Q6. Existem outros profissionais que sejam conselheiros em amamentação?	Se há outros profissionais com formação específica na área da amamentação. Quais e quantos
NECESSIDADES DE APOIO DOS PAIS	Q7. Da sua experiência profissional, quais as maiores dúvidas e dificuldades manifestadas pelos pais nos cuidados ao bebé?	Dúvidas e dificuldades identificadas na prestação de cuidados ao bebé
	Q8. E na amamentação?	Dúvidas e dificuldades identificadas na amamentação/aleitamento materno
REDE DE APOIO SOCIAL	Q9. Quais considera as melhores estratégias para ajudar os pais a superar essas dificuldades?	Se são de ordem prática, teórica, se devem ser presenciais ou via telefónica
	Q14. Qual a sua opinião acerca do estabelecimento de uma rede de apoio social na região da Cova da Beira, visando a diversificação e articulação dos serviços oferecidos pelas várias entidades?	Aferir aceitação ou rejeição do estabelecimento de uma rede social de apoio entre as várias entidades incluindo entidades da economia social
	Q15. O que sugeriria para que essa articulação fosse realizada com sucesso?	Estratégias sugeridas para o sucesso da rede social de apoio
	Q16. Tem alguma sugestão ou algo mais a acrescentar acerca deste tema?	

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Identificação do entrevistado: Público-alvo

Pontos-chave e questões

1. NECESSIDADES DE APOIO DOS PAIS

Q1. Como foi a vossa experiência com a chegada do novo membro a família? Quais as vossas dificuldades?

Q2. Amamentou? Como correu?

2. RECURSOS PREFERENCIAIS DOS PAIS

Q3. Onde procuraram ajuda para superar as vossas dificuldades?

Q4. Quais considera as melhores estratégias para receber ajuda e superar dificuldades?

3. RECURSOS DISPONÍVEIS

Q5. O que acham do apoio profissional disponível atualmente (Centro de saúde, hospital, outros)?

Q6. Que serviços conhece, prestados por entidades privadas ou da sociedade civil, que apoiem os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação? Quais e onde

Q7. Considera suficientes as respostas existentes neste momento? Porque

Q8. Quais são as lacunas que considera existirem neste momento?

Q9. Qual considera ser a melhor resposta para superar essas lacunas?

4. REDE DE APOIO SOCIAL

Q10. Qual a sua opinião acerca da existência na comunidade (ou seja, fora do ambiente hospitalar ou centro de saúde) de um serviço profissional dedicado exclusivamente a ajudar e aconselhar os pais de maneira a ultrapassarem as dúvidas e dificuldades nos cuidados ao bebé, incluindo amamentação?

Q11. O que sugere que deveria ser incluído?

Q12. Qual a tua opinião acerca da possibilidade de criar uma rede de apoio social na região da Cova da Beira, complementando os apoios do setor público, com os grupos de mães, associações e outras iniciativas?

Q13. Tem alguma sugestão ou algo mais a acrescentar acerca deste tema?

Ilustração A 4. Guião de entrevista dirigido às mães

Tabela A 4. Grelha analítica das entrevistas dirigidas às mães

GRELHA ANALÍTICA		
TÓPICOS	QUESTÕES	INFORMAÇÃO PRETENDIDA
NECESSIDADES DE APOIO DOS PAIS	Q1. Como foi a vossa experiência com a chegada do novo membro à família? Quais as vossas dificuldades?	O que sabia acerca de cuidar de um bebé e como obteve esses conhecimentos; Dificuldades sentidas nos cuidados ao bebé
	Q2. Amamentou? Como correu?	Dúvidas e dificuldades sentidas na amamentação/aleitamento materno
RECURSOS PREFERENCIAIS DOS PAIS	Q3. Onde procurou ajuda para superar as vossas dificuldades?	Saber a quem /onde recorrem em caso de dúvidas <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais • Familiares e amigos • Internet
	Q4. Quais considera as melhores estratégias para receber ajuda e superar dificuldades?	Se são de ordem prática, teórica, se devem ser presenciais ou via telefónica
RECURSOS DISPONÍVEIS	Q5. O que acham do apoio profissional disponível atualmente (Centro de saúde, hospital, outros)?	Opinião acerca dos recursos profissionais existentes
	Q6. Que serviços conhece, prestados por entidades privadas ou da sociedade civil, que apoiem os pais nos cuidados ao bebé e na amamentação? Quais e onde	Saber quais os recursos de que têm conhecimento <ul style="list-style-type: none"> • Aulas de preparação para o parto • Aulas de recuperação pós-parto • Cantinho da amamentação • Outros, quais
	Q7. Considera suficientes as respostas existentes neste momento?	Saber o que falta e o que poderia mudar; Opinião sobre se respostas disponíveis na região são suficientes ou não e porquê
	Q8. Quais são as lacunas que considera existirem neste momento?	Problemas dos recursos existentes: Se há falta de <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de serviços (pré, peri, pós-natal) • Articulação entre as várias entidades • Recursos humanos • Outros problemas: quais
	Q9. Qual considera ser a melhor resposta para superar essas lacunas?	Estratégias sugeridas para otimizar apoios
DE REDE DE APOIO SOCIAL	Q10. Qual a sua opinião acerca da existência na comunidade (ou seja, fora do ambiente hospitalar ou centro de saúde) de um serviço profissional dedicado exclusivamente a ajudar e aconselhar os pais de maneira a ultrapassarem as dúvidas e dificuldades nos cuidados ao bebé, incluindo amamentação?	Aferir aceitação ou rejeição do estabelecimento de uma rede social de apoio entre as várias entidades incluindo entidades da economia social
	Q11. O que sugerem que deveria ser incluído?	Estratégias sugeridas para o sucesso da rede social de apoio <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individual • Grupos de apoio • <i>Workshops</i> • Acessibilidade a bombas de extração de leite • Outros: Quais?
	Q12. Qual a vossa opinião acerca da possibilidade de criar uma rede de apoio social na região da cova da beira, complementando os apoios do setor público, com os grupos de mães, associações e outras iniciativas?	Aferir aceitação ou rejeição do estabelecimento de uma rede social de apoio entre as várias entidades incluindo entidades da economia social
	Q13. Tem alguma sugestão ou algo mais a acrescentar acerca deste tema?	

Preparação

As amostras necessárias para se realizar entrevistas são mais pequenas do que aquelas destinadas a inquéritos por questionário. A informação obtida é validada pelo contexto e não pela probabilidade de ocorrência de uma resposta, tal como acontece com os questionários. O número de entrevistas depende do assunto do estudo, da variedade das reacções ao assunto e dos recursos disponíveis. A amostra pode ser seleccionada ou por acesso directo (p. ex., através de listas administrativas, membros de vários órgãos / organizações relevantes) ou através da intervenção de uma terceira parte, que permite uma selecção mais restrita, mas que apresenta

risco de distorção (EVALSED, 2014). Para a pesquisa utilizou-se o método de amostragem não probabilístico e plano de amostragem intencional por acesso direto. A amostra referente aos profissionais é constituída por 5 participantes: enfermeiros em cargos de topo ou ligados aos projetos a decorrer nesses locais ou que neles intervenham. No referente às mães realizaram-se o mesmo número (5) de entrevistas.

A fase de preparação inclui também a logística: Guerra (2006a) sugere que sempre que possível, as entrevistas sejam gravadas enquanto se vão tomando notas. Neste caso é necessário assegurar o funcionamento dos instrumentos de gravação (áudio/vídeo) e ter o guião da entrevista assim como material para o registo escrito (caneta/lápis; papel...), condições estas que foram observadas. Quanto ao lugar de realização da entrevista, Guerra (2006a, p. 60) refere que “As entrevistas devem ser realizadas preferencialmente num lugar neutro”, de forma a permitir fácil controlo pelo informador e simultaneamente evitar interferências em demasia caso a entrevista decorresse por exemplo em casa do entrevistado. Mais acrescenta que “As entrevistas devem ser marcadas com antecedência e o entrevistado deve ser avisado da duração média esperada.”. O tempo de duração de uma entrevista é muito variável e depende do tipo de pesquisa, contudo “o tempo desejável para não criar mal-estar no entrevistado é de duas a três horas.” (Guerra, 2006a, p. 60), uma vez que mais tempo resulta em repetições e não em mais informação (EVALSED, 2014). No caso concreto as entrevistas tiveram a duração entre 30 minutos (presenciais) e 60 minutos (ambiente virtual).

Decurso da entrevista

Lakatos e Marconi (1996) referem algumas normas para que a entrevista tenha êxito nos seus propósitos, definindo várias fases: Contacto inicial; Formulação de perguntas; registo de respostas; e término.

- **Contacto inicial**

“O contacto inicial é muito importante, dado que é a base da comunicação.” (EVALSED, 2014,p.5). O investigador deve estabelecer contacto com o entrevistado através de uma conversa amigável, explicando a finalidade da pesquisa, objeto, relevância e ressaltar a necessidade da sua colaboração (Lakatos & Marconi, 1996). Guerra (2006a, p. 60) também refere que “Não se deve esquecer as questões prévias a colocar no início das entrevistas, tais como a explicitação do objeto de trabalho, a valorização do papel do entrevistado no fornecimento de informações considerando o seu estatuto de informador privilegiado, a duração e a licença para gravar, etc.”. “É geralmente vantajoso estabelecer um “contrato” com o entrevistado, inclusive explicar o objectivo da entrevista, o tempo que vai durar, o nível de confidencialidade, o uso dado à informação recolhida, etc.” (EVALSED, 2014, p.5). Deve ser criado um ambiente que estimule e que leve o entrevistado a ficar à vontade e a falar natural e espontaneamente. Obter e manter a confiança do entrevistado é importante, podendo conseguir-se assegurando o carácter confidencial das informações. No decurso da entrevista, o entrevistador pode falar mas sobretudo deve ouvir, mantendo sempre o controlo da entrevista (Lakatos & Marconi, 1996).

- **Formulação de perguntas**

Independentemente da tipologia adotada “Todos os autores defendem que, numa metodologia indutiva, a verbalização franca por parte do entrevistado (considerado o observador privilegiado) é fundamental e, quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido, dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas” (Guerra, 2006a, p. 51). “Para serem devidamente realizadas, as entrevistas precisam de um elevado grau de profissionalismo por parte do entrevistador. Este tem de ter competência para comunicar, ouvir e tirar notas. Para permitir que a entrevista seja bem conduzida e garantir que o entrevistado se sinta à vontade, pode ser vantajoso assegurar que existe proximidade social entre o entrevistador e o entrevistado. As entrevistas menos estruturadas também requerem que o entrevistador conheça bem o terreno.” (EVALSED, 2014, p.5). As perguntas devem ser feitas de acordo com o tipo de entrevista, fazendo uma pergunta de cada vez e em primeiro lugar aquelas com menos probabilidade de ser recusadas. Deve ser permitido ao entrevistado, restringir ou limitar as suas informações, evitando também perguntas que sugiram respostas (Lakatos & Marconi, 1996). “O entrevistador tem de ser zeloso para não influenciar o entrevistado, aprovando ou orientando as suas respostas.” (EVALSED, 2014, p.5).

No caso concreto a utilização do guião de entrevista semi-estruturada, ou na designação de Lakatos e Marconi (1996), entrevista focalizada, permitiu colocar questões focadas em determinados assuntos, deixando o entrevistado expressar-se livremente (quer verbalmente nas entrevistas presenciais; quer através da escrita, nas entrevistas em ambiente virtual), introduzindo questões adicionais quando necessário para permitir obter as informações pretendidas, tal como definidas na grelha analítica.

- **Registo de respostas**

As respostas se possível devem ser anotadas no momento da entrevista, para maior veracidade e fidelidade das informações, uma vez que a anotação posterior está sujeita a falhas de memória e/ou distorção do facto. O uso de gravador é ideal se o entrevistado concordar com a sua utilização (Lakatos & Marconi, 1996), complementado com anotações do entrevistador. Estes autores aconselham a que o registo seja feito com as mesmas palavras que o entrevistado usar, evitando resumi-las. Guerra (2006a) recomenda também a transcrição das entrevistas salvaguardando, no entanto que no caso de não serem entrevistas em profundidade, pode optar-se pela construção de sinopses, de forma a reduzir o material. Neste processo, é necessário “manter o entrevistador atento em relação aos erros, devendo-se conferir as respostas, sempre que puder.” (Lakatos & Marconi, 1996, p. 200).

Na pesquisa efetuada foram utilizadas duas técnicas diferentes: entrevista presencial aos profissionais, para a qual se procedeu à gravação áudio e vídeo, procedendo posteriormente à transcrição; e entrevista virtual síncrona com as mães, no *chat* (sala de conversação) do facebook, ficando o registo disponível no imediato. A opção pela modalidade presencial ou

virtual prendeu-se com a acessibilidade ao público-alvo e à compatibilidade de disponibilidades entrevistador/entrevistado, tendo esta opção surgido como resposta aos obstáculos colocados à entrevista presencial. Apesar de apresentar esta vantagem, surgiram alguns entraves, nomeadamente o facto de tornar a entrevista mais morosa.

- **Término da entrevista**

Lakatos e Marconi (1996) recomendam que a entrevista termine como começou: num ambiente de cordialidade, para que o entrevistador, se necessário, possa voltar e obter novos dados, sem que o informante se oponha a isso. Estes e os demais pressupostos foram cumpridos nas entrevistas realizadas, seguindo as boas práticas recomendadas pelo EVALSED (2014, p.5-6) para a realização de entrevistas pessoais e que resumem o processo de decurso da entrevista:

- “ Não parta do pressuposto de que as pessoas têm todo o tempo do mundo para dar; Informar o entrevistado do tempo que vai demorar a entrevista
- Nenhuma entrevista deve demorar mais do que uma hora;
- Mais tempo resulta em repetições e não em mais informação;
- Dizer às pessoas que vai demorar uma hora, também ajudará a estruturar a entrevista;
- Explicar o que tenta alcançar e o papel desempenhado pelo entrevistado para esse efeito;
- Uma boa regra geral para uma entrevista de uma hora é concentrar as questões em cinco assuntos-chave;
- Os entrevistados têm o direito de ler o que o entrevistador escrever. Isto ajuda a reduzir a tensão e a equilibrar o poder;
- Apenas escrever os pontos-chave - as transcrições textuais não são úteis; f Partilhar e clarificar os pontos-chave com outros;
- A permissão para usar o material da entrevista tem de ser concedida formalmente - não só está na base de uma representação honesta, mas também assegura que se o conteúdo do trabalho for colocado em questão à *posteriori*, a comunidade irá apoiá-lo;
- Os resultados globais do processo devem ser enviados ao entrevistado numa data posterior.”

Análise dos dados

“Esta fase final consiste em analisar as conversas, interpretando e comparando a informação dada pelos entrevistados e encontrar pontos de vista comuns e divergentes para se poder fazer uma análise da avaliação.” (EVALSED, 2014, p.6). A análise de conteúdo foi uma vez mais a metodologia utilizada procedendo-se do mesmo modo que para o *focus group* (ver anexo 1). As unidades de registo identificadas aquando da análise de dados do *focus group*, foram consideradas à *priori*, adicionando-se as encontradas nas entrevistas realizadas. Os resultados dessa análise encontram-se registados nas tabelas A5 e A6, respeitantes aos profissionais e grupo-alvo respetivamente.

Divulgação dos resultados

A elaboração do relatório e restituição dos resultados é a última fase do processo. Segundo Guerra (2006a, p.87) a remissão dos dados para os informadores privilegiados é um dos elementos éticos, políticos e científicos fundamentais deste tipo de pesquisa. “A divulgação e a aferição pública dos resultados são aspetos inerentes a uma pesquisa que considera os informadores como atores participantes na produção da inteligibilidade social.” No caso concreto, os resultados do diagnóstico serão disponibilizados aos participantes. No caso dos profissionais, será dado conhecimento às entidades das quais fazem parte.

A.2.4. Resultados obtidos

Os resultados obtidos, foram compilados e sintetizados, apresentando-se na Tabela A4, os resultados referentes às entrevistas com profissionais e na Tabela A5, os respeitantes às mães. Nelas se inclui as categorias e subcategorias identificadas assim como as respetivas unidades de registo. Para cada uma dessas unidades de registo, procedeu-se a uma quantificação do número de vezes que foi referida e traduz-se pela coluna identificada como “F”. A tabela inclui ainda uma coluna com os principais descritores e outra com as unidades de contexto mais relevantes.

Tabela A 5. Resultados da análise de conteúdo às entrevistas dos profissionais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	F	DESCRITORES	UNIDADES DE CONTEXTO MAIS RELEVANTES
NECESSIDADES DE APOIO PAIS	DIFICULDADES NOS CUIDADOS AO BEBÊ	Banho	3	Temperatura água; técnica;	“No banho: Não sabem dar banho; Sabem a temperatura em graus mas na prática se está quente ou fria não. Sabem a teoria, mas depois têm medo de pegar no bebê t-em medo que escorregue, não o conseguem virar;”(EP4) “Pais não têm noção do tempo que bebês devem dormir, se é muito se é pouco; se devem estar as escuras ou não...” (EP4)
		Cuidados ao coto umbilical	3	Medo; desconhecimento	
		Sono	2	Alterações do sono	
		Cólicas/Eliminação	0		
		Choro	4	Causa do choro	
		Segurança	3	Engasgamento; transporte seguro	
			Alimentação com leite adaptado	2	Preparação; cuidados com material
		DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO	Quantidade e qualidade do leite	0	
	Intervalo e duração das mamadas		0		
	Posicionamento correto		3		
Pega correta / mamada eficaz	4				
		Má progressão ponderal	1		
		Problemas da mama	3	Fissuras; engurgitamento mamário	
APOIOS A QUE OS PAIS RECORREM	RESPOSTAS DISPONÍVEIS	Aulas de preparação para o parto	5	CHCB (obstetrícia); CS	
		Acompanhamento sistemático RN	3	CHCB (Neonatologia)	
		Visita domiciliária	3	CHCB (obstetrícia)	
		Linha telefónica apoio à amamentação	4	CHCB (formal: “diz que mama”- obstetrícia; informal: neonatologia) CS (informal)	
		Grupo de apoio mútuo	0		
		Grupo fechado em rede social	0		
		RECURSOS APOIO PROFISSIONAL	Respostas Suficientes	2	
			Respostas Insuficientes	3	
				2	“Há muito a fazer”(EP1) “Deveria haver mais acompanhamento no pós-natal”(EP1)
				3	“Nada está esgotado, pelo contrário: Há sempre algo mais que pode ser feito para ajudar as mães”(EP1) “Falta um local, falta...algo...falta um espaço onde as pessoas possam ir quando precisam e não quando nós achamos que elas precisam; onde possam estar à vontade, onde possam falar e tirar dúvidas e falar até mesmo com os mesmos pares onde possam praticar”(EP4)
APOIOS A QUE OS PAIS RECORREM	LACUNAS DOS APOIOS	Alta precoce	1		
		Circuito de informação ineficaz	3	Atraso Notícia nascimento; carta de alta; ausência de relatório visita domiciliária	
		Falta articulação das várias entidades	5	Uniformização práticas; comunicação	
		Desconhecimento projetos/resultados	0		
		Informações erradas/pouco credíveis	0		
		Serviços inadequados	3		
		Falta de recursos	2		

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	F	DESCRITORES	UNIDADES DE CONTEXTO MAIS RELEVANTES
PROPOSTAS PARA MELHORAR APOIO	SERVIÇOS EXISTENTES	Divulgação	0		“Há que unir esforços para ‘ver a floresta e não apenas a árvore’”(EP1)
		Articulação das várias entidades	5	Comunicação; enfº família; reuniões	“ Deviam era estar todas articuladas para falarem todos a mesma linguagem... Não era cada um puxar a brasa à sua sardinha... Isso não tem interesse nenhum. Cada um só valoriza os seus e desvaloriza os outros” (EP2)
		Estabelecer circuito de informação eficaz	0	Internet; papel (carta alta)	“tem de haver mediação isenta com foco no que se quer e estabelecer elos de ligação entre as várias valências; saber qual o seu público-alvo e várias estratégias... Isto é... Definir o campo de ação de cada um para não haver atropelos”(EP1)
		Otimizar serviços existentes	1	Públicos; comunidade; grupos trabalho	
		Uniformização de informação e práticas	3	Base comum: adaptação caso a caso; dosear informação	
		Definição de campos de ação	2		
	NOVOS SERVIÇOS	Públicos	2	Cantinho amamentação; acompanhamento	
		Outras entidades	2	Instituições/associações sem fins lucrativos;	
	GERAIS	Respeitar/apoiar opções da mãe	0		
		Cultura de amamentação	0		
Repliar exemplos de outros países		0			
CRIAÇÃO REDE DE APOIO SOCIAL	OPINIÃO	Aceitação	5		“Seria uma mais-valia” (EP1)
		Rejeição	0		“Tudo o que seja bom para as mulheres e para os bebés é importante.”(EP3)
	SUGESTÕES	Reuniões / grupos de trabalho	0		
		Melhorar articulação entre todas entidades	1		“Mediação e liderança: Um promotor capaz de liderar um grupo, de estabelecer os objetivos de cada um (em concordância com todos) para que cada um soubesse o que lhe compete” “tem de haver mediação isenta com foco no que se quer e estabelecer elos de ligação entre as várias valências; saber qual o seu público-alvo e várias estratégias... Isto é... Definir o campo de ação de cada um para não haver atropelos”(EP1)
		Melhorar circuito de informação	0		
		Divulgação	0		
		Mediação	2		
		Delimitação campos de ação	3	Campos de ação; objetivos	
	Formação/uniformização informação e práticas	2			
	ENTIDADES DA SOCIEDADE CIVIL	Aceitação	5		“Seria uma mais-valia” (EP1)
Rejeição		0		“Tudo o que seja bom para as mulheres e para os bebés é importante.”(EP3)	

Tabela A 6. Resultados da análise de conteúdo às entrevistas das mães

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	F	DESCRITORES	UNIDADES DE CONTEXTO MAIS RELEVANTES	
NECESSIDADES DE APOIO PAIS	DIFICULDADES NOS CUIDADOS AO BEBÉ	Banho	3	Técnica	“”Os primeiros banhos foram um desafio(…)”(EM2) “as duvidas,ela dormia mto e as vezes isso me preocupava. A maior parte queixa-se que os bebês choram muito e não dormem...” (EM1) “Ficava muito stressada pq não sabia o que fazer pra ela parar de chorar.” (EM3) “As dificuldades foram mesmo saber se fazíamos tudo bem.” (EM3)	
		Cuidados ao coto umbilical	1	Impressão		
		Sono	2	Alterações do sono: dormir muito; dormir pouco		
		Cólicas/Eliminação/bolçados	2			
		Choro	3	Causa do choro		
		Segurança	1	Engasgamento		
	DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO	Quantidade e qualidade do leite	Intervalo e duração das mamadas	2	Leite suficiente; qd trocar de mama	“Muita ansiedade A maior dificuldade era em saber se estavam a mamar bem” (EM5) Tive muitos!!!! Como acontece com todas as maes eu tinha medo que tivessem a mamar pouco (EM5) “No início não correu bem. Durante dois meses tive feridas no mamilo era um sofrimento. Chorei muito com dor. Experimentei muita coisa pra sarar mas nada. De um dia pro outro passou depois foi maravilhoso.” (EM3)
			Posicionamento correto	0	Frequência das mamadas; tempo que está à mama	
		Pega correta / mamada eficaz	5			
		Má progressão ponderal	1			
		Problemas da mama	2	Fissuras; engurgitamento mamário		
APOIOS A QUE OS PAIS RECORREM	RESPOSTAS DISPONÍVEIS	Aulas de preparação para o parto	5	Entremães		
		Acompanhamento sistemático RN	0			
		Visita domiciliária	2			
		Linha telefónica de apoio à amamentação	2			
		Linha saúde 24	1			
		Grupo de apoio mútuo	1			
	RECURSOS	Grupo fechado em rede social	0	Instituições de saúde; Enfermeiros; médicos; linhas de apoio telefónico	“Para mim, a mais valia do grupo é que na partila de experiências diversas, enriquecemos o nosso conhecimento, compreendo que há mais mães que passam pelo mesmo, e que neste contexto surge o apoio e entusiasmo para continuar amamentação.” (EM2)	
		Apoio profissional	5			
		Familiares e amigos	4			
	APOIO PROFISSIONAL	Internet	4	Familiars diretos; amigos	“Não satisfaz as nossas necessidades” (EM3) “Falta de serviços públicos e inexistência de particulares, pelo menos do meu conhecimento” (EM4) “falta um serviço adaptado a cada situação , a cada mãe , a cada bebe . um serviço personalizado e com uma resposta rápida e eficaz” (EM4) “(FALTA) Um lugar onde me ensinasse a fazer melhor. no meu caso foi com a amamentação” (EM3) “Tu podes ler e ouvir dos profissionais muita teoria. Mas quando se leva um filho para casa essa teoria é insuficiente e precisas de alguém para te dar ajuda pratica, pois ai ja tens o teu filho contigo, com as partuicularidades dele” (EM5)	
		Grupos de apoio mútuo	1			
		Livros de especialistas	1			
	Respostas Suficientes	0	Falta acompanhamento pós-alta; falta apoio na amamentação			
	Respostas Insuficientes	5				

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	F	DESCRITORES	UNIDADES DE CONTEXTO MAIS RELEVANTES
APOIOS A QUE OS PAIS RECORREM	LACUNAS DOS APOIOS	Alta precoce	1		<p>“na maternidade o tempo é pouco para sairmos a saber lidar com tantos detalhes” (EM1)</p> <p>“E infelizmente há muita desinformação e as famílias (pais, tios, etc.) são as primeiras a referir que o leite não é forte e n°ao sei que mais(...)percebi que é muito fácil desistir-se e recorrer-se ao leite artificial se não tivermos apoio” (EM2)</p> <p>“em casa / família n foi fácil (cada um da a sua opinião) o q ainda me stressou mais.” (EM4)</p> <p>“Sou sincera não conheço. Não frequentei aulas de preparação pro parto nem nada.” (EM3)</p> <p>“a única iniciativa que conheci foi só quando tinha as consultas no hospital que me informando melhor nessa fase” (EM1)</p> <p>os serviços na teoria existem mas acho que há falta de (FALTA) “profissionais especializados e falta de articulação entre as varias entidades” (EM5)</p> <p>“Eu acho que nao ha qualquer articulação. Existem várias iniciativas mas o que acontece é que cada um faz o seu trabalho e nao se preocupa em envolver mais ninguem</p> <p>O problema é que se quer fazer mas sem ajuda de terceiros e assim as coisas nao avançam”(EM5)</p>
		Circuito de informação ineficaz	0		
		Falta de articulação das várias entidades	2		
		Falta de uniformização informação/prática	1		
		Desconhecimento dos projetos e resultados	3	Desconhecimento/ não utilização dos recursos existentes	
		Informações erradas/pouco credíveis	2	Familiares; amigos; internet	
		Serviços inadequados	5		
Falta de recursos	0				
DISPONIBILIZAÇÃO EQUIPAMENTOS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO	OPINIÃO	Aceitação	5		<p>“Sem dúvida alguma , mas sempre associado a um acompanhamento individual” (EM4)</p>
		Rejeição	0		
	SUGESTÕES		0		
DISPONIBILIZAÇÃO ESPAÇO DE ACONSELHAMENTO	OPINIÃO	Aceitação	5		<p>“Acho boa ideia. Na altura vi uma reportagem de um lugar que ajudava mães a amamentar e outros cuidados.E achei muito bom era o que eu precisava pensava eu.”(EM3)</p> <p>“acho que seria fundamental ter logo o acompanhamento de uma CAM nos primeiros dias: uma consulta logo no primeiro dia em que nasce, 3 dias depois, 7 dias depois e 15 dias depois - só para ver o evoluir da amamentação: percebi que é muito fácil desistir-se e recorrer-se ao leite artificial se não tivermos apoio” (EM3)</p>
		Rejeição	0		
	SUGESTÕES	Aconselhamento individual	5		
		Grupos de apoio mútuo	4		
		Workshops	3	Temas: banho; cólicas; como acalmar o bebé; cuidados ao coto; o que fazer quando bebé se engasga,; problemas de saúde (febre); alimentação; amamentação; parentalidade consciente; comunicação com o bebé; cosmética	
Visita domiciliária	2				
Divulgação	1				
CRIAÇÃO REDE DE APOIO SOCIAL INTEGRANDO ENTIDADES DA SOCIEDADE CIVIL	OPINIÃO	Aceitação	5		<p>“eu acho extremamente util, pois por vezes os pais sentem-se mais à vontade fora do ambiente hospitalarAcho isso muito pertinente. Depois do 1° mes e assim que as consultas começam a espacar nao ha grandes apoios e as maes abandonam a amamentação. Apesar de achar pertinente, tambem acho muito dificil criar essa rede de apoio. Primeiro teria que se comecar pela sensibilização e formacao dessas entidades (EM5)</p>
		Rejeição	0		
	SUGESTÕES		0		

Anexo 4. Constituição de Associação

Através do site Associação na Hora (disponível em <http://www.associacaonahora.mj.pt/>), é possível constituir uma associação num único momento e num só balcão. O processo é extremamente simples e pode ser representado da seguinte forma:

- **Escolher uma denominação, e um modelo de estatutos previamente aprovado:** Nas Conservatórias do Registo Comercial do Porto, Braga e Loulé, na Loja do Cidadão de Odivelas e no Registo Nacional de Pessoas Coletivas é possível escolher livremente uma denominação no âmbito dos processos de constituição da associação na hora, no momento em que a constituem. Relativamente aos modelos de estatutos, existem quatro e a diferença é que um permite a nomeação simultânea dos órgãos sociais da associação (Mesa da Assembleia Geral, Direção e Conselho Fiscal), e o outro não, o terceiro modelo destina-se apenas aos Centros de Arbitragem e o quarto modelo às instituições particulares de solidariedade social (IPSS).
- **Constituir a Associação em qualquer balcão "Associação na Hora":** No caso de associados da associação a constituir serem pessoas singulares, apresentar documento de identificação (cartão de cidadão, bilhete de identidade, passaporte, carta de condução ou autorização de residência) e cartão de contribuinte.

O custo da "Associação na Hora" é de €300,00. Este valor será pago no momento da constituição, em numerário, cheque ou multibanco. É ainda atribuído automaticamente na constituição da Associação na Hora o registo de Domínio de Internet.PT, gratuito durante o primeiro ano de vida da associação.

- **Designar um Técnico Oficial de Contas,** se optar por ter contabilidade organizada, ou ainda entregar a declaração de início de atividade no serviço da "Associação na Hora" ou no serviço de Finanças. Os associados também podem submeter eletronicamente a sua declaração de início de atividade de imediato, ou então nos 90 dias seguintes após a constituição da associação.

Anexo 5. Fontes e tipologia de financiamento

- **Crowdfunding**

O *crowdfunding* é um método de financiamento de organizações, iniciativas ou eventos que se operacionaliza via internet e se baseia na angariação de contribuições monetárias junto de um número elevado de pessoas (Ferreira, 2014). Surge, a partir de 2008, como solução para as restrições enfrentadas por pequenos empreendedores, muitas vezes com projetos artísticos, culturais ou sociais, no acesso a financiamento em países em que o sistema financeiro estava fragilizado, chegando a Portugal em 2011 (Ferreira, 2014). A forma pretendida é a de *crowdfunding* por donativo, em que os apoiantes da iniciativa não recebem qualquer recompensa pela sua contribuição, pelo que esta deve ser encarada como um donativo feito ao projeto (Ferreira, 2014).

Este sistema apresenta duas possibilidades de financiamento: *All or nothing* - em que o financiamento só é canalizado para o projeto se, no fim do período de divulgação da campanha, o objetivo de financiamento da campanha previamente estipulado for atingido. Caso não tenha sido atingido, o projeto não recebe nada; caso tenha sido atingido ou superado, o projeto recebe tudo o que angariou. *Keep it All* ou Financiamento Flexível -Independentemente do objetivo ter sido atingido ou não, tudo o que for angariado será atribuído ao projeto. Mesmo que o promotor não tenha fundos suficientes para cumprir os objetivos da campanha, cabe a este decidir se vai devolver aos apoiantes ou não o financiamento recebido (Ferreira, 2014). Segundo a autora, esta modalidade adequa-se mais a campanhas de dimensão escalável, ou seja, a projetos cuja implementação seja viável com financiamento parcial, e para os quais mais financiamento possibilita maior escala. Ainda em fase embrionária em Portugal o *crowdfunding* encontra o desconhecimento dos potenciais investidores como maior dificuldade para a angariação de financiamento, assim como a fraca perceção geral desta prática (Ferreira, 2014).

Ligada ao empreendedorismo social é indicada para financiamento na fase inicial do seu ciclo de desenvolvimento. Nesta fase valoriza-se um promotor altamente comprometido com o projeto, que se mostre conhecedor do problema social que pretende resolver, que apresente uma solução inovadora para esse problema e que explique bem o potencial de impacto da sua iniciativa. Sendo esta uma fase de experimentação e cujo objetivo final é pilotar uma solução ao menor custo possível, os instrumentos de financiamento não devem pressupor necessariamente uma lógica de reembolso do investimento, pelo que o *crowdfunding* à base de donativos e recompensas são formas adequadas de financiar esta fase, em particular o lançamento e validação do piloto e o início do desenvolvimento do modelo de negócios (Ferreira, 2014). O Laboratório de Investimento Social acredita que esta forma de financiamento pode representar um veículo alternativo para a implementação do mercado de

investimento social em Portugal, apresentando como vantagens a oportunidade única de exposição de uma ideia de solução para um problema social a uma amostra de população que pode coincidir com os potenciais beneficiários da solução; diminuir custos futuros associados ao desenvolvimento da solução social, antes do lançamento no mercado, oferecendo uma exposição ao mercado que poderá evitar custos futuros de estimativa de procura, desenvolvimento do produto, marketing, divulgação e comunicação (Ferreira, 2014).

Em Portugal são eletivas as plataformas PPL *crowdfunding* (<http://ppl.com.pt/pt/crowdfunding>) que permite angariar fundos com valor mínimo de 500€, que entre outras aloja o Novo banco *crowdfunding* (<https://novobancocrowdfunding.ppl.pt/angariar>), para montantes até 2500€ para prazos até 60 dias e 5000€ prazos até 90 dias. Outras plataformas são o Massivemov (<http://www.massivemov.com/blog/>) que integra desde 2015 a modalidade flexível, mas direcionado a projetos que já não estão na fase inicial. A modalidade *all or nothing*, permite entrega dos valores angariados desde que superior a 80% (contrariamente aos demais que obrigam a 100% do valor estabelecido).

Para o projeto em análise, uma vez que utiliza várias estratégias que podem ser implementadas de forma independente, esta modalidade parece a que melhor responde às necessidades, uma vez que o projeto se ambiciona evolutivo crescendo e diversificando-se à medida das demandas do grupo-alvo e em função dos recursos disponíveis e capacidade de resposta. Contudo das ofertas disponíveis, tal não é possível.

Ainda assim esta característica permite angariar fundos “por parcelas”, ou seja estabelecer como objetivo montantes mais baixos, por exemplo para aquisição de materiais e equipamentos e ir fazendo várias campanhas. A mesma campanha não pode estar patente em mais que uma plataforma, mas campanhas diferentes podem decorrer em simultâneo em plataformas diferentes.

- **Filantropia de impacto**

“A Filantropia de Impacto é uma abordagem de apoio financeiro e não-financeiro tipicamente intensiva, em que a capacitação é focada em que as entidades apoiadas se tornem sustentáveis, cresçam e melhorem a sua capacidade de criar impacto de forma consistente e possam escalar as suas intervenções.” (Sampaio, 2014). A filantropia de impacto combina financiamento orientado para os resultados juntamente com serviços de capacitação e mentoria com o objetivo de ajudar as organizações apoiadas a aumentarem a sua capacidade de gerar impacto social. Traduz-se num relacionamento de parceria entre o investidor e a organização social, com algumas semelhanças à abordagem da indústria de capital risco no apoio ao crescimento das organizações que recebem investimento. Este conceito está ainda em desenvolvimento em Portugal, mas existem fundações que já adotam algumas práticas de FI e que estão bem posicionadas para liderar este processo. Exemplos incluem fundações com um papel

fundamental no setor social Português como a Fundação Calouste Gulbenkian, a Fundação EDP, a Fundação Montepio, entre outras (Sampaio, 2014).

Fundação EDP

A Fundação EDP disponibiliza financiamento através de vários programas, nomeadamente o **apoio a negócios sociais**, apoiando novas ideias que permitem dar resposta a um problema social concreto e que, em simultâneo, revelam potencial para estruturar-se como negócio, concorrendo em mercado aberto. Além do financiamento que visa a criação, implementação e desenvolvimento de negócios sociais em qualquer fase do seu ciclo de vida, desde o *start up* ao *scaling up*, acompanha os projetos de forma a fortalecê-los com vista à sua autonomia, num percurso que engloba a definição do modelo de negócio e o apoio em diversas áreas e competências complementares às necessidades de cada parceiro (comunicação, apoio jurídico, apoio contabilístico, etc) (<http://www.fundacaoedp.pt/inovacao-social/>).

O **Social Hub** é um conceito inovador da Fundação EDP que permite encontrar respostas para problemas sociais de uma determinada comunidade, através da partilha de conhecimentos, competências e ferramentas entre todas as instituições a trabalharem no terreno. Com este "trabalho em rede" é possível às diversas instituições cooperarem entre si, aumentando a sua eficácia e gerando respostas mais coerentes e mais sólidas. Os projetos que constituem o Social Hub atuam nas áreas da inclusão pela Educação, pela Saúde Mental e Física, pelo Empreendedorismo, Capacitação Comunitária e Voluntariado. O modelo de sustentabilidade tem um foco central na capacitação da comunidade, para que seja ela própria construtora do seu futuro e na criação de sinergias com o poder local, sector privado e outros agentes sociais (<http://www.fundacaoedp.pt/inovacao-social/>).

Fundação Calouste Gulbenkian

A Fundação Calouste Gulbenkian tem várias áreas de atividade, nomeadamente artes, educação, ciência e beneficência, integrando-se nesta área a possibilidade de financiamento, uma vez que inclui o programa **Inovar em saúde** na área da ciência que visa apoiar iniciativas de promoção da saúde como um bem público global, contribuir para a qualificação de profissionais e valorizar a humanização dos cuidados de saúde.

Este programa tem como missão entre outros: inovar processos e modelos organizativos que contribuam para promover a saúde como um bem público e global assim como humanizar os cuidados e promover os valores humanísticos nas práticas de saúde. Entre outros apoia projetos que implementem decisões estratégicas novas em saúde e garantam a sua operacionalidade com base numa compreensão global das questões da saúde. Assim o projeto parece possível de ser apoiado ao abrigo do programa **Novos modelos em saúde**, que visa promover novos modelos organizativos em saúde, que conduzam a uma alteração de procedimentos e assegurem sustentabilidade, garantindo cuidados inovadores que desafiem os modelos de prestação atuais

e contribuam para uma maior participação dos cidadãos na decisão em saúde (<http://www.gulbenkian.pt/Institucional/pt/Homepage>)

Fundação PT

Um dos compromissos da Fundação PT é para com o bem-estar da sociedade em que se insere passa pelo estímulo ao desenvolvimento de relações humanizadas em situações de especial fragilidade e, desta forma, pelo apoio à investigação e ao desenvolvimento na área da saúde, contribuindo para a criação de uma sociedade equilibrada e harmónica. Assim, uma das áreas prioritárias concerne à **Saúde e bem-estar**, podendo os apoios disponibilizados ser de ordem financeira, voluntários PT, doações de equipamentos e escritório reconicionados, serviços e produtos PT, soluções especiais PT ou doações. (<http://www.fundacao.telecom.pt/>).

Fundação Montepio

A Associação Mutualista Montepio, apoia o setor social quer ao abrigo da sua **responsabilidade social empresarial**, através da qual assegura apoio a inúmeros projetos nas áreas de solidariedade social, saúde, ambiente, economia social, educação e formação (https://www.montepio.pt/SitePublico/pt_PT/institucional/responsabilidade-social.page?), quer através da Fundação Montepio. Esta Fundação tem a **Infância** como uma das suas áreas prioritárias, visando projetos de intervenção centrados nas crianças e jovens, apoiando estruturas que desenvolvem trabalho orientado para a promoção do acolhimento de indivíduos privados de meio familiar normal e para a atuação em áreas não beneficiadas por apoios estatais, nomeadamente projetos centrados nas crianças desaparecidas, na promoção da segurança infantil ou na formação parental.

A **Frota Solidária**, projeto central na atividade da Fundação Montepio, foi criada com o propósito de devolver à sociedade civil os montantes que, a cada ano, os contribuintes lhe atribuem através da **Consignação Fiscal** (https://www.montepio.pt/SitePublico/pt_PT/institucional/grupo/fundacao-montepio.page).

- **Consignação fiscal em sede de IRS**

A consignação fiscal permite aos contribuintes direcionarem, no momento do preenchimento da declaração de IRS, 0,5% do imposto liquidado a uma instituição à escolha de entre uma lista publicada pela autoridade tributária. Estes 0,5% referem-se ao imposto total que o Estado vai liquidar e não ao imposto que será devolvido ao contribuinte, caso tenha direito a reembolso de IRS (n.º4 e n.º6 do art.º 32.º da Lei n.º16/2001 de 22 de junho, alterada pela lei n.º91/2009 de 31 agosto; Lei n.º3-B/2010 de 28 abril; e pela Lei n.º55-A/2010 de 31 dezembro). Adicionalmente, o contribuinte pode atribuir à mesma entidade o benefício da dedução à coleta do IRS de 15% do IVA suportado por qualquer membro do agregado familiar. Se optar por consignar esta dedução, prescindirá deste reembolso, uma vez que o valor correspondente será entregue à entidade indicada (Lei n.º 82-E/2014, de 31 de dezembro)

- **Programas de apoio da segurança social - Fundo de Socorro Social**

O Fundo de Socorro Social destina-se a prestar apoio às instituições particulares de solidariedade social ou instituições equiparadas e a famílias, visando entre outros “Promover o desenvolvimento de atividades de ação social no âmbito de medidas intersectoriais que exijam uma intervenção articulada com outros Ministérios, entidades públicas ou autarquias, através da celebração de protocolos” (al. d) do n.º1 do art.º3.º do Dec-Lei n.º 102/2012 de 11 de maio).

Apesar de mais direcionado para situações de calamidade, o fundo abrange outras tipologias de intervenção onde poderá inserir-se o projeto, uma vez que visa “Prestar apoios destinados a IPSS, equiparadas, e outras entidades de reconhecido interesse público, sem carácter lucrativo, que prossigam objetivos de solidariedade social”, assim como “Promover o desenvolvimento de atividades de ação social” (al. d) e al. e) do n.º 2 do regulamento do fundo de socorro social: Portaria n.º 428/2012 de 31 de dezembro), e que nomeadamente promove o desenvolvimento de ação social enquadrando-se em “Projetos e medidas de empreendedorismo social, que pelo seu carácter inovador justifiquem a sua implementação mediante a celebração de protocolos, por um prazo máximo de dois anos;” (n.º10 do regulamento do Fundo de Socorro Social).

- **Programas ao abrigo da Europa 2020**

A Europa 2020 trata-se de uma estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo dos países da CE. Entre outros, inclui o 3º Programa Saúde, um programa de ação da união no domínio da saúde, que tem por objetivos gerais complementar, apoiar e gerar valor acrescentado no que se refere às políticas dos Estados-Membros destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos da União e reduzir as desigualdades nesse domínio através da promoção da saúde, do incentivo à inovação no mesmo domínio, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos da União contra graves ameaças sanitárias transfronteiriças (Biblioteca Infoeuropa, 2014).

O projeto poderá ser financiável ao abrigo do n.º9 do Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho de 11 de março de 2014 onde se lê que “A inovação no domínio da saúde deverá ser entendida como uma estratégia de saúde pública que não se limita aos progressos tecnológicos em termos de produtos e serviços.

A promoção da inovação no domínio das intervenções de saúde pública, das estratégias de prevenção, da gestão do sistema de saúde e da organização e prestação de cuidados de saúde e cuidados médicos, incluindo as intervenções no domínio da promoção da saúde e da prevenção de doenças, tem potencial para melhorar os resultados no domínio da saúde pública e a qualidade dos cuidados aos doentes, dar resposta a necessidades ainda não atendidas e ainda promover a competitividade dos intervenientes, e melhorar a relação custo/eficiência e a sustentabilidade dos cuidados de saúde e dos cuidados médicos” e n.º. 10 do mesmo regulamento: “O Programa deverá, particularmente no contexto da crise económica, contribuir para a redução das desigualdades na saúde e para a promoção da equidade e da solidariedade,

através da ação ao abrigo dos diferentes objetivos e encorajando e facilitando o intercâmbio de boas práticas.”

- **Programas ao abrigo do Portugal 2020**

O Portugal 2020 trata-se do acordo de parceria adotado entre Portugal e a Comissão Europeia, que reúne a atuação dos 5 Fundos Europeus Estruturais e de Investimento - FEDER, Fundo de Coesão, FSE, FEADER e FEAMP - no qual se definem os princípios de programação que consagram a política de desenvolvimento económico, social e territorial para promover, em Portugal, entre 2014 e 2020. Estes princípios de programação estão alinhados com o Crescimento Inteligente, Sustentável e Inclusivo, prosseguindo a Estratégia Europa 2020 (Portugal 2020, s.d.a).

Apesar de uma análise sumária aos programas desvendarem algumas dificuldades de acesso a projetos novos, sem protótipos validados, assim como a entidades da economia social que não estejam já bem estabelecidos e reconhecidos, eventualmente o projeto poderia ser abrangido pelo Programa Operacional Inclusão Social e Emprego [POISE], inserido no Eixo 3: Promover a inclusão social e combater a pobreza e discriminação, através do Objetivo temático 9: Promover a inclusão social e combater a pobreza e a discriminação e da Prioridade de intervenção 9iv: Melhoria do acesso a serviços sustentáveis, de grande qualidade e a preços comportáveis, incluindo cuidados de saúde e serviços sociais de interesse geral, para prossecução do objetivo específico 3.5: “Alargar a oferta de serviços sociais e de saúde, adequando-os a necessidades emergentes e potenciando a transição de cuidados institucionais para cuidados de proximidade, bem como melhorar o acesso e a qualidade das respostas no âmbito dos sistemas de saúde, de ação social e prestação de cuidados, e de promoção e proteção das crianças”.

O projeto insere-se na tipologia de operações respeitante a Cuidados especializados que visa a “Promoção de ações inovadoras de sensibilização e informação, e ações que visem capacitar técnicos e famílias nas áreas da infância e juventude, demências, e da população com deficiência e incapacidade”; na tipologia de Apoio à parentalidade positiva que pretende “Melhorar as respostas de apoio à capacitação das famílias com vista ao exercício de uma parentalidade responsável, através do reforço e aquisição de competências parentais necessárias à orientação e educação de crianças e jovens.” (Portugal 2020, s.d.b; Portugal 2020, 2014). Ainda no Eixo 3, na Prioridade de Intervenção 9v: Empreendedorismo, prosseguindo o Objetivo específico 3.6: Promover o empreendedorismo e a inovação social, inserido na tipologia de operações do Portugal Inovação Social e visa “Consolidar um ecossistema de inovação e empreendedorismo social em Portugal, capaz de gerar soluções sustentáveis, em complemento às respostas tradicionais” (Portugal 2020, s.d.b).

Anexo 6. Plano de recursos humanos

A Tabela A7 representa o plano de recursos humanos e nela se inclui:

- Na primeira coluna, as atividades a que estão afetos;

A cinzento estão assinalados para além das cedências, os recursos humanos utilizados por otimização, isto é, recursos não impreteríveis para o desenvolvimento da atividade e como tal sem custos a ela reportados, mas que, pela sua existência no global do projeto podem ser utilizados como coadjuvante;

As linhas azuis, ao nível da coluna das atividades, são indicativas dos custos afetos a cada uma;

- Na segunda coluna, a identificação dos recursos humanos necessários à prossecução das diferentes atividades do projeto;

Entre parenteses indica-se o custo total afeto especificamente ao recurso humano designado;

- Na terceira coluna, os custos inerentes aos recursos humanos, calculados para um horizonte de 3 anos;
 - Inclui o valor/h e a descrição em termos de tempo dedicado por cada um dos recursos designados;
 - As linhas azuis, ao nível da coluna dos custos, são indicativas do total de custos para cada tipo de serviço (serviços especializados, serviços gerais e serviços cedidos);
 - Os custos inscritos a cinzento referem-se aos recursos cedidos por outras entidades ou *pro bono*;
 - Nos campos referentes às atividades a que os recursos estão afetos, os custos indicados no TOTAL incluem custos efetivos e custos referentes aos recursos cedidos, indicando o TOTAL de custos se as parcerias gestionárias não se formalizassem.

Tabela A 7. Plano de recursos humanos para um horizonte de 3 anos

ATIVIDADE							RECURSOS HUMANOS	CUSTOS						
A1.1.	A1.2.	A1.3.	A2.1	A2.2	A2.3	A3.1	DESIGNAÇÃO	Valor/h	Descrição	Nºhoras	1º ano	2º ano	3º ano	Cumulativo
•			•	•	•		2 enfermeiras (47520,00)	10€/h	3h/dia/enf 22dias/mês 12meses/ano	1584h/ano	15840,00	15840,00	15840,00	47520,00
	•						4 formadoras (4320,00)	15€/h	4h/workshop 12 workshops 1ºano 18 workshops seg	48h 1ºano 72h seg	720,00	1800,00	1800,00	51840,00
11880,00	4320,00	0,00	11880,00	11880,00	11880,00	0,00			Serviços especializados		16560,00	17640,00	17640,00	51840,00
•			•	•	•		1 funcionária limpeza (2808,00)	6€/h	3h/semana 52sem/ano	156h/ano	936,00	936,00	936,00	54648,00
702,00	0,00	0,00	702,00	702,00	702,00	0,00			Serviços gerais		936,00	936,00	936,00	2808,00
12582,00	4320,00	0,00	12582,00	12582,00	12582,00	0,00			Subtotal		17496,00	18576,00	18576,00	54648,00
						•	2 promotoras (840,00)	10€/h	7h/dia 3dias/semana 2 semanas	42h planeamento	840,00	0,00	0,00	55488,00
		•					2 enfermeiras (420,00)	10€/h	1h/reunião Participação 1/2 reuniões	6h 1º ano 18h seg	60,00	180,00	180,00	55868,00
0,00	0,00	420,00	0,00	0,00	0,00	840,00			Cedência		900,00	180,00	180,00	1260,00
0,00	0,00	420,00	0,00	0,00	0,00	840,00			Subtotal		900,00	180,00	180,00	1260,00
12582,00	4320,00	420,00	12582,00	12582,00	12582,00	840,00			TOTAL		18396,00	18756,00	18756,00	55908,00

Anexo 7. Plano de recursos materiais

A Tabela A8 representa o plano de recursos materiais e nela se inclui:

- Na primeira coluna, as atividades a que estão afetos;

A cinzento estão assinalados para além das cedências, os recursos humanos utilizados por otimização, isto é, recursos não impreteríveis para o desenvolvimento da atividade e como tal sem custos a ela reportados, mas que, pela sua existência no global do projeto podem ser utilizados como coadjuvante;

As linhas azuis, ao nível da coluna das atividades, são indicativas dos custos afetos a cada uma;

- Na segunda coluna, a identificação e descrição dos recursos materiais necessários à prossecução das diferentes atividades do projeto;

Entre parenteses indica-se o custo total afeto especificamente ao recurso material designado;

- Na terceira coluna, os custos inerentes aos recursos materiais, calculados para um horizonte de 3 anos;
 - As linhas azuis, ao nível da coluna dos custos, são indicativas do total de custos para cada tipo de materiais/equipamentos (Equipamento administrativo, equipamento básico, e mercadoria, assim como os equipamentos cedidos);
 - Os custos inscritos a cinzento referem-se aos recursos cedidos por outras entidades ou *pro bono*;
 - Nos campos referentes às atividades a que os recursos estão afetos, os custos indicados no TOTAL incluem custos efetivos e custos referentes aos recursos cedidos, indicando o TOTAL de custos se as parcerias gestionárias não se formalizassem.

Tabela A 8. Plano de recursos materiais para um horizonte de 3 anos

ATIVIDADES							RECURSOS MATERIAIS		CUSTOS			
A1.1.	A1.2.	A1.3.	A2.1	A2.2	A2.3	A3.1	DESIGNAÇÃO	Descrição	1º ano	2º ano	3º ano	Cumulativo
•			•	•	•		Edifícios	(5000,00) Obras otimização do espaço	5000,00	0,00	0,00	5000,00
1250,00	0,00	0,00	1250,00	1250,00	1250,00	0,00		Outros	5000,00	0,00	0,00	5000,00
•	•		•	•	•		Mobiliário	1 cadeira escritório	60,00	0,00	0,00	5060,00
•			•	•	•			2 cadeiras	120,00	0,00	0,00	5180,00
•			•	•	•			1 secretária	180,00	0,00	0,00	5360,00
•	•		•	•	•			1 armário arquivo	250,00	0,00	0,00	5610,00
•			•	•	•			4 cadeiras sala de espera	240,00	0,00	0,00	5850,00
•			•	•	•			1 cacifo 2 portas	170,00	0,00	0,00	6020,00
•			•	•	•	•	Equipamento informático e multimédia	1 computador	500,00	0,00	0,00	6520,00
•	•	•	•	•	•	•		1 impressora	100,00	0,00	0,00	6620,00
442,50	20,00	0,00	442,50	357,5	357,5	0,00			1620,00	0,00	0,00	1620,00
	•	•						1 computador portátil	600,00	0,00	0,00	7220,00
	•	•						1 videoprojetor	120,00	0,00	0,00	7340,00
•	•	•	•	•	•	•	Mat. Pedag/papelar (1940,00)	Material diverso	800,00	570,00	570,00	9280,00
450,00	1780,00	90,00	90,00	90,00	90,00	70,00		Equipamento administrativo	3140,00	570,00	570,00	4280,00
			•	•			Equipamento esterilização	1 Autoclave (8l)	1550,00	0,00	0,00	10830,00
			•	•				1 Rolo manga mista /fole est (200mX20cm)	40,00	40,00	40,00	10950,00
			•	•				1 Máquina de selagem manga	275,00	0,00	0,00	11225,00
•	•	•					Equipamento puericultura	Material puericultura	300,00	0,00	0,00	11525,00
•								1 armário C/muda fraldas	415,00	0,00	0,00	11940,00
•								1 balança digital (peso até 20kg)	100,00	0,00	0,00	12040,00
			•				Equipamento apoio aleit. materno (uso local)	1 aquecedor de biberões	20,00	0,00	0,00	12060,00
			•					1 bomba extração leite elétrica	100,00	0,00	0,00	12160,00
			•					1 Kits de extração de leite completos (10U)	90,00	0,00	0,00	12250,00
565,00	250,00	0,00	1182,50	972,50	0,00	0,00		Equipamento básico	2890,00	40,00	40,00	2970,00
				•			Equipamento apoio aleit. materno (aluguer)	5 bombas elétricas extração leite	500,00	0,00	0,00	12750,00
				•				1 kits de extração de leite completos	135,00	0,00	0,00	12885,00
					•		Equipamento apoio aleit. materno (venda)	10 bombas manuais extração leite	200,00	200,00	200,00	13485,00
					•			10 bombas elétricas extração de leite	1000,00	1000,00	1000,00	16485,00
					•			Outros eq. Apoio à amamentação	1555,00	1555,00	1555,00	21150,00
0,00	0,00	0,00	0,00	635,00	8265,00	0,00		Mercadoria	3390,00	2755,00	2755,00	8900,00
1015,00	2030,00	90,00	1272,50	1697,50	8355,00	70,00		Subtotal	14420,00	3365,00	3365,00	21150,00
			•				Equipamento apoio aleit. materno (uso domicílio)	5 bombas de extração de leite elétrica	500,00	0,00	0,00	21650,00
			•					4 bombas de extração de leite manuais	100,00	0,00	0,00	21750,00
			•					Outros eq. Apoio à amamentação	250,00	250,00	250,00	22500,00
•			•	•	•		Edifícios	Espaço (CMC: atendimento)	6000,00	6000,00	6000,00	40500,00
	•							Espaço (municípios: workshop)	200,00	200,00	200,00	41100,00
		•						Espaço (municípios: reuniões)	200,00	200,00	200,00	41700,00
4500,00	600,00	600,00	5850,00	4500,00	4500,00	0,00		Cedência	7250,00	6650,00	6650,00	20550,00
4500,00	600,00	600,00	5850,00	4500,00	4500,00	0,00		Subtotal	7250,00	6650,00	6650,00	20550,00
7207,50	2650,00	690,00	8815,00	7805,00	14462,50	70,00		TOTAL	21670,00	10015,00	10015,00	41700,00

Anexo 8. Plano de geração de receitas próprias

A Tabela A9 representa o plano de geração de receitas próprias do projeto e nela se inclui:

- Na primeira coluna, a designação da origem das receitas;
- Na segunda coluna, a descrição de alguns elementos necessários à compreensão dos valores apurados;

- Na terceira coluna, a explicação da discriminação positiva em prol dos grupos vulneráveis e dos sócios e em detrimento da população que não integre estes dois grupos.

Estando as iniciativas disponíveis para todos, os custos de acesso serão diferentes, com o intuito de beneficiar os mais necessitados por um lado e de angariar sócios por outro;

- Por último são indicadas as receitas próprias do projeto para um horizonte de 3 anos;

As linhas azuis, são indicativas do total de receitas obtidos por cada origem designada (cotas sócios, sessões de aconselhamento individual, workshops; reuniões GAM; etc).

Tabela A 9. Plano de geração de receitas próprias para um horizonte de 3 anos

DESIGNAÇÃO	DESCRIÇÃO	Discriminação positiva	RECEITAS						TOTAL	
			1º ano		2º ano		3º ano		nº	Valor
			Tipologia	Preço	nº	Valor	nº	Valor		
Cotas sócios (nº sócios)		18.00€/ano	500	9000,00	600	10800,00	700	12600,00	1800	32400,00
Sessões aconselhamento individual (nº sessões)		Grupos vulneráveis Gratuito	200	0,00	250	0,00	280	0,00	730	0,00
		Sócios 2,50€	300	750,00	400	1000,00	450	1125,00	1140	2875,00
		Não sócios 25,00€	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
			500	7500,00	650	1000,00	730	1125,00	1870	2.875,00
Workshops	10 participantes por <i>workshop</i>	Grupos vulneráveis Gratuito	12	0,00	18	0,00	18	0,00	48	0,00
		Sócios 10,00€	105	1050,00	159	1590,00	159	1590,00	423	4230,00
		Não sócios 15,00€	3	45,00	3	45,00	3	45,00	9	135,00
(nº participantes)			120	1095,00	180	1635,00	180	1635,00	480	4365,00
Reuniões grupo apoio mútuo	3 grupos 5 membros (indiferenciados) por grupo 4 membros por reunião	Grupos vulneráveis Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
		Sócios Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
		Não sócios Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
(nº participantes)			44	0,00	144	0,00	144	0,00	332	0,00
Empréstimo bomba (domicílio)	Sócios por 1 semana Gr.vulneráveis por tempo indeterminado média 5 semanas 9 bombas X 52 sem: 468 semanas	Grupos vulneráveis Gratuito	75	0,00	75	0,00	75	0,00	225	0,00
		Sócios Gratuito	75	0,00	75	0,00	75	0,00	225	0,00
		Não sócios Exclusivo sócios/gr.vulneráveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
(nº mães)			150	0,00	150	0,00	150	0,00	450	0,00
Oferta materiais apoio	Vários materiais de apoio ao aleitamento materno	Grupos vulneráveis Gratuito	50	0,00	50	0,00	50	0,00	50	0,00
		Sócios Exclusivo grupos vulneráveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não sócios Exclusivo grupos vulneráveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
(nº mães)			50	0,00	50	0,00	50	0,00	150	0,00
Empréstimo bomba (local)	Beneficiários indiferenciados	Grupos vulneráveis Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
		Sócios Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
		Não sócios Gratuito	-	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
(nº mães)			150	0,00	175	0,00	200	0,00	525	0,00
Aluguer bombas elétricas	Por tempo indeterminado média 3 semanas	Grupos vulneráveis 2,00€/sem: prevalece empréstimo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Sócios 5,00€/sem (após 1ª semana)	251	1255,00	251	1255,00	251	1255,00	753	3765,00
		Não sócios 10,00€/sem	9	90,00	9	90,00	9	90,00	27	270,00
(nº semanas)			260	1345,00	260	1345,00	260	1345,00	780	4035,00
Venda bombas elétricas		Grupos vulneráveis 105,00€: prevalece empréstimo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Sócios 120,00€	9	1080,00	9	1080,00	9	1080,00	27	3240,00
		Não sócios 145,00€	1	145,00	1	145,00	1	145,00	3	435,00
(nº bombas)			10	1225,00	10	1225,00	10	1225,00	30	3675,00
Venda bombas manuais		Grupos vulneráveis 25,00€: prevalece empréstimo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Sócios 30,00€	9	270,00	9	270,00	9	270,00	27	810,00
		Não sócios 40,00€	1	40,00	1	40,00	1	40,00	3	120,00
(nº bombas)			10	310,00	10	310,00	10	310,00	30	930,00
Venda de outros equipamentos	Vários equipamentos, não quantificados individualmente	Grupos vulneráveis Preço custo + 2,5%: prevalece oferta	100	102,50	100	102,50	100	102,50	300	307,50
		Sócios Preço custo + 20%	1300	1560,00	1300	1560,00	1300	1560,00	3900	4680,00
		Não sócios Preço custo + 40%	200	280,00	200	280,00	200	280,00	600	840,00
(€)			1600	1942,50	1600	1942,50	1600	1942,50	4800	5827,50
TOTAL				15667,50		18145,00		20182,50		53907,50

Anexo 9. Cálculo de necessidades de financiamento e Plano de captação de recursos

Na Tabela A10 apresenta-se o cálculo das necessidades de financiamento num horizonte de 3 anos, tendo por base o saldo entre as despesas previstas e as receitas, quer estas sejam provenientes de ofertas, cedências ou receitas do ano anterior.

Este saldo corresponde à previsão de financiamento necessário. Contudo para fazer face a despesas ou desvios relativamente às previsões iniciais, a este valor acresce uma margem de segurança. Esta margem de segurança, é maior no 1º ano (4.322,00€), uma vez que é nesse período que se preveem custos mais avultados (cerca de 3.000,00€/ ano nos anos seguintes).

Tabela A 10. Cálculo de necessidades de financiamento para um horizonte de 3 anos

DESIGNAÇÃO	NECESSIDADES DE FINANCIAMENTO			TOTAL
	1º ano	2º ano	3º ano	
Despesas	-41328,00	-29586,00	-29586,00	-100500,00
Ofertas	+850,00	+250,00	+250,00	+1350,00
Cedências	+7300,00	+6580,00	+6580,00	+20460,00
Receitas do ano anterior	0,00	+15780,00	+18370,00	+34150,00
saldo	-33178,00	-6976,00	-4386,00	-44540,00
Financiamento necessário (previsto)	33178,00	6976,00	4386,00	44540,00
Margem de segurança	4322,00	3024,00	3114,00	10460,00
Meta financiamento	37500,00	10000,00	7500,00	55000,00
Receitas próprias	15780,00	18370,00	20307,50	54257,00

Com base nos valores apurados, formulou-se um plano de captação de recursos, para um horizonte de 3 anos como se apresenta na Tabela A11.

Tabela A 11. Plano de captação de recursos para um horizonte de 3 anos

TIPOLOGIA	ENTIDADE	CAPTAÇÃO DE RECURSOS			TOTAL
		1º ano	2º ano	3º ano	
<i>Crowdfunding</i>	PPL <i>Crowdfunding</i>	1000,00	1000,00	1000,00	3000,00
	Novobanco <i>Crowdfunding</i>	1000,00	1000,00	1000,00	3000,00
	<i>Massivemov</i>	1000,00	1000,00	1000,00	3000,00
		3000,00	3000,00	3000,00	9000,00
Filantropia de impacto	Fundação EDP	7500,00	1000,00	500,00	9000,00
	Fundação Calouste Gulbenkian	10000,00	2000,00	1000,00	13000,00
	Fundação PT	7500,00	1000,00	500,00	9000,00
	Fundação Montepio	7500,00	1000,00	500,00	9000,00
		32500,00	5000,00	2500,00	40000,00
Consignação fiscal em sede de IRS	IRS	1000,00	1000,00	1000,00	3000,00
	IVA	1000,00	1000,00	1000,00	3000,00
		2000,00	2000,00	2000,00	6000,00
	TOTAL	37500,00	10000,00	7500,00	55000,00

Anexo 10. Tradução de fatores de risco em risco

Tabela A 12. Matriz de tradução de fatores de risco em risco

	FATOR DE RISCO - Causa	RISCO - Consequência
RISCOS NEGATIVOS	f1. Elevada dependência de financiamento externo	r1. Implementação e manutenção do projeto comprometido por possibilidade de financiamento deficitário
	f2. Elevada dependência de acordos e parcerias gestonárias	r2. Implementação e manutenção do projeto comprometido por falta de concretização de acordos/parcerias gestonárias
	f3. Inexperiência da Associação Promotora em projetos de empreendedorismo social	r3. Sucesso das iniciativas comprometido pela inexperiência da Associação Promotora em projetos de empreendedorismo social
RISCOS NEGATIVOS	A1. Muitos projetos a concorrer simultaneamente às mesmas fontes e programas de financiamento	r1. Implementação e manutenção do projeto comprometido por possibilidade de financiamento deficitário
	A2. Muitos pedidos para realização de parcerias gestonárias, com potenciais parceiros podem limitar colaboração no projeto	r2. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias gestonárias
	A3. Possibilidade de perda de protagonismo de pessoas ligadas a potenciais parceiros funcionais pode limitar colaboração no projeto	r4. Implementação e manutenção do projeto comprometido pela falta de concretização de acordos e parcerias funcionais
RISCOS POSITIVOS	F1. Capacidade de autofinanciamento parcial	r5. Manutenção do projeto promovido pela capacidade de autofinanciamento parcial
	F2. Área de intervenção com capacidade de mobilização de parcerias e ativação de programas de financiamento	r6. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da área de intervenção em mobilizar parcerias e ativar programas de financiamento
	F3. Associação Promotora claramente motivada com capacidade de mobilização e implicação de parceiros	r7. Implementação e manutenção do projeto promovido pela capacidade da associação Promotora em mobilizar e implicar parceiros
	F4. Promotoras com experiência e conhecimento efetivo do grupo-alvo e suas necessidades	r8. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pela experiência profissional das promotoras e conhecimento efetivo do grupo-alvo e suas necessidades
	F5. Promotoras com conhecimentos teóricos em empreendedorismo social	r9. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelos conhecimentos teóricos das promotoras em empreendedorismo social
RISCOS POSITIVOS	O1. Ausência de recursos concorrentes em algumas das áreas de intervenção do projeto	r10. Sucesso das iniciativas incrementado pela ausência de recursos concorrentes em algumas das áreas de intervenção do projeto
	O2. Possibilidade de candidatura a vários programas e fontes de financiamento diversificadas	r11. Implementação e manutenção do projeto promovido pela possibilidade de candidatura a vários programas e fontes de financiamento
	O3. Potenciais parceiros gestonários com interesse em promover a sua imagem/apetência em exercer responsabilidade social em prol das áreas de intervenção	r12. Implementação e manutenção do projeto incrementado pelo interesse dos parceiros gestonários em promover imagem ou apetência em exercer responsabilidade social em prol das áreas de intervenção
	O4. Grupo-alvo e grupos de apoio mútuo com interesse pelos recursos disponibilizados pelo projeto	r13. Implementação e manutenção do projeto promovido por interesse do grupo-alvo e grupos apoio mútuo pelos serviços oferecidos
	O5. Profissionais ligados às áreas visadas com interesse na melhoria dos resultados obtidos	r14. Sucesso das iniciativas do projeto incrementado pelo interesse dos profissionais ligados às áreas visadas na melhoria dos resultados obtidos
	O6. Potenciais parceiros funcionais com interesse por tudo o que possa contribuir para a sua boa imagem	r15. Implementação e manutenção do projeto promovido pelo interesse dos potenciais parceiros funcionais por tudo o que possa contribuir para a sua boa imagem
	O7. Existência de programas de apoio e capacitação para empreendedores sociais	r16. Sucesso do projeto incrementado pela existência de programas de apoio e capacitação para empreendedores sociais
	O8. Mediatização do empreendedorismo social	r17. Potencial de divulgação e disseminação do projeto incrementado pela mediatização do empreendedorismo social
	O9. Existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno	r18. Sucesso do projeto incrementado pela existência de políticas e práticas de apoio à parentalidade e aleitamento materno