Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes



Porto
2002

Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes



Tese elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, ramo Ciências de Enfermagem, orientada pelo Professor Doutor Eduardo Sá e coorientada pelo Professor Doutor Nuno Grande.

Porto
2002

Trabalho co-financiado pelo Fundo Social Europeu

prodep III

União Europeia Fundo Social Europeu

AGRADECIMENTOS

Gostaria de exprimir algumas palavras de apreço e expressar o meu profundo reconhecimento a todos os que com o seu apoio, colaboração e amizade tornaram possível a realização deste estudo.

Ao Sr. Professor Doutor Eduardo Sá, esperançada que o tempo permita manifestar o meu grande apreço, pretendo testemunhar a minha gratidão pelo apoio científico, permanente disponibilidade na orientação, reflexão e elucidação de questões que a investigação foi suscitando, reconhecer o privilégio de ser sua orientanda e expressar o quanto me honra a sua amizade.

Ao Sr. Professor Doutor Nuno Grande um profundo agradecimento por ter aceite ser meu coorientador nesta fase do meu percurso académico, compreensão em relação à natureza do trabalho, sugestões e comentários incisivos e constante incentivo.

Ao Dr. Francisco Peixoto o meu apreço pela disponibilidade em repartir comigo os seus conhecimentos.

À Natacha, à Ana, à Telma e à Eugénia o meu muito obrigada pela participação numa parte da validação do instrumento utilizado na pesquisa.

À Rosa Moreira um agradecimento muito especial pelo empenho e grande auxílio no primeiro momento da fase de recolha de informação.

À Enfermeira Nave agradeço a disponibilização do espaço destinado ao acolhimento das participantes no segundo momento do estudo.

Aos Enfermeiros da Maternidade Bissaya Barreto agradeço a forma como sempre me acolheram.

À São, minha colega e amiga, o meu sincero obrigado pela leitura atenta e cuidadosa revisão de alguns capítulos.

ICBAS
BIBLIOTECA
U P
PORTO

4468

AGRADECIMENTOS

À Rosa Maria, colega, amiga e confidente nos momentos de maior desânimo, por acreditar que era possível.

À Milú um particular obrigado pela ajuda na recolha da bibliografia.

Aos meus pais e avó agradeço o carinho, a atenção, tolerância e apoio dispensados.

À memória do meu avô.

Aos meus sogros pelas palavras amigas.

Ao meu marido um sincero obrigado pelo apoio insubestimável, minúcia no arranjo gráfico, constante ajuda, presença e permanente incentivo.

Ao meu filho o meu apreço pela sua compreensão por tantos momentos de ausência e por vezes de impaciência, e a promessa do regresso de uma presença por inteiro.

Ao laboratório Organon Portuguesa agradeço o apoio financeiro que permitiu a deslocação das participantes no estudo.

Aos laboratórios Expanscience Phar, Johnson y Johnson, Andrómaco Lda., Roche Sistemas de Diagnóstico e Farmoquímica Baldacci pelos produtos de higiene infantil que gentilmente me enviaram.

Finalmente a todas as mães e bebés que aceitaram colaborar e se mantiveram fieís participantes no estudo, tornando possível a sua realização, dedico esta pesquisa.

RESUMO

Considerando que a amamentação bem sucedida é um processo interactivo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebé, que para além da sua duração e da ausência de problemas físicos, implica uma opção fundamentada em vivências familiares, sociais e educacionais favorecedoras da amamentação, apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade de lactação e de cuidar do bebé, um bebé capaz de mamar eficazmente e que cresce e se desenvolve bem, assistência por profissionais de saúde capazes de actuar e ensinar a agir de modo a tornar a amamentação um êxito e prazer e satisfação em amamentar e mamar, procedeu-se à realização de um estudo descritivo-correlacional, junto de uma amostra constituída por 607 pares mães/bebés, utilizando-se a técnica de pesquisa directa, por forma a configurar o complexo processo interactivo da amamentação bem sucedida, avaliar a influência de algumas variáveis físicas, sociais e psicológicas no êxito da amamentação e estudar repercussões resultantes da actuação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, no sucesso da amamentação.

Constituiram instrumentos de recolha de informação o questionário com questões dirigidas de acordo com a cronologia de aplicação, às 48 horas pós parto, aos três, seis e doze meses após a alta, o Inventário de Auto-Estima Materna de Shea e Tronick (1988) versão Portuguesa de Mendes (1992), a Infant Breastfeeding Assessment Tool de Kay Matthews (1988), o Maternal Attachment Inventory de Mary Muller (1994), a Family Strenghs/Escala de Recursos Familiares, versão Portuguesa de Cristina Canavarro e colaboradores (1990) e a Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994). No tratamento da informação utilizou-se a

determinação de medidas de tendência central e de dispersão, por forma a descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e os valores obtidos pelas medidas das variáveis em estudo, testes não paramétricos, na análise da significância das relações entre as variáveis tendo em conta a sua distribuição e características, e para a análise e interpretação do conteúdo das mensagens procedeu-se à análise de conteúdo.

Os resultados que obtivemos mostram-nos que foi influente na altura em que a mãe decidiu amamentar a condição laboral, ter condições no trabalho para ter o bebé, ter sido amamentada, ver frequentemente outras mulheres onde vive a amamentar, a auto-estima materna e os recursos familiares.

A auto-estima materna, paridade, altura em que a mãe decidiu amamentar o seu bebé e em que deu de mamar pela primeira vez, o comportamento alimentar do RN às 48 horas de vida, o tipo de leite e o local onde o bebé mamou durante o internamento na maternidade demonstraram ser influentes na incidência de dificuldades com a amamentação durante o internamento.

O nível de de auto-estima materna foi influente na incidência de problemas com a amamentação.

A prevalência da amamentação decresceu bastante do nascimento aos 3 meses, dos 3 aos 6 e dos 6 aos 12 meses verificando-se elevado abandono da prática da amamentação exclusiva, logo no primeiro mês de vida do bebé. Aos 3 meses apenas um quarto dos meninos do estudo estavam a fazer aleitamento materno exclusivo e aos 12 meses somente

um sexto mantinha a amamentação. A idade média de desmame foi de quatro meses e a maioria das crianças foi desmamada de forma gradual. Os motivos que conduziram ao abandono do aleitamento materno focados com maior frequência foram "pouco leite", "leite fraco" e "choro do bebé".

O peso ao nascer, produto da gestação, tipo de parto, condição laboral materna, existência de creche no local de trabalho, observar outras mulheres a amamentar, ter sido amamentada, paridade, local onde a mãe fez consultas de vigilância de saúde durante a gravidez, incidência de dificuldades e de problemas com a amamentação, praticar alojamento conjunto, não receber qualquer líquido antes da primeira mamada, sentimento materno experienciado na primeira mamada e durante o tempo de internamento, usufruir de suporte informativo sobre amamentação, forma como o bebé mamou durante o internamento, tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento, reforço de informação realizado no momento da alta, ter recebido informação escrita sobre amamentação, uso de chupeta, existência de contacto após a alta, introdução de outros alimentos na dieta alimentar, compromisso materno em amamentar, comportamento alimentar do RN e a satisfação materna às 48 horas de vida, auto-estima materna e satisfação materna em amamentar demonstraram ser influentes na duração da amamentação.

A satisfação materna às 48 horas e o comportamento alimentar do RN influenciaram os níveis de satisfação materna com a amamentação. Também influente na satisfação materna com a amamentação demonstraram ser a incidência de dificuldades, a prática do alojamento conjunto, a realização de ensinos no momento da alta, o compromisso

materno em amamentar, a auto-estima, o envolvimento e os recursos maternos e a experiência anterior de amamentação.

A auto-estima materna foi influenciada pelos recursos familiares e comportamento alimentar do bebé às 48 horas de vida e influenciou a satisfação com a experiência de amamentação.

A maioria das mães apresentaram em todos os momentos da pesquisa níveis elevados de satisfação com a experiência de amamentação verificando-se que com o passar do tempo houve incremento dos valores.

SUMMARY

Considering that successful breastfeeding is an interactive process of the physical and psychological needs of mother and infant, and that in addition to its duration and the absence of physical problems, it implies an option based on familiar experiences, both social and educational that favour breastfeeding, on family support, on the mothers self-confidence in her capacity to breastfeed and to take care of her baby, on a baby that is able to efficiently breastfeed and that grows and develops well, on the provision of professional healthcare aid administrators, who are capable of performing and teaching methods that make breastfeeding and feeding a successful, pleasurable, and satisfying experience, for both mother and infant. A descriptive- correlative study was conducted, in which 607 pairs of mothers and infants took part. Using a direct research technique, in which a complex, interactive process of successful breastfeeding was configured, and evaluating the influence of several physical variables, both social and psychological, in breastfeeding success and studying the repercussions resulting from the interaction of healthcare professionals, especially that of nurses, in the achievement of successful breastfeeding.

Instruments for compiling data were the questionnaire with questions directed in accordance with the following chronology, at 48 hours postpartum, at three, six and twelve months after hospital release, the Maternal Self-Esteem Inventory, by Shea and Tronick (1988) Portuguese edition by Mendes (1992), the Infant Breastfeeding Assessment Tool by Kay Matthews (1988), the Maternal Attachment Inventory by Mary Muller (1994), the Family Strengths, Portuguese edition by Cristina Canavarro and collaborators (1990), and the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

by Ellen Leff (1994). In dealing with the information, determining measures of central tendencies and dispersion were used, in a way that describes the sample characteristics in which the facts were collected and the values obtained by variable measures in the study, non-parametric tests, in analyzing the significance of the relationship between the variables, keeping in mind their distribution and characteristics, and to analyze and interpret the content of the messages, an analyses of the content was performed.

The results obtained indicated that the time in which the mother decided to breastfeed was influenced by working conditions, the availability of breastfeeding conditions in the workplace, whether or not there are provisions to have her baby in the workplace, having been breastfed herself, the frequency with which she sees other women breastfeed in the area she lives in, her maternal self-esteem and family resources.

Maternal self-esteem, equality, the time at which the mother made the decision to breastfeed her baby and the place where she breastfed for the first time, the RN's feeding pattern within the infant's first 48 hours of life, the type of milk and the location where the infant was fed while in the maternity ward were all influential in the occurrence of difficulties experienced with breastfeeding while in hospital.

The level of maternal self-esteem was influential in the occurrence of breastfeeding problems.

Breastfeeding prevalence declined dramatically from birth to 3 months, from 3 months to 6 months and from 6 months to 12 months, where which the exclusive practice of breastfeeding was abandoned immediately in the first month of the infant's life. At just 3 months only one

quarter of the infants in the study were feeding exclusively on breast-milk and at 12 months only one sixth of these were maintained on breast-milk. The average weaning age was at four months and the majority of the infants were weaned gradually. The most common reasons conducive to breastfeeding abandonment were "lack of breast-milk", "poor quality of breast-milk" and "the infant's crying".

The birth weight, gestation period, type of birth, maternal working conditions, the existence of a daycare centre in the workplace, observation of other women breastfeeding, having been breastfed herself, equality, the place where the mother had her ongoing pregnancy checkups, the occurrence of difficulties and problems with breastfeeding , the practice of shared accommodations, not ingesting any kind of liquid before the first breastfeeding, the maternal feelings experienced during the first breastfeeding and during the course of the hospital stay, enjoyment of informative support on breastfeeding, the way in which the infant fed and the type of milk ingested by the infant during the hospital stay, information reinforcement in effect at the time of release from the hospital, having received written information on breastfeeding, use of a pacifier, the existence of contact after hospital release, the introduction of other types of food in the diet, maternal commitment in breastfeeding, the RN's feeding pattern, maternal satisfaction within the first 48 hours of the infant's life, maternal self-esteem and satisfaction with breastfeeding, all demonstrated to be influential in the duration of breastfeeding.

Maternal satisfaction within the first 48 hours of the infant's life and the RN's feeding pattern influenced the level of maternal satisfaction with

breastfeeding. Also found to be influential in maternal satisfaction with breastfeeding were the following: the occurrence of difficulties, shared accommodation practice, informative teaching at the time of hospital release, maternal commitment in breastfeeding, self-esteem, involvement and maternal resources, as well as previous experience with breastfeeding.

Maternal self-esteem was influenced by family resources, as well as, the infants feeding pattern during its first 48 hours of life and the level of satisfaction with the breastfeeding experience.

Throughout the research study, the majority of mothers demonstrated elevated levels of satisfaction with the breastfeeding experience, verifying that, as time went by, there was an increase of values.

RESUME

Nous avons tout d'abord considéré que le succès de l'allaitement maternel est le résultat d'un processus interactif des besoins physiques et psychologiques de la mère et du bébé. Outre sa durée et l'absence de problèmes physiques, ce processus suppose un choix qui s'appui sur des expériences de vies familiales, sociales et éducationnelles qui favorisent l'allaitement maternel comme le soutien familial, la confiance de la mère en ce qui concerne ses capacités de lactation et ses capacités à s'occuper du bébé, un bébé capable de téter efficacement et qui grandit et se développe convenablement, l'assistance de la part des professionnels de santé capables d'agir et d'enseigner pour que l'allaitement devienne un succès, et du plaisir et de la satisfaction à allaiter et à téter. Nous avons effectué une étude descriptive et corrélative, auprès d'un échantillon composé de 607 couples mères/bébés, en utilisant la méthode d'investigation directe afin de délimiter le complexe processus de l'allaitement maternel réalisé avec succès, d'observer l'influence de certaines conditions physiques, sociales et psychologiques pour le succès de l'allaitement et d'étudier les répercussions de l'action des professionnels de santé, en particulier les infirmiers, dans le succès de l'allaitement.

Nous avons utilisé divers outils pour réunir ses informations comme le questionnaire avec des questions précises portant sur la chronologie suivante, à 48 heures post-partum et à trois, à six et à douze mois après la sortie de la maternité, l' "Inventário de Auto-Estima Maternal" de Shea et Tronick (1988) version portugaise de Mendes (1992), l' "Infant Breastfeeding Assessment Tool" de Kay Matthews (1988), le "Maternal Attachment Inventory" de Mary Muller (1994), le "Family Strenghs ", version

portugaise de Cristina Canavarro et de ses collaborateurs (1990) et le "Maternal Breastfeeding Evaluation Scale" d'Ellen Leff (1994). Pour le traitement de l'information nous avons tout d'abord choisi d'établir des tendances communes et des tendances spécifiques, afin de décrire les caractéristiques de l'échantillon étudié et les valeurs ainsi obtenues, et d'élaborer des tests non paramétriques, pour analyser la classification et les caractéristiques des diverses conditions en présence. Et finalement, nous avons analysé les contenus des messages pour procéder a leur interprétation.

Les résultats obtenus nous démontrent que la décision de la mère d'allaiter au sein a été encouragée par sa condition professionnelle, la possibilité d'avoir son bébé sur son lieu de travail, le fait d'avoir elle-même bénéficé de l'allaitement maternel et d'avoir souvent vu des femmes de son entourage allaiter, sa propre estime maternelle et les ressources familiales.

L'estime propre de la mère, la parité, le moment où la mère décide d'allaiter son bébé et où elle l'allaite pour la première fois, le comportement alimentaire du nouveau né après 48 heures de vie, le type de lait et le lieu où le bébé tète pendant son séjour à la maternité ont démontré être significatifs quant à l'apparition de difficultés avec l'allaitement durant l'hospitalisation.

Le niveau d'estime de soi-même de la mère a également été significatif quant à l'apparition de problèmes avec l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel a considérablement baissé pour les enfants qui se situent dans les tranches d'âges de la naissance aux 3 mois, des 3 mois aux 6 mois et des 6 mois aux 12 mois, et nous observons un nombre

élevé d'abandon de la pratique exclusive de l'allaitement maternel, dès le premier mois de vie du bébé. A l'âge de 3 mois, seul un quart des enfants à l'étude était allaité exclusivement au lait maternel et à 12 mois seul un sixième poursuivait l'allaitement. L'âge moyen de l'abandon de cette pratique est de quatre mois et la plupart des enfants ont eu un abandon de l'allaitement maternel progressif. Les raisons les plus fréquentes qui ont conduit à cet abandon ont été le "manque de lait", le "lait peu nourrissant" et les "pleurs du bébé".

Le poids à la naissance, les conséquences de la gestation, le type d'accouchement, les conditions de travail de la mère, l'existence d'une crèche sur le lieu de travail, l'observation d'autres femmes qui allaitent, la parité, le lieu où la mère a passé les visites de routines durant la grossesse, l'apparition de difficultés et de problèmes avec l'allaitement maternel, la vie en couple, l'absence de liquide avant la première tétée et lors de l'internement, les informations sur l'allaitement maternel, la manière comme le bébé a tété et le type de lait que le bébé a tété pendant son séjour à la maternité, l'apport d'informations au moment de la sortie de la maternité, les documentations écrites sur l'allaitement, l'utilisation de la sucette, l'existence de contact après la sortie de la maternité, l'introduction d'autres aliments dans la diète alimentaire, l'engagement de la mère à allaiter, le comportement alimentaire de nouveau né et la satisfaction de la mère après 48 heures de vie, l'estime propre de la mère démontrent avoir également influencé la durée de l'allaitement maternel.

Le plaisir de la mère aux 48 premières heures et le comportement alimentaire du nouveau né ont influencé les niveaux de satisfaction

maternelle quant à l'allaitement maternel. L'apparition de difficultés, la vie en couple, l'apport d'information au moment de la sortie de la maternité, l'engament de la mère à allaiter, la propre estime de la mère, l'investissement et les ressources de la mère et les expériences précédentes en matière d'allaitement ont joué un rôle très important sur la satisfaction de la mère à allaiter au sein.

Les ressources familiales et le comportement alimentaire du bébé à 48 heures de vie ont influencé l'estime propre de la mère et sa satisfaction quant à l'expérience de l'allaitement maternel.

La majorité des mères ont présenté de hauts niveaux de satisfaction en ce qui concerne cette expérience, et ce, lors des diverses phases de l'étude, et nous observons, qu´avec le temps, certaines valeurs leur ont été inculquées.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 24

PARTE I - AMAMENTAÇÃO

1 - AMAMENTAÇÃO: CONCEITOS, HISTÓRIA, PERSPECTIVAS E PROBLEMÁTICA 29

1.1 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO 38

1.1.1 - Vantagens biológicas do aleitamento materno 39

1.1.2 - Vantagens psicológicas do aleitamento materno 48

1.2 - FACTORES DE DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO 56

1.2.1 - Factores sociais 57

1.2.2 - Factores associados à prática de cuidados 60

1.2.3 - Factores psicológicos 65

2 - AMAMENTAÇÃO: PROCESSOS ENVOLVIDOS 69

2.1 - COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO 76

2.2 - MAMAR EM BOA POSIÇÃO 88

2.3 - SITUAÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DA MÃE E DO BEBÉ ASSOCIADAS E/OU CONCOMITANTES COM A AMAMENTAÇÃO 93

2.4 - SUPLEMENTOS E DESMAME 127

PARTE II - AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

1. - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA 134

1.1 - JUSTIFICAÇÃO PARA DESENVOLVER O ESTUDO 136

1.2 - FINALIDADES DO ESTUDO 136

2 - METODOLOGIA E MATERIAL UTILIZADO 138

2.1 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS 143

2.1.1 - Consistência Interna das Escalas 161

2.1.2- Ensaio Piloto 164

2.2 - CRITÉRIOS DE AMOSTRAGEM E RECOLHA DA AMOSTRA 165

2.2.1 - Caracterização da amostra 167

2.3 - RECURSOS UTILIZADOS 172

2.4 - TRATAMENTO DE DADOS 173

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 175

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 324

4.1 - SÍNTESE DA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 362

CONCLUSÃO 375

BIBLIOGRAFIA 379

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro 1 - Vantagens físicas e psicológicas do aleitamento materno 56

Quadro 2 - Composição do leite materno 87

Quadro 3 - Consequências de uma pega incorrecta 93

Quadro 4 - Causas de uma pega incorrecta 93

Quadro 5 - Tempo de conservação do leite materno de acordo com o método 115

Quadro 6 - Consistência interna do Inventário da Auto-estima Materna 162

Quadro 7 - Consistência interna do Infant Breastfeeging Assessement Tool (IBFAT) e Maternal Attachment Inventory (MAI) 163

Quadro 8 - Consistência interna da Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) 163

Quadro 9 - Consistência interna do Family Strenghs/Recursos Familiares 163

Quadro 10 - Distribuição do total das crianças segundo o tipo de parto 169

Quadro 11 - Distribuição do total das crianças segundo o peso de nascimento 170

Quadro 12 - Distribuição do total das crianças segundo o género 170

Quadro 13 - Distribuição do total das mães segundo a idade, local de residência e estado civil 170

Quadro 14 - Distribuição do total das mães segundo as habilitações literárias 170

Quadro 15 - Distribuição do total das mães segundo a condição laboral 171

Quadro 16 - Normalidade da distribuição dos resultados 174

Quadro 17 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Tem irmãos? Foram amamentados?" 175

Quadro 18 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Alguma vez viu a sua mãe a amamentar?" 176

Quadro 19 - Distribuição das respostas maternas à questão: "É frequente ver mulheres da comunidade onde vive a amamentar?" 176

Quadro 20 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Foi amamentada? Se sim até que idade?" 178

Quadro 21 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Número de filhos anteriores? O último filho anterior foi amamentado? Até que idade? Se amamentou, como classifica a sua experiência anterior de amamentação?" 180

Quadro 22 - Distribuição do total das mães segundo a frequência e o local de consultas de vigilância da gravidez 181

Quadro 23 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Desde que nasceu, o bebé tem permanecido durante todo o dia no quarto com a mãe?" 182

Quadro 24 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Quando for para casa prespectiva ser ajudada nas suas lides domésticas e nos cuidados ao bebé? Por quem?" 182

Quadro 25 - Distribuição do total das mães segundo o tempo que considera adequado para amamentação dos seus filhos 183

Quadro 26 - Distribuição do total das mães segundo a altura em que tomaram a decisão de amamentar e a opinião dos maridos 184

Quadro 27 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Considera ser a amamentação vantajosa para: a mãe, a criança, ambos ou nenhum?" 186

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro 28 - Distribuição das respostas das mães que consideram existir vantagens da amamentação 186

Quadro 29 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Foi aconselhada a fazer preparação da mama e mamilo para a amamentação? Que tipo de preparação efectuou?" 187

Quadro 30 - Distribuição das respostas maternas de acordo com o momento e modo como ocorreu a primeira mamada dos seus filhos 188

Quadro 31 - Distribuição das respostas maternas relativamente ao sentimento que experienciaram na primeira mamada dos seus filhos 189

Quadro 32 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Teve ajuda na primeira vez que deu de mamar ao seu filho? Quem a prestou?" 190

Quadro 33 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Que informação recebeu sobre amamentação desde que o bebé nasceu?" 191

Quadro 34 - Distribuição das respostas maternas de acordo com o modo como o bebé mamou durante o internamento 191

Quadro 35 - Distribuição das respostas maternas relativamente ao sentimento que experienciaram com a amamentação dos filhos 192

Quadro 36 - Distribuição das respostas maternas segundo o modo como foram ensinadas a amamentar os filhos 193

Quadro 37 - Comportamento alimentar do RN 194

Quadro 38 - Auto-estima Materna 196

Quadro 39 - Recursos Familiares percepcionados pelas mães 197

Quadro 40 - Distribuição das respostas maternas segundo o tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento 197

Quadro 41 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Durante o internamento sentiu dificuldades quando amamentava o seu filho?" 198

Quadro 42 - Dificuldades sentidas pelas mães na amamentação do filho, ainda na maternidade 199

Quadro 43 - Distribuição das respostas maternas à questão: "No momento da alta reforçaram-lhe os ensinos sobre amamentação?" 200

Quadro 44 - Distribuição das respostas maternas segundo o ensino efectuado no momento da alta 201

Quadro 45 - Especificação dos ensinos efectuados no momento da alta 201

Quadro 46 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Durante a sua permanência na maternidade ou no momento da alta recebeu alguma informação escrita sobre amamentação?" 203

Quadro 47 - Distribuição das respostas maternas às questões: "O bebé usa chupeta? Quando começou a usar?" 203

Quadro 48 - Distribuição das respostas maternas à questão: " Sempre que lhe surjem dúvidas ou tem dificuldades sobre amamentação onde recorre?" 205

Quadro 49 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Após a alta teve algum contacto pessoal, telefónico ou escrito no qual tenha sido abordado o tema amamentação?" 205

Quadro 50 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Desde que amamenta que problemas já teve?" 206

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro 51 - Número de refeições exclusivas de leite materno aos 3 meses de idade 207

Quadro 52 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Já introduziu outros alimentos ou líquidos (ex: água, chàs) na dieta do seu filho?" 208

Quadro 53 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Alguma vez lhe ensinaram como proceder à extracção e conservação do leite para o poder dar ao seu filho quando não está junto dele?" 208

Quadro 54 - Envolvimento Materno 209

Quadro 55 - Satisfação materna em amamentar aos 3 meses 210

Quadro 56 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Continua a amamentar aos 3, 6 e 12 meses? Amamentou até?" 212

Quadro 57 - Causas e modo como ocorreu o desmame até aos 12 meses 214

Quadro 58 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 3 meses relativamente à opinião de pessoas significativas 215

Quadro 59 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 6 meses relativamente à opinião de pessoas significativas 216

Quadro 60 - Satisfação materna em amamentar aos 6 meses 217

Quadro 61 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 12 meses relativamente à opinião de pessoas significativas 218

Quadro 62 - Distribuição das respostas do total das mães que aos 12 meses continuavam a amamentar à questão: "O seu filho bebeu alguma vez outro leite sem ser do seu?" 218

Quadro 63 - Satisfação materna em amamentar aos 12 meses 220

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre altura de decisão em amamentar e local de residência 220
Tabela 2 - Relação entre altura de decisão em amamentar e idade materna 221
Tabela 3 - Relação entre altura de decisão em amamentar e estado civil 222
Tabela 4 - Relação entre altura de decisão em amamentar e nível de escolaridade 222
Tabela 5 - Relação entre altura de decisão em amamentar e condição laboral 223
Tabela 6 - Relação entre altura de decisão em amamentar e existência de creche no local de trabalho 224
Tabela 7 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ter sido amamentada ... 225
Tabela 8 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ter visto a mãe a amamentar ... 225
Tabela 9 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ver frequentemente outras mulheres a amamentar 226
Tabela 10 - Relação entre altura de decisão em amamentar e paridade 227
Tabela 11 - Relação entre altura de decisão em amamentar e filhos anteriores amamentados 227
Tabela 12 - Relação entre altura de decisão em amamentar e qualificação da anterior experiência de amamentação 228
Tabela 13 - Relação entre altura de decisão em amamentar e opinião dos maridos ... 229
Tabela 14 - Relação entre altura de decisão em amamentar e incidência de dificuldades 230
Tabela 15 - Relação entre altura de decisão em amamentar e Auto-estima materna ... 230
Tabela 16 - Relação entre altura de decisão em amamentar e Recursos Familiares 231
Tabela 17 - Relação entre tipo de parto e incidência de dificuldades 231
Tabela 18 - Relação entre tipo de parto distócico e incidência de dificuldades 232
Tabela 19 - Relação entre tipo de parto e incidência de dificuldades 233
Tabela 20 - Relação entre altura em que ocorreu a primeira mamada e incidência de dificuldades 234
Tabela 21 - Relação entre informação sobre amamentação no internamento e incidência de dificuldades 234
Tabela 22 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades 235
Tabela 23 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades 235
Tabela 24 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades 235
Tabela 25 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades 236
Tabela 26 - Relação entre tipo de leite que o bebé mamou no internamento e incidência de dificuldades 236
Tabela 27 - Relação entre uso de chupeta no internamento e incidência de dificuldades 237
Tabela 28 - Relação entre ter feito preparação dos mamilos para a amamentação e incidência de dificuldades 238
Tabela 29 - Relação entre local de vigilância da gravidez e incidência de dificuldades 238
Tabela 30 - Relação entre Auto-estima Materna, Recursos Familiares e incidência de dificuldades 239
Tabela 31 - Relação entre Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno e incidência de dificuldades 240
Tabela 32 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e incidência de dificuldades . 240
Tabela 33 - Relação entre uso de chupeta e incidência de problemas 241

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 34 - Relação entre Auto-estima Materna, Recursos Familiares e incidência de problemas 242

Tabela 35 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e incidência de problemas . 242

Tabela 36 - Relação entre Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno e incidência de problemas 243

Tabela 37 - Relação entre Auto-estima e alojamento conjunto 243

Tabela 38 - Relação entre Envolvimento Materno e alojamento conjunto 244

Tabela 39 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e alojamento conjunto .. 244

Tabela 40 - Relação entre Envolvimento Materno e altura em que ocorreu a primeira mamada 245

Tabela 41 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e altura em que ocorreu a primeira mamada 246

Tabela 42 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e ensinos na alta 246

Tabela 43 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e contacto após a alta 247

Tabela 44 - Satisfação materna em amamentar aos 3, 6 e 12 meses 248

Tabela 45 - Correlação entre Auto-estima Materna, Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno, Recursos Familiares e Satisfação materna com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses 250

Tabela 46 - Correlação entre Auto-estima Materna, Satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses e experiência anterior de amamentação 251

Tabela 47 - Correlação entre Satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses e Satisfação com o comportamento alimentar do RN 251

Tabela 48 - Relação entre produto de gestação e duração da amamentação aos 3 e 6 meses 252

Tabela 49 - Relação entre tipo de parto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 254

Tabela 50 - Relação entre tipo de parto distócico e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 255

Tabela 51 - Relação entre peso de nascimento e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 257

Tabela 52 - Relação entre género do RN e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses . 258

Tabela 53 - Relação entre idade materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses . 259

Tabela 54 - Relação entre local de residência materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 260

Tabela 55 - Relação entre nível de escolaridade materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 262

Tabela 56 - Relação entre estado civil da mãe e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses .. 263

Tabela 57 - Relação entre condição laboral materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 265

Tabela 58 - Relação entre existência de creche no local de trabalho e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 266

Tabela 59 - Relação entre ver a própria mãe a amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 267

Tabela 60 - Relação entre ver outras mulheres a amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 268

Tabela 61 - Relação entre ter sido amamentada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 270

Tabela 62 - Relação entre paridade e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 271

Tabela 63 - Relação entre filho anterior amamentado e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 272

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 64 - Relação entre qualificação da anterior experiência de amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 274

Tabela 65 - Relação entre local de vigilância da gravidez e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 275

Tabela 66 - Relação entre alojamento conjunto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 276

Tabela 67 - Relação entre perspectiva de ajuda e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses .. 277

Tabela 68 - Relação entre altura de decisão em amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 278

Tabela 69 - Relação entre opinião do marido e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 279

Tabela 70 - Relação entre opinião da mãe relativamente às vantagens da amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 280

Tabela 71 - Relação entre ter sido aconselhada a fazer preparação das mamas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 281

Tabela 72 - Relação entre ter feito preparação das mamas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 283

Tabela 73 - Relação entre precocidade da primeira mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 285

Tabela 74 - Relação entre o bebé ter mamado ainda na sala de partos e ter sido de imediato colocado sobre a mãe e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 286

Tabela 75 - Relação entre o bebé ter recebido outro líquido antes de ter mamado e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 287

Tabela 76 - Relação entre qualificação da primeira experiência de amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 289

Tabela 77 - Relação entre ter recebido informação sobre amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 294

Tabela 78 - Relação entre ter recebido informação sobre cuidados com a mama e o mamilo e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 294

Tabela 79 - Relação entre ter recebido informação sobre horário das refeições e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 295

Tabela 80 - Relação entre ter recebido informação sobre possíveis problemas que poderão surgir e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 295

Tabela 81 - Relação entre ter recebido informação sobre colocação do bebé à mama e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 295

Tabela 82 - Relação entre ter recebido informação sobre terminus da mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 295

Tabela 83 - Relação entre ter recebido informação sobre tempo da mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 296

Tabela 84 - Relação entre frequência das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 300

Tabela 85 - Relação entre duração das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 301

Tabela 86 - Relação entre técnica das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 301

Tabela 87 - Relação entre local das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 301

Tabela 88 - Relação entre qualificação da experiência de amamentação, durante o internamento, e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 303

Tabela 89 - Relação entre ter sido ensinada a amamentar o filho e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 304

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 90 - Relação entre tipo de leite que o bebé mamou na maternidade e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 305

Tabela 91 - Relação entre ter dificuldades na amamentação do filho e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 306

Tabela 92 - Relação entre reforço de ensinos na alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 308

Tabela 93 - Relação entre profissional que efectuou os ensinos na alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 309

Tabela 94 - Relação entre ter recebido informação escrita sobre amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 311

Tabela 95 - Relação entre uso de chupeta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 312

Tabela 96 - Relação entre contacto após a alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 313

Tabela 97 - Relação entre incidência de problemas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 315

Tabela 98 - Relação entre introdução na dieta alimentar de outros líquidos ou alimentos e duração da amamentação aos 3 meses 315

Tabela 99 - Relação entre introdução na dieta alimentar de outros líquidos ou alimentos e duração da amamentação aos 6 e 12 meses 316

Tabela 100 - Relação entre ter recebido informação sobre extracção e conservação do leite materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 317

Tabela 101 - Relação entre tempo que as mães consideravam adequado amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 318

Tabela 102 - Relação entre Comportamento alimentar do RN às 48 horas de vida e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 319

Tabela 103 - Relação entre Satisfação materna às 48 horas pós parto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 320

Tabela 104 - Relação entre Auto-estima Materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 321

Tabela 105 - Relação entre Recursos Familiares e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 321

Tabela 106 - Relação entre Envolvimento Materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 322

Tabela 107 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses 323

A taxa de prevalência da amamentação em Portugal tem vindo lentamente a aumentar sendo actualmente bastante elevada à nascença, no entanto verifica-se uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente a partir do 1º mês (Neto Alves e Almeida,1992).

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (1997) a totalidade das mães conhece as vantagens do aleitamento materno e está empenhada em o iniciar, todavia, embora seja uma percentagem elevada (95%) de bebés que à saída da maternidade estão a ser amamentados exclusivamente ou alimentados de forma mista, dá-se um decréscimo desta percentagem a partir dos quinze dias de vida motivado por falsos conceitos, relacionados com problemas técnicos, insegurança, receios e stress. Também a experiência nos tem mostrado que a maioria das puérperas, senão a totalidade, amamentam os seus filhos RN durante a sua permanência na instituição hospitalar, constatando-se, algumas vezes, situações de perfeita ansiedade, frustação e desânimo por parte das mães e consequente insatisfação manifestada por choro e irritabilidade do RN, porém o desmame precoce é uma realidade com que nos defrontamos diariamente.

No documento "Uma estratégia para o virar do século", elaborado pelo Ministério da Saúde, define-se como meta para 2002 "*Que pelo menos 50% dos RN deverão beneficiar de aleitamento materno até pelo menos aos três meses*" (p.33), indicando-se como estratégias e orientações de intervenção "*Desenvolver estratégias adequadas para a promoção do aleitamento materno, nomeadamente o apoio domiciliário durante o período neo-natal precoce e divulgar e reforçar o projecto "Hospitais/Serviços de*

Saúde Amigos dos Bebés"" (p.34).

A importância da amamentação quer para a criança quer para a mãe é actualmente reconhecida pela comunidade científica o que atesta o elevado número de artigos sobre o assunto. Numa pesquisa exploratória da literatura apurámos que muito se tem escrito acerca das vantagens físicas, psíquicas e emocionais da amamentação para a criança, perfil das mães mais predispostas a amamentar, estratégias para a sua promoção, conselhos práticos de como amamentar, problemas que ocorrem durante a amamentação e, sobretudo no caso de Portugal, sobre a incidência e duração da amamentação, observando-se que pouca investigação se tem centrado no complexo processo que envolve respostas emocionais e psicológicas da díade. Esta ilação é concordante com Matthews (1993) quando refere ser claro que muitas mães experienciam vários graus de dificuldade no estabelecimento da lactação, que podem ser devidas à intervenção obstétrica, paridade ou a condições da mulher ou do bebé, contudo, existe pouca informação específica acerca dos sentimentos durante os primeiros dias em relação às competências alimentares do bebé e ao efeito das experiências alimentares na motivação da mãe para continuar a amamentar após a alta do hospital.

O estudo e promoção da amamentação, que se pretende bem sucedida e que afigura relacionar-se com a história de vida e conhecimentos maternos sobre amamentação, confiança materna na capacidade de cuidar, relacionar, interagir, criar laços afectivos com o bebé, sentimentos vividos no seio familiar, capacidade do bebé em sugar e mamar, prazer da mãe em dar de mamar e do bebé em mamar e

assistência por técnicos de saúde comprometidos com a sua promoção, impõe-se estratégia fundamental de actuação de todos os profissionais de saúde que zelam pela promoção da saúde e bem estar da criança, família e comunidade. Considerando que a amamentação bem sucedida resulta da interacção de necessidades físicas e psicológicas da mãe e do RN e deve resultar numa mútua satisfação para além da ausência de problemas físicos e da sua duração iremos realizar por forma a configurar o complexo processo interactivo da amamentação bem sucedida, avaliar a influência de algumas variáveis físicas, sociais e psicológicas no êxito da amamentação e estudar repercussões resultantes da actuação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, no sucesso da amamentação bem sucedida um estudo descritivo-correlacional, procurando-se por um lado conhecer a realidade tal qual se apresenta e por outro descrever a relação entre as variáveis, longitudinal, no sentido de demonstrar claramente as tendências ou mudanças com o passar do tempo e a sequência temporal do fenómeno, tipo painel, em que os mesmos sujeitos serão objecto de estudo durante algum tempo permitindo examinar os padrões de mudança e as razões para elas, que permita descrever a influência de algumas variáveis fisícas, emocionais, psicológicas e relacionais no sucesso da amamentação bem sucedida ou seja na amamentação que tem duração de acordo com o preconizado pela OMS e em que a decisão da mãe em amamentar foi fruto de antecedentes familiares, sociais e educacionais que a motivaram à amamentação, que a mãe se sente apoiada pela família para enfrentar o desafio da amamentação e confiante da sua capacidade de lactação e de cuidar do bebé, que tem um bebé que é capaz de mamar

eficazmente respeitando-se por isso a sua necessidade de alimentação, que a mãe e o bebé foram assistidos por profissionais de saúde capazes de actuar e ensinar a agir de modo a tornar a amamentação um êxito sentindo por isso a mãe prazer e satisfação em amamentar e que tem um bebé que gosta de mamar e que cresce e se desenvolve bem com a amamentação.

O estudo consta de uma primeira parte onde se desenvolve o quadro teórico, resultado da pesquisa documental que efectuámos e que nos permitiu fundamentar, clarificar, compreender, considerar diferentes aspectos relacionados com a problemática da amamentação, delimitar o domínio da pesquisa, gerar as questões de investigação, conhecer o domínio de conhecimentos no âmbito da pesquisa e alargar o campo dos nossos conhecimentos.

Seguidamente procedeu-se à realização do estudo de campo, junto de puérperas mães de RN de termo e saudáveis, onde se utilizou a técnica de pesquisa directa constituindo como instrumentos de recolha de informação o questionário, elaborado pela autora com questões dirigidas de acordo com a cronologia de aplicação, às 48 horas pós parto, aos três, seis e doze meses após a alta, o Inventário de Auto-Estima Materna de Shea e Tronick (1988) versão Portuguesa de Mendes (1992), a Infant Breastfeeding Assessment Tool de Kay Matthews (1988) , o Maternal Attachment Inventory de Mary Muller (1994) , a Family Strenghs/Escala de Recursos Familiares, versão Portuguesa de Cristina Canavarro e colaboradores (1990) e a Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994).

PARTE I - AMAMENTAÇÃO

Ao longo da história as mulheres sempre amamentaram os seus filhos, com diferentes resultados consoante a época ou situação cultural. Até há relativamente poucos anos as mães davam à luz nas suas casas onde, através da cultura familiar, se fomentava a amamentação e em que a figura da mãe e de parentes serviam de modelo às jovens mães, no entanto, podemos afirmar que o aleitamento materno tem sido sujeito a modas ao longo dos tempos. Primeiro foi uma coisa natural e inquestionável depois tornou-se algo de absurdo e repugnante para todas as mulheres de classes elevadas, ou que a elas aspirassem.

No século XVIII, na Europa, mas sobretudo em França e na Inglaterra, o aleitamento materno era impensável numa dama da sociedade, como aliás todos os cuidados e carinhos que hoje se dispensam aos filhos. Os filhos e as crianças em geral eram seres sem importância de maior, separados das mães e entregues a serviçais encarregues da sua educação. Separação que era consumada logo à nascença quando entregues a amas de leite. As mães tinham explicações para este comportamento. Entre os argumentos mais habituais prevaleciam dois: o aleitamento era prejudicial para a saúde da mãe e o choro dos bebés perturbava a sua sensibilidade nervosa.

Já no século XIX a maioria das mulheres amamentavam adequadamente os seus filhos e o único recurso quando a amamentação pela mãe não era possível eram as amas de leite. Em 1900 a percentagem de mulheres que amamentavam era de 90%, iniciando-se após a primeira guerra mundial uma progressiva diminuição, verificando-se tal fenómeno

inicialmente nos sectores sociais mais elevados estendendo-se mais tarde aos de menores recursos, tendo contribuído para este abandono a incorporação da mulher no mercado de trabalho, a ocorrência dos partos no hospital, com suas normas rígidas, e determinados factores culturais e sócio económicos.

Em consonância com estes dados, Cordeiro e Carvalho (1990) afirmam que até aos fins do século passado o aleitamento materno era praticado pela quase totalidade das mães e que posteriormente, a utilização do leite de vaca, como substituto do leite materno, foi ganhando rapidamente terreno.

Após a revolução industrial da viragem do século, sobretudo a partir da segunda guerra mundial, as profundas alterações sociais e culturais que se verificaram em quase todas as sociedades conduziram ao declínio acentuado do aleitamento materno e ao aumento exponencial do recurso a leites comerciais.

É no pós guerra que se vai assistir ao regresso da moda da amamentação natural (Nuno Cordeiro Ferreira, 1993). As grandes psicanalistas norte-americanas da época começam a difundir a ideia de que o aleitamento materno era a primeira prova de amor da mãe, e muitas foram as mulheres que se sentiram culpadas por não o fazerem. Mais tarde, já nos anos 60, a amamentação mais uma vez caiu em desuso. Era então época dos movimentos femininistas. A partir dos anos 70, altura em que se alcançou o mais baixo nível de amamentação, com somente 25% de lactantes, começou-se a tomar consciência da importância da amamentação, iniciando-se a sua promoção, surgindo associações para a

apoiarem e defenderem (Manzanares, Sanz e López,1997). No entanto, apesar do reconhecimento mundial da superioridade do leite materno, a amamentação tem sido progressivamente substituída pelo aleitamento artificial, na maior parte do mundo (Mata, 1983). A frequência e duração do aleitamento materno tem vindo a sofrer um declínio progressivo, desde há algumas décadas e de acordo com Teixeira Santos et al (1984) esta tendência, que era mais marcada nas sociedades urbanas e industrializadas do que nas rurais, do tipo tradicional, tem vindo a modificar-se e a curva descendente começa a inflectir nas primeiras e a agravar-se nas últimas.

A situação retratada tem levado a que nas últimas décadas tenha havido uma preocupação crescente em identificar as causas para este fenómeno, bem como em procurar e aplicar estratégias que visem a correcção deste desvio.

O início e a duração da amamentação supõem uma decisão pessoal sobre a qual influem distintos factores que actuam sobre a mulher sem que ela tenha consciência disso e a sua promoção requer um conhecimento prévio das dificuldades que se lhes apresentam. A mulher para amamentar com sucesso precisa de se sentir confiante, precisa de acreditar que pode amamentar, precisa de saber quais as mudanças que vão ocorrer no seu corpo, para que possa compreender que o que sente é normal, que o seu leite é tudo o que a criança necessita e que as suas mamas, qualquer que seja o seu tamanho e forma, produzirão leite adequado e em quantidade suficiente (King, 1991).

Brazelton (1992) é de opinião que a amamentação pode e deve ser

agradável para ambas as partes mas as experiências de vida da mulher podem fazer com que seja contra ou não se sinta preparada para esta tarefa e, se uma mãe com esta opinião não for apoiada pelos que a rodeiam, é provável que falhe na sua tentativa de amamentar. O autor lembra que a sua experiência lhe tem mostrado que, com apoio emocional e físico verdadeiros, a maior parte das mulheres consegue amamentar os seus filhos e que o prazer que daí advém incrementa os seus sentimentos de êxito como mãe. Apesar desta constatação pouco se sabe sobre as determinantes da decisão em amamentar e os factores associados a uma maior ou menor duração da amamentação, não só nos países desenvolvidos mas sobretudo nos países em desenvolvimento. Segundo Levy (1994) os cientistas envolvidos em investigação sobre a tomada de decisão acham difícil, senão impossível, especificar qual ou quais os factores que determinam uma certa decisão e refere que muitas investigações têm conseguido geralmente relações de associação e não de causalidade entre os vários factores, a decisão de amamentar e a duração da amamentação. É um complexo processo, dependente de muitas variáveis, cujo peso relativo varia provavelmente de país para país, e no mesmo país de grupo para grupo e de pessoa para pessoa, de acordo com a pressão social, o imaginário colectivo e as opiniões pessoais. No entanto, à semelhança do encontrado por Skinner et al (1997) no estudo longitudinal que desenvolveram nos Estados Unidos, é possível afirmar que a tomada de decisão de amamentar geralmente acontece antes ou no início da gestação deixando só um pequeno número de mães essa decisão para depois do parto, pelo que a La Leche League (1999) considera ser a

gravidez uma boa altura para se preparar para a amamentação.

Apesar das dúvidas, mais frequentes no primeiro filho, dar de mamar é um acto fácil e acessível a quase todas as mães e mais de 90% das mães portuguesas saem da maternidade a fazerem aleitamento materno, no entanto Cordeiro e Carvalho (1990) advertem que embora a decisão de amamentar deva ser tomada o mais precocemente possível, de preferência antes do parto ou mesmo antes da gravidez, e Alice Martins e Moleiro (1994) refiram que o desejo de dar de mamar já na gravidez é um sinal positivo para o êxito da amamentação, se depois de correcta e inteiramente informada a mãe decidir não amamentar, ou se existir alguma contra-indicação válida, não deve, em nenhuma circunstância ser ou sentir-se culpabilizada pela sua decisão. É de lembrar que falar de aleitamento materno, forma diádica de comportamento em que ambos os parceiros interagem e respondem intimamente um ao outro, é falar do encontro de duas pessoas - uma, a mãe, com uma personalidade própria e inserida numa determinada sociedade com os seus costumes, a sua cultura, os seus valores, os seus mitos; a outra, a criança recém-nascida totalmente dependente e que não cessará de receber as influências do ambiente numa permanente tentativa de adaptação, e que o seu sucesso depende da interligação de três variáveis, cada uma delas absolutamente necessárias à existência das outras: uma mãe e um pai motivados, um lactente saudável e com boa capacidade de sucção e pessoal compreensivo, encorajador e competente (Applebaum, 1975).

Sobre o momento da decisão de amamentar Brazelton (1992), defende uma opinião ligeiramente diferente, referindo que muitas mulheres

se sentem pressionadas durante a gravidez a tomar a decisão firme e segura acerca da amamentação e que os conflitos sobre se serão adequadas como mães, as memórias da maneira como as suas mães davam de mamar aos bebés, as preocupações sobre as formas dos seios, podem interferir com uma decisão racional, pelo que habitualmente estimula as mães a decidirem só quando tiverem o bebé nos braços o que, pelas reacções do bebé e o desejo instintivo de o alimentar, ajuda a tomar a decisão.

Durante a gravidez as dúvidas são muitas e a futura mãe interroga-se vezes sem conta se deve ou não dar de mamar debatendo-se com uma série de sentimentos contraditórios que em nada a ajudam a tomar uma decisão, por um lado desagrada-lhe ficar com os seios flácidos, por outro pensa nas vantagens da amamentação. Dada a dificuldade em decidir e uma vez que a decisão de amamentar é o resultado de muitos factores nos quais se incluem a educação, o passado cultural e a personalidade, a informação sobre o aleitamento materno deve ser dada nas escolas, ao lado da educação sobre nutrição tanto às raparigas como aos rapazes uma vez que a atitude do marido é extremamente importante para o sucesso do aleitamento materno (Neto Alves e Almeida, 1992). É ainda fundamental que tanto médicos como restante pessoal de saúde deixem de ter uma atitude indiferente, passiva ou mesmo inadequada em relação à informação relativa ao aleitamento materno e alimentação infantil. Tais atitudes apenas podem conduzir ao abandono da amamentação com todas as consequências negativas que daí possam advir. Martens (1997) no estudo que desenvolveu junto de mulheres de Manitoba, Canadá, verificou que a

própria mãe da mulher, os trabalhadores de saúde da comunidade e os médicos foram as pessoas que mais influenciaram a mulher na sua decisão de amamentar. No mesmo sentido, Alice Carvalho, Taborda, Ramos e Negrão (1992) referem que:

"O papel do médico que segue a grávida, ao informá-la das vantagens do aleitamento materno, é fundamental na decisão. Na maioria dos casos quando a mãe opta pelo aleitamento artificial fá-lo por desconhecimento do valor real do seu leite ou porque não foi suficientemente apoiada quando se sente insegura." (p.24)

Apesar de muitas opiniões irem no sentido da importância da informação às mulheres e o estudo de Sable e Patton (1998) mostrar que as mulheres que receberam conselhos para amamentar nas consultas pré-natais sobre amamentação decidiram em maior percentagem fazê-lo do que as que não receberam qualquer conselho, o Royal College of Midwives (1994), refere que se tem demonstrado que dar informação bem concedida e ilustrada às mulheres sobre o processo amamentação conduz ao aumento ou reforço dos seus conhecimentos sobre o tema, porém não afecta de modo algum a eleição do modo de alimentação e não aumenta tão pouco a duração da lactação, sendo mais fácil que a sua decisão se deixe influenciar pelas atitudes sociais adquiridas e o apoio que sentem que recebem das suas famílias e amigos. É também neste sentido que Hoddinott e Pill (1999) referem, baseados em estudos que desenvolveram, que a decisão da mulher amamentar é mais influenciada por ver amamentar do que pelos conhecimentos teóricos que possui sobre amamentação. Neste contexto, ainda o Royal College of Midwives (1994),

acrescenta que as campanhas de promoção nas clínicas e através dos meios de comunicação têm pouco efeito no tipo de alimentação pois se uma mulher já decidiu como pretende alimentar o seu filho é muito possível que já não altere a sua decisão. Refere que perguntar a uma mulher no início da gravidez como pensa alimentar o seu futuro bebé é desnecessário e pode resultar contraproducente se ainda não tomou a decisão de amamentar e se sente pressionada, no entanto, aconselha a que se no desenvolvimento de uma entrevista entre a mãe e a enfermeira se esta última notar que a mãe quer mais informação há que a dar, revelando-se mais proveitosa no último trimestre da gravidez.

De acordo com Levy (1994) através de estudos de carácter retrospectivo conseguiu-se seleccionar alguns factores que não tendo provavelmente valor universal, parecem influenciar positivamente a decisão de amamentar e a manutenção dessa decisão, aumentando assim a duração do aleitamento materno e contribuindo para o sucesso da amamentação. Entre esses factores estão: a mãe pertencer a uma classe socio-económica elevada, ter uma escolaridade elevada, ter maior número de opiniões positivas e menor número de preocupações acerca da amamentação, ter amamentado com êxito um primeiro filho e ser sensível à opinião favorável de pessoas significativas.

A La Leche League (1999) acrescenta como determinantes na tomada de decisão de amamentar as experiências de vida de cada futura mãe, os seus conhecimentos e atitudes quando adolescente face ao aleitamento materno e as opiniões de pessoas significativas bem como certos factores perinatais que tanto poderão incrementar como debelar as

decisões tomadas previamente. Também Humphreys, Thompson e Miner (1998) observaram que a intenção de amamentar estava positivamente correlacionada com a idade materna, educação materna, experiência de amamentação, conhecimento acerca dos benefícios da amamentação por parte dos familiares, do pai do bebé e dos consultores de lactação. Tiveram igualmente oportunidade de registar que as atitudes dos profissionais de saúde eram menos influentes, para a decisão da mulher, do que as atitudes e crenças dos membros do grupo social de suporte onde a mulher está inserida.

É neste sentido que o Royal College of Midwives (1994) defende que constituem as maiores fontes de estímulo na intenção materna de amamentar o bebé e o pai do bebé, e a mãe da mulher como a maior fonte de desânimo se por acaso ela mesma não amamentou. A este propósito Shea e Tronick (1988) referem que muitas pesquisas têm demonstrado a importância do suporte familiar e a aceitação familiar no desenvolvimento de atitudes maternas positivas assim como no envolvimento materno imediatamente após o parto. Segundo os autores a falta de suporte e aceitação causam na mãe maiores preocupações quanto à sua saúde e da sua criança projectando-se mais tarde no envolvimento materno. Acrescentam que para a mãe é-lhe mais fácil decidir se amamentar quando percebe suporte do marido ou da família.

Um aspecto importante a reter consiste na afirmação de Kuzela (1990) quando diz que o tipo de alimentação escolhido pela mãe é um factor que determina a qualidade da interacção que se observa na díade, em que nas díades em que a mãe opta por amamentar a interacção é

geralmente mais adequada.

A promoção do aleitamento materno deve ser uma preocupação prioritária de todos quantos se dedicam à saúde infantil e as acções a desenvolver deverão visar o apoio às mães, para que possam ultrapassar dificuldades e obstáculos.

1.1 - VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

Uma alimentação saudável na infância, equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, contribui decisivamente para um bom estado de saúde da criança, bem como para a prevenção de diversas situações patológicas do adulto. O regime alimentar do lactente deve ser adequado à sua idade no que se refere à composição, consistência, volume, modo de administração, horário das refeições e ajustado qualitativa e quantitativamente às suas necessidades nutricionais, sem carências nem excessos. Para crescer e se desenvolver, a criança recém-nascida tem necessidade de uma alimentação adequada e apropriada, uma protecção contra as infecções e um meio ambiente estimulante. Nenhum período da existência humana é mais crítico para o estabelecimento de bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável aos traumas e às rupturas que os primeiros meses de vida de um recém-nascido (OMS, 1982). O período neonatal, um dos mais críticos da vida humana, condicionado pela relativa imaturidade do organismo, é muito exigente em necessidades alimentares, no entanto, a natureza faculta-lhe o alimento mais adequado: o leite materno, que para além das suas propriedades nutricionais, anti-

infecciosas e imunológicas é insubstituível na promoção de uma boa relação mãe-filho (Alice Carvalho et al, 1992).

A lactação e o aleitamento materno, fazendo parte exclusivamente do processo reprodutivo dos mamíferos, reduzem significativamente os perigos que ameaçam o RN na sua passagem e adaptação à vida extra-uterina e, independente da estação do ano, esta capacidade de proporcionar alimento ideal para os filhos, confere-lhes vantagens evolutivas sobre outras espécies.

O leite da mãe é o melhor alimento para o bebé porque tem tudo o que é preciso para o seu crescimento e desenvolvimento nos primeiros meses de vida, por isso, a mãe que dá de mamar está a dar ao seu filho um alimento que o faz crescer bem, com menos doenças, e está a estabelecer com ele uma relação que o ajuda a ser uma criança feliz (Dias Cordeiro, 1987; Lilia Ferreira, 1990; Helena Seabra, 1989). Também Alice Martins e Moleiro (1994) referem que a alimentação ao peito é um seguro de saúde, é uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrados, assegura os nutrientes essenciais ao bebé, é a melhor, e acrescentam que não há desnutrição, nem desidratação graves em crianças alimentadas ao peito pelo que a OMS e UNICEF (1995) referem que a amamentação dá à criança o melhor começo na vida.

1.1.1 - Vantagens biológicas do aleitamento materno

Até aos seis meses o melhor alimento que se pode dar a um bebé é o leite materno que, quando fornecido em quantidade e qualidade

suficientes, dá à criança tudo o que necessita nesta fase crucial do seu desenvolvimento. Durante milhões de anos o Homem conseguiu assegurar a sua existência sem qualquer substituto do leite materno, o que faz provar ser este um meio totalmente eficaz para garantir a sobrevivência das crianças (Mata, 1983). Sempre disponível, à temperatura ideal e devidamente esterelizado, o leite materno é o alimento à medida das necessidades nutricionais do bebé com as suas particularidades digestivas.

A mulher começa por segregar uma substância líquida amarelada - colostro - cuja composição se ajusta perfeitamente às necessidades do bebé. Com maior densidade, mais proteínas e minerais que o leite, o colostro possui um menor teor de gorduras e hidratos de carbono o que o torna um alimento de fácil digestão para um ser cujo aparelho digestivo é ainda imaturo. O seu baixo valor calórico actua como estimulante do apetite do bebé e graças às suas qualidades laxantes, esse primeiro leite favorece, ainda, a expulsão do mecónio.

Tanto o colostro como o leite materno têm a vantagem de tornar os bebés imunes a infecções nomeadamente respiratórias e intestinais. As propriedades antiinfecciosas do colostro e leite materno manifestam-se tanto através dos componentes solúveis, que incluem imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas, outras enzimas, lactoferrina, factor bifídus e outras substâncias imunoreguladoras, quanto dos celulares, macrófagos (contém IgA, lisozima e lactoferrina), linfócitos, granulócitos neutrófilos e células epiteliais. Estas células ajudam a evitar infecções tanto por fagocitose quanto pela secreção de substâncias imunes com alguma especificidade a microorganismos com os quais a mãe tenha contactado. A

concentração destes componentes é muito alta no colostro e diminui no leite maduro, no entanto, como a concentração menor é compensada por volumes crescentes de leite, a ingestão infantil de factores imunoprotectores permanece mais ou menos constante durante a lactação.

Os macrófagos produzem lisozima, que tem acção bacteriostática, e a lactoferrina que se junta ao ferro e impede o crescimento de algumas bactérias patogénicas que precisam desse elemento, tendo um duplo papel, por um lado disputando o ferro indispensável à proliferação bacteriana e por outro como inibidor da absorção do ferro no período de vida em que tal absorção não é necessária.

A fracção mais importante da globulina, a IgAs, é produzida pelas células plasmáticas sub-epiteliais do trato intestinal, excepto nas primeiras 4 a 6 semanas de vida. Durante este período um bebé amamentado, porque as glândulas mamárias também produzem IgAs, obtêm-na através do leite materno, a qual resiste a enzimas proteolíticas e ph baixo, podendo quantidades consideráveis serem recuperadas nas fezes do bebé. A IgAs recobre a mucosa intestinal como uma "tinta branca" tornando-a impermeável a agentes patogénicos. Acredita-se que se ligue a toxinas, bactérias e antigénios macromoleculares impedindo o seu acesso ao epitélio. O leite materno também estimula a produção de IgA do bebé, tendo-se estimado que um bebé totalmente amamentado recebe, por dia, 0,5g de IgA secretória (IgAs) por quilo de peso.

O facto de um lactente alimentado com leite materno ter também menos otites pode estar relacionado, segundo Levy (1994), com factores anti-infecciosos, nomeadamente IgA secretora veiculada pelo leite materno,

ou pela posição durante a mamada ou por estes dois factores em simultâneo.

Mas, também outras substâncias têm papel imunológico. A lactoferrina, uma glicoproteína insaturada resistente à actividade proteolítica, liga-se ao ferro competindo com microorganismos ferro-dependentes, sendo bacteriostática. O factor bifidus, presente no colostro e no leite materno fresco, é um carbohidrato nitrogenado bem individualizado, facilmente destruído pelo calor, responsável pelo trofismo normal da mucosa intestinal (factor de barreira), ou seja, possui uma substância chamada factor bifido que promove, na presença de lactose, a colonização intestinal da criança com Lactobacillus bifidus impedindo que outras bactérias cresçam e causem diarreias. O ph baixo resultante no lúmen intestinal inibe o crescimento de E. coli, bactérias gram-negativas e fungos como Cândida Albicans, pelo que Levy (1994) afirma que as fezes de um lactente amamentado têm um ph inferior ao das fezes dos lactentes alimentados com leites dietéticos e a flora intestinal é constituída predominantemente por lactobacillus bifidus que protegem a criança de infecções por enterobactérias patogénicas sendo o aleitamento materno uma protecção contra a diarreia/gastroenterite que é uma das principais causas de morbilidade e de mortalidade nos países em desenvolvimento. Em bebés prematuros e de baixo peso o ph no estômago igualmente baixo pode ser particularmente importante.

A OMS (1994) refere que investigações recentes indicam presença no leite materno de outros factores com funções imunológicas específicas. Está clara a existência de circulação bronco-mamária e entero-mamária,

que assegura a estimulação da produção de anticorpos específicos, presentes no leite, quando qualquer agente patogénico ameaça a mãe, acrescentando King (1991) que se uma mãe contrair uma infecção começarão de imediato a aparecer no seu leite anticorpos.

Demonstrou-se que o leite materno é activo, in vitro, contra muitos agentes patogénicos, conferindo protecção específica. O leite contém também fragmentos virais não replicáveis que estimulam respostas antigénicas nos bebés imunizando-os, antes da exposição aos agentes activos, ou aumentando a sua resposta imunológica.

Relativamente à protecção conferida pelo leite materno contra infecções respiratórias, várias pesquisas, Victora, Fuchs, Flores, Fonseca e Kirkwood (1994), Cushing et al (1998) e Ball e Wright (1999), apontam para a existência de um real efeito protector verificando-se uma menor incidência e duração da doença nas crianças amamentadas. Levy (1994) refere ainda que estudos recentes demonstraram um efeito protector do aleitamento materno em relação a bacteriémias e meningites por Haemophilus influenzae tipo b e acrescenta que investigações que procuraram evidenciar a circulação de componentes do leite materno tais como a lactoferrina, a IgA secretora e olissacáridos por outras mucosas, para além das intestinais e respiratórias, mostraram que as crianças amamentadas têm menos infecções urinárias que as crianças alimentadas artificialmente.

Segundo King (1991) o leite materno continua a ajudar a evitar doenças e a facilitar a recuperação durante o segundo e terceiros anos de vida. O leite humano é muito mais do que uma simples colecção de

nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, activamente protectora e imunomoduladora, que não proporciona apenas protecção exclusiva contra infecções e alergias como também estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebé, para além de conter muitos componentes anti-inflamatórios (OMS, 1994).

Tem também sido sugerido que o aleitamento materno tem efeitos importantes a longo prazo diminuindo a probabilidade de alguns tumores, doença celíaca, obesidade, arteriosclerose, diabetes, doença de Crohn e colite ulcerosa, no adulto, tendo um feito benéfico no desenvolvimento geral da criança. Os estudos desenvolvidos por Virtanen et al (1993), Gimeno e Souza (1997), Pettitt, Forman, Hanson, Knowler e Bennett (1997) e Jones, Swerdlow, Gill e Goldacre (1998) comprovaram que a amamentação exclusiva da criança reduz significativamente a incidência de Diabetes Mellitus.

Continuando a evidenciar os benefícios que o aleitamento materno tem para a criança a OMS (1994) acrescenta que também a enterocolite necrosante parece ter uma menor incidência em crianças amamentadas. Assim pode ler-se:

"A enterocolite necrosante é rara em bebés exclusivamente amamentados desde o nascimento. A unidade neonatal em Manila não apresentou nenhum caso de enterocolite necrosante desde que adoptou alimentação com leite materno e maternidades em Estocolmo e Oslo relatam resultados semelhantes". (OMS, 1994. p.31)

Também Contreras-Lemus et al (1992) no estudo que desenvolveram, no México, junto de 118 bebés de baixo peso ao nascer,

alimentados com leite materno ou leite artificial, verificaram que os bebés que receberam leite artificial apresentaram uma probabilidade 13 vezes maior de desenvolver enterocolite necrosante.

De acordo com a OMS e UNICEF (1995) estima-se que mais de um milhão de crianças morram em cada ano de diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas de uma maneira adequada. Muitas outras sofrem de doenças desnecessárias que não contrairiam se tivessem sido amamentadas. Acrescentam que o programa de controle de doenças diarreicas reconheceu, há algum tempo, a necessidade de promover o aleitamento materno no sentido de prevenir as diarreias das crianças pequenas e mais recentemente tornou-se claro que a amamentação é também uma importante forma de tratamento da diarreia por forma a prevenir a desidratação e facilitar a recuperação.

Para a OMS (1994) a protecção contra infecções e alergias conferida ao bebé, impossível de ser alcançada por outro tipo de alimento, é a qualidade mais proeminente do leite da mama que, no dizer de Pratte-Marchessault (1976), garante o funcionamento normal dos orgãos da criança e permite evitar todo o esforço de assimilação referindo que *"Um bebé alimentado ao peito tem os rins e o fígado 1\3 mais leves do que os de uma criança da mesma idade alimentada com leite de vaca."* (Pratte-Marchessault, 1976. p.21). Também Brazelton (1988) foca a amamentação como uma importante protecção contra a alergia ao leite de vaca e aconselha que em famílias com antecedentes de alergia o aleitamento ao peito é o mais seguro na infância.

Levy (1994) acrescenta também, como vantagens do aleitamento

materno, o facto de ser mais barato alimentar um bebé com leite materno tendo em conta que este terá menos infecções originando uma menor taxa de absentismo ao trabalho por parte dos pais bem como devido aos custos de transformação do leite de vaca e Angelotti (s.d., para.1) refere a perspectiva importante do facto do exercício desempenhado pelo bebé no acto de sucção fisiológica do seio contribuir para o desenvolvimento adequado da musculatura e parte óssea orofacial possibilitanto força e tónus mais aptos para desempenhar as funções de sucção, deglutição, respiração nasal, posterior mastigação e fonação. Diz:

"Não só a musculatura da face se desenvolve, mas também a parte óssea, favorecendo o crescimento facial por inteiro, dificultando também o surgimento de alterações dentárias (como má-oclusões e cáries).

Com a musculatura orofacial bem desenvolvida, sadia, o bebé estará apto para na idade correcta (de acordo com a sua maturação neurológica), em geral por volta dos três meses de idade, iniciar a fase do balbucio. Além disso, o bebé amamentado, bem estimulado, dificilmente desenvolverá hábitos de sucção viciosos (como dedo na boca, chupeta, etc)." (Angelotti, s.d. para. 2,3)

Hannah Lothrop (2000) referindo-se às vantagens do aleitamento materno afirma que as crianças amamentadas mamam o volume necessário, na frequência necessária, para saciar a fome, encontrando o seu ritmo e desenvolvendo uma relação sadia com o alimento, razão pela qual é raro virem a desenvolver problemas graves de obesidade e futuras dependências (por alimentos, nicotina, álcool) que frequentemente representam uma compensação para carências vivenciadas. Segundo a autora a tiróide está mais desenvolvida nos bebés amamentados, as

frequências cardíaca e respiratória e a temperatura mantêm-se mais constantes e o desenvolvimento palatino, da arcada dentária e das linhas faciais é melhor em crianças amamentadas para além de 3 meses do que nas que mamaram por menos tempo ou que nunca foram amamentadas e refere que crianças amamentadas durante 6 meses têm melhor acuidade visual que as alimentadas por biberão. O estudo de Khatry et al (1995) realizado, no Nepal, junto de 120 crianças mostrou que a amamentação constitui factor preventivo no desenvolvimento da xeroftalmia tendo reduzido no primeiro ano de vida o risco de aparecimento da doença para cerca de metade. Aos dois anos o risco das crianças amamentadas foi mais de 5 vezes menor e aos 3 anos mais de 3 vezes. A protecção também se mostrou dose dependente verificando-se que bebés amamentados 1-10 vezes por dia apresentaram um risco 61% menor enquanto nos amamentados mais de 10 vezes por dia o risco de desenvolvimento da doença foi de 87% menor.

Também encontramos descritas vantagens para a mulher que amamenta, por exemplo, Pratte-Marchessault (1976) refere que o aleitamento materno tem uma grande repercussão no equilíbrio sensual da mulher, na reposição mais precoce do útero e dos ovários e na menor probabilidade de ser atingida pelo cancro da mama e salienta o facto de que quando a glândula mamária não cumpre a sua função fisiológica normal, ou seja, a quarta fase do parto, o terreno torna-se propício ao desenvolvimento do carcinoma mamário, cuja incidência aumentaria nas multíparas avançadas, isto é, naquelas que tiveram 4-5 gravidezes e não tivessem amamentado os seus filhos. A este propósito Labbok (1999)

refere que embora existam poucos comentários acerca dos benefícios da amamentação para a mãe é importante na redução do risco de cancro do ovário, da severidade de infecções e de fracturas da coluna ou da bacia.

Estudos realizados por Pisacane et al (1994), Brun, Nilssen e Kvale (1995), Rosenblatt e Thomas (1995), Corrao et al (1998) e Barker e Blekker (2000) evidenciam, respectivamente, que a amamentação reduz o risco de desenvolvimento de esclerose múltipla, artrite reumatoide, tumor uterino, doença inflamatória do intestino e de doença cardiovascular.

1.1.2 - Vantagens psicológicas do aleitamento materno

A OMS (1994) continuando a enunciar as vantagens do aleitamento materno refere-nos o papel facilitador que desempenha no estabelecimento do vínculo afectivo mãe-filho, isto é, favorece uma maior união entre ambos e uma ligação emocional muito forte e precoce, que parece facilitar o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com outras pessoas.

Brazelton (1992) acrescenta que a importância da alimentação ao peito para a mãe, para a sua recuperação física, e para ela própria como pessoa (trazendo um sentimento de plenitude através do uso dos seios), associa-se à importância física e psíquica que a amamentação tem para o bebé. O acto de alimentar é uma importante experiência de interacção mãe-filho pelo que a amamentação se transforma quase num pretexto para estarem mais próximos, mais unidos, sentindo-se um ao outro. A mãe aproveita o facto do bebé se alimentar de comida para o alimentar também de afecto. A amamentação implica mãe e filho numa relação muito

profunda, intensa e envolvente, condicionante do desenvolvimento somático e psicológico da criança, proporcionando sentimentos de mútuo prazer, tanto corporais como espirituais. Por sua vez a interacção entre mãe e bebé durante a mamada, que permite uma série de trocas sensoriais e afectuosas entre mãe e filho e o despertar de reflexos mútuos, é importante para uma amamentação de sucesso (Gomes-Pedro, Garcia e Colarinha, 1984; Levy, s.d.).

Para Elisabeth Badinter (1980) a amamentação ao peito é a primeira prova de amor da mãe pelo seu filho. A amamentação ajuda a mãe e o bebé a formar um relacionamento próximo e amoroso que faz com que a mãe se sinta emocionalmente satisfeita e o contacto íntimo imediatamente após o parto ajuda a que esta relação se desenvolva. Neste sentido a OMS e a UNICEF dizem: *"(...) Os bebés choram menos e desenvolvem-se mais rapidamente se permanecem próximos da mãe e são amamentados imediatamente após o parto."* (1995. p.8) e acrescentam que mães que amamentam respondem aos seus bebés de uma forma mais afectuosa, reclamam menos necessidade de atenção do bebé e de amamentar durante a noite sendo menos provável que abandonem ou maltratem os seus filhos. No dizer do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (1997) as mães que amamentam revelam-se menos ansiosas e mais aptas na interacção com o seu filho, expressando maior satisfação com a experiência de o alimentar. Durante a mamada estabelecem-se entre a mãe e o bebé verdadeiros diálogos comportamentais verificando-se que enquanto o bebé suga a mãe está calada, para não o perturbar, e quando o bebé faz uma pausa a mãe volta de novo a intervir. Tanto a mãe como o

bebé emitem sinais que são descodificados pelo outro elemento da díade, adaptando-se mutuamente e evoluindo para comportamentos cada vez mais ricos (Levy, s.d.).

O aleitamento materno permite responder à necessidade que as mães sentem de começar um namoro com o RN e o bebé vê cumprido o seu maior direito, o contacto com a pele. A amamentação, que não é só dar o líquido, mas sim estabelecer uma relação, ajuda a mãe a adaptar-se ao filho, a passar do bebé imaginário que idealizou para o bebé real que é o seu.

Davies (1993) é de opinião que quase todas as mães que amamentam por mais tempo referem a intimidade com o bebé o elemento mais satisfatório da amamentação e acrescenta que um grupo de investigadores descobriu que, aos oito dias, é mais provável as mães que amamentam beijarem, embalarem e tocarem nos bebés, enquanto os alimentam, e falarem com eles, entre sessões de sucção, do que as que alimentam a biberão, continuando a verificar-se o mesmo às oito semanas.

Dias Cordeiro (1987) é também de opinião que o aleitamento é um momento privilegiado e determinante no estabelecimento da relação mãe-filho e para o desenvolvimento da criança e que pela profundidade das relações afectivas que veicula é um factor decisivo na organização da personalidade, isto é, na estruturação das defesas do Eu em termos de mecanismos homeostáticos de equilíbrio. Nesta perspectiva Fergusson, Horwood e Shannon (1987) com base nos estudos desenvolvidos junto de crianças com 6 a 8 anos de idade, referem que a amamentação de bebés durante um período superior a um ano tem uma relação bastante

significativa no seu ajustamento social e Elisabeth Badinter (1980) citando Mélaine Klein diz:

"(...) *se a experiência mostra que há crianças que não foram amamentadas pelo seio e se desenvolvem muitas vezes muito bem (...) numa psicanálise descobre-se sempre nas pessoas que assim foram criadas um desejo profundo que nunca chegou a ser satisfeito... É permitido dizer que de um modo ou de outro o seu desenvolvimento teria sido diferente e melhor se tivessem beneficiado de uma amamentação favorável. Por outro lado a minha experiência faz-me concluir que as crianças cujo desenvolvimento coloca problemas embora tenham sido alimentadas ao peito estariam ainda piores sem isso.*" (p.309)

Também Fergusson e Woodward (1999) no estudo que desenvolveram junto de 999 crianças da Nova Zelândia com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos verificaram que crianças amamentadas durante um período de tempo maior tenderam a apresentar altos níveis de envolvimento parental.

As vantagens psicológicas da amamentação para ambos, mãe e criança, são bem reconhecidas e uma amamentação bem sucedida é uma experiência muito gratificante para a díade (Levy, 1994). Uma mãe motivada e amamentando com sucesso sentir-se-á essencial ao seu filho e atingirá um sentimento de realização pessoal, "*amamentar um bebé é uma experiência única para a mãe e, quando a amamentação tem sucesso, a mãe sente-se indispensável e orgulhosa de alimentar o seu bebé*" (Levy, s.d. p.21). Ao RN o aleitamento materno fornece a oportunidade de contacto íntimo com a sua mãe que lhe proporcionará o contacto visual e a vivência de experiências de cooperação mútua, de contingência e de ritmo

tão importantes para o desenvolvimento de um comportamento de ligação saudável e para a vinculação mãe-filho, necessidade primária não aprendida eternizada por Bowlby que no dizer de Ainsworth (1976) se forma entre uma pessoa e outra específica e que tende a persistir e é duradoura podendo o comportamento de vinculação ser reforçado ou enfraquecido por factores situacionais. A este propósito Lana (2001) diz que nos primeiros minutos, horas e até dias após o parto há uma libertação intensa de ocitocina durante as mamadas. Um período de contacto da mãe com o bebé durante este período pode alterar o comportamento posterior da mãe para com a criança. Níveis sanguíneos elevados de ocitocina para além de resultarem na contracção das células mioepiteliais dos alvéolos da glândula mamária, com a consequente ejecção do leite, e na contracção da musculatura do útero, diminuindo a hemorragia uterina no pós-parto determinam também na mãe um relaxamento, uma leve sonolência, uma sensação de bem-estar, uma euforia, limiar à dor e ao cansaço, aumentando o seu sentimento de mais amor pelo bebé. Este período de intensa libertação de ocitocina, chamado período sensitivo, é crítico para o estabelecimento do vínculo afectivo mãe/filho. O vínculo quando estabelecido é poderoso e a sua força e qualidade influenciarão a qualidade de todos os futuros vínculos que se irão estabelecendo pela criança com outras pessoas. Quanto mais oportunidades de interacção ocorrerem entre a mãe e o bebé mais apropriado será o vínculo e, consequentemente, melhor será a resposta materna às necessidades do filho.

A mesma fonte refere que: "*(...) a amamentação, mesmo se não*

houvesse a produção de ocitocina, determinaria só por si um vínculo muito maior (...) pois durante as mamadas ao seio os contactos mãe-filho são muito mais demorados, mais frequentes, mais profundos, mais calorosos, mais aconchegantes. (...)"e acrescenta que "*(...) o vínculo formado na sala de partos e continuado no alojamento conjunto favorece o tempo de aleitamento materno. (...)*". (Lana, 2001. p.55-56)

Para Labbock (1999) a amamentação ainda favorece o sentimento de sucesso e de auto-estima materna, que no dizer de Lana (2001) corresponde ao sentimento que a mãe tem da sua própria importância ou do seu próprio valor. Mede o apreço, a consideração e o respeito por si mesma e tem influência directa sobre todos os aspectos da sua vida. A ideia que a mãe faz de si mesma influencia a escolha do alimento que dará ao seu filho e o sucesso da amamentação (Lana, 2001).

Segundo o mesmo autor a construção da auto-estima, no sentido de ser capaz de produzir leite de boa qualidade e em quantidade suficiente para alimentar o filho, mais a autoconfiança, confiança que a mãe tem em ser capaz de desempenhar bem a amamentação e a maternidade, e o desejo de amamentar, são factores muito importantes para a amamentação. Uma auto-estima elevada é uma apólice de seguro. É a garantia de que a mãe utilizará as suas capacidades da melhor maneira possível. Acrescenta que: "*(...) O orgulho e a satisfação consigo mesma acompanham a mãe que teve sucesso na amamentação, (...)*". (Lana, 2001. p.126)

Segundo Pratte-Marchessault (1976) nos estudos de Bell, Douglas e Marlow, realizados durante vários anos junto de diversos grupos de

crianças concluiu-se que bebés alimentados ao peito são mais dinâmicos três dias após o nascimento do que os alimentados a biberão, começam a andar geralmente algumas semanas antes dos outros e mais tarde adaptam-se melhor à comunidade e apresentam um equilíbrio físico e mental perfeito. Nesse sentido a OMS e a UNICEF (1995) continuam a identificar as vantagens do aleitamento materno afirmando que alguns estudos sugerem que o leite materno pode ajudar a criança a desenvolver-se intelectualmente, exemplificando que bebés de baixo peso ao nascer alimentados com leite materno durante as primeiras semanas de vida têm, mais tarde na infância, melhor desempenho em testes de inteligência do que as crianças alimentadas artificialmente. Lucas, Morley, Cole, Lister e Leeson-Payne (1992) e Horwood e Fergusson (1998) nos estudos que desenvolveram chegaram a conclusões idênticas verificando que os meninos amamentados quando comparados com os não amamentados apresentavam coeficiente de inteligência significativamente superior e aumento de habilidades cognitivas e desempenho educacional. Também Pratte-Marchessault (1976), tendo por base a opinião de numerosos psicólogos e pediatras, afirma ser primordial que um RN seja alimentado ao peito durante as primeiras semanas de vida, pois essa recordação imprime-se profundamente no seu subconsciente e desse período depende um desenvolvimento psicológico harmonioso. Diz ainda,

"O leite materno é insubstituível e a tendência de demasiadas mulheres modernas renunciando amamentar os filhos corre o risco de desagradáveis consequências." (p.20).

O mesmo autor citando Dolto-Marette acrescenta:

"Não há autismo nem esquizofrenia nas crianças alimentadas ao peito. (...) é terrível não dar à criança aquilo a que ela tem direito. Esse leite é dela, é ela que deve aproveitá-lo." (p.20)

Em 1997 McCreadie interrogou mães escossesas de 45 doentes esquizofrénicos e verificou que a incidência de amamentação foi apenas de 29%, pelo que concluiu que a falta de leite materno pode ser um factor de risco no neurodesenvolvimento da esquizofrenia.

Pratte-Marchessault (1976), refere ainda que o crescimento rápido do cérebro pode estar relacionado com a composição do leite materno atendendo a que as proteínas presentes são de melhor digestão e as suas gorduras contêm ácidos gordos indispensáveis, especificamente humanos, que desempenham um papel importante na elaboração do sistema nervoso e do cérebro.

Para além das múltiplas vantagens já enumeradas e defendidas por diferentes autores a OMS (1994) apresenta-nos ainda a vantagem do leite materno estar sempre pronto para dar à criança e não precisar de qualquer preparação, nunca se altera ou estraga na mama mesmo que a mãe não amamente durante muitos dias, não é preciso comprar e é somente da criança.

Em síntese, de acordo com o dizer de Cordeiro e Carvalho (1990) e à semelhança dos diversos autores citados ao longo deste capítulo, apresentamos o Quadro 1 que relata as vantagens físicas e psicológicas do aleitamento materno tanto para o bebé como para a mãe.

Quadro 1 – Vantagens físicas e psicológicas do aleitamento materno

- Adaptação à espécie humana;
- Adequação de todos os nutrientes com composição tissular e metabólica correcta e ganho ponderal equilibrado;
- Adaptação digestiva e metabólica com melhor aproveitamento de nutrientes;
- Melhor absorção e digestão;
- Menor sobrecarga proteica e renal;
- Protecção anti-infecciosa;
- Protecção anti-alérgica;
- Estimulação do sistema imunológico;
- Menor incidência de doenças de sobrecarga no adulto (obesidade, HTA e aterosclerose);
- Menor incidência de anemia ferropénica;
- Menor incidência de regurgitação e de cólicas;
- Menor incidência de vómitos e de diarreia;
- Menor incidência de gastroenterites e de infecções respiratórias e do ouvido;
- Menor incidência de asma, polinose, sinusite, eczema;
- Menor incidência de doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerosa, enterocolite necrosante;
- Menor incidência de certos tumores (leucemias, linfomas);
- Favorecedor do desenvolvimento adequado da musculatura e parte óssea orofacial;
- Reforço da relação psico-afectiva mãe/filho;
- Favorecedor da adaptação da mãe ao bebé real;
- Favorecedor do desenvolvimento e da adaptação social do bebé;
- Gratificação psico-afectiva;
- Reforço do sentimento de auto-estima e de sucesso materno;
- Menor incidência de cancro da mama e do ovário e de fracturas da coluna e dos ossos da bacia;
- Favorecedor da involução uterina e do espaçamento das gravidezes;
- Segurança, comodidade e economia;
- Fresco, não contaminado, não origina erros de cálculo;
- À temperatura adequada, pronto em qualquer lugar, não custa dinheiro.

1.2 - FACTORES DE DECLÍNIO DO ALEITAMENTO MATERNO

Em Portugal apesar da existência de múltiplas medidas de promoção da amamentação, quer junto dos profissionais de saúde, quer junto da comunidade, a prevalência do aleitamento materno não é satisfatória e naturalmente que múltiplos são os factores que têm contribuído para o seu declínio, uns facilmente identificados outros de difícil identificação ou até ignorados, variando provavelmente tanto quanto são variáveis entre si os países e os grupos sociais donde resultarão valores, práticas e comportamentos normativos também diferentes (Levy et al, 1994).

1.2.1 - Factores sociais

Não há dúvida que as múltiplas crises ocorridas durante a 1ª e 2ª Grande Guerra Mundial fizeram com que o aleitamento materno sofresse um rude golpe. A industrialização motivando a urbanização e a evolução da família tradicional rural e alargada para urbana, nuclear e por vezes monoparental fez com que a família deixasse de ter o apoio do efeito "doula", que tinha não só um efeito educativo e emocional, como de ajuda nos trabalhos domésticos. Nas sociedades tradicionais sempre existiram mulheres experientes próximo das jovens mães para as ajudar. Era a sua própria mãe ou a mulher que ajudou a fazer o parto, era alguém que ela conhecia e em quem confiava. A "arte" de amamentar era passada de geração em geração. Esta herança familiar e pessoal dava segurança e conforto à jovem mãe. Entretanto, nas sociedades modernas, especialmente nas cidades, não existe qualquer ajuda para as mães (King, 1991) e frequentemente a mãe é pouco ou nada encorajada a amamentar, tanto por parte do marido, familiares e amigos, como por parte dos especialistas e pessoal de saúde (Comité de Nutrição da Sociedade Canadiana de Pediatria, 1978).

Para além disso, como os leites comerciais são seguros, aceitáveis e a propaganda os promove como "quase iguais" ao leite materno a jovem mãe pode ter pouca tendência para amamentar. Por outro lado as mães dos dias de hoje não foram habituadas a ver amamentar os irmãos, por um lado, pela moda do leite artificial, que vingou nas últimas décadas, por outro porque cada vez mais se encontram casais com filhos únicos.

Necessitam de alguém que as ensine, que substitua a mãe ou a avó, que em tempos idos eram as grandes conselheiras.

A este propósito Hannah Lothrop (2000) refere que antigamente a mãe alimentava o filho porque não havia substituto adequado para alimentar o RN e o leite materno era considerado um bem valioso, no entanto, quando há cerca de 35 anos surgiram no mercado os alimentos apropriados para bebé, houve um entusiasmo geral. Finalmente era possível pesar, medir e dividir o que cada criança deveria mamar, quando e quanto. A primeira mamada tardia, por pouco tempo, rigidez dos intervalos, longas pausas nocturnas, stress durante a mamada, introdução precipitada de outros alimentos ou pesagem e suplemento conforme a tabela, tudo isto tornava as mulheres tão inseguras que raramente eram capazes de amamentar o bebé exclusivamente e de um momento para o outro passou a ser mais moderno alimentar "*por meio de um plano rígido, com o biberão*", em lugar de "*seguir a intuição, amamentando*".

Na opinião de King (1991), também as pressões de vida moderna são factores importantes para o insucesso da amamentação afirmando haver muitas pressões sobre as mulheres para que utilizem o leite artificial nomeadamente, o que as vizinhas fazem, o emprego remunerado, a propaganda de leites artificiais, a facilidade em comprar substitutos do leite materno e as atitudes sociais que fazem com que as mulheres se sintam pouco à vontade para amamentar em público, que no dizer de Davies (1993) e Hannah Lothrop (2000) não tem de ser difícil nem embaraçoso tratando-se a lactação de um fenómeno natural.

De acordo com Neto Alves e Almeida (1992), o aleitamento materno

é com frequência considerado incompatível com o trabalho da mulher fora de casa e as vantagens de amamentar em termos de nutrição, imunidade e estabelecimento da relação entre a díade mãe/filho, são muitas vezes minimizadas face ao medo infundado de amamentar, ansiedade e receio de perda de beleza dos seios. A este propósito Hannah Lothrop (2000) refere que não se justifica o medo de muitas mulheres de que os peitos por amamentarem fiquem maiores, mais pesados ou caídos. Ficarão caídos, mais provavelmente, se o desmame for precoce ou se não houver amamentação, isto é, se o corpo se preparou inutilmente. O seio aumenta mais do que na gravidez nos primeiros 2 a 3 meses de lactação, mas após 8 a 12 semanas readquire o seu tamanho normal. Depois de um longo período de amamentação os seios ficam geralmente mais pequenos que anteriormente devido ao alongamento dos canais lactóferos sendo o tecido gorduroso, que dá a forma ao seio, parcialmente substituído e reposto só algum tempo depois.

A OMS e UNICEF (1995) consideram serem razões comuns para o insucesso da amamentação as mães acreditarem que não têm leite suficiente ou então o facto de terem tido alguma dificuldade em amamentar. Por vezes é porque a mãe trabalha fora de casa e não sabe como manter a amamentação e o trabalho, outras vezes é porque a mãe não tem quem ajude no que necessita ou porque a rotina do serviço de saúde e os conselhos que ela recebe não são de apoio à amamentação, apoio necessário não apenas antes do parto e durante o período pré-natal mas também durante todo o primeiro e segundo anos de vida.

Na opinião de Dias Cordeiro (1987) de entre os factores que mais

têm contribuído para a diminuição da alimentação ao peito destacam-se a comodidade, considerando ser mais fácil iniciar a alimentação artificial do que ao peito, a mamada é mais rápida e qualquer pessoa, não obrigatoriamente a mãe, pode dar o biberão o que facilmente resulta numa mecanização e consequente despersonalização do acto de aleitar, tendo como aspecto dominante a rapidez do aleitamento mas podendo originar consequências muito nefastas na relação mãe-filho justamente pela redução de contactos cutâneo-corporais que induz; a forma como a sociedade está organizada não protege suficientemente a grávida nem a jovem mãe não lhe dando condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe; a publicidade dos produtos industrializados, na medida em que estes produtos apontam no sentido do maior conforto e comodidade; a recusa da "animalidade" do acto de amamentar por parte de algumas mulheres; os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer físico e psicológico da mamada; a aparente incompatibilidade entre a função de mãe e de mulher no mundo de hoje são alguns dos factores de declínio apontados.

1.2.2 - Factores associados à prática de cuidados

A OMS e a UNICEF (1995), referem que entre os muitos factores que afectam a iniciação e o estabelecimento normais do aleitamento, as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e RN, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação. Esta ideia é

claramente expressa no seguinte parágrafo:

"As práticas adoptadas nos serviço de saúde podem ter um efeito importante sobre a amamentação. Práticas desfavoráveis interferem com a amamentação e contribuem para a disseminação do aleitamento artificial. Boas práticas apoiam o aleitamento materno e favorecem que as mães amamentem com sucesso e continuem a amamentar por longo tempo." (p.35)

Obstáculos à iniciação do aleitamento materno vão desde a disposição física dos hospitais e enfermarias obstétricas e organização dos serviços até às atitudes dos médicos, enfermeiras, administradores e outros funcionários (Levy, 1994). A autora realça como factores influentes no declíneo do aleitamento materno as experiências de uma mulher vivenciadas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e as reacções da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo o respeito pela sua dignidade e privacidade que contribuem para o seu conforto e bem-estar e afectam a sua motivação em relação ao aleitamento e facilidade com que o inicia e acrescenta que a anestesia, sedação profunda, trabalho de parto prolongado, cirurgia e outras fontes de stress, desconforto e fadiga para mães e bebés impedem o início da lactação. Sublinha que a necessidade de sedativos, analgésicos e anestésicos deve ser cuidadosamente considerada e embora sejam importantes para diminuir o desconforto físico da mulher, o uso indiscriminado ou excessivo de tais medicamentos pode muito bem diminuir a sua capacidade de ter um parto normal, induzir sonolência, impedir que estabeleça um contacto íntimo com o bebé imediatamente após o parto e diminuir a capacidade de sucção do RN.

Segundo a autora é de se evitar a administração de qualquer medicamento incluindo hormonas que possam interferir directamente com a iniciação e o estabelecimento do aleitamento. A este propósito foca ainda a aplicação rotineira, no RN, de nitrato de prata ou antibióticos para a prevenção de conjuntivites, que na sua opinião pode ser retardada por uns 15 minutos, de modo a não intervir no contacto ocular entre mãe e filho devendo o RN permanecer sempre junto da sua mãe enquanto esta estiver na sala de partos. Após o parto tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade, antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. Durante este período deve-se proporcionar o contacto precoce, não tanto com fins nutritivos mas, para estabelecer um bom vínculo inicial (Martin e Valero, 1992). Para que se forme uma ligação física e mental nutritiva entre a mãe e o filho, ligação que ambos necessitam, é primordial que o contacto se estabeleça o mais precocemente possível após o parto e que não haja interferências nem interrupções durante o aleitamento o que segundo o dizer de Elis (1998) passa pelas atitudes não verbais dos médicos e das enfermeiras que "dizem" mais do que as verbais.

Também King (1991) identifica entre os factores de declínio do aleitamento materno a falta de apoio dos serviços de saúde referindo que embora o parto no hospital seja mais seguro tanto para a mãe quanto para o RN, as rotinas hospitalares em muitas maternidades favorecem a introdução precoce de suplementos ou o desmame logo que a mãe volte para casa. Associa também como importante factor o facto dos profissionais que trabalham nos Centros de Saúde não saberem como orientar as mulheres sobre os problemas da amamentação.

Neste contexto, também Dias Cordeiro (1987) refere que o pessoal médico e de enfermagem nem sempre tem presente a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento somático e psico-afectivo harmonioso da criança. As atitudes de dúvida por parte da equipa de saúde sobre a conveniência do aleitamento materno constituem um elemento negativo para a mãe, que necessita de sólido apoio na tentativa de amamentar.

Um outro factor frequentemente referido como interferindo no sucesso da amamentação é o regime alimentar do lactente. Nos primeiros dias de vida o RN dorme quase a totalidade do tempo despertando apenas por breves momentos, que devem ser aproveitados para oferecer a mama. O bebé agarrarrá com interesse e sugará com vigor. Num regime com esquema rígido de amamentação por vezes é oferecido no intervalo das refeições soro glicosado o que fará que quando o RN vai para junto da mãe para mamar esteja provavelmente saciado de soro glicosado e a dormir, assim não sugará o peito com força não estimulando a libertação de prolactina e retardando a lactogénese. Para Martin e Valero (1992) a solução não passa por eliminar somente o soro glicosado à criança, já que se não se oferecer nada chorará até à exaustão e também não sugará com vigor, mas se permitirmos que o bebé permaneça constantemente com a sua mãe esta poderá oferecer o peito quando o bebé lho peça, "a la demanda", o que tem muitas vantagens atendendo a que a mãe começa a responsabilizar-se pela alimentação do seu filho ainda no hospital, a avaliar se chora por fome, frio ou calor, terá oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e quando chegar a casa estará mais segura da sua actuação.

Continuam referindo que em tempos limitava-se o tempo das mamadas na tentativa de prevenir gretas, no entanto, sabe-se ser preferível explicar à mãe que o bebé deve apoiar as suas gengivas sobre a aréola, que possui um epitélio mais resistente que o do mamilo, e que para o conseguir o bebé deverá abrir bem a boca podendo a mãe introduzir o peito profundamente.

Também o Royal College of Midwives (1994) refere que tem sido demonstrado que dar leite artificial a bebés na primeira semana de vida é a variável mais importante que prediz o sucesso da amamentação nas duas primeiras semanas e acrescenta ter-se verificado que dar amostras de leite a lactantes pode contribuir para encurtar o período de lactação e fomentar a introdução precoce de alimentos sólidos e que o fracasso da lactação, neste contexto, é resultado dos efeitos combinados da falta de confiança materna e da falta de sucção.

Valorizando o ambiente envolvente no acto de amamentar Martin e Valero (1992) aludem ao facto de que o início da amamentação exige ter um ambiente de intimidade, a mãe desconhece como reagirá o seu filho, está preocupada se saberá amamentar ou se terá leite suficiente, está tensa. Se dispõe de um ambiente íntimo atrever-se-á a experimentar, a dar o peito quando lhe parece, sem medo, ou a amamentar em várias posições. Porém, a maioria das mães vê-se obrigada a oferecer as suas mamas na presença de enfermeiras, parentes ou amigos próprios e geralmente também os parentes das suas companheiras de quarto que inclusive podem pretender imortalizar esse momento apontando as suas máquinas fotográficas.

1.2.3 - Factores psicológicos

Uma das razões mais comuns para que as mães não consigam iniciar o aleitamento, interrompam-no prematuramente ou comecem a dar alimentação complementar antes que esta seja nutricionalmente necessária é a ansiedade associada a medos não fundamentados de impossibilidade de lactação (a inadequação do leite materno para atender às necessidades nutricionais da criança normal) (Levy,1994). No entanto, Hannah Lothrop (2000) é de opinião que todas as mulheres têm leite por ocasião do parto e como tal todas, com poucas excepções, podem amamentar. Para a autora o facto de tantas mulheres nos últimos anos fracassarem na amamentação, nada tem a ver com a incapacidade ou com a degeneração, mas sim com a falta de confiança, que poderá ser reforçada com apoio emocional, e com erros cometidos devido à ignorância em relação ao processo de lactação. Também para Martin e Valero (1992) a insegurança materna é uma das maiores dificuldades para se iniciar com êxito a amamentação, fundada muitas vezes no desconhecimento das suas possibilidades de amamentar e em que a tendência natural é desistirem à menor dificuldade.

No dizer de Silva Nogueira e Rosa Pedroso (s.d.) esta dúvida de algumas mães pode dever-se a uma atitude "empacotada" de abandonar o aleitamento natural do seu filho, pois nem todas têm a coragem de assumir a negação de um dever de mãe, refugiando-se em razões absurdas reveladoras de má informação ou à influência negativa de mães, avós, vizinhas ou amigas que julgam o bebé a crescer pouco, logo sugerindo que

o leite é fraco.

Para Elis (1998) os sentimentos de aversão pelo aleitamento podem estar relacionados com o desencadear de sensações sexuais durante o acto de amamentar, que provêm do contacto oral do bebé com o peito e das contracções reflexas que se produzem no útero como resposta à descarga de ocitocina, ou com o desconforto pela nudez e algum grau de inadaptação a uma sexualidade normal. Mães que não sentem conflitos nesta área conseguem satisfazer as necessidades físicas e afectivas do bebé. Experimentam prazer pela sucção do bebé e uma descarga física que as alivia, bem como a sensação cálida das mãozinhas do bebé sobre o peito. Todos estes factores têm importantes consequências psico-afectivas e fisiológicas que contribuem favoravelmente para estabelecer e manter a produção láctea.

Outro aspecto a ter em conta é a existência de uma experiência pouco satisfatória com os filhos anteriores que poderá determinar em grande parte a aceitação prévia da sua incapacidade para alimentar o novo bebé apesar dos conselhos da equipa de saúde. A este propósito Davies (1993) refere que é menos provável as mães que já tiveram bebés amamentarem do que as mães pela primeira vez, o que reflecte, provavelmente, o número de mulheres que acharam difícil amamentar. Algumas mães que amamentaram com êxito os primeiros bebés preocupam-se com a possibilidade de não conseguirem fazê-lo tão bem com o segundo e receiam que a amamentação perturbe mais o filho mais velho que o biberão. Todavia, segundo o dizer do autor, a criança mais velha irrita-se mais com os irmãos alimentados com biberão do que com os

amamentados. De acordo com Hannah Lothrop (2000) nas mães que desistiram logo de amamentar após tentativas dolorosas e frustantes mesmo passados anos podem reaparecer a tristeza e a decepção devidas ao fracasso da sua relação com a amamentação. No entanto, se a mulher passou por uma experiência de aleitamento satisfatória e sem problemas poderá recordar-se da profunda alegria, do calor e da intimidade que vivenciou outrora com o bebé. Para a autora as mulheres que puderam solucionar com sucesso as dificuldades do aleitamento adquiriram uma força que se reflectiu de forma fecunda na sua relação com o filho.

Em síntese tal como Cordeiro e Carvalho (1990) podemos afirmar que os motivos que levam ao declínio da amamentação incluiem os factores sociais, culturais, as atitudes dos profissionais de saúde, a organização dos serviços de saúde e as atitudes dos produtores e dos comerciantes como sendo os principais factores de declínio da prática do aleitamento materno destacando entre eles a urbanização, a família nuclear, o menor apoio familiar (inexistência das avós próximo das jovens mães), o trabalho profissional da mulher fora de casa, a precaridade laboral, o não cumprimento da legislação, a existência de conceitos equívocos sobre repercussão na estética e nas relações sexuais, o significado do peito como símbolo sexual, o papel negativo do cônjuge, o pudor de amamentar em público, a falsa relação com a emancipação feminina, a imitação de grupos de referência (classes sociais mais favorecidas, médicos, enfermeiros), a supremacia da medicina curativa, as lacunas na formação dos profissionais, por desinteresse ou não reconhecimento da importância, a indiferença e por vezes oposição ao

aleitamento materno, o pouco investimento nos cuidados antecipatórios, o "racionalismo" exagerado dos serviços de saúde, as rotinas rígidas sem comprovação científica, a primeira mamada tardia e horários rígidos, o recurso fácil e exagerado aos suplementos de leites comerciais, o desconhecimento do código de ética de comercialização dos substitutos do leite materno, a "agressividade" de práticas promocionais, a influência da publicidade, os comportamentos ligados à comercialização e a prática de tradições culturais que envolvem a utilização de substâncias doces ainda antes da primeira mamada ou como complemento do leite materno.

2 - AMAMENTAÇÃO: PROCESSOS ENVOLVIDOS

A sucção, 1º modo que o bebé tem para entrar em contacto com o mundo externo, é uma resposta congénita, inata, internamente organizada, altamente complexa e variável entrando em linha de conta com a natureza do estímulo com que contacta, não constitui função isolada e varia com as modificações verificadas tanto no interior como no exterior da criança. Não é de modo algum uma actividade esteriotipada, passivamente provocada através do estimulo da mãe, mas sim regulada com precisão e altamente sofisticada, não apenas na sua organização interna mas também no modo como está sincronizada com outras funções fisiológicas como engolir e respirar, estando o seu ritmo intimamente ligado a elas e controlando-as. É este sistema total e variado, organizado desde o nascimento que se deve ligar ao sistema de resposta materno, devendo existir entre a mãe e o bebé uma sincronização idêntica à que ocorre no interior da criança.

Para King (1991) a sucção, funcional desde o nascimento é componente importante do acto complexo da alimentação, deve ser entendida como um conjunto de duas acções em que primeiramente o RN faz a tracção do tecido mamário para formar um bico e posteriormente exerce pressão na aréola traccionada contra o palato com a língua. A criança não pega na boca apenas o mamilo, abocanha a aréola e o tecido mamário, colocado logo por baixo, que contém os seios lactóferos. Tem de puxar o tecido mamário para fora formando um bico, que é muito mais comprido do que o mamilo em "repouso". Uma onda, semelhante aos movimentos peristálticos, percorre a língua da ponta até à base, próxima à

orofaringe da criança e pressiona a saída de leite dos seios lactóferos para a boca da criança de modo a que ela possa deglutir, podendo-se ver a sua língua sobre o lábio inferior enquanto suga.

É de observar dois pontos importantes: A sucção ajuda a puxar e manter o tecido mamário na boca da criança, no entanto, a sucção só por si não retira o leite. Para sugar eficientemente e conseguir leite a criança precisa de pegar uma quantidade suficiente da mama na boca de tal forma que possa pressionar com a língua os seios lactóferos.

De acordo com o Royal College of Midwives (1994) o leite passa ao bebé desde o peito por uma combinação de dois processos, necessários para que o bebé obtenha tanto o volume necessário como a totalidade dos nutrientes: Expulsão activa do leite por parte da mãe com o reflexo de ejecção desencadeado pela sucção do mamilo e acção da ocitocina e extracção activa do bebé que actuando com o maxilar e a língua extrai o leite dos canais lácteos. Para que o bebé mame correctamente há que ensinar tanto a mãe como o bebé o que constitui colocar-se ao peito de uma forma efectiva. A mãe necessita saber utilizar os reflexos naturais do seu bebé (Reflexo da rotação, Reflexo de sucção e Reflexo de deglutição), todavia, King (1991) faz notar que não existe nenhum reflexo que ajude a criança a colocar o mamilo da mãe na sua boca o que tem de aprender a fazê-lo com a ajuda da mãe. Roçar os lábios do bebé no peito provocará o reflexo de busca que quando estimulado correctamente desde os primeiros dias levará o bebé a aprender a abrir a boca para se agarrar ao peito que se estenderá por detrás até ao palato mole.

Esta estimulação do reflexo de sucção faz com que o maxilar inferior

do bebé segure o peito e se exerça a sucção, possibilitando-se, deste modo, que o peito se mantenha dentro da boca e a língua aplique compressão rítmica a toda a porção introduzida (peito e aréola) espremendo o leite dos canais.

Se o bebé se encontra correctamente colocado não deverá haver fricção da língua ou das gengivas no mamilo nem tão pouco nenhum movimento do peito dentro e fora da boca do bebé. Assim, um bebé ao mamar não deve traumatizar o mamilo e a mãe não deve sentir dor.

Segundo Rudolph Schaffer (1992) o início da alimentação desenrola-se normalmente num fluxo contínuo, durante vários minutos sem interrupção, seguido de uma pausa. Um bebé com fome começa por mamar com uma série regular de chupadelas e depois de estar semi-saciado, passa para um padrão de séries de chupadelas (10 a 20) e pausas (durante alguns segundos), provocadas, evidentemente, pelo débito deficiente do leite e não pela fadiga. Quando o bebé é mudado para o outro peito começa de novo com uma sucção contínua. A sucção nutritiva é constituída por mamadas mais longas e pausas mais curtas e o ritmo de sucção tem metade do vigor da sucção não nutritiva.

Quando o bebé inicia a mamada começa por desenvolver movimentos independentes, segmentados, que se juntam decorridos alguns instantes, produzindo rapidamente um sugar muito forte e unificado. No seu conjunto, estes três ingredientes do reflexo de sucção criam um eficiente mecanismo de mamar. Quando pela primeira vez efectua um "chupão" eficiente no mamilo, este produz nos seios o reflexo de ejecção e o leite começa a correr. À medida que um mamar mais eficiente começa a

extrair o leite, alivia-se o espasmo que a mãe sentia inicialmente. Muito rapidamente, durante os primeiros dias, o RN aprende a encurtar o tempo que leva a coordenar tudo isto e ao terceiro dia consegue começar a mamar eficientemente em poucos segundos, no máximo.

Segundo King (1991) quando a criança consegue tirar todo o leite que quer pára de sugar e solta o mamilo espontaneamente. Pode estar satisfeita ou pronta para sugar a outra mama, pelo que, não é necessário tirar a criança da mama nem interromper a mamada depois de certo tempo. Algumas crianças mamam mais rapidamente e outras menos, cada criança tem o seu ritmo, pelo que defende que se deve apelar a que a mãe *"(...) Deixe a criança decidir quando quer terminar de mamar (...)."* (p.15).

O conceito de que os bebés tomam uma quantidade equivalente de leite porém em diferentes períodos de tempo ao peito é básico. Os bebés vão-se alimentando normalmente durante um período de tempo apropriado à velocidade de transferência do leite, regulando naturalmente a quantidade. Daí que um bebé que mama a grande velocidade mamará durante um espaço de tempo curto, a não ser que a saída de leite ocorra a uma velocidade lenta e o bebé necessite de se alimentar durante um maior período de tempo. Em consequência, não é correcto dizer-se a uma mãe quanto tempo deverá durar uma mamada e não deveria haver regras estabelecidas sobre a duração das mamadas em nenhum momento do período pós-natal (Royal College of Midwives,1994).

Também King (1991) refere que algumas crianças poderão mamar em 5 a 10 minutos, mas que outras demorarão um pouco mais, talvez meia hora, o que para o autor não é muito importante pois pesquisas recentes

demonstraram que crianças que mamam devagar conseguem a mesma quantidade de leite que aquelas que mamam mais depressa. Acrescenta que se verifica por vezes que algumas mães interrompem a mamada antes que a criança termine para ter a certeza que ela pegará na segunda mama, no entanto, a criança pode obter leite suficiente apenas de uma mama, pelo que diz *" (...) Crianças maiores podem querer mamar das duas mamas em todas as mamadas, as menores podem ficar satisfeitas após mamar apenas uma ou então podem mamar pouco da segunda mama (...)."* (p.40). Alerta para o facto de que interromper a mamada para que a criança mame das duas mamas poderá fazer com que a criança receba leite do começo em excesso e leite do fim em quantidade insuficiente, por isso deve-se: deixar a criança terminar a mamada para ter a certeza que ela recebe o leite do fim; oferecer a segunda mama e deixar a criança mamar se quiser, não forçando; alternar a mama em cada mamada por forma a que cada mama receba o mesmo tempo de estímulo e que ambas continuem a produzir leite.

Também para a OMS (1994) a habilidade de mamar vigorosamente nas primeiras duas horas de vida é uma das capacidades neurológicas mais admiráveis do RN. Geralmente, bebés jovens, especialmente RN, apresentam intervalos alimentares muito variáveis podendo mamar 6-12 ou até 18 vezes nas vinte e quatro horas pelo que poderá ser necessário reassegurar às mães que esta fase inicial de mamadas muito frequentes geralmente se regulariza numa rotina mais predível e espaçada à medida que a lactação se estabelece, o que é acelerado se a mãe for encorajada a alimentar o bebé tão frequente e demoradamente quanto queira e se este

adoptar um posicionamento correcto, de extrema importância na prevenção do traumatismo mamilar.

O intervalo entre as mamadas determinará o número de mamadas que um bebé fará nas 24 horas. Tão pouco aqui há regras pré-estabelecidas. Haverá bebés que mamam com intervalos de uma hora e meia a duas horas, ainda que outros o façam com um intervalo mais largo.

Também a OMS e UNICEF (1995) referem que a quantidade de leite que os seios produzem depende parcialmente de quanto o bebé suga e de quanto leite ele retira. Quanto mais o bebé mama mais leite é produzido. Reconhece-se que a lactação está regulada por um processo de oferta e de procura em que a procura do bebé regula a oferta. A maioria das mães pode produzir mais leite do que o seu bebé necessita. Assim, a mãe de gémeos pode produzir o dobro de leite do da mãe de um só bebé já que a procura é dupla e a quantidade de leite que um bebé procura é regulada pelo seu apetite.

Cada vez que a criança suga, estimula as terminações nervosas do mamilo. Estes nervos levam o estímulo para a parte anterior da glândula pituitária que produz a prolactina que, através da circulação sanguínea, atinge as mamas que produzem o leite. A prolactina actua depois que a criança mama e produz leite para a próxima mamada. Níveis altos de prolactina parecem ser necessários não só para o início da lactação mas estão também directamente relacionados com a produção de leite durante as duas primeiras semanas, no mínimo. Os níveis de prolactina sobem em resposta à sucção pelo que a amamentação sempre que o bebé quer resultará em níveis de prolactina mais altos. A glândula pituitária produz

mais prolactina durante a noite do que durante o dia, portanto, o aleitamento materno à noite ajuda a manter uma boa produção de leite. Neste sentido o Royal College of Midwives (1994) foca que a produção de leite continua de forma eficiente tanto de noite como de dia e se o leite não se extrai ainda que se vá formando (segundo a procura do bebé) o volume de leite excederá rapidamente a capacidade dos alvéolos. O consequente excesso não é tão só incómodo para a mãe mas também dilatará o processo de supressão da lactação. Alimentar o bebé à noite previne ou minimiza o problema potencial da engurgitação e uma vez que a lactação se tenha estabelecido as mamadas nocturnas proporcionam ao bebé uma quantidade substancial da ingesta das 24 horas. Quanto mais jovem for o bebé maior será a probabilidade de consumir igual volume de leite durante as 12 horas nocturnas e diurnas ou seja metade do total, pelo que, há que esperar que o bebé tenha fome à noite, no entanto, para Roger Short (s.d. para. 14) a alimentação nocturna tornou-se cada vez mais complicada e impopular a partir do momento em que começámos a dormir em camas elevadas e acrescenta que nas sociedades caçadoras tradicionais onde o bebé dorme ao lado da mãe, no chão, este pode alimentar-se durante a noite sem a acordar.

Neste contexto King (1991) refere que algumas mães tentam fazer com que os filhos durmam a noite sem mamar, no entanto, considera ser melhor que a mãe amamente durante a noite enquanto a criança o quiser o que é facilitado deixando que a criança durma com a mãe. A este propósito o autor diz:

"(...) A mamada nocturna aumenta o tempo em que a criança pode sugar, a prolactina é secretada em maior quantidade durante a noite que

durante o dia, por isso a mamada nocturna ajuda a manter a produção láctea, é especialmente útil para as mães que trabalham fora, a criança recebe a maior parte do leite de que precisa durante a noite e portanto precisará de menos leite durante o dia e é importante para a anticoncepção. (...)" (King, 1991. p.42)

Em síntese podemos afirmar que para além dos reflexos maternos também os reflexos infantis estão envolvidos na lactação. A chave da manutenção da lactação é o comportamento alimentar adequado do bebé, que significa esvaziar o peito eficiente e frequentemente por períodos de tempo longos o suficiente para manter os níveis das hormonas lactogénicas e impedir o aumento da concentração de substâncias na mama que suprimem a lactação. Qualquer prática que limite a potencial obtenção de leite na 1ª semana pós parto pode comprometer a lactação a longo prazo resultando em hipogaláctia aparente ou relativa. É muito importante entender o efeito da sucção na produção de leite. Quanto mais sucção maior a quantidade de leite produzido. Se a criança pára completamente de sugar ou se nunca começa, as mamas param de produzir leite. Esta ideia é reforçada por King (1991) quando diz: *"As mamas produzem tanto leite quanto a criança precisa. Se a mãe quer aumentar a oferta deve estimular a criança a sugar um número maior de vezes e por mais tempo."* (p.8)

2.1 - COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

Nos primeiros dias após o parto as mamas segregam um fluido amarelado, viscoso, que preenche as células alveolares no último trimestre

da gestação, o colostro, percursor do leite materno. Segregado apenas em pequenas quantidades, mas suficiente para a criança, sendo exactamente o que precisa nos primeiros dias, é um alimento de alta densidade e pequeno volume. Contém menos lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis que o leite materno e mais proteínas, vitaminas lipossolúveis (incluindo E, A e K) e minerais, como sódio e zinco. Tem concentração alta de imunoglobulinas e factores protectores, estando presente mais anticorpos e células brancas que no leite maduro, facultando a primeira imunização à criança para a proteger de grande parte de bactérias e vírus. Está bem adaptado às necessidades específicas do RN é rico em factores de crescimento que estimulam o desenvolvimento do intestino imaturo da criança, preparando-o para digerir e absorver o leite maduro e impedindo a absorção de proteínas não digeridas e tem poder laxativo que auxilia a eliminação de mecónio e ajuda a evitar a icterícia (King, 1991; Levy, 1994; OMS, 1994).

O colostro, à semelhança do leite, permite a adaptação do RN e a sua transição bem sucedida para a vida pós-natal independente, é segregado por alguns dias após o nascimento, o seu volume varia amplamente, entre 10 a 100 ml/dia, com média sensivelmente de 30 ml, e evolui para leite maduro entre 3 e 14 dias após o parto aumentando em quantidade e mudando o seu aspecto e composição. Quando a lactação vai terminando e as mamas involuem o leite terminal assemelha-se ao colostro, com alto teor de imunoglobulinas que protegem tanto o bebé quanto a mama (King, 1991). A OMS (1994) refere ainda que mesmo se durante a gravidez a mãe se encontrar a amamentar outra criança, o seu

leite passará por uma fase de colostro imediatamente antes e depois do novo nascimento.

A composição do leite maduro, que contém todos os nutrientes de que a criança precisa para crescer e atende as necessidades individuais do bebé, varia não apenas entre mães, como na mesma mãe entre mamas, em mamadas diferentes e até no decurso da mesma mamada. Durante a mamada a composição do leite muda, surgindo no início o leite do começo, mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água, e no final da mamada o leite do fim, mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura, o qual fornece mais de metade da energia fornecida pelo leite materno. Estas variações são tidas como funcionais considerando-se que o bebé tem um papel importante nesta variabilidade.

Para Luís Mendes da Graça (1996) os componentes principais do leite são proteínas, lactose, lípidos e água. Das proteínas as mais importantes e específicas, não se encontrando em nenhuma outra secreção, são a caseína, a alfa-lactoalbumina e a beta-lactoglobulina.

Em termos de proteínas o leite humano maduro apresenta a menor concentração de proteínas entre os mamíferos. Aceita-se que o conteúdo médio de proteínas seja de 1,15g/100ml, salvo no primeiro mês quando é de 1,3g/100ml, existindo, todavia, amplas variações entre mães. Tais diferenças na composição ajudam a explicar a igualmente ampla variação na ingestão de leite observada em bebés amamentados, que se desenvolvem bem, e aos quais se permite auto-regulação da ingestão. O conteúdo real de proteína do leite humano é mais do que adequado para o crescimento normal de crianças jovens resultando numa carga de soluto

adequadamente baixa para os rins imaturos do bebé (OMS, 1994).

O leite humano apresenta concentrações maiores de aminoácidos livres e cistina e menores de metionina do que o leite de vaca. A relação cistina/metionina do leite humano é de 2/1. A cistina é essencial aos RN e bebés prematuros pois a cistationase, enzima que catalisa a trans-sulfuração de metionina em cistina, está ausente no cérebro e fígado.

A concentração de taurina também é alta no leite humano. É necessária para conjugação de sais biliares e portanto para absorção das gorduras para além de exercer papel de neurotransmissor e neuromodulador no desenvolvimento do sistema nervoso central. Como os bebés, diferentemente dos adultos, são incapazes de sintetizar taurina a partir da cistina e da metionina tem-se sugerido considerá-la aminoácido essencial para crianças pequenas (OMS, 1994).

Levy (1994) acrescenta que embora o leite humano contenha menos teor de proteínas que qualquer outro leite possui um teor muito elevado de azoto não-proteico tendo sido identificados mais de 200 compostos dos quais a ureia representa cerca de 50%, além de outros componentes como a creatinina, a creatina, a glucosamina e ácidos aminados livres.

As caseínas representam 20 a 30% do teor de prótidos do leite humano e as proteínas solúveis (lactalbumina, a lactoferrina, as IgA secretoras, a seroalbumina e a lisozima) 25% das proteínas do soro do leite maduro e 85% das do colostro. A fracção restante é constituída por proteínas dotadas de propriedades funcionais, como as enzimas, os factores de crescimento e as proteínas de ligação (Levy, 1994).

Para a autora, pode-se dizer que as proteínas têm um triplo papel:

uma fonte de ácidos aminados essenciais e de azoto para a síntese proteica, uma fonte de proteínas tendo funções fisiológicas específicas, estando neste caso a defesa contra as infecções microbianas, e como factor de crescimento e de modulação, dividindo-se assim a função das proteínas do leite humano em dois grandes grupos: as proteínas nutricionais e as proteínas dotadas de funções fisiológicas.

A caseína não é uma proteína única mas um grupo de sub-unidades proteicas, a alfa, a beta e a kapa, atribuindo-se-lhes um papel predominantemente nutricional, consistindo no fornecimento de ácidos aminados, cálcio e fósforo inorgânico e um possível papel protector contra as infecções gastrointestinais, ao favorecer o crescimento dos lactobacillus bifidus. As micelas de caseína humana são muito mais pequenas, o que tem repercussões sobre a digestão e o funcionamento do tubo digestivo do RN.

A alfa-lactoalbumina, componente importante do sistema enzimático da síntese da lactose, é o composto principal das proteínas solúveis do leite humano e tem um valor nutricional muito elevado, devido à sua composição em aminoácidos muito próxima das necessidades do RN.

O leite humano, não contendo proteínas alergénicas (Beta-lactoglobulina) e rico em IgA secretora, especialmente dirigida contra os antigénios alimentares da mãe, é um excelente meio de prevenção da sensibilidade às proteínas heterólogas, nomeadamente às proteínas do leite de vaca (Levy, 1994).

No que se refere à composição do leite em termos de gorduras para a OMS (1994), com raras excepções, o conteúdo do leite materno maduro

é idealmente adequado ao RN humano provocando uma resposta fisiológica única. As concentrações de gordura passam de aproximadamente 2g/100ml no colostro para 4 a 4,5g/100ml 15 dias após o parto, permanecendo a seguir relativamente estáveis, embora com considerável variação inter-individual, tanto no conteúdo total de lípidos quanto na composição de ácidos gordos, e sofre flutuações circadianas na concentração e picos no fim da manhã e começo da tarde. Estas variações também ocorrem na mesma refeição e em algumas mulheres a concentração de gordura no leite final é 4 a 5 vezes maior do que no leite inicial.

A gordura do leite humano é segregada em glóbulos microscópicos menores que as gotículas de gordura do leite de vaca. Os triglicerídeos predominam perfazendo 98% dos lípidos dos glóbulos. As membranas globulares são compostas por fosfolipidos, esterois (especialmente colesterol) e proteínas. A composição de ácidos gordos é relativamente estável sendo cerca de 42% de ácidos gordos saturados e 57% de ácidos gordos insaturados. Embora a concentração de ácido linoleico e de outras gorduras polinsaturadas seja influenciada tanto pela dieta quanto pela composição dos lípidos corpóreos da mãe o leite materno é rico em ácidos gordos insaturados de cadeia longa, importantes para o desenvolvimento e mielinização do cérebro (OMS, 1994).

Ácidos aracdónio e linoleico são particularmente importantes entre as gorduras polinsaturadas. O primeiro é considerado essencial na infância porque o ácido linoleico não é tão facilmente conversível in vivo em ácido araquidónico. O conteúdo de ambos é quase 4 vezes maior no leite

humano do que no de vaca (0,4g e 0,1g/100ml, respectivamente). As prostaglandinas, cuja síntese depende da disponibilidade destes ácidos gordos essenciais distribuem-se amplamente pelo trato gastrointestinal e afectam uma série de funções biológicas que actuam sobre a digestão e maturação das células intestinais, contribuindo para os mecanismos globais de defesa. O leite humano contém quantidades significativas de prostaglandinas e de outros compostos antivirais associados aos lípidos.

Embora a glicose seja a principal fonte de energia do feto o bebé depende muito das gorduras para este fim. O leite materno proporciona 30% a 50% da ingestão energética diária na forma de gorduras. O bebé começa a consumir esta dieta rica em gorduras numa época em que tanto a secreção de lipase pancreática quanto a eficiência da conjugação de sais biliares são imaturos. A imaturidade é parcialmente compensada por lipases linguais e gástricas mas a presença de lipase não específica no leite materno é particularmente significativa. Esta enzima, activada pelos sais biliares no duodeno, contribui para a digestão das gorduras no bebé.

A lipase é apenas uma das dezenas de enzimas presentes no leite humano que actuam como moduladores metabólicos.

O leite humano é rico, de uma forma não uniforme, em colesterol e é o seu alto teor lipídico no leite do final da mamada que induz a sensação de saciedade.

Para Levy (1994) o leite humano contém cerca de 167 compostos lipídicos mas os ácidos gordos em concentração superior a 1% são em número de 8 a 10. No entanto, para a autora, parece haver uma certa influência da alimentação materna na composição lipídica do leite humano,

observando-se um aumento marcado do teor de ácidos gordos de cadeia média quando o regime alimentar materno é pobre em gorduras, variando consideravelmente a quantidade de ácido linoleico em função da dieta materna, sendo muito elevado nas mães vegetarianas. Uma alimentação rica em hidratos de carbono parece favorecer a síntese de ácidos gordos saturados de cadeia média pela glândula mamária.

Em termos de conteúdo de lactose a OMS (1994) refere que esta é o principal carbohidrato do leite humano embora também estejam presentes pequenas quantidades de galactose, frutose e outros oligossacarídeos. É um açúcar encontrado apenas no leite e o leite humano é o que apresenta a maior concentração (em média 4% no colostro e até 7% no leite maduro). A lactose parece ser um nutriente específico da infância pois a enzima lactase é encontrada apenas em filhos de mamíferos. Fornece aproximadamente 40% das necessidades energéticas. É metabolizada em glicose, usada como fonte de energia, e galactose, um constituinte dos galactolipídeos, necessários para o desenvolvimento do sistema nervoso central. Facilita a absorção de cálcio e ferro e promove a colonização intestinal com Lactobacillus bifidus.

Para Levy (1994) o conteúdo energético do leite maduro é da ordem das 70Kcal/100ml. A fracção glucídica constituída essencialmente por lactose representa 38% do conteúdo energético do leite humano e os lípidos contribuem com mais de 50% da energia total, sendo apenas 5% da energia do leite humano fornecida pelas proteínas.

Quanto ao teor de vitaminas do leite a OMS (1994) refere que a concentração de vitaminas no leite humano é quase sempre adequada às

necessidades dos bebés embora varie com a ingestão materna e quantidade de gordura no leite. No que se refere às vitaminas lipossolúveis sabe-se que o conteúdo de vit.E no leite humano geralmente atende as necessidades da criança. A concentração de vit.A é maior no leite humano do que no leite de vaca e a sua quantidade no colostro é o dobro da do leite maduro. A concentração de vit.K é maior no colostro e no leite inicial do que no leite final, mas, após duas semanas a flora intestinal que fornece vit.K está instalada nos bebés amamentados. A concentração de vit.D no leite humano é baixa (média de 0,15 microgramas/100ml) no entanto, Hannah Lothrop (2000) refere que efectivamente o leite humano contém mais vitamina D do que se supunha antigamente, pois que há algum tempo descobriu-se uma variante hidrossolúvel da vit. D.

Também se verificam variações de concentração das vitaminas hidrossolúveis a qual depende igualmente da dieta materna, sendo habitualmente as concentrações no leite das mulheres bem nutridas mais que suficientes. A concentração de vit.B12 é muito baixa no leite humano mas a sua biodisponibilidade é aumentada pela presença de factor de transferência específico. A concentração de niacina, ácido fólico e ácido ascórbico é geralmente maior do que no leite de ruminantes. A OMS (1994) refere ainda que mulheres que usam por muito tempo anticoncepcionais orais podem ter níveis diminuídos de vit.B6 no leite.

A concentração da maioria dos minerais no leite materno como cálcio, ferro, fósforo, magnésio, zinco, potássio e flúor não é significativamente afectada pela dieta materna e embora seja menor do que nos leites substitutos é melhor adaptada às necessidades nutricionais

e capacidades metabólicas dos bebés. O cálcio é absorvido mais eficientemente devido à alta relação cálcio/fósforo do leite humano e a alta biodisponibilidade do ferro do leite materno também resulta de uma série de interacções complexas entre os componentes do leite materno e o organismo do bebé. A maior acidez do trato gastrointestinal, a presença de quantidades adequadas de zinco, cobre e lactoferrina são factores importantes para aumentar a absorção de ferro. Quase 70% do ferro do leite materno é absorvido pelo que Carmona da Mota (1991) refere que o pouco ferro do leite materno é muito bem utilizado sendo a anemia ferropénica muito rara em bebés exclusivamente amamentados nos primeiros 6 a 8 meses de vida. Ainda acerca do conteúdo de ferro a OMS (1994) refere que a maioria dos estudos sugerem que a situação de ferro ao nascer pouco depende da nutrição da mãe e que também não há evidências de que o estado nutricional materno tenha relação com o conteúdo de ferro do leite materno.

A quantidade de zinco no leite humano, essencial na estrutura das enzimas e funcionamento, crescimento e imunidade celular, é pequena mas suficiente para as necessidades do bebé sem perturbar a absorção de cobre e ferro. A sua biodisponibilidade é alta.

Quanto aos oligoelementos sabe-se que em geral o leite humano apresenta pouco risco tanto de deficiência como de excesso de oligoelementos.

A dezena de enzimas do leite humano tem origem multi-funcional. Algumas reflectem mudanças fisiológicas das mamas, outras são importantes no desenvolvimento neonatal (enzimas proteolíticas,

peroxidase, lisozima, xantino-oxidase), outras ainda potencializam enzimas digestivas do bebé (alfa-amilase e lipase estimulada pelos sais biliares). Muitas têm concentrações muito maior no colostro do que no leite maduro, como a lisozima, enzima bacteriolítica contra bactérias gram-positivas e que também confere protecção específica contra alguns vírus. Acredita-se que algumas enzimas tenham funções imunológicas directas enquanto outras agem indirectamente promovendo a maturação celular.

Para a OMS (1994) o leite humano não é apenas uma fonte de nutrientes especificamente adaptado à capacidade metabólica do bebé tem também presente certas hormonas nomeadamente: ocitocina, prolactina, esteroides adrenais e ovarianos, prostaglandinas, hormona libertadora de gonadotrofina (Gn-RH), factor de libertação da hormona do crescimento (GRF), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina, neurotensina em níveis maiores do que os do sangue materno, hormona libertadora de tireotrofina (TRH), hormona estimulante da tiróide (TSH), tiroxina, triiodotironina, eritropoietina e bombesina em concentrações menores.

Resumidamente a OMS e UNICEF (1995) relatam-nos que o colostro é rico em anti-corpos, leucócitos, factores de crescimento e vitamina A, tem propriedades laxantes, protege contra a infecção e alergias, ajuda a eliminar o mecónio e a maturação intestinal, colabora na prevenção da icterícia, reduz a gravidade das infecções e previne doenças oculares e que o leite materno não possui contaminantes bacterianos, tem presente factores anti-infecciosos e de crescimento, possui proteínas em quantidade correcta e facilmente digeríveis, possui bastantes ácidos gordos essenciais, tem vitaminas e água em quantidades suficientes e embora

tenha pequena quantidade de ferro este é bem absorvido.

King (1991) opina ainda que o leite materno está sempre em perfeitas condições para a criança mesmo que a mãe esteja doente, menstruada, grávida ou desnutrida contendo todos os nutrientes, que resumidamente nos apresenta no quadro 2, de que a criança precisa para os primeiros 4-6 meses de vida, pelo que constitui o método melhor e mais seguro para alimentar a criança de forma exclusiva, que no dizer da OMS e UNICEF (1995) significa dar à criança somente leite materno sem nenhum outro líquido ou sólido, incluindo água, excepto medicamentos, vitaminas ou sais minerais.

Quadro 2 - Composição do leite materno

Componentes	**Presença**
Contaminação bacteriana	Ausente
Substâncias anti-infecciosas	Anticorpos; Leucócitos; Lactoferrina; Factor bifido
Proteínas	
Total Caseína Lactoalbumina	1,0% 0,5% 0,5%
Aminoácidos	
Cistina Taurina	*Suficiente para o cérebro em crescimento*
Gorduras	
Total Saturação de ácidos gordos	4,0% (média) Suficiente insaturados
Ácido Linoleico (essencial)	Suficiente para o cérebro em crescimento
Colesterol	Suficiente
Lipase para digerir gorduras	Presente
Lactose (açúcar)	7,0% - suficiente
Sais (mEq/l)	
Sódio Cloro Potássio	6,5 - adequado 12 - adequado 14 - adequado
Minerais (mg/l)	
Cálcio Fosfato Ferro	350 - adequado 150 - adequado Pequena quantidade; Bem absorvido; Suficiente
Vitaminas	Suficiente
Água	Suficiente; Não necessita de quantidade extra.

FONTE: King, 1991. p.34

Kelly Bonyata (1998) acrescenta que pesquisas recentes mostram

que a composição do leite materno durante o primeiro e segundo anos de vida da criança é muito parecida e que em termos de totais necessários 500 ml proporcionam à criança: 95% da vitamina C; 45% da vitamina A; 38% das proteínas; 31% das calorias pelo que permanece uma fonte importante de nutrientes.

2.2 - MAMAR EM BOA POSIÇÃO

A lactação é um processo fisiológico normal, uma consequência de dar à luz e em muitos países a única forma de assegurar a sobrevivência e o crescimento saudável de um RN. Os problemas da lactação poderão surgir se o processo fisiológico é alterado por aplicação de regras e normas artificiais ou por não se conseguir colocar o bebé ao peito de modo adequado. A lactância é uma técnica que se tem de aprender e praticar e ainda que o lactar seja natural não é instintivo, inclusive mulheres multíparas poderão necessitar de ajuda para iniciar, sobretudo quando anteriormente não amamentaram ou tiveram dificuldades.

Por forma a prevenir possíveis problemas e independente da posição adoptada para amamentar, segundo o Royal College of Midwives (1994), um bebé colocado correctamente a mamar deverá estar junto à mãe, com a cabeça e os ombros frente ao seu peito, encontrando-se todo o corpo do bebé em contacto com a mãe, e o seu nariz ao mesmo nível que o mamilo. A deslocação do bebé (cabeça, ombros e tronco) directamente para o peito deverá ser feita mediante uma acção rápida, positiva e bem dirigida, evitando-se que uma mudança brusca na direcção possa originar a

flexão da cabeça da criança ou um movimento do peito fora da linha média. O mamilo da mãe deve ser orientado para o terço superior da boca pelo que não chocará contra a língua, que ocupa a terceira parte inferior, e irá directamente parar ao palato da criança. Então a língua do bebé adaptar-se-á ao peito estendendo-se na direcção da base do mamilo.

É de evitar que o nariz do bebé se encontre pressionado contra o peito, que acontece caso esteja demasiado elevado, causando flexão do pescoço. É melhor não tentar separar o peito dos orifícios nasais dado que se esticaria o mamilo comprimindo os ductos e impedindo o fluxo de leite. Baixando-o um pouco, tendo-o sempre junto da mãe, consegue-se que o pescoço e a cabeça se distendam e que o nariz se liberte. É também de evitar a hiperextensão da cabeça e do pescoço do bebé atendendo a que impossibilita a deglutição.

Embora existam diversas opiniões quanto à mão que se deve utilizar para agarrar e apresentar o peito e segurar a criança, movendo-o para o peito, as mães e os bebés podem ter um lado favorito podendo a técnica ser melhorada para o outro lado, utilizando a mesma mão para as mesmas tarefas que na parte preferida ou talvez mudando a direcção em que se coloca o bebé (Royal College of Midwives, 1994).

A maior parte das mães e dos bebés podem beneficiar de uma boa suspensão do peito particularmente se a mãe tem os peitos grandes ou muito elásticos. Esta sustentação pode fazer-se com os dedos da mãe, colocados de forma plana sobre a grelha costal, na base do seu peito ou com a mão rodeando o peito. Neste caso o dedo polegar deverá estar por cima do peito bastante afastado do mamilo e com os outros dedos por

baixo. É importante que se desaconselhe a mãe a agarrar o peito em forma de tesoura quando está a amamentar pois empurra o tecido glandular para trás impedindo que o bebé possa manter os seios galactóforos dentro da boca e a presença dos dedos impedem o bebé de se aproximar suficientemente do peito. Por vezes, é cómodo inclinar um peito grande ou elástico apontando o mamilo para o palato da criança o que ajuda a colocar o lábio e o maxilar inferior mais abaixo do mamilo (Royal College of Midwives, 1994).

Quando a mãe agarra o bebé deverá ter a cabeça e os ombros sobre o seu antebraço e não segurar a cabeça por trás com a mão. A mãe deverá segurar e oferecer toda a mama e não somente o mamilo. Não deve apertar o mamilo nem a aréola e deve tocar o lábio superior da criança com o mamilo para estimular o reflexo de rotação. Deve esperar até que a boca da criança se abra e ela queira iniciar a mamada e de seguida virar rapidamente a criança na direcção da mama. Deve direccionar o lábio inferior da criança para a base do mamilo, o que ajuda a encostar o mento da criança à mama da mãe de modo a que a sua língua fique por baixo dos seios lactóferos, ficando o mamilo acima do centro da boca da criança de tal forma que facilmente toque e estimule o palato.

Durante as mamadas se visualizarmos as Bolas de Bichard do bebé "chupadas para dentro" poderemos pensar que não se encontra correctamente posicionado a mamar. Também não nos devemos deixar guiar pela quantidade de aréola que é visível por cima do lábio superior do bebé, atendendo a que não há nenhuma indicação quanto à posição da língua e maxilar inferior. O tamanho da aréola é muito variável e o conselho

de "*ter toda a aréola dentro da boca do bebé*" é irrelevante e frequentemente impraticável.

Resumidamente King (1991) considera serem sinais indicativos de que a criança está a mamar numa posição correcta ter: todo o corpo encostado ao da mãe e encontrar-se de frente para ela; o rosto perto da mama; o mento encostado à mama; a boca bem aberta; o lábio inferior virado para fora, observando-se uma maior parte da aréola acima do lábio superior da criança e uma parte menor por baixo do lábio inferior; a criança engolindo lenta e profundamente podendo-se ouvi-la a deglutir e ficando relaxada, feliz e satisfeita no fim da mamada ao mesmo tempo que a mãe não sente dor no mamilo.

Para que seja possível mamar em boa posição é também importante que a mãe esteja sentada ou deitada num lugar confortável, por forma a que fique relaxada, considerando-se que um lugar baixo é mais adequado.

Se a opção da mãe é amamentar deitada, posição útil cuja principal dificuldade reside no facto de que a mãe não pode utilizar o braço sobre o qual está deitada para ajudar a aproximar o bebé do peito, deve-se aconselhar a utilizar a mão livre para aproximar o bebé em vez de a utilizar para tentar pôr o peito na boca. Há que pedir à mãe que se posicione em decúbito lateral com a cabeça apoiada em almofadas. Se está deitada em decúbito lateral esquerdo o braço esquerdo deverá estar flectido com o antebraço paralelo à sua cabeça. Poderá necessitar de uma almofada na parte posterior do tórax e outra entre os joelhos para aumentar o apoio e ficar mais cómoda. O bebé deverá estar deitado ao seu lado, com a face perto da mãe de tal modo que possa estabelecer contacto visual. Não deve

estar envolto numa mantilha por forma a ter as mãos e pés em contacto com a mãe, as roupas da cama devem estar sobre o bebé, metidas sem pressão por debaixo do colchão, mantendo assim o calor e a segurança.

Há que dar tempo para o estabelecimento da interacção entre a mãe e o bebé. A mãe pode falar-lhe, acariciá-lo ou se desejar agarrar-lhe um dedo. O reflexo de busca do menino estimula-se pelas sensações tácteis e olfactivas que recebe.

Porém, a mãe poderá preferir amamentar sentada. Para conseguir uma posição correcta do bebé ao peito deve-se pedir à mãe que se incline ligeiramente para a frente para que o peito possa pender também para a frente facilitando a sua colocação. Poderá necessitar de almofadas para apoiar o tórax posterior ou os membros superiores ou ainda para elevar o bebé até um nível mais cómodo. A mãe pode segurar a criança de frente ou manter a criança em baixo do braço, usar uma almofada para servir de apoio ou ainda deitar a criança ao seu lado. A criança deve ficar de frente para a mama e o seu estômago em contacto com o abdómen da mãe. É importante que todo o corpo da criança, e não somente a cabeça, fique de frente para a mama e que não precise de se virar para mamar.

Depois de colocar o bebé correctamente pode-se pedir à mãe que se relaxe contra as costas da cadeira. Também poderá ser útil para o relaxamento um apoio para os pés.

Se a mãe experimenta uma boa postura na primeira toma é difícil que tolere uma colocação incorrecta nas seguintes e ainda que a posição da mãe e do bebé variem de uma mamada para a outra a técnica de colocação é sempre a mesma.

Se uma criança mama em má posição tanto ela como a mãe necessitam de ajuda para corrigir este problema pois quanto mais tempo mamar em má posição mais difícil será a sua correcção.

Nos quadros que se seguem podemos observar, de forma esquemática, as consequências de uma pega incorrecta bem como as possíveis causas para este fenómeno apresentadas pela OMS e UNICEF (1995).

Quadro 3 - Consequências de uma pega incorrecta

Dor e ferida nos mamilos	Mamilos dolorosos. Fissuras
O leite materno não é extraído com eficiência A oferta de leite parece insuficiente	Engurgitamento Bebé insatisfeito. Quer mamar mais Bebé frustado
Os seios produzem menos leite	Recusa-se a sugar Bebé não ganha peso

FONTE: OMS e UNICEF, 1995. p.17

Quadro 4 - Causas de uma pega incorrecta

O uso de biberão	Antes que a amamentação se firme. Quando a suplementação é introduzida
Mãe inexperiente	Primeiro filho Habituada a dar biberão
Dificuldade funcional	Bebé pequeno ou fraco Mamilo pouco proctátil Engurgitamento Início tardio
Falta de apoio capacitado	Menos apoio da família e da comunidade Médicos, parteiras, enfermeiros, não treinados para ajudar

FONTE: OMS e UNICEF, 1995. p.18

2.3 - SITUAÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DA MÃE E DO BEBÉ ASSOCIADAS E/OU CONCOMITANTES COM A AMAMENTAÇÃO

A amamentação, método alimentar de escolha para todos os bebés normais pelas suas inúmeras vantagens tanto para a saúde da criança quanto da mãe, é um modo inigualável de proporcionar alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento de bebés saudáveis e embora sejam

raras as situações relacionadas com a saúde da criança, da mãe ou de ambos em que os bebés não podem ou não devem ser amamentados (OMS, 1994) o que se verifica é que muitas mães suspendem a amamentação precocemente, naturalmente por não serem orientadas a prevenir ou a tratar possíveis problemas que poderão ocorrer nos primeiros dias ou devido à pressão negativa da sociedade nomeadamente familiares ou vizinhos (King, 1991).

As primeiras duas semanas de amamentação podem ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, e numerosas são as situações e as dúvidas, mencionadas pela OMS (1994), King (1991), pelo Royal College of Midwives (1994) e por Hannah Lothrop (2000), relacionadas quer com a mãe quer com a criança, que poderão estar na base do abandono precoce do aleitamento materno.

Neste contexto, parece oportuno ter presente algumas noções consideradas essenciais na promoção do aleitamento materno. Assim deve-se ter em atenção que:

- As modificações mais importantes da forma e no tamanho do mamilo ocorrem perto do parto e no puerpério imediato, pelo que não há justificação para se dizer a uma mãe, baseando-se numa inspecção pré-natal dos seus mamilos, que é possível que não possa amamentar o que naturalmente contribui para prejudicar a sua confiança e a profecia pode fatalmente cumprir-se.

- A forma do mamilo ou a falta de mamilo é menos importante que a protactibilidade do tecido envolvente, é este que determina a habilidade do bebé sugar eficazmente o peito.

- Embora seja muito comum, em caso de suspeita de insuficiência dos mamilos, a colocação de um mamilo de silicone ou látex, a sua utilização poderá aumentar as dificuldades em amamentar ou mesmo impedir a amamentação.

- Existe o falso conceito de se atribuir a sensibilidade do mamilo à coloração cutânea materna, no entanto a dor no mamilo nada tem a ver com a cor nem as características da pele da mãe não havendo nenhuma justificação para se apoiar a popular crença de que as mulheres de pele clara são mais propensas a ter problemas mamilares.

- Nenhuma preparação pré-natal previne ou reduz a dor no mamilo e o conselho dado às mães para extrair regularmente o colostro, com a desculpa de que pode melhorar posteriormente a lactação, para além de não ter nenhum efeito na saída de leite ou na sua produção, poderá expor a mulher a mastites pelo trauma da manipulação.

- A causa mais comum da dor nos mamilos, situação que pode levar ao desmame, é a má posição em que a criança mama. A criança não pega quantidade suficiente da mama na boca e suga apenas o mamilo, a amamentação é dolorosa pelo que a mãe amamenta menos frequentemente e por menos tempo, a criança ao sugar o mamilo não consegue grande quantidade de leite e este não sendo retirado da mama origina diminuição da produção láctea.

- As protecções mamilares não se devem usar para corrigir as gretas do mamilo, produzidas muitas das vezes por uma má técnica, nem substituir a boa formação da mãe para melhorar a técnica. O seu uso, nos primeiros dias, pode conduzir à recusa do peito pela criança o que pode

posteriormente ser difícil de ultrapassar. O uso prolongado afecta a produção de leite da mãe já que a acção da língua e do maxilar sobre o mamilo é menos eficaz através da borracha tendo já sido demonstrado que a utilização de protecções mamilares reduz significativamente a quantidade disponível de leite para o bebé.

- Já não se recomenda lavar o peito antes de cada mamada e deve-se explicar à mãe que uma higiene pessoal adequada é o suficiente. Tem-se demonstrado que tanto o sabão como a álcool aumentam a incidência da dor no mamilo. A limpeza frequente e principalmente com sabão remove a lubrificação natural do mamilo e da aréola, a pele pode ficar seca e pode apresentar fissuras com mais facilidade. O uso de cremes e pomadas utilizados na prevenção de lesões do mamilo são ineficazes e, por vezes, até aumentam a incidência de lesões. Por forma a facilitar a cicatrização das fissuras mamilares, embora nos seja referido pelo Royal College of Midwives (1994) que não existe comprovação científica do seu efeito benéfico, a mulher poderá após a mamada expor os mamilos ao ar ou ao sol e colocar uma gota do leite do fim no mamilo.

- A duração da mamada não tem nenhuma consequência sobre a inflamação do mamilo pelo que limitar o tempo de mamada tem um efeito prejudicial sobre a lactação em geral (King, 1991).

- A amamentação é um processo de aprendizagem. O RN tem de aprender a sugar e a mãe deve aprender a oferecer a mama, precisando ambos de tempo e tranquilidade e no dizer de Hannah Lothrop: "*Condições que facilitem desde o parto a lactação natural, descontraída, um posicionamento adequado do seu bebé ao seio são mais importantes para*

prevenir mamilos feridos do que qualquer outra preparação física." (2000. p.67)

- Algumas mulheres pensam que os seus mamilos são muito curtos para amamentar, no entanto, o comprimento do mamilo em "repouso" não é importante, a criança suga a mama e não o mamilo, só é necessário que o mamilo e a aréola fiquem proeminentes formando um "bico" dentro da boca da criança. Em oposição outras mulheres têm mamilos muito compridos o que faz com que a criança ao mamar apenas sugue o mamilo não conseguindo pressionar com a língua os seios lactóferos contra o palato, não estimula o reflexo de ocitocina e de prolactina e não consegue leite suficiente. Como o mamilo tem um papel pouco activo na saída de leite o êxito da mamada parece ter muito mais que ver com a posição que com a forma do mamilo.

- A engurgitação láctea é quase sempre iatrogénica. Aparece raras vezes em mulheres que dão de mamar sempre que o bebé quer de dia e de noite e pode prevenir-se assegurando-se uma posição correcta durante as mamadas o que favorecerá a extracção de todo o leite e a estimulação correcta do reflexo de ejecção. Poucas mulheres apresentam engurgitamento em hospitais onde há alojamento conjunto e o sistema precoce de livre procura. Esta ideia é reforçada pela afirmação de King que nos diz: *"O engurgitamento é mais comum após o parto hospitalar do que no domicílio, principalmente se utilizam outros alimentos para além do aleitamento materno ao RN e se mantêm horários rígidos para as mamadas."* (King, 1991. p. 44).

- Se a mulher lactante desenvolve engurgitação láctea há que

procurar a possível causa. Se a mulher está a procurar regular a frequência ou a duração das mamadas há que a desaconselhar. Por vezes, com critério errado, pretende que o bebé mame em todas as mamadas das duas mamas. Há que observar qual a técnica que usa para dar de mamar ajudando-a, se for preciso, a colocar correctamente o bebé à mama. Por vezes basta uma massagem para suavizar o peito antes de dar de mamar, mais fácil no banho ou através de um duche tépido. Se a engurgitação progride até produzir inflamação pode ser necessário extrair o leite por expressão, manualmente ou com bomba, até que a engurgitação tenha diminuído, aconselhar o uso de soutien firme, aplicação alternada de compressas quentes e frias sobre a mama, que podem ser confortáveis ainda que não haja evidência de que são eficazes, e massagem de toda a mama. Após alguns dias o engurgitamento costuma desaparecer, entretanto é necessário manter o apoio junto da lactante e estimular para que continue a amamentar, caso não haja essa preocupação pode ocorrer o desmame pois, a aréola está tensa e é difícil para a criança esticar a mama por forma a formar um bico, a criança suga em má posição e não consegue retirar leite eficientemente, a criança suga em má posição e pode ferir a pele do mamilo causando fissuras, a mãe amamenta menos porque tem dor, a produção de leite diminui porque a criança não suga tempo suficiente e o leite não é retirado, e em consequência as mamas podem ficar infectadas (mastites, abcessos mamários).

- Mastite não é sinónimo de infecção mamária. Se bem que a inflamação da mama possa ser consequência de um processo infeccioso este não ocorre em 50% dos casos e o recorrer automático à antibioterápia

ICBAS

pode ser incorrecto. A inflamação da mama ocorre com maior frequência nas primeiras semanas de lactação, sempre que se produza mais leite do que se remova e caracteriza-se por edema, dor, rubor e febre não necessariamente de origem infecciosa. Não se deve interromper a amamentação e segundo Hannah Lothrop (2000) pesquisas desenvolvidas pela La Leche League demonstraram que as infecções desaparecem em 3 dias com amamentação frequente, repouso, compressas quentes e antibióticos, enquanto que as mães que desmamam imediatamente podem continuar a sofrer durante muito mais tempo devido à infecção e às dores.

- Uma possível complicação de mastite é o abcesso mamário que ocorre com maior probabilidade quando se interrompe abruptamente a amamentação. Para a sua formação, que poderá ser superficial, próximo da aréola, ou mais interna, no tecido mamário, é necessário que os microorganismos rompam a barreira protectora da pele e se multipliquem. Uma vez formado pode ser necessário aspirá-lo ou drená-lo e a antibioterápia só tem sentido antes da sua formação. O local de incisão deverá ser bastante afastado do mamilo possibilitando a manutenção da lactação e a amamentação não deverá ser interrompida na parte que não está afectada. O bebé deverá voltar a mamar na parte afectada logo que seja possível, entretanto deve-se ordenhar suavemente a mama até que possa novamente ser oferecida ao bebé.

- Algumas mulheres notam quantidades pequenas de sangue no seu leite ou no vómito ou nas fezes da criança. É uma situação que ocorre raramente e não parece comportar nenhum perigo. A causa poderá ser difícil de estabelecer ou poder-se-á dever à maceração do mamilo e uma

vez que se tenha estabelecido a lactação, que se deve manter, pode-se solucionar espontaneamente.

- Mudanças na eficiência metabólica durante a gravidez respondem antecipadamente pelos gastos da lactação e uma mãe adequadamente nutrida acumula na gestação reservas que serão usadas para compensar as necessidades aumentadas nos primeiros meses da lactação. Devido às grandes diferenças individuais no estado nutricional, eficiência metabólica e gasto de energia não se pode exarar uma declaração universal quanto às necessidades nutricionais maternas e as estimativas das "necessidades médias" têm sido revistas e paulatinamente reduzidas nos últimos anos. Uma dieta mista e variada que satisfaça as necessidades normais do período não gestante e não lactante cobrirá as necessidades extraordinárias da lactação. De acordo com a OMS (1994) embora a quantidade de leite possa diminuir se não houver suficiente "matéria prima" disponível para a glândula mamária a sua composição não se altera significativamente. Os estudos existentes sugerem que a dieta materna e o estado nutricional têm pouca influência sobre o conteúdo de macro-nutrientes (carbohidratos, proteínas e lípidos) e por conseguinte sobre a concentração de energia do leite materno. No entanto, no que se refere aos micro-nutrientes (vitaminas e minerais), a sua presença no leite está directamente influenciada pelo estado nutricional da mãe.

- Regra geral formas subclínicas ou moderadas de desnutrição não constituem contra-indicação para amamentar e para Roger Short (s.d. para. 52) antes que a produção de leite seja prejudicialmente afectada, começando por uma diminuição progressiva da secreção até secar

completamente, a situação de nutrição materna tem de estar severamente deteriorada, por exemplo sob condições de fome. Prentice et al (1994) e Pérez-Escamilla et al (1995) concluiram, nos estudos que realizaram, que mesmo mães de baixo índice de massa corporal podem produzir grande volume de leite e que o índice de massa corporal materno não é preditivo da densidade calórica do leite.

- Embora se ressalte na literatura a necessidade de ingestão aumentada de líquidos, não há comprovação de que aumentar ou restringir a sua ingesta afecte o sucesso da lactação.

- Deve-se assegurar à mãe que as fezes soltas do RN pelo 3º/5º dia são uma resposta normal à afluência de leite que ocorre nessa altura e não está relacionada com indiscrições dietéticas maternas. Não há razão alguma para que se aconselhe a lactante a evitar qualquer alimento da sua dieta só porque está a amamentar e qualquer alimento pode ser consumido com moderação. Mesmo condimentos fortes não afectam o leite ou prejudicam a criança. No entanto, nas mulheres com história familiar de alergia, seria benéfico introduzir certa modificação na dieta durante a gravidez e lactação dado existir certos alimentos que podem ter um efeito alergénico nos bebés quando consumidos pela mãe. Se existe razão para se pensar que um alimento que a mãe tenha ingerido foi responsável por uma reacção adversa no bebé a mãe deverá evitá-lo durante duas semanas antes de voltar a comê-lo. Se após a sua introdução o estado do bebé piorar a mãe deverá evitar completamente esse alimento.

- Embora quase todas as drogas sejam excretadas no leite humano a sua concentração, que depende das suas características e

farmacocinése específicas, e possíveis efeitos sobre o bebé variam consideravelmente. Geralmente a concentração no leite é semelhante à do plasma materno sendo a quantidade de droga ingerida função do consumo de leite. Embora poucas drogas sejam prejudiciais e poucas causem efeitos colaterais algumas crianças poderão ter idiossincrasia a quantidades mínimas ou apresentar hipersensibilidade específica a medicamentos não particularmente tóxicos para crianças maiores e adultos. Assim, apesar de se poder prescrever às lactantes a medicação mais comum, com segurança de não causar risco significativo ao bebé, deve-se tomar precaução máxima e evitá-la sempre que possível. Quando indicada deve-se escolher drogas com menos repercussões negativas sobre o bebé e aconselhar a mulher a tomar a medicação durante ou logo após a mamada para evitar que o bebé mame no pico de concentração da droga no sangue e no leite.

- Se houver indicação absoluta de terapêutica sabidamente nociva ao bebé deve-se interromper temporariamente a amamentação mantendo-se a lactação. Em muito poucas situações a amamentação é contra-indicada, no entanto, se a mãe toma medicação anti-cancerígena pode ser necessário, assim como, se é tratada com drogas radio-activas, parar a amamentação temporariamente, pelo que Hannah Lothrop (2000) refere serem medicamentos proscritos de forma absoluta, na gravidez e puerpério os citostáticos, imunosupressores, medicamentos que inibem o crescimento das células e os isótopos radioactivos (Ex: I-131).

- Se a mãe toma drogas psiquiátricas ou anti-convulsivantes podem fazer com que o bebé amamentado fique sonolento ou menos reactivo, o

que ocorre mais provavelmente com barbitúricos e diazepan e se o bebé tem menos de um mês de idade. Por vezes é possível mudar para uma outra droga que seja menos nefasta para o bebé, contudo, pode ser perigoso mudar rapidamente o tratamento de uma mãe especialmente em situações como epilepsia, por isso, se não há alternativa, deve continuar a amamentar e observar o bebé. Caso os efeitos colaterais ocorram pode ser necessário parar a amamentação. Alice Carvalho et al (1992) referem que o uso de antiepilépticos (fenitoína, carbamazepina, valproato de sódio) não contraindica o aleitamento materno, no entanto, caso a mãe esteja sujeita a ocorrência de crises deverá amamentar a criança num local seguro e isento de riscos para ambos, ou se surgir letargia ou sonolência no RN, mais comuns com o diazepam ou fenobarbital, o aleitamento deverá ser suspenso.

- Alguns antibióticos devem ser evitados, nomeadamente o cloranfenicol, a tetraciclina e o metronidazol. Porém se um destes antibióticos constitui medicação de escolha para tratar a mãe deve continuar a amamentar e observar o bebé. É de evitar a administração de sulfunamidas à mãe especialmente se o bebé se encontra ictérico e drogas que reduzem o volume de leite materno, se possível, devem ser evitadas, tais como diuréticos tiazidicos bem como contraceptivos que contêm estrógenio. A maioria dos outros medicamentos comumente utilizados são seguros na dosagem habitual e mesmo a heparina e warfarina pode ser administrada durante a amamentação.

- Segundo a OMS (1994) o Comité de Medicamentos da Associação Americana de Pediatria realizou extensa revisão da literatura e publicou

uma lista que inclui drogas contra-indicadas na amamentação, como amethopterina, ergotamina, sais de ouro e tiouracil, conhecidos por causar efeitos secundários ao bebé, drogas que requerem interrupção temporária da amamentação, como qualquer preparado que provoque por período determinado radioactividade do leite, e medicamentos compatíveis com a amamentação, onde estão incluídas a maioria das drogas habitualmente utilizadas. A decisão de usar drogas novas é mais difícil se as informações sobre os seus efeitos forem escassas ou nulas e a conduta mais segura é interromper a amamentação.

- Mães que usem drogas que causem dependências como o crack, cocaína, heroína e anfetaminas não devem amamentar os seus filhos.

- Mulheres que tenham sido sujeitas a mastectomia unilateral, desde que o outro peito seja funcionalmente normal, com implantes de silicone ou que tenham sofrido uma redução por mamoplastia, em que o sistema nervoso do mamilo e de vasos condutores necessários para a lactação permaneceram intactos podem amamentar com êxito. No caso do mamilo ter sido mudado de posição é muito difícil que a lactação seja possível.

- Embora o cancro da mama tratado com cirurgia possa constituir motivo impeditivo da gravidez se, anteriormente, a mulher teve cancro da mama e uma delas foi amputada não existe justificação para não amamentar. Caso a mulher engravide e se desenvolva concomitantemente cancro da mama a amamentação pode ser permitida dependendo da saúde geral da mãe e da adequação da sua função mamária.

- A doença da mãe é uma razão comum para o abandono do aleitamento materno por um tempo curto ou longo, no entanto, raramente é

preciso parar de amamentar. Mesmo em situações de mães portadoras de uma doença infecciosa o contágio é mais fácil que ocorra através das suas mãos e da saliva do que pelo leite materno dado conter anticorpos que são a melhor protecção para a criança. Embora a mulher asmática conheça o valor do leite materno nas situações de atopia familiar mas receie eventuais efeitos das drogas no seu bebé nenhuma das drogas anti-asmáticas (incluindo os corticoides administrados em baixas doses), contraindicam o aleitamento materno.

- Embora as mulheres diabéticas manifestem mais tendência para feridas nos mamilos e mastites, o que deverá ser prevenido, e a subida de leite se dê geralmente um pouco mais tarde (5 a 6 dias após o nascimento) a diabetes não é contraindicação para a amamentação. A mulher pode amamentar sem problemas, havendo até indícios de que a diabetes melhora com a amamentação. Se a mãe diabética é insulino-dependente o seu regime dever-se-á ajustar como parte do seu tratamento rotineiro e poderá ficar tranquila pois a insulina, devido ao seu elevado peso molecular, não aparece no leite.

- O vírus HIV tem sido cultivado no leite de mães infectadas e há vários relatos de bebés que adquiriram, após o parto, HIV de lactantes infectadas por transfusão de sangue, situação que ocorre porque logo após a primo-infecção as concentrações de vírus no sangue podem ser muito altas sem que hajam ainda anticorpos, no entanto, em mulheres já infectadas o risco adicional de transmissão de HIV através da amamentação é considerado muito baixo, se é que existe (OMS, 1994).

A Dra. Gro Harlem Brundtland, directora geral da OMS, na sua

declaração em 1998, refere ser verdade que está provado que pode acontecer a transmissão de HIV da mãe para a criança através da amamentação, pelo que as mães necessitam de orientação correcta e prudente, no entanto é da maior importância evitar que as mulheres tenham medo de amamentar. No seu dizer nada pode alterar o facto básico de que a amamentação continua a ser a melhor prevenção contra a má nutrição e doenças infecciosas.

Hannah Lothrop (2000) é também de opinião que o risco de contaminação através do leite materno parece relativamente elevado em casos de mulheres que só contraíram a doença durante o período de amamentação e muito inferior em mães que já estavam infectadas quando o bebé nasceu, no entanto, segundo o dizer da autora, apesar da maioria dos filhos de mães infectadas por HIV não ficarem infectados, tendo presente os conhecimentos que se dispõe actualmente, desaconselha-se a amamentação.

William Cutting (s.d.), do Department of Child Life and Health da Universidade de Edinburgue, respondendo a questões relativas à amamentação e HIV refere que o risco médio de uma criança amamentada por uma mãe HIV positiva contrair HIV, a nível mundial, é de 1 em 7 (14%), contudo a maior transmissão ocorre durante ou no final do parto. Para o autor o risco de morte por malnutrição ou infecção é maior que o risco de contracção da infecção através da amamentação pelo que considera ser ainda o modo mais seguro e o melhor para alimentar a maioria dos bebés incluindo bebés de mães HIV não conhecidas mesmo em áreas de elevada prevalência. Acrescenta que limitar a duração da amamentação só aos

primeiros 6 meses poderá reduzir o risco de transmissão e é ainda de opinião que, embora ainda não confirmado, a alimentação materna constitui factor importante na prevenção da transmissão, parecendo ser mais fácil a infecção ocorrer de mães HIV positivas mal nutridas ou com deficiência de vitamina A.

Opinião idêntica tem Kreiss (1997) quando relata que 1/3 a ½ da transmissão de HIV1, a nível mundial, é devida à amamentação mas que a exacta frequência da transmissão é desconhecida estimando-se todavia ser de 14% em mães diagnosticadas, cuja infecção está estabilizada, e de 29% das mães em situação de infecção aguda. Segundo o autor também o momento em que ocorre a transmissão durante a lactação é desconhecido, no entanto, alguns estudos têm encontrado associação entre a duração da amamentação e o risco de infecção para a criança, nomeadamente um dos estudos concluiu que a amamentação prolongada por 15 meses ou mais estava associada ao dobro do risco de transmissão. O autor acrescenta que o virus tipo 1 pode ser detectado em 50% das amostras de leite materno e está correlacionado com a depleção de CD4 e deficiência de vitamina A.

Tozzi, Pezzotti, e Greco (1993) por considerarem ser pouco o conhecimento disponível sobre o efeito da amamentação no desenvolvimento da Sida desenvolveram, em Itália, um estudo retrospectivo com 117 crianças filhas de mães portadoras de HIV. Os autores apuraram que foi maior a sobrevida nas crianças amamentadas e que o tempo médio entre o nascimento e o início da doença foi de 9,7 meses em bebés artificialmente alimentados, e de 19 meses nos

amamentados.

A observação que a transmissão de HIV mãe/criança pode ocorrer através da amamentação tem resultado em políticas que recomendam o evitamento da amamentação em mulheres HIV-1 infectadas, quer no mundo desenvolvido quer, debaixo de definidas circunstâncias, nos países em desenvolvimento, pelo que Coutsoudis, Pillay, Spooner, Kuhn e Coovadia (1998) por forma a avaliar se a amamentação constitui determinante crítica na transmissão precoce de HIV-1 desenvolveram, em Durban, um estudo prospectivo junto de 549 mães infectadas. Os autores compararam a relação entre a transmissão em crianças exclusivamente amamentadas, com aleitamento misto e que nunca foram amamentadas. Verificaram que aos 3 meses 18,8% de 156 crianças nunca amamentadas previa-se serem HIV-1 infectadas comparadas com 21,3% de 393 crianças amamentadas. A proporção de crianças infectadas aos 3 meses foi significativamente mais baixa nas crianças que foram exclusivamente amamentadas até aos 3 meses do que nas que receberam aleitamento misto antes dos 3 meses (14,6% versus 24,1%). Após o ajuste de algumas variáveis confusionais as crianças exclusivamente amamentadas tinham um significativo menor risco de transmissão do que as aleitadas de forma mista e um risco similar às nunca amamentadas. Em conclusão os autores afirmam que, perante a confirmação destes resultados, a amamentação exclusiva pode oferecer às mulheres infectadas com HIV-1 e que pertencem a países em desenvolvimento uma forma culturalmente aceite e um meio efectivo de reduzir a transmissão de HIV-1 mãe\criança enquanto se mantêm os esmagadores benefícios da amamentação.

Em 2001 os mesmos autores referem que num estudo prospectivo que desenvolveram em dois hospitais também de Durban, junto de 551 grávidas infectadas com HIV, com o objectivo de determinar o risco de transmissão através da alimentação, em que as mães optaram por alimentar os meninos com leite sintético, exclusivamente leite materno durante 3-6 meses ou alimentação mista, os resultados mostraram que o risco de transmissão da doença não diferiu em nenhum dos grupos e que a probabilidade de se detectar a presença de HIV ao nascimento foi similar.

Os autores verificaram ainda que até aos 6 meses a probabilidade de contrair a infecção manteve-se similar entre os nunca amamentados e os exclusivamente amamentados e que aos 15 meses a probabilidade de desenvolver a doença manteve-se baixa nas crianças amamentadas durante 3 ou mais meses comparativamente aos amamentados por menos tempo. Concluem, por isso, que pelo menos até aos 6 meses de vida os meninos amamentados por 3 meses ou mais não apresentam maior risco de infecção com HIV do que os não amamentados.

- A infecção do RN com vírus herpes humano alfa (1 ou 2), resultando em doença grave, ocorre na passagem pelo canal de parto da mãe com lesões activas de herpes genital. Se as lesões são detectadas a tempo, isto é, no início do trabalho de parto, é indicada a cesariana. Nestas circunstâncias o leite não é infectivo não havendo razão para não amamentar. Caso a lesão herpética da mãe se localize no peito deve-se, nos cinco primeiros dias, considerar como um processo infeccioso. Durante este tempo o bebé poderá correr o risco de ser infectado se for alimentado directamente desta mama, por isso o leite deve ser retirado, para que a

lactação se mantenha, e administrado ao bebé após umas horas, o que poderá significar deixar baixar os níveis de virulência, utilizando-se uma chávena. Atendendo a que a mãe está infectada antes do desenvolvimento da infecção o seu leite conterá anticorpos os quais permanecerão no leite depois da extracção, constituindo uma medida de protecção para o bebé.

Se a lesão não for no peito e o bebé não contactar directamente com ela a amamentação pode continuar devendo-se aconselhar a mãe a tomar precauções e a lavar as suas mãos antes de alimentar o bebé e a ter cuidados redobrados de higiene no manuseamento da criança por forma a impedir que a infecção se propague através das mãos, boca e roupa da mãe.

- As mães que apresentam manifestações de varicela até cinco dias antes do parto formam e passam anticorpos à criança que deverá desenvolver uma forma leve de varicela. A separação mãe/filho é contraindicada e a mãe deve amamentar a criança.

Se as manifestações da varicela se evidenciam entre os cinco dias antes do parto e os dois dias do período pós-natal a criança poderá desenvolver uma forma grave de varicela estando indicado o isolamento do RN e da mãe desde a fase contagiante até à fase de crosta. Durante este período a mãe deve retirar o leite para posteriormente ser administrado ao RN.

Mães que contraem varicela após o terceiro dia do parto devem amamentar a criança, que poderá desenvolver uma forma leve da doença, não estando indicado nem o isolamento nem a profilaxia medicamentosa.

- Uma das infecções bacterianas frequente no puerpério são as

infecções urinárias todavia o seu tratamento não oferece problemas ao bebé. A amamentação deve ser mantida. Ravaleta et al (1995) num estudo de 74 lactantes, de baixo rendimento, realizado em Lima, no Perú, verificaram que o volume de leite, total de proteínas e níveis de lactoferrina, ferro, zinco e cobre não diferiram entre mães saudáveis e mães que apresentavam infecções do trato respiratório ou urinário, diarreia ou febre de causa desconhecida.

- A tuberculose activa deve ser diagnosticada e tratada na gestação eliminando o perigo de infectar o bebé após o nascimento. Todos os contactos devem ser investigados e se necessário tratados. Quando, somente após o parto, se detecta uma mãe com infecção bacterioscopicamente positiva o risco da criança desenvolver infecção não se deve à amamentação mas sim ao contacto íntimo. A mãe deve ser tratada de preferência com esquema curto (pelo menos três drogas nos dois primeiros meses de tratamento), tornando-se não infectante logo depois, e o bebé deverá receber dose profiláctica de isoniazida durante 6 a 12 meses e vacinado com BCG. Nesta situação, manter a amamentação é ainda mais importante, pois a tuberculose materna diagnosticada após o parto ocorre mais frequentemente entre mulheres de grupos socio-económicos desprestigiados que vivem em ambientes pobres. Nestas circunstâncias não amamentar o bebé representa risco adicional desnecessário e do ponto de vista essencialmente prático pode ser impossível separar mãe e bebé. O bacilo de Koch não é excretado pelo leite materno pelo que se deve manter a amamentação.

- A parotidite pode causar mastite muito dolorosa para a qual não há

remédio a não ser o tempo e continuar a amamentar. Por ocasião do diagnóstico o bebé já terá tido todas as oportunidades de se infectar ou de se imunizar não havendo razão para o isolar da mãe ou cessar a amamentação. Pelo contrário, as propriedades antiinfecciosas específicas do leite materno protegem o bebé, embora infectado, pelo que na maior parte das vezes não desenvolverá a doença.

- A infecção intra-uterina por citomegalovirus é causa frequente de anomalia congénita, todavia, após o nascimento, não é perigosa para o bebé. A OMS (1994) refere que um estudo Americano realizado junto de mães saudáveis, detectou que 14% das mulheres apresentavam, a nível da secreção vaginal, citomegalovirus e, embora, os seus bebés se infectassem durante o parto não desenvolviam qualquer patologia. O citomegalovirus é igualmente excretado pelo leite materno e pela saliva, infectando inevitavelmente o bebé mas sem consequências adversas, pelo que a descoberta de citomegalovirus em lactantes não constitui razão para parar de amamentar.

- A hepatite A não é uma doença transmitida pelo leite materno e, como tal, não impede a amamentação. No caso da doença ser diagnosticada à mãe durante a amamentação deve manter-se e aconselha-se a administração de imunoglobulina ao bebé.

- A possibilidade da mãe activamente infectada ou portadora do vírus da hepatite B transmitir a doença ao RN através da amamentação não pode ser excluída, mas, o bebé já foi exposto ao maior risco de infecção através do sangue materno, fluido amniótico e secreções vaginais aquando do nascimento. Embora o vírus da hepatite B seja excretado

através do leite materno os dados disponíveis até ao momento não contraindicam a amamentação.

- Embora a contaminação da criança com o vírus da Hepatite C (VHC) pareça ocorrer in útero ou no pós parto e possa ser favorecida pela amamentação, o papel do aleitamento materno na transmissão do VHC tem sido largamente discutido e continua controverso, ainda não sendo suficientemente bem conhecido (Jorge Areias, 1998). Para o autor mesmo que o vírus não se encontre presente no colostro ou no leite a transmissão à criança é possível que ocorra a partir de uma laceração do seio, pelo que considera ser razoável desaconselhar-se o aleitamento materno por forma a não multiplicar os riscos.

Opinião semelhante têm Moyer, Mast e Alter (1999) quando referem que os dados disponíveis sobre a amamentação indicam que o VHC não é transmitido por esta via e como tal as mulheres VHC-positivas não necessitam de evitar a gravidez ou a amamentação. No entanto consideram prudente que as mães VHC-positivas se abstenham de dar de mamar se os mamilos apresentarem fissuras ou sangrarem. Acrescentam que nos estudos de Mast et al que avaliaram crianças nascidas de mulheres infectadas pelo VHC a taxa média de infecção foi de 4%, tanto nas crianças amamentadas como nas alimentadas artificialmente. Em 1997 Polywka, Feucht, Zollner e Laufs concluíram no estudo que realizaram com 34 mães infectadas que em nenhuma das amostras de leite foi detectado HCV RNA, pelo que afirmam que a hepatite C não é contra-indicação para a amamentação.

- Uma das razões mais comumente alegada pelas mães para não

amamentar é o retorno ao trabalho.

Em Portugal, numa tentativa de permitir à mulher trabalhadora a manutenção da amamentação, a Lei nº4/84 prevê no seu artigo 12º, pontos 2 e 3, que as mães que comprovadamente, amamentem os filhos têm direito a serem dispensadas, sem perda de remuneração e de quaisquer regalias, em cada dia de trabalho por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora para amamentação enquanto durar e até o filho perfazer 1 ano.

Posteriormente a Lei nº17/95 no artigo 17º refere que a mulher que amamenta está dispensada de prestar trabalho nocturno durante todo o tempo que durar a amamentação.

As mães que amamentam com êxito até ao final da licença de parto, e que desejem continuar a amamentar, não necessitam de interromper a amamentação e devem ser esclarecidas quanto à técnica de expressão (manual, com bomba ou máquina) e conservação do leite, por forma a que a criança possa continuar a ser alimentada com leite materno nos períodos da sua ausência tendo presente que todos os utensílios usados na recolha do leite devem ser bem lavados e escaldados, ou mesmo serem descartáveis, e que antes da recolha as mamas devem ser massajadas de forma circular.

A mãe poderá optar por retirar o leite através de expressão manual ou por bomba. É importante não tentar retirar o leite em intervalos muito curtos, não esfregar os dedos sobre a pele e não espremer o mamilo.

Imediatamente após a extracção do leite deve-se fechar o recipiente e colocá-lo sob água com gelo durante um a dois minutos, ficando então

em condições para ser refrigerado ou congelado mas nunca colocado na porta do congelador (Projecto Via Láctea, s.d. para 13). Pela congelação só um factor imunológico do leite materno é destruido, os leucócitos, e são reduzidos os níveis das vitaminas B6 e C (Lawrence, 1999).

Cindy Scott (1998) é de opinião que o colostro pode permanecer a uma temperatura de 27-32º durante 12 a 24 horas e no seu artigo sobre conservação do leite materno, para bebés de termo e saudáveis, pode ler-se que o leite tem a espantosa capacidade de resistir ao crescimento bacteriano podendo permanecer à temperatura ambiente durante 10 horas e que no caso da sua utilização após a expressão se verificar dentro de oito dias necessita apenas de ser refrigerado. Neste mesmo artigo apresenta-nos para o leite maduro, tal como se pode observar no quadro 5, os seguintes tempos de conservação:

Quadro 5 – Tempo de conservação do leite materno de acordo com o método

MÉTODO	TEMPO DE CONSERVAÇÃO
Temperatura 15º	24 horas
Temperatura 19-22º	10 horas
Temperatura 25º	4-8 horas
Refrigerador 0-4º	8 dias
Congelador com uma porta	2 semanas
Congelador com duas portas	3-4 meses
Congelador profundo (-20º)	6 meses ou mais

FONTE: Adaptado de Cindy Scott, 1998.

Segundo o boletim informativo nº 89 da La Leche League (s.d.) deve-se preferir para o armazenamento do leite materno recipientes de plástico pois alguns componentes imunológicos do leite materno, nomeadamente os macrófagos, podem aderir ao vidro. Opinião contrária tem Lawrence (1999) quando refere que os contentores de vidro são os

menos destrutivos para conter o leite materno pois que embora inicialmente as células adiram às paredes do vidro regressam ao leite nas 24 horas de conservação.

Para o descongelamento do leite aconselha-se a que se faça lentamente no refrigerador, durante a noite anterior, atendendo a que o calor excessivo destrói as enzimas e proteínas, posteriormente agitar o recipiente em água quente, nunca usar microondas para o seu aquecimento, devido ao efeito prejudicial que o aquecimento acima dos 58º tem sobre alguns nutrientes e factores imunológicos do leite, e depois de descongelado utilizado nas 24 horas que se seguem (La Leche League, s.d.; Cindy Scott, 1998). A fervura do leite materno deve ser evitada pois ocorre destruição da lipase e das gorduras e redução dos efeitos da imunoglobulina A, o que diminui o valor imunológico do leite materno.

Após o seu aquecimento, não deve permanecer à temperatura ambiente por mais de 1 hora, e deve-se ofereçê-lo à criança com uma colher de chá ou café ou por um copo. Se houver sobras, estas devem ser desprezadas, não se devendo rearmazenar o leite descongelado.

- Embora existam muitos tabus e crenças culturais contra amamentar se a mulher engravida novamente, a amamentação durante a gravidez é uma prática bastante comum em várias sociedades e do ponto de vista médico não envolve riscos adicionais para a saúde da mãe e da criança.

- Algumas mulheres acreditam que é perigoso amamentar durante o período menstrual, no entanto, é completamente seguro continuar a fazê-lo durante a menstruação.

- *"As mulheres que amamentam após o parto têm mais disposição para o amor do que as que não amamentam"* (Hannah Lothrop, 2000. p. 317), no entanto, o que se verifica é que existe pouca informação e muitos receios quanto à prática sexual e aleitamento materno fazendo com que as mães parem, prematura e desnecessariamente, de amamentar a fim de retomarem a sua actividade sexual. As mulheres devem ser esclarecidas que um dos únicos problemas que poderá surgir é a falta de lubrificação vaginal devido às alterações hormonais e à diminuição da secreção vaginal.

- Uma função importante da amamentação é a inibição da fertilidade, atrasando o regresso da menstruação, da ovulação, devido à ausência de resposta ovárica à estimulação gonadotrófica hipofisária provocada pelo efeito inibidor que os níveis elevados de prolactina exercem sobre o desenvolvimento folicular, e da concepção depois do nascimento (Associação para o Planeamento da Família, 1988).

- Embora a lactação faça parte do ciclo reprodutivo e antes do uso de modernas formas de contracepção tenha sido o factor principal para garantir intervalos adequados entre os nascimentos, o atraso do regresso da fertilidade, verificado no pós-parto em mães que amamentam, varia muito de uma comunidade para a outra dependendo dos modelos de amamentação que podem ser afectados por diversos factores, nomeadamente certas práticas culturais locais.

- O efeito máximo de espaçamento intergestacional é alcançado quando o bebé é exclusiva ou quase exclusivamente amamentado e a mãe permanece amenorreica. Se ambas as condições estão presentes a

amamentação proporciona mais de 98% de protecção nos primeiros 6 meses de puerpério referindo-nos King (1991) que "*Antes dos seis meses de vida da criança menos de 2% das mulheres que amamentam plenamente engravidam antes de menstruar. Após os seis meses 10-15% das mulheres podem engravidar antes do retorno da menstruação.*" (p. 104). Depois dos seis meses a criança precisa de outros alimentos para além do leite materno, a criança suga menos, a mãe pode voltar a ovular, menstruar, e o risco de engravidar aumenta, embora permaneça baixo enquanto a amamentação se mantiver.

- É importante ensinar todas as mães que, para maximizarem o efeito contraceptivo da amamentação, devem dar de mamar ao bebé sempre que este quer, dormir com ele e amamentá-lo à noite por forma a estimular a secreção de prolactina e de outras hormonas.

- Quando se aconselham mães que amamentam sobre métodos de contracepção durante a lactação é necessário considerar os efeitos que o método pode ter na produção de leite e sobre o bebé. Embora a maior parte dos métodos possam ser usados durante a lactação é adequado tomar-se particular atenção aos métodos hormonais, atendendo a que é consensual que as pílulas de estrogéneo-progestagéneo reduzem significativamente o volume de leite produzido, e como tal não são indicadas durante a lactação, sendo preferível a utilização das pílulas só de progestagéneo, que parecem oferecer contracepção eficaz para a mãe que amamenta e que têm a vantagem de ter poucos ou nenhuns efeitos nocivos na qualidade e produção de leite, tendo até alguns estudos relatado um aumento de volume, durante o seu uso.

Os métodos de barreira, que têm a vantagem óbvia de não terem efeitos na produção de leite, quando usados correctamente e os casais se encontram preparados para os utilizar, são métodos de contracepção seguros e eficientes. Durante a lactação a fertilidade está suprimida e as taxas de falha serão ainda mais baixas.

Os óvulos vaginais, espumas em aerossol, comprimidos vaginais, gelatinas espermicidas e geleias podem ser úteis para a mulher que amamenta e não tem a certeza de quando regressará a ovulação.

Os dispositivos intra-uterinos podem ser usados em mães que amamentam e não têm sido demonstrados efeitos adversos na lactação. A sua alta eficácia e ausência de efeitos secundários sistémicos ou metabólicos torna o seu uso adequado se forem cuidadosamente inseridos imediatamente após o parto ou após a sexta-oitava semana depois do parto. Entre essas datas não se aconselha a sua colocação uma vez que podem ser expelidos ou perfurar o útero.

A abstinência periódica, o método do calendário, o método da ovulação ou o da temperatura basal podem ser difíceis de adoptar durante a lactação, especialmente antes do retorno da menstruação (durante a amenorreia da lactação).

A esterilização feminina poderá ser feita imediatamente após o parto não havendo qualquer interferência na produção de leite. Se adiada deve preferencialmente ser feita após as seis primeiras semanas do parto, quando o útero já tiver involuído, a amamentação bem estabelecida e os riscos de trombose puerperal diminuídos. Antes desta altura poderá ocorrer diminuição acentuada no volume de leite.

- De acordo com Hannah Lothrop (2000) até hoje não se conhecem casos de substâncias tóxicas no leite materno que tenham prejudicado a saúde da criança e os índices de toxinas das amostras examinadas de leite materno têm vindo desde há alguns anos a descrescer, constituindo excepção as dioxinas e os derivados do furano que actualmente ainda existem mais no leite humano do que no leite de vaca, todavia a autora citando a Secretaria da Saúde da Alemanha refere que em concordância com a OMS esta Secretaria afirma que não há perigos para a saúde da criança, pelo que não existem motivos para limitar a amamentação.

- Dadas as consequências adversas, bem conhecidas para a saúde da mãe e do bebé, as mães fumadoras devem ser encorajadas a amamentar e eliminar ou pelo menos reduzir o fumo durante a gestação e lactação que se associa frequentemente a uma maior contaminação química do leite, nomeadamente de chumbo e cádmio, redução da duração da amamentação e maior sofrimento do bebé (cólicas). Paralelamente a mãe fumadora deve ser informada que o tabaco inibe a lactação, que no seu leite aparecem metabólitos de nicotina e que provavelmente o seu bebé irá ter mais infecções das vias aéreas. Estudos realizados por Nafstad et al (1997), Horta, Victora, Menezes e Barros (1997) e Edwards, Sims Jones e Breithaupt (1998) mostraram que mães fumadoras amamentam os seus filhos durante menos tempo.

- Tradicionalmente, o álcool era recomendado às mães que amamentavam, com o objectivo de facilitar a amamentação no entanto é bem conhecido o seu efeito prejudicial no bebé. O álcool passa livremente para o leite materno pelo que se aconselha a abstenção total durante a

lactação.

Embora não seja aconselhada a ingestão de bebidas alcoólicas durante a lactação caso se queira num momento festivo ingerir alguma quantidade de álcool recomenda-se fazê-lo imediatamente depois da mãe ter amamentado tendo sempre presente que os seus efeitos na amamentação serão dependentes da quantidade consumida.

- Quanto à ingestão de café sabe-se que o fígado imaturo da criança metaboliza a cafeína mais lentamente do que o adulto, sendo o período médio para o adulto cerca de 5 horas e na criança, até aos 3 meses de vida, de 3 a 3 dias e meio, e que fumar aumenta o efeito da cafeína. De acordo com Lawrence e Lawrence (1998) quando a mãe toma uma quantidade equivalente a um copo de café o nível de cafeína no sangue da criança é baixo, cerca de 1% do nível da mãe. Consideram ser permitido a toma de um café após o almoço e aconselham a que constitua motivo de passeio para o bebé mas, recomendam que caso se verifique que o bebé se encontra mais desperto que habitualmente ou inquieto a mãe deve evitá-la por um período de 2 a 3 semanas.

- Uma das razões mais comumente alegada pelas mães para iniciarem precocemente os suplementos na alimentação dos seus filhos é a dúvida quanto à suficiência de leite, no entanto, geralmente, as mulheres têm bastante leite todavia falta-lhes confiança de que o seu leite é suficiente.

De acordo com a OMS (1994) a insuficiência lactacional parece ocorrer quase exclusivamente em países industrializados e grupos socio-económicos mais elevados das áreas urbanas de países em

desenvolvimento. A maioria das mulheres em questão são saudáveis e bem nutridas, com bebés saudáveis e fortes, não existindo razão fisiológica aparente para que não sejam capazes de lactar. Em contraste, nas sociedades tradicionais mesmo mulheres mal nutridas e muitas vezes doentes, morando em condições insalubres, com trabalho físico extenuante, que dão à luz número maior de bebés de baixo peso, geralmente não sofrem de insuficiência lactacional.

Nos países industrializados a incapacidade de lactar está fortemente associada a mulheres com pouca ou nenhuma informação e experiência sobre amamentação e seu mecanismo, insegurança sobre a sua capacidade em amamentar, e sem familiares, amigos ou outro tipo de apoio social para as ajudar a vencer os obstáculos que se apresentam no início da amamentação. Concomitantemente estão frequentemente expostas a uma série de influências sociais, económicas e culturais contrárias à amamentação e, coincidente ou não, a maioria tem os seus filhos em hospitais onde atitudes e práticas que levam à supressão da lactação são comuns, nomeadamente a introdução de suplementos alimentares que contribuem directamente para a diminuição da secrecção láctea.

Por outro lado, nas sociedades em que a amamentação é vista como função fisiológica natural, maneira única de alimentar um bebé, e onde esta actividade é valorizada e fortemente encorajada e apoiada pela sociedade em geral e famílias em particular, e em que as mulheres estão mais expostas a sistemas de saúde que incentivam a lactação, a insuficiência lactacional é virtualmente desconhecida.

O volume do leite materno, que não se correlaciona com o conteúdo de energia, varia com a procura do bebé, frequência da amamentação, fase da lactação e capacidade glandular.

- Para se determinar se a quantidade de leite que a criança recebe é suficiente podemo-nos servir do Teste da fralda seca, que consiste em perguntar à mãe com que frequência a criança urina, devendo urinar, urina incolor ou amarelo claro, 6 ou mais vezes ao dia, o que é sinal de que está a receber leite em quantidade suficiente.

- Uma prática frequentemente realizada, no sentido de se averiguar se a quantidade de leite ingerida é suficiente, é a dupla pesagem, que consiste no cálculo da quantidade de leite materno ingerido durante uma mamada pesando o bebé antes e depois da mamada e registando o primeiro e segundo pesos. Em circunstâncias normais este método não é necessário nem efectivo para medir a suficiência da lactação e pode minorar a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar.

- Por vezes também serve de mediador da quantidade de leite ingerido o tipo de fezes evacuadas pelo bebé. Sabe-se, no entanto, que o tempo que demora o mecónio a converter-se em fezes amarelas do neonato amamentado, que pode dar alguma indicação do bem estar do bebé em relação à ingestão de leite, varia segundo a idade de gestação e os métodos e padrões de lactação. O número de evacuações de uma criança em aleitamento materno é muito variável, especialmente durante as primeiras semanas. Pode deixar de evacuar durante alguns dias, o que não significa que sofra de obstipação mas sim constitui sinal que o leite materno é um alimento perfeito, quase que totalmente absorvido pelo

organismo sobrando pouco resíduo. Por outro lado crianças em aleitamento materno podem também ter até oito evacuações, frequentes e amolecidas, por dia o que não significa ser diarreia.

- Com alguma frequência é referida como causa do abandono da amamentação o choro do bebé, contudo, chorar é o seu único meio para pedir ajuda. Quando a criança chora porque o leite não é suficiente normalmente manifesta-se da seguinte forma: A criança pode estar bem e dormir imediatamente após a mamada, mas, de seguida acorda e chora aproximadamente durante uma hora. *"O choro logo após a mamada não é devido à fome."* (King, 1991.p.78)

Por vezes a criança também chora porque a mãe interrompe a mamada de um lado para que a criança sugue a outra mama. Nesse caso a criança pode deixar de receber quantidade suficiente de leite do fim, rico em gorduras, recebendo maior quantidade de leite do começo ingerindo muita lactose.

- Algumas doenças metabólicas congénitas e hereditárias (Galactosémia, Fenilcetonúria, Síndroma do Xarope de Bordo), caracterizadas por deficiências enzimáticas específicas, limitam gravemente ou tornam impossível a utilização de certos componentes do leite, podendo causar distúrbios graves de saúde se a sua ingestão não for restrita ou em alguns casos completamente eliminada.

A fenilcetonúria é uma situação que se caracteriza pela impossibilidade de digerir a fenilalanina devido à ausência da enzima fenil-hidroxilase no fígado. As manifestações clínicas são evitadas usando-se uma dieta com baixas concentrações de fenilalanina e como o leite

materno tem baixa concentração deste aminoácido os bebés podem ser amamentados monitorizando-se a sua concentração sanguínea (OMS, 1994).

O Síndrome do xarope de bordo é uma doença muito rara que se deve a um defeito no metabolismo dos aminoácidos de cadeia ramificada (valina, leucina e isoleucina). Embora o prognóstico seja reservado pode-se associar leite materno a outros produtos na dieta alimentar, tornando-se possível a amamentação parcial (OMS, 1994).

A galactosémia é uma doença hereditária rara em que criança não consegue digerir o açúcar presente no leite materno, devido a uma deficiência de produção enzimática no fígado. O tratamento é baseado na eliminação de galactose, suspendendo o aleitamento materno e administrando fórmulas à criança isentas de galactose e de lactose (American Liver Foundation, s.d. para. 1; 2; OMS, 1994).

- O leite materno e o colostro ajudam a eliminar a bilirrubina e a amamentação precoce influi positivamente na icterícia neonatal. O aumento do número das mamadas, pela sua acção a nível do peristaltismo intestinal e consequente diminuição da circulação enterohepática, é uma das atitudes actualmente recomendadas. Neste sentido Hannah Lothrop (2000) refere que os bebés atingem níveis de bilirrubina tanto menores quanto mais vezes são amamentados nos primeiros dias.

Pelo exposto, podemos afirmar que para a generalidade dos RN de termo e saudáveis não existem praticamente contraindicações para a amamentação, no entanto, existem situações excepcionais, como por

exemplo mães com agaláctia ou hipogaláctia ou crianças com doenças metabólicas raras de que paradigma a galactosémia, em que esta não é possível. Mães que tenham doenças crónicas debilitantes, infecciosas ou não, não devem amamentar, mas se pertencerem a países em desenvolvimento, pesando os benefícios e os malefícios presentes, é de aconselhar a amamentação (OMS, 1994).

A mesma fonte declara ainda que a amamentação é apenas contra-indicada em patologias maternas como doenças cardíacas, renais, pulmonares ou hepáticas graves, que o uso pela mãe de certos medicamentos veiculados pelo leite materno podem ser impeditivos temporariamente ou não da amamentação e que nos raros casos de psicoses ou depressões puerperais em que a vida do bebé pode correr risco, se for cuidado por uma mãe perturbada, a separação mãe\bebé torna a amamentação difícil. Se as drogas usadas não forem incompatíveis com a amamentação e se as mães desejarem amamentar não há razão para desmamar os bebés, embora a amamentação assim como os demais contactos, devam ser supervisados.

Apesar das contraindicações absolutas serem raras deparamo-nos frequentemente com alguns casos que com algum bom senso são ultrapassáveis através de uma correcta orientação e estímulo dos profissionais de saúde experientes e conscientes da importância da amamentação exclusiva e empenhados na sua promoção. Cada caso deverá ser analisado individualmente e com bom senso e a decisão terá de ter em conta a saúde e bem estar da mãe e do bebé e as condições socioeconómicas, culturais, ecológicas e ambienciais vigentes.

2.4 - SUPLEMENTOS E DESMAME

A OMS e a UNICEF (1995) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos quatro seis meses e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais e já em 1994 a OMS referia que dar outro alimento, além de leite materno, antes dos quatro meses de idade é desnecessário, sob o ponto de vista das necessidades nutricionais, maturação fisiológica e segurança imunológica, para além de potencialmente prejudicial, no entanto, a maioria das mães, num grande número de países, começa a administrar o biberão ou outros alimentos artificiais antes dos quatro meses e muitas desmamam muito antes da criança ter dois anos.

A decisão de quando iniciar a suplementação não depende só da idade do bebé, mas do seu estádio de desenvolvimento, da qualidade e quantidade de alimento disponível, das condições sanitárias de preparação dos alimentos e da história familiar de doença atópica existindo inúmeras desvantagens e riscos na introdução precoce de alimentos suplementares nomeadamente interferência no comportamento alimentar do bebé, diminuição da produção de leite materno, redução da absorção de ferro, aumento de risco de infecções e alergias para o bebé e risco aumentado de uma nova gestação para a mãe.

Sabe-se que até aos 4-6 meses dos meninos o leite materno é a mistura completa e perfeitamente equilibrada de nutrientes e se as necessidades de energia do bebé forem atendidas com leite materno todas as outras necessidades nutricionais serão automaticamente satisfeitas

inclusive as necessidades hídricas, todavia, numa tentativa de prevenir a desidratação ou por práticas culturais comuns, um pouco por todo o mundo diferentes tipos de líquidos são oferecidos aos lactentes desde a mais tenra idade e a noção de aleitamento materno exclusivo infelizmente é acolhida com bastante reticências, tanto por parte das mães como dos agentes de saúde.

A média diária de necessidades hídricas dos bebés varia de 80-100 ml/kg na primeira semana de vida, a 140-160 ml/kg dos 3 aos 6 meses dependendo da concentração dos alimentos, consumo de energia, humidade e temperatura do meio ambiente. Um consumo abaixo do requerido levará à desidratação com aumento da osmolaridade sérica e urinária, no entanto como as concentrações de sódio, cloro, potássio e nitrogénio do leite materno são baixas um volume relativamente pequeno de ingestão hídrica é necessário para a excreção de produtos catabólicos (OMS, s.d. para.6;7). Bebés saudáveis que consomem leite materno o suficiente para satisfazer as suas necessidades de energia recebem também, com considerável margem de segurança, líquido suficiente para as suas necessidades hídricas mesmo em climas quentes e secos.

Um estudo realizado com lactentes com idades inferiores a seis meses de uma favela em Lima, Peru, referido pela OMS (1994), mostrou que a prevalência da diarreia era 2 vezes mais importante entre os lactentes que recebiam água, chás e sucos, para além do leite materno, comparados aos lactentes exclusivamente amamentados. Oferecer água regularmente ao bebé pode diminuir a frequência e intensidade da amamentação, condicionar inadequadamente o comportamento oral da

criança, com impacto negativo sobre a produção e remoção do leite materno, diluir os efeitos protectores e o valor nutricional do leite materno associando-se à icterícia neo-natal mais elevada, aumentar consideravelmente os riscos de doenças e de mortalidade do RN, devido ao facto dos líquidos na maioria das vezes serem contaminados, encurtar o período de amenorreia do pós parto e favorecer gestações repetidas.

Sachdev, Krishna, Puri, Satyanarayana e Kumar (1991) por forma a determinar a necessidade de suplementação de água, no verão e em climas tropicais, em crianças exclusivamente amamentadas e tendo concluido num estudo que realizaram anteriormente que 97% de 34 enfermeiros e 63% de 70 médicos defendiam a suplementação, desenvolveram um estudo junto de 45 rapazes, saudáveis, com idades entre o primeiro e quarto mês de vida e filhos de mães saudáveis. Todas as crianças receberam leite materno, 23 exclusivamente e 22 com suplemento habitual de água e compararam-se a osmolaridade de urina e sérica, alterações de peso e temperatura rectal durante as oito horas que durou a prova. A quantidade de leite materno foi calculada avaliando-se o peso antes e após a mamada, a quantidade de água administrada foi avaliada segundo o número de biberãos administrados e o seu volume e a urina foi coleccionada através de saco colector e avaliada a sua quantidade. A temperatura máxima dos quartos oscilou entre os 34 e os 41°C com uma humidade relativa de 9 a 60%. Os autores verificaram que no grupo das crianças com suplementação de água a média de água administrada foi de 11% do total de líquidos ingeridos. A quantidade de leite ingerido (274/210) e de líquidos totais (274/233) foi maior no grupo de crianças sem

suplementação do que no grupo de crianças suplementadas, após o ajuste para o peso, estatura, idade, temperatura e humidade da sala, e não se verificaram diferenças significativas na quantidade de urina eliminada, osmolaridade sérica e urinária, alteração no peso e temperatura rectal, pelo que os autores concluem que as crianças alimentadas com leite materno, mesmo em climas quentes, não necessitam de suplementação de água.

A partir dos seis meses de vida, altura em que as necessidades da criança ultrapassam a produção de leite, o bebé necessita de outros alimentos para além do leite materno que, no entanto, deve continuar a ser a fonte principal de nutrientes e mesmo durante o segundo ano de vida pode proporcionar 1\3 da energia e das proteínas que a criança precisa. No dizer de King *"O leite materno é uma importante fonte de nutrientes durante o segundo ano de vida, especialmente para famílias que têm dificuldades para adquirir alimentos nutritivos. O leite materno, ainda nessa idade, continua a proteger a criança contra infecções."* (1991. p. 119) e mesmo depois dos três anos de idade não há necessidade de suspender o aleitamento materno se a criança quiser continuar a mamar, no entanto o que frequentemente se verifica é que a maioria das crianças pára espontaneamente de mamar entre o um e os três anos, considerando ser este o desmame natural. De acordo com a OMS (1994) o "processo de desmame" é a transição progressiva da alimentação com leite materno para a alimentação com a dieta da família e considera a criança "desmamada" quando ocorre a suspensão total do leite materno.

O dar de mamar não tem limite cientificamente estabelecido. A sua duração depende, essencialmente, dos dois intervenientes, mãe e criança,

e são eles que decidem quando interromper esta relação alimentar e afectiva. Quando um dos parceiros não quer mais, chegou o momento de acabar com a amamentação, no entanto enquanto a mãe e o filho sentirem prazer não se devem deixar influenciar por intervenções externas (Alice Martins e Moleiro, 1994).

O desmame resulta para a maioria das mulheres numa separação mais dolorosa do que previam. É a renuncia final a um importante vínculo e com frequência a mulher experiência uma forma atenuada da depressão que ocorre no período puerperal (Brazelton, 1981). Desde que o desmame não aconteça por uma situação imperiosa dever-se-ia verificar numa época em que, se possível, não existissem outras grandes perturbações. Um desmame lento proporciona à mãe e ao bebé uma oportunidade para realizarem esse ajustamento lentamente, aconselhando a La Leche League, citada por Hannah Lothrop (2000), que se faça aos poucos e com muito amor.

Segundo a OMS (1994) a secreção de leite continua por algum tempo após o bebé parar de mamar e à medida que o volume de leite produzido diminui a sua composição altera-se, geralmente apresenta teores maiores de gorduras, sódio, e imunoglobulinas e níveis menores de lactose. Embora a maioria das fêmeas mamíferas sequem em 5 dias após a última mamada, a involução leva em média 40 dias nas mulheres e dentro deste período é relativamente fácil restabelecer a amamentação plena se a criança voltar a mamar frequentemente. Quanto mais tempo se puder reservar ao desmame melhor será para o bebé e para a mãe, as mamas poderão involuir aos poucos, o leite residual irá sendo absorvido

pelo organismo e o aparelho digestivo do bebé poderá aos poucos preparar-se para a nova alimentação. No desmame abrupto em dois dias a concentração de imunoglobulina e lactoferrina atinge níveis normais deixando a mama vulnerável a infecções, factor que certamente explica a maior incidência de abcessos na mama de mulheres com mastite que param de amamentar.

PARTE II - AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A amamentação bem sucedida, processo interactivo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebé, para além da sua duração e da ausência de problemas físicos, implica, no nosso entender, uma opção fundamentada em vivências familiares, sociais e educacionais favorecedoras da amamentação, apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade de lactação e de cuidar do bebé, um bebé capaz de mamar eficazmente e que cresce e se desenvolve bem, assistência por profissionais de saúde capazes de actuar e ensinar a agir de modo a tornar a amamentação um êxito e prazer e satisfação em amamentar e mamar. Neste contexto, efectuou-se uma extensa revisão da literatura disponível sobre amamentação que nos permitiu observar serem numerosos os estudos científicos desenvolvidos em torno desta problemática e que concluem pela vantagem do aleitamento materno tanto para a mãe como para o bebé, não só a nível físico mas para o estabelecimento da relação precoce da díade, todavia constatámos a existência de lacunas no que se refere a aspectos que se afiguram relevantes na amamentação bem sucedida que consideramos ser um processo que envolve características fisícas, socio-culturais, psicológicas, familiares e relacionais da mãe e do bebé. Porque a OMS e a UNICEF (1995) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos quatro-seis meses e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais e porque nos parece que para além da sua duração a amamentação deve ser uma experiência que dá prazer, satisfação,

envolvimento mútuo e proporcionar o crescimento da mãe, bebé e família pretendeu-se desenvolver uma investigação que permitisse ampliar a base de conhecimentos sobre a amamentação a fim de clarificar alguns aspectos referentes ao seu sucesso.

Realizámos, por forma a caracterizar a amamentação bem sucedida e estudar a influência de factores sociais, físicos e psicológicos da mãe e do bebé e as implicações da prática de enfermagem no sucesso deste complexo processo, um estudo descritivo-correlacional. Atendendo a que o tipo de estudo que nos propomos realizar não supõe a manipulação de variáveis não partimos de hipóteses pré-definidas mas sim de algumas questões de investigação, nomeadamente:

- Que factores interferem na decisão, manutenção e duração da amamentação?
- O que experiencía a mulher quando amamenta?
- Até quando a criança é exclusivamente amamentada? Em que idade, quais os motivos e como ocorre o desmame?
- Que variáveis sociais, físicas, psicológicas e relacionais influenciam o êxito da amamentação bem sucedida?
- Que características do RN interferem no sucesso da amamentação?
- Qual a satisfação da mãe enquanto amamenta? Será que com o tempo de amamentação a satisfação em amamentar sofre alterações? Serão as mães que amamentam mais tempo que maior satisfação sentem com a amamentação?
- Estarão os profissionais de saúde comprometidos com a promoção

da amamentação bem sucedida e integram nas suas práticas assistênciais medidas favorecedoras do seu êxito?

1.1 - JUSTIFICAÇÃO PARA DESENVOLVER O ESTUDO

A promoção da amamentação bem sucedida deve constituir foco principal de acção de todos os trabalhadores de saúde. Porém, o termo amamentação bem sucedida nem sempre se encontra claramente definido estando muitas vezes associado à duração da amamentação e à ausência de problemas físicos. Para Levy (s.d.) o sucesso da amamentação tem a ver com a sua duração, o estado de nutrição e o desenvolvimento do bebé, a interacção mãe e bebé durante a mamada e ainda com as expectativas maternas quanto à amamentação.

Por considerarmos que poucas pesquisas se têm debruçado sobre a amamentação como um complexo processo que deve resultar numa mútua satisfação, envolvendo respostas emocionais e psicológicas da díade considera-se oportuna a realização deste estudo pois, sendo o desmame precoce uma realidade com que nos defrontamos diariamente, poderá contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno e um aprofundar de conhecimentos sobre o problema em estudo.

1.2 - FINALIDADES DO ESTUDO

Estamos conscientes que múltiplos serão os factores que poderão influenciar o sucesso da amamentação bem sucedida.

Com este estudo pensa-se poder conhecer em que medida factores

maternos e da criança, associados às características próprias da personalidade materna e dos seus sentimentos familiares bem como ao comportamento do RN, e a actuação dos profissionais de saúde, nomeadamente o pessoal de enfermagem, são factores decisivos na prática da amamentação bem sucedida por forma a criarmos um modelo que ajude a desenvolver intervenções que favoreçam a adesão e manutenção da amamentação de forma informada, consciente, livre, apoiada e geradora de satisfação enquanto factor de crescimento, desenvolvimento e bem estar da criança e mãe inseridos numa família e comunidade.

2 - METODOLOGIA E MATERIAL UTILIZADO

Poder-se-á considerar que a fase de colheita de informação do presente estudo foi realizada em quatro momentos distintos. No primeiro, realizado às 48 horas de vida, fez-se a recolha de informação através de um questionário, com questões que nos permitiram obter informações básicas e dados referentes ao RN e mãe, à tomada de decisão em amamentar, quando e como ocorreu a primeira mamada e conhecimentos que a mãe possui sobre amamentação. Utilizámos conjuntamente o Inventário de Auto-Estima Materna de Shea e Tronick (1988) versão Portuguesa de Mendes (1992), a Infant Breastfeeding Assessment Tool de Kay Matthews (1988) e a Escala de Recursos Familiares, versão Portuguesa de Cristina Canavarro e colaboradores (1990).

Optámos por proceder ao primeiro momento às 48 horas de vida do RN, parecendo-nos justa a sua aplicação após o primeiro dia de puerpério, por considerarmos ser agressiva a sua apreciação num momento de mútuo conhecimento e ajuste, tratar-se de uma fase de recuperação do esforço dispendido por ambos durante o parto, baseados no facto do período neonatal precoce constituir período crítico para a amamentação no qual a satisfação materna com a amamentação e a sua motivação para continuar a amamentar são fortemente reforçadas, de forma positiva ou negativa, pela percepção que tem do progresso alimentar do RN e porque Matthews (1988) desenvolveu um estudo junto de 60 RN saudáveis e de termo e encontrou que embora alguns RN mamem efectivamente imediatamente após o parto a média leva 30-36 horas para estabilizar o seu

comportamento alimentar e vários levaram 40-80 horas.

Na segunda fase a recolha de dados foi efectuada através do preenchimento de um questionário procurando-se obter informações básicas e dados referentes às dificuldades sentidas pela lactante; Suporte fornecido durante o internamento, alta e no domicílio; Atitude dos profissionais de saúde e Conhecer até que idade a criança é exclusivamente amamentada. Neste momento aplicámos conjuntamente o Maternal Attachment Inventory de Mary Muller (1994), e a Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994).

Efectuou-se este segundo momento de colheita de informação aos 3 meses de idade da criança considerando que nesta altura ainda se encontrava grande percentagem de mães em casa, atendendo ao tempo de Licença de parto estabelecido na Lei nº 18/98, que, no nosso entender, favorece a deslocação das mães até nós, por forma a darem continuidade à participação no estudo, e porque esperávamos encontrar ainda grande percentagem de mães a amamentar por forma a que o primeiro preenchimento da Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994) ocorresse neste período enquanto a mãe ainda amamenta.

O terceiro momento de colheita de dados foi realizado aos seis meses de vida da criança, considerando que constitui directiva da OMS e da UNICEF (1995) a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 4-6 meses. Nesta fase pediu-se a todas as mães que dessem resposta a um breve questionário, elaborado com o objectivo de conhecer até que idade a criança é amamentada, e que respondessem de novo à Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994).

Todas as mães que se encontrassem nesta altura a amamentar foram ainda objecto de estudo numa outra fase de colheita de dados, utilizando os mesmos instrumentos de colheita de informação, quando a criança tivesse um ano de idade.

O período de tempo durante o qual decorreu a etapa colheita de informação deve-se a constituir indicação da OMS e da UNICEF (1995) a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais, no entanto, atendendo a que um dos problemas com que nos poderíamos deparar durante a realização do estudo seria o afastamento de algumas mulheres, optámos por limitar esta pesquisa prospectiva até ao ano da criança receosos que de outra forma não nos fosse possível dar-lhe continuidade.

Numa tentativa de reduzir o risco de afastamento das participantes na pesquisa auscultámos alguns Laboratórios de produtos farmacêuticos sobre o possível financiamento das deslocações, até nós, das intervenientes no estudo para participação no segundo momento de colheita de dados, que, após o envio do projecto de pesquisa a realizar veio a ser concedido pelo Laboratório Organon Portuguesa. Nesta fase, as mães que se deslocaram foram presenteadas com a oferta de produtos de higiene infantil gentilmente fornecidos por alguns dos vários laboratórios contactados para o efeito.

Às restantes senhoras, que manifestaram indisponibilidade de deslocação, foi entregue nas 48 horas pós-parto, altura em que decorreu o 1º momento de colheita de dados, o conjunto de questionários que compõem o instrumento do 2º momento, dentro de um envelope

previamente endereçado e selado, tendo-lhes sido solicitado que o enviassem completamente preenchido quando o bebé tivesse 3 meses de idade.

As senhoras receptivas à deslocação foram informadas do financiamento das suas deslocações, dia, hora e local onde decorreria o segundo momento.

Todas as mães, que se encontrassem a amamentar aos 3 meses, foram posteriormente, aos seis meses de vida dos bebés, contactadas por escrito por forma a darem continuidade à sua participação no estudo. Aos 12 meses foram de novo objecto de estudo as mães dos meninos que aos 6 meses estavam a ser amamentados. Nestes dois momentos de recolha de informação foram enviados os respectivos instrumentos de colheita de dados, acompanhados por uma carta onde se solicitava a continuação da participação no estudo e por um envelope endereçado e selado destinado à sua devolução após o preenchimento.

Um importante aspecto a frisar consiste no facto de alguns dos constructos utilizados no presente estudo, nomeadamente a Infant Breastfeeding Assessment Tool de Kay Matthews (1988), o Maternal Attachment Inventory de Mary Muller (1994) e a Maternal Breastfeeding Evaluation Scale de Ellen Leff (1994), constituirem a versão original não estando por isso adaptadas à população Portuguesa. Para que pudéssemos proceder à sua utilização foi escrita uma carta aos autores onde era pedida autorização para a tradução e aplicação dos instrumentos, tendo recebido parecer favorável. Após a sua autorização procedemos ao estudo das equivalências conceptual e linguística tendo para o efeito num

primeiro momento procedido à tradução do instrumento por dois tradutores cuja língua mãe é a da versão a adaptar e posteriormente a versão obtida foi retrovertida para a língua original por tradutores cuja língua mãe é a da versão original, tal como nos é indicado por Ferreira e Marques (1998). As duas versões na língua original foram então comparadas e foi pedido a um psicólogo que sobre elas detivesse a sua atenção. Posteriormente realizou-se pré-teste de todos os instrumentos junto de 20 mulheres, que não se incluem na amostra do estudo, chegando-se assim às versões utilizadas na presente pesquisa.

Para utilizarmos o Inventário de Auto-Estima Materna de Shea e Tronick (1988), versão Portuguesa de Mendes (1992), e a Escala de Recursos Familiares, versão Portuguesa de Cristina Canavarro e colaboradores (1990), atendendo a que já se encontravam traduzidas limitá-mo-nos a solicitar aos autores a sua formal permissão para utilização.

No pedido formal de realização da pesquisa, dirigido ao representante máximo da Maternidade onde se efectuou o nosso estudo, foi solicitada a permissão para se proceder, durante o mês de Dezembro de 1999, ao pré-teste de todos os questionários de avaliação por forma a verificar a compreensão semântica das questões, se permitiam colher as informações desejadas, se os questionários eram muito extensos podendo conduzir ao desinteresse e se as questões não apresentavam ambiguidade.

Na realização do presente estudo estivémos atentos ao cumprimento de um conjunto de procedimentos éticos necessários ao seu

desenvolvimento e, como referimos, utilizámos um instrumento de colheita de dados que envolveu a aplicação de escalas, inventários e um questionário elaborado por nós, onde constavam questões abertas e fechadas formuladas de acordo com o momento da sua aplicação. Por considerarmos tratar-se de um conjunto extenso de documentos, que iria aumentar em muito o volume do relatório final da presente pesquisa, foi nossa opção não incluir nenhum dos comprovativos da sua utilização e respectivas autorizações. Todavia, em caso de necessidade, comprometemo-nos a disponibilizar toda a informação solicitada.

2.1 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

No presente estudo foram vários os instrumentos utilizados tendo sobre eles recaído a nossa opção por considerarmos constituirem uma forma real e segura de medir os aspectos que consideramos relevantes para o prolongamento e sucesso da amamentação.

De seguida faremos uma breve descrição desses mesmos instrumentos e apresentaremos os resultados do estudo psicométrico das versões utilizadas.

THE MATERNAL SELF-REPORT INVENTORY/INVENTÁRIO DA AUTO-ESTIMA MATERNA

Shea e Tronick (1988) confrontando-se com o facto de não existirem padrões standard ou instrumentos que permitissem avaliar a auto-estima materna de uma forma objectiva e válida, sendo, no dizer dos autores, os

resultados apontados nos diversos estudos, conclusões retiradas de impressões clínicas, desenvolveram o inventário de auto-estima materna "The Maternal Self-Report Inventory" (MSI), por forma a medir, avaliar de forma válida e objectiva a auto-estima materna e conhecer alguns factores que a afectam. É um instrumento que pretende avaliar a auto-estima enquanto um fim psicológico mediando os efeitos dos factores bio-sociais que afectam a adaptação da mulher à maternidade.

Na sua construção os autores tiveram em consideração alguns questionários já existentes: "Child Rearing Attitudes" de Schaefer e Bell (1958); "Maternal Attitudes Toward Pregnancy" de Blau (1962); do inventário de Greenberg e Hurley (1971) "The Maternal Personality Inventory" e por último uma entrevista estruturada de Barnard e Gortner (1977) "Maternal Adaptation", identificaram sete dimensões conceptuais primárias - capacidade da mãe em satisfazer as necessidades básicas do bebé; capacidade em assumir o papel de mãe; aceitação do bebé; relação que espera ter com o seu bebé; sentimentos durante a gravidez, parto e pós parto; aceitação parental e imagem corporal e saúde da mãe – e redigiram elevado número de afirmações, todas na primeira pessoa, relativas a cada uma das dimensões identificadas.

Assim para a dimensão "capacidade da mãe em satisfazer as necessidades bàsicas do seu bebé", as afirmações foram elaboradas de modo a medir possíveis conflitos relativos à decisão de amamentação, da capacidade de tratar do bebé (dar banho e mudar as fraldas), da capacidade em mostrar afeição pelo bebé (acalmá-lo e abraçá-lo), sendo igualmente abordada a irritabilidade da mãe em relação ao choro do seu

filho.

Relativamente à segunda dimensão, "capacidade de assumir o papel de mãe", os itens foram feitos com o sentido de permitirem medir sentimentos gerais de competência materna.

Quanto ao aspecto "aceitação do bebé", as afirmações escolhidas visavam medir a satisfação da mãe em relação ao sexo, aspecto e confiança em relação ao desenvolvimento normal do seu bebé.

Para medir a "relação que espera ter com o bebé", as questões procuraram incidir sobre a capacidade da mãe em desenvolver uma relação carinhosa com o seu filho e as suas expectativas quanto ao bebé gostar de si. Procuraram igualmente englobar os sentimentos durante a gravidez, trabalho de parto e parto, assim como a aceitação parental.

Finalmente quanto à "imagem corporal e saúde da mãe", as afirmações colocadas procuraram medir sentimentos sobre a sua aparência pós-parto, saúde e energia.

Posteriormente pediram a dez mães e cinco psicólogos que arrumassem cada afirmação por categorias psicológicas homogéneas de acordo com o que cada afirmação descrevia o que sentiam e que atribuissem um nome a cada categoria. A maioria agrupou as afirmações em seis ou sete categorias, tendo estas sido muito semelhantes às inicialmente previstas. As afirmações em que não houve consenso de classificação foram retiradas.

Após todo este processo de selecção foram escolhidos cem itens, cerca de quinze afirmações para cada dimensão. Os itens de cada uma das sete sub-escalas foram misturados aleatoriamente por todo o

inventário havendo a preocupação de se escrever para cada uma igual número de itens negativos e positivos por forma a evitar esteriotipos de resposta.

A validade externa do MSI foi demonstrada no processo de selecção de itens feita por cinco psicólogos e dez mães e por comparação com outros instrumentos mantendo fortes correlações.

A validade concorrente foi medida através de uma versão do "Self Report Inventory" de Epstein e O`Brien, verificando-se uma correlação elevada entre os dois instrumentos. Os resultados foram ainda comparados com avaliações clínicas da auto-estima materna.

A homogeneidade do MSI foi comprovada por elevadas correlações entre os resultados obtidos em dois momentos da sua aplicação.

Face à dificuldade de aplicação da versão original do MSI, pela sua extensão e morosidade de preenchimento, os autores desenvolveram posteriormente uma versão abreviada apenas com 26 questões, consideradas pelos autores como altamente correlacionadas com os resultados da totalidade do inventário, abrangendo as cinco primeiras dimensões. A dimensão referente à aceitação parental e à imagem corporal e saúde foram retiradas atendendo a que os resultados obtidos não tiveram correlações significativas com a restante escala.

Assim, as dimensões deste inventário exploram os sentimentos de competência /incompetência da mãe face aos cuidados a prestar ao RN, quer do ponto de vista físico quer emocional, a sua capacidade e confiança para assumir a função materna, a adaptação ao bebé real e luto do bebé idealizado, a satisfação obtida na relação com o seu bebé, bem como os

sentimentos com que viveram a gravidez e o parto.

A - Capacidade de cuidar do bebé

Segundo vários estudos, no dizer dos autores, as três tarefas mais importantes para a mãe são mostrar afeição pelo bebé, pegar no bebé e acalmá-lo e compreender as suas necessidades.

Esta dimensão confronta a mãe com a sua auto-percepção na adaptação à maternidade, quer ao nível dos cuidados práticos quer nas dimensões mais de carácter social e psicológico. Os autores pretendem analisar a percepção de cada mãe relativamente à sua capacidade ou dificuldade de lidar com o seu próprio bebé, perceber as suas necessidades quer nos aspectos práticos quer nos aspectos emocionais e responder-lhes adequadamente, avaliando os seus sentimentos de competência e adequação como mãe.

A versão original tinha 26 itens sendo reduzida para 6 na forma abreviada.

B - Capacidade e preparação geral para a função materna

Para Shaefer e Bell, citados por Shea e Tronick (1988), a aceitação ou a rejeição do papel de mãe e os sacrifícios pessoais estão fortemente relacionados com as expectativas acerca das capacidades em assumir o papel de mãe. Estes autores consideram que a satisfação da mãe em cuidar do seu bebé está relacionada com a disponibilidade e confiança que possui em assumir a função materna como tarefa principal.

Nesta subescala vão, portanto, avaliar-se os sentimentos de

prazer/desprazer causados pelos cuidados a ter com o bebé.

Com 25 itens na versão original apresenta 8 na forma abreviada.

C - Aceitação materna

Nesta dimensão os autores pretendem avaliar a adaptação conseguida pelas mães ao seu bebé real, em confronto com as fantasias e expectativas que sobre ele fizeram durante a gravidez. É suposto que a aceitação da mãe e a felicidade que sente perante as características do seu bebé influenciam os seus sentimentos de competência como mãe.

Greenberg e Hurley, citados por Shea e Tronick (1988), verificaram que mães cujas expectativas face ao bebé não foram concretizadas tinham uma baixa auto-estima.

Tem 10 itens na versão original e apenas 3 na abreviada.

D - Relação esperada com o bebé

Também nesta dimensão os autores procuram analisar a adaptação da mãe ao bebé real em confronto com o bebé imaginário.

Benedek citado por Fitzgerald, Lester e Yogman (1988) verificou que a confiança e capacidade em ser mãe está muito associada à gratificação na relação e interacção próxima e mútua que a mãe mantém com o seu filho.

Passou de 9 itens na versão original para 5 na forma abreviada.

E - Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto

Com 15 itens na versão original passou a 4 na forma abreviada.

Diversos autores, apontam a existência de uma correlação positiva entre o desejo de engravidar e as futuras relações das mães com os seus bebés. Os autores relacionam os sentimentos da mãe durante a gravidez, nomeadamente a sua aceitação, e período do parto com a facilidade ou dificuldade na aceitação do bebé e no estabelecimento de uma boa relação com ele.

O intervalo de classificação de cada item da escala vai de 1 a 5 em que 1 pode corresponder a "discordo completamente" ou a "concordo completamente", mediante o item seja positivo ou negativo, verificando-se exactamente o mesmo para a classificação 5. Segundo os autores poderão ser obtidos subtotais em cada dimensão que por sua vez poderão originar, por adição, um score total da escala correspondendo a pontuação mais baixa a uma baixa auto-estima.

A versão Portuguesa foi traduzida e adaptada por Mendes (1992) com autorização dos autores e posteriormente utilizada noutros estudos em Portugal.

No presente estudo a escala utilizada foi construída por nós a partir do "Maternal Self-Report Inventory" de Shea e Tronick (1988) versão Portuguesa de Mendes (1992). O estudo e análise detalhada que fizemos das questões da versão original e da forma abreviada levaram-nos a fazer uma adaptação com 47 itens utilizando questões que nos pareceram mais significativas para os objectivos e amostra do nosso trabalho mantendo a totalidade das questões da forma abreviada e incluindo itens da forma original.

Assim, por nos parecer oportuno abordar um número de questões

semelhante em cada uma das cinco dimensões da forma abreviada utilizámos para a dimensão B todas as 8 questões nela presentes, nas dimensões C e D, com 10 e 9 itens, respectivamente, na forma original, servimo-nos de todos eles e para as dimensões A e E incluímos um total de 10 itens, para cada dimensão, construídos a partir das questões da forma abreviada e algumas da forma original. Para procedermos à inclusão de maior número de afirmações nestas duas dimensões e porque na versão original foram elaboradas com 26 e 15 itens respectivamente, apresentando todas as afirmações presentes em cada subescala, para além das apresentadas na versão abreviada, pedimos a nove mães e nove psicólogos que as posicionassem por ordem de grandeza de acordo com o que melhor pensassem medir a capacidade da mãe para tratar do seu bebé e os sentimentos durante a gravidez, parto e pós-parto. Para o efeito foi redigida uma carta onde se apresentava a pesquisa, explicava o objectivo deste momento e se incluiam orientações de preenchimento.

Analisadas todas as opiniões foram incluídas todas as afirmações que reuniam consenso na classificação respeitando-se o princípio enunciado pelos autores de agrupar para cada dimensão os itens a elas referentes mas numerados de acordo com a ordem de apresentação no questionário e administrados pela sua sequência de número e não dimensão por dimensão.

Posteriormente foi feito pré-teste da escala total junto de 20 mães, não incluídas na amostra do estudo, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo, chegando-se assim à actual versão.

Fazem então parte de cada dimensão os seguintes itens:

Dimensão A - 3, 16, 19, 23, 31, 32, 35, 36, 37 e 46

Dimensão B - 5, 7, 18, 24, 30, 38, 44 e 45

Dimensão C - 1, 2, 8, 10, 11, 17, 27, 39, 41, e 42

Dimensão D - 6, 9, 14, 20, 22, 26, 29, 34, e 47

Dimensão E - 4, 12, 13, 15, 21, 25, 28, 33, 40 e 43.

INFANT BREASTFEEDING ASSESSMENT TOOL (IBFAT)

O IBFAT é um pequeno instrumento de medida que permite avaliar o comportamento alimentar da criança no período neonatal precoce, antes deste comportamento estar bem definido, e identificar mudanças nas competências alimentares do lactente em cada mamada ao longo do tempo não havendo interferência do investigador.

Foi desenvolvido por Matthews (1988) por ter identificado que vários estudos consideravam o período neonatal precoce como uma das fases críticas para o sucesso da amamentação, atendendo a que nesta altura a mãe se encontra particularmente indecisa se irá ou não amamentar, e por poucas pesquisas se terem centrado no efeito do comportamento alimentar do RN nas dificuldades sentidas, na motivação da mãe para continuar a amamentar e na sua percepção e satisfação com a amamentação durante os primeiros dias após o nascimento, considerando que um bom princípio na relação estabelecida durante a amamentação reforçará a mãe na sua decisão e que igualmente dificuldades sentidas nesta altura criam ansiedade, poderão levar à falta de confiança da própria mãe e posteriormente fazer decrescer a sua motivação para continuar a

amamentar.

O instrumento foi usado para avaliar o comportamento na amamentação de 60 RN saudáveis aos 4 dias após o nascimento, tendo sido avaliadas pelas mães um total de 920 refeições e pelo investigador 77.

A fiabilidade do instrumento, em termos de estabilidade temporal e equivalência foi de 91%, embora tenha sido notado que crianças que comem bem ou mal sejam mais fáceis de avaliar do que as que são consideradas no meio e classificadas como mamando moderadamente.

A sua elaboração foi baseada nas observações da prática clínica, conhecimentos obtidos na revisão da literatura e consulta junto de experts em amamentação e desenvolvimento da criança. Foi desenhado para ser usado por mães, parteiras e outros profissionais de saúde e é preenchido após cada mamada.

Uma mamada efectiva foi estabelecida por observação de um número de vigorosos e saudáveis RN que se alimentavam bem. Estes bebés quando colocados à mama voltavam as suas cabeças e rodavam para o mamilo, abriam as suas bocas, agarravam e fixavam o mamilo e ficavam a mamar alternando pequenas salvas de sucção com algumas pausas.

A escala consiste em 4 itens (prontidão para comer, virar, fixar e mamar) que representam os principais componentes do comportamento alimentar da criança amamentada. Estes componentes são assinalados por um valor numérico baseado na resposta escolhida pelo avaliador em cada item. A pontuação estabelecida para cada um dos quatro itens oscila entre 0 e 3, perfazendo um score total de 0-12 que reflecte as competências

globais, totais do bebé em cada mamada.

1 - Prontidão para comer - O observador pede para se registar se o bebé começou a comer facilmente sem esforço (3), precisou de suave estimulação para começar a comer (2), precisou de vigorosa estimulação para acordar e começar a comer (1), ou se o bebé não consegue estar acordado (0).

2 - Virar - Foi definido como "ao tocar do mamilo na face a cabeça do bebé vira-se para o mamilo, a boca abre-se e o bebé tenta fixar a boca no mamilo".

O observador regista se o bebé quando colocado junto à mama vira a cabeça imediatamente (3), precisa de algum estímulo, incentivo ou encorajamento para se virar (2), vira-se devagar mesmo com estímulo (1), ou não tenta virar-se (0).

3 - Fixar - O observador regista o tempo que decorre entre o colocar o bebé à mama e começar a comer bem. Começa a comer imediatamente (3), leva 3-10 minutos (2), leva mais de 10 minutos (1) ou não mamou (0).

O elemento tempo serve para avaliar o grau de dificuldade no acesso do bebé à mama. Embora a dificuldade em agarrar o mamilo possa ser devida a problemas anatómicos tais como mamilo raso, mamilos invertidos ou anomalias orais do bebé, o estado da criança no início da mamada é um importante aspecto para o seu comportamento alimentar e problemas anatómicos acompanhados de uma situação em que o bebé é sonolento ou não está interessado na mamada contribuem em muito para as dificuldades alimentares.

4 - Padrão comportamental do bebé durante a mamada - O

observador pede para escolher a frase que melhor descreve o padrão alimentar do bebé na mamada variando de: o bebé não mamou (0), sugou pobremente (Ex: fraca sucção, alguns esforços para sugar por pequenos períodos) (1), sugou razoavelmente bem (sugou e interrompeu, mas necessitou de encorajamento) (2) ou sugou bem numa ou nas duas mamas (3). A ordem dos itens para este comportamento foi invertida para evitar uma automática atribuição de scores.

Todas as definições foram incluídas no instrumento e em todos os casos o observador pediu para escolher a melhor resposta.

Fazem ainda parte da IBFAT mais dois itens o 1, ao qual não se atribui qualquer pontuação, relata o estado do RN quando inicia a amamentação (sono profundo, sonolento, calmo e alerta ou a chorar) e o último (item 6) atribuindo-se-lhe classificação separada, onde se pede às mães para recordarem como se sentem com o modo como o bebé mamou (muito satisfeita (4), satisfeita (3), razoavelmente satisfeita (2) ou insatisfeita (1)). A satisfação materna com o comportamento alimentar do bebé é importante para o total sucesso na amamentação e para a interacção mãe/criança e está associada à habilidade do RN para comer bem. Também a percepção de satisfação da criança por parte da mãe será um reforço positivo para continuar. Recentes estudos indicam que mães que têm baixa satisfação com a amamentação eram mães de crianças avaliadas com baixos scores no IBFAT.

Recém-nascidos que obtêm na escala pontuação total de 12 colocam espontaneamente a língua no mamilo da mãe quando colocados à mama e começam prontamente a mamar continuando a sugar durante toda

a mamada. O RN perde pontos se a mãe tem de guiar o mamilo para dentro da sua boca (item 2) ou se o RN pausa durante a mamada (item 5).

O comportamento é considerado normal se o total do score for 10-12. Recém-nascidos classificados entre 7-9 são considerados como mamando moderadamente. Sugam moderadamente bem com variações nos graus de encorajamento, muitos não agarram, as mães têm de guiar o mamilo para a boca do RN para estimular a sucção e porque os movimentos de sucção são esporádicos as mães continuam a estimular o RN para que se mantenham a sugar. Recém-nascidos com pontuação entre 0-6 poderão não estar acordados, despertos para mamar (0) ou não agarram e apenas sugam fracamente por pequenos períodos de tempo.

O IBFAT é fácil de usar e pode ser completo pelas mães, que não acham que seja difícil ou que lhes provoque ansiedade, em menos de um minuto. Para não influenciar as respostas ou aumentar a sua ansiedade acerca das performances do RN o investigador não diz às mães que é através das suas respostas que a pontuação é atribuída.

MATERNAL ATTACHMENT INVENTORY (MAI)

Mary Muller (1994) definindo envolvimento materno como a única relação afectuosa que se desenvolve entre a mulher e a criança que persiste através do tempo, tendo como corolário da definição a noção de que a ligação afectuosa é justamente um elemento da adaptação do papel maternal, considerando-o como o maior contributo para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança e constatando que muitos

estudos o têm operacionalizado através da observação dos comportamentos maternos ou por scores da interacção mãe/criança e menos frequentemente o têm medido sob a forma de questionários direccionados às percepções maternas sobre os sentimentos acerca dos filhos, desenvolveu o Maternal Attachment Inventory (MAI) no sentido de fornecer uma medida prática do envolvimento materno como um componente da relação mãe/criança.

Os itens da MAI foram identificados através de uma minuciosa revisão da literatura sobre ligação e adaptação materna e a validação do constructo foi avaliada por experts que numericamente os classificaram pela sua pertinência.

A MAI, dois outros indicadores de ligação materna (How I Feel About The Baby Now Scale e Maternal Separation Anxiety Scale) e uma medida de ajustamento materno (Maternal Attitudes e Maternal Adjustment Scale) foram respondidos por 196 mulheres aproximadamente um mês após o nascimento dos seus filhos. Dois subgrupos de mulheres completaram os instrumentos de pesquisa quando as suas crianças tinham 4 (Grupo A) e 8 (Grupo B) meses de idade tendo o instrumento demonstrado prova de validade através de significantes correlações com os outros indicadores de ligação e ajustamento materno em todos os momentos. Em termos de fiabilidade demonstrou prova aceitável de consistência interna nos três momentos.

A MAI foi desenhada para ser auto-administrada implicando um nível de leitura adaptado e a colocação, no início do questionário, de instruções para o seu preenchimento. As possibilidades de resposta dos

itens que compoem a escala são 4: a= quase sempre; b= frequentemente; c= algumas vezes; d= quase nunca, que se convertem em: a= 4; b= 3; c= 2; d= 1. Todos os itens somados perfazem um único score com uma oscilação de 26 a 104 pontos, sugerindo a obtenção de um valor total elevado uma forte ligação materna.

MATERNAL BREASTFEEDING EVALUATION SCALE (MBFES)

A MBFES, desenvolvida por Ellen Leff (1994), permite avaliar diferentes aspectos relacionados com a amamentação baseando-se em critérios identificados por lactantes como importantes na percepção de sucesso na amamentação. É um válido e real instrumento de medida dos aspectos da amamentação que as mães identificaram como sendo importantes na definição da amamentação bem sucedida. Permite medir a avaliação total que as mães fazem acerca da sua experiência de amamentação, considerando factores maternos e da criança, para além da satisfação materna em amamentar, e avalia a percepção materna sobre a qualidade da sua experiência tendo em conta o comportamento da criança como parte integrante. Segundo a autora o seu uso é adequado tanto após o terminus da amamentação como depois dos 1º, 2º ou 3º meses de amamentação e pode ser usada em conjunto com outras escalas de modo a avaliar, de forma compreensiva, a experiência de amamentação.

Foi desenvolvida e baseada em categorias identificadas em avaliação qualitativa e a sua validade testada de acordo com procedimentos descritos por Imle e Atwood e Lynn. A escala revista de 30

itens apresenta correlação elevada com a total satisfação com a amamentação (r=.83, p<.001) indicando estas medidas um conceito similar. A coerência interna (alpha de Cronbach) da escala total e das subescalas foi de .93, .93, .88 e .80 respectivamente e as correlações encontradas no Teste reteste (n=28) foram de .93, .93, .94 e 82. A correlação da escala revista e das subescalas com uma medida separada da total satisfação materna com a amamentação foi de .83, .79, .70 e .55 e as correlações encontradas com a duração da amamentação foram de .48, .44, .45 e .28. Todas as correlações foram estatisticamente significativas para p< .001 (Ellen Leff, Jefferis e Gagne, 1994).

A MBFES é constituída por 30 itens divididos em 3 subescalas, que tratam separadamente factores de sucesso da amamentação e permitem identificar a percepção de sucesso da amamentação por parte da mãe, tendo cada item cinco possibilidades de resposta que, segundo a autora, variam desde 1 para discordo totalmente a 5 para concordo totalmente. Os itens negativos da escala obedecem à transformação dos scores (1 para 5, 2 para 4, etc).

A primeira subescala, **Prazer e Papel Maternal**, é composta por 14 itens (1, 2, 6, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 30), reflectindo sentimentos positivos acerca de aspectos físicos e emocionais com a experiência de amamentação (Ex: sensação maravilhosa, satisfação interior, prazer, gostar muito, sentir-se relaxada) e relatando o afecto e envolvimento mãe-criança (Ex: afecto, experiência materna, confiança como mãe, ligação ao bebé, trabalharem juntos, tornar o bebé mais seguro, importante poder amamentar, ajudar o bebé a ser saudável e a lutar contra

doenças).

O facto deste conjunto de itens incorporarem o mesmo factor sugere que sentimentos positivos acerca da amamentação estão intimamente relacionados com crenças de que a amamentação é um fortificante da relação mãe-criança e incrementa o bom começo de vida do RN.

Estão presentes nesta dimensão os itens referentes à saúde da criança e resistência às doenças, em vez de fazerem parte do factor satisfação infantil e crescimento da criança, por considerarem estarem intimamente relacionados com aspectos afectuosos da amamentação.

Na perspectiva materna os itens que compoem esta subescala constituem a maior componente da amamentação bem sucedida.

A segunda sub escala, **Satisfação e Crescimento da Criança**, é constituída por 8 itens (3, 4, 7, 10, 15, 19, 24, 28), todos eles relacionados com a criança, referentes ao aumento ponderal e ao seu crescimento, à avidez durante a amamentação e às respostas emocionais para mamar (Ex: bebé não está interessado, não relaxado, adorou mamar, teve dificuldade no princípio, não se tranquiliza com a amamentação).

Os itens reflectem diferenças individuais nas respostas das crianças e são independentes dos comportamentos maternos, embora sentidos pelas mães mas não controlados por estas.

O **Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna** é a terceira dimensão a ser analisada na MBFES.

Fazem parte desta dimensão um conjunto de 8 itens (5, 8, 13, 14, 22, 26, 27, 29), todos, à excepção de um, redigidos de forma negativa. Um grupo de questões diz respeito à imagem corporal materna (Ex: ansiosa

por ter o meu corpo de volta, constrangimento, sinto-me como uma vaca, fisicamente esgotante) e o outro grupo de itens relata a amamentação como sendo uma tarefa ou fardo ou interferindo com outras actividades (Ex: sinto-me limitada, presa, obrigada, emocional e fisicamente esgotante, adequação da amamentação com outras actividades). Todos os itens incluídos nesta dimensão descrevem como a amamentação impede a mãe de se sentir física e funcionalmente igual ao período anterior à gravidez.

Para a autora este instrumento poderá ajudar a promover a amamentação como um processo de mútua satisfação, quer para a mãe quer para a criança, permitindo obter um score total e scores subtotais para cada uma das subescalas.

FAMILY STRENGHS/RECURSOS FAMILIARES

A operacionalização do conceito de recursos familiares, capacidade que a família tem de prevenir que acontecimentos indutores de stress possam descompensar o sistema familiar, assumindo um papel importante na forma como as famílias, como um todo, e os seus membros, como indivíduos, lidam com o efeito cumulativo de acontecimentos indutores de stress, tensões e dificuldades com que se vão deparando (Cristina Canavarro, Vaz Serra, Firmino, e Ramalheira, 1993), foi feita por Olson, Larsen e McCubbin (1982) limitando-o a uma constelação de atributos que fazem parte dos "pontos fortes" do sistema familiar e que dependem da forma como o indivíduo percepciona a sua família.

A Family Strenghs de Olson et al (1982), teste desenvolvido para

avaliar os recursos internos do sistema familiar, é uma escala tipo Likert constituída por doze questões classificadas em cinco categorias de um a cinco. Permite não só obter uma nota global como discriminar dois aspectos distintos: o orgulho e o entendimento familiar.

A subescala da dimensão **Orgulho Familiar** é composta por sete itens (1, 3, 5, 8, 9, 10 e 12), identificando os atributos de orgulho, lealdade, optimismo, confiança e respeito, e a do **Entendimento**, com cinco itens (2, 4, 6, 7 e 11), referentes à sensação de competência da família, capacidade para cumprir tarefas, lidar com problemas e "dar-se bem" de uma forma genérica.

O score total adquire-se através da soma dos doze itens da escala e a cotação é feita de forma a que quanto mais elevada for, melhores são os recursos familiares.

A validade do instrumento foi obtida através da comparação de dois grupos que compunham uma amostra total de 2740 indivíduos mostrando significantes correlações. Em termos de fiabilidade, a coerência interna (Alpha de Cronbach) foi para a escala total de .83 e no teste reteste os coeficientes de correlação de Pearson encontrados foram de .73, .79, .58 para o orgulho, entendimento e escala total respectivamente.

2.1.1 - Consistência Interna das Escalas

Com o objectivo de avaliar a consistência interna das escalas utilizadas no nosso estudo procedemos ao cálculo dos valores do coeficiente "alpha de Cronbach" para cada uma das escalas e para as

respectivas dimensões.

Os resultados apresentados no Quadro 6 permitem-nos constatar que o Inventário de Auto-estima Materna evidenciou, em termos globais, boa consistência interna (α = 0.88). O mesmo se constatou para as dimensões «capacidade e preparação geral para a função materna» (α = 0.73) e «sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto» (α = 0.78). Nas dimensões «capacidade de cuidar do bebé» e «relação esperada com o bebé» a consistência interna foi ligeiramente mais baixa, com o coeficiente a apresentar valores de 0.67 e 0.69, respectivamente. A dimensão «aceitação materna» apresentou uma consistência interna baixa (α = 0.47).

Com base nos resultados obtidos julgamos poder afirmar que o Inventário da Auto-estima Materna evidenciou boa consistência interna.

Quadro 6 - Consistência interna do Inventário da Auto-estima Materna

Dimensões	**α de Cronbach**
Capacidade de cuidar do bebé	0,67
Capacidade e preparação geral para a função materna	0,73
Aceitação materna	0,47
Relação esperada com o bebé	0,69
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	0,78
Total	**0,88**

Relativamente às escalas "Infant Breastfeeging Assessement" ou IBFAT e "Maternal Attachment Inventory" (MAI), podemos afirmar (ver quadro 7) que a consistência interna de ambas é boa e muito boa dado que os coeficientes apresentaram, respectivamente, valores superiores a 0.70, concretamente 0.72, e próximo do seu máximo (α =0.95).

Quadro 7 - Consistência interna do Infant Breastfeeging Assessement Tool (IBFAT) e Maternal Attachment Inventory (MAI)

Escala	α de Cronbach
Infant Breastfeeging Assessement Tool (IBFAT)	0,72
Maternal Attachment Inventory (MAI)	0,95

Relativamente à escala de "Maternal Breastfeeding Evaluation" ou MBFES calculámos os valores do coeficiente em cada um dos três momentos de aplicação. Como podemos constatar, observando o quadro 8, a escala revelou boa consistência interna em termos globais e em cada uma das suas dimensões. Os valores do coeficiente "alpha de Cronbach", em qualquer dos momentos, foram iguais ou superiores a 0.70.

Quadro 8 - Consistência interna da Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)

Dimensões	α de Cronbach		
	1º momento	2º momento	3º momento
Prazer e Papel Maternal	0,92	0,92	0,87
Satisfação e Crescimento da Criança	0,76	0,74	0,70
Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna	0,76	0,77	0,82
Total	**0,92**	**0,91**	**0,90**

Quanto à escala dos Recursos Familiares ou "Family Strenghs", quadro 9, verificamos que a consistência interna é boa quando consideramos a escala em termos globais e na dimensão «orgulho familiar». No entanto, na dimensão «entendimento» a consistência interna é muito baixa (α = 0.38).

Quadro 9 - Consistência interna do Family Strenghs/Recursos Familiares

Dimensões	α de Cronbach
Orgulho familiar	0,85
Entendimento	0,38
Total	**0,74**

2.1.2 - Ensaio piloto

Terminada a redacção do Questionário a versão foi submetida à discussão e crítica do Professor orientador e de um especialista em investigação, por forma a avaliar a pertinência das questões bem como detectar possíveis erros técnicos e gramaticais.

Após esta primeira revisão e validação procedemos ao ensaio de todos os instrumentos utilizados no decorrer da pesquisa, durante o mês de Dezembro de 1999, por forma a verificarmos se todas as questões eram fácil e correctamente entendidas, possíveis dúvidas relativas à formulação e sequência das questões bem como se nas perguntas fechadas o leque de opções era completo cobrindo todas as possibilidades de resposta.

Para o efeito foi realizada uma reunião com todos os elementos envolvidos nesta fase da pesquisa onde se solicitou a colaboração, apresentou o estudo que se pretendia realizar, forneceu explicações sobre procedimentos a ter durante este momento, da importância da sua realização e informou da necessidade de procederem a anotações pertinentes de possíveis dúvidas, dificuldades sentidas na interpretação e resposta às questões, críticas e sugestões.

Posteriormente demos início ao pré-teste, falado, dos instrumentos de medida junto de uma amostra que reflectia a diversidade da população visada, constituída por 20 puérperas, mães de RN saudáveis e de termo, que se encontravam nas 48 horas pós parto. Para que em conjunto se pudesse testar todos os questionários e escalas era ainda condição de inclusão o facto de serem multíparas, as quais após se ter solicitado a sua

colaboração e explicados os fins visados foram informadas que todas as respostas que dariam no conjunto de questionários referentes ao primeiro momento de recolha de informação diriam respeito a esta criança que tinha agora nascido e apelando no sentido de se recordarem dos 3 e 6 meses do último filho anterior que respondessem a todas as questões do segundo e terceiro momentos.

Durante este período apercebe-mo-nos da necessidade de procedermos a alguns ajustes nomeadamente inclusão de possibilidades de resposta em algumas questões fechadas e esclarecimento do tipo de líquidos a que se referia a questão do questionário do segundo momento relativa à inclusão de outros alimentos ou líquidos na dieta alimentar do bebé.

Embora sejamos de opinião que as pertinentes alterações introduzidas não reflectissem grandes modificações, após a sua correcção procedemos a um segundo pré-teste, apenas dos instrumentos que necessitaram de ajuste, junto de 10 puérperas que obedecessem aos mesmos critérios de inclusão, não tendo nesta fase surgido qualquer dúvida ou dificuldade pelo que se passou à redacção definitiva de todos os instrumentos a utilizar.

As informações obtidas durante esta fase da pesquisa mereceram uma análise cuidada e tratamento adequado aos objectivos da sua realização.

2.2 - CRITÈRIOS DE AMOSTRAGEM E RECOLHA DA AMOSTRA

O estudo incidiu sobre puérperas internadas na Maternidade Bissaya Barreto de Coimbra, tendo sido formalizado por escrito junto do

Presidente do Conselho Directivo da referida instituição o pedido de realização e oficialização do estudo que nos foi concedido pelo Sr. Doutor Vicente Souto, através de contacto telefónico, no dia 8/11/1999.

A Maternidade Bissaya Barreto, segundo a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bébés (1996), foi o primeiro hospital europeu a receber em 1992, por James Grant, director executivo da UNICEF, o certificado de compromisso da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Assiste uma grande àrea populacional sendo as utentes provenientes de zonas geográficas de características marcadamente rurais e urbanas, factor que se afigura pertinente na compreensão do fenómeno em estudo, e através da consulta do Relatório Anual, gentilmente cedido pela Sra. Enfermeira Supervisora, apurámos que é composta pelos serviços de Ginecologia, Obstétricia e Neonatologia (Piso 3 e 4), Neonatologia Geral e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais tendo sido realizados, no ano de 1999, 3210 partos e 782 no primeiro trimestre de 2000. O tempo de permanência das puérperas nesta instituição hospitalar é habitualmente condicionado pelo tipo de parto (3 e 5 dias para partos eutócicos ou distócicos, respectivamente) no entanto, tendo em atenção as características físicas, emocionais e sociais das puérperas, necessidades de informação e esclarecimento e capacidade de autosuficiência no seu cuidar e do seu filho, a estada na maternidade poderá sofrer alterações temporais.

O presente estudo efectuou-se junto de puérperas, mães de Recém-nascidos de termo e saudáveis, internadas no serviço de Obstétricia e Neonatologia, durante o segundo trimestre do ano 2000, período de tempo

que nos permitiu obter um número significativo de utentes que constituem a amostra em estudo. Constituiu ainda critério de selecção das intervenientes o facto de todas as mulheres a incluir saberem ler e escrever, condição obrigatória para aplicação dos instrumentos adoptados.

2.2.1 - Caracterização da amostra

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados que permitem caracterizar a amostra em estudo verificando-se que os dados iniciais foram colhidos junto de uma amostra constituída por 607 pares mães/bebés.

Alguns dados referentes aos RN em estudo e as características socio-demográficas mais revelantes da amostra são apresentadas nos quadros que se seguem (ver Quadros 10 a 15).

Como se pode verificar, a partir da leitura dos quadros, os meninos estudados eram maioritariamente do sexo masculino (54.0%), nasceram predominantemente de parto eutócico (54.9%) e na maioria produto único da gestação (98.4%).

O tipo de parto distócico que ocorreu mais frequentemente foi a cesariana (78.8%), constatando tratar-se de uma percentagem elevada (35.6% do total de partos) quando comparada às recomendações da OMS, que refere que a percentagem de partos por cesariana não deve ir além dos 10.0%.

O peso de nascimento oscilou entre 1850 e 4630 gramas verificando-se uma maior percentagem de crianças, 42.0%, com peso ao

nascer entre 3000 e 3500 gramas. A determinação das medidas de tendência central permite-nos referir que a moda dos pesos observados localizou-se nos 3000 gramas e a mediana nos 3295 gramas. A média dos pesos apresentados foi de 3288.8 gramas com um desvio padrão de 470.3 gramas.

No que se refere às variáveis maternas observámos que as puérperas eram maioritariamente casadas (91.8%) e apresentavam idades que oscilaram entre os 14 e os 44 anos, verificando-se uma maior frequência percentual no grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 29 anos, 32.1%, logo seguidas das que tinham idades entre os 29 e os 34 anos, 31.0%. A média das idades foi de 28.4 anos e o desvio padrão dos valores em relação à média de 5.2. A moda localizou-se nos 24 e 26 anos e a mediana nos 28 anos.

Quanto ao local de residência 54.7% das senhoras residiam em meio rural e 45.3% em meio urbano, o que confirma que a instituição onde decorreu o estudo presta assistência a mulheres provenientes tanto de zonas com características marcadamente urbanas como rurais.

No que se refere às habilitações literárias verificou-se ser um grupo bastante heterogéneo sendo no entanto maior o número de mães com habilitações de 2º ciclo (24.7%) ou de nível superior (24.2%).

Relativamente à condição laboral das mães dos meninos pudemos observar que a maioria, 74.0%, estavam empregadas, não tinham condições no trabalho para terem os seus filhos, 75,5%, o qual distava entre 0 e 10 quilómetros dos locais de residência, 65,0%, após o parto iriam permanecer em casa 120 dias, 63,9%, e sabiam que quando reiniciassem a actividade profissional iriam ter 2 horas diárias destinadas à

amamentação dos bebés, 73,1%.

Considera-se importante realçar que tendo entrado em vigor a lei nº18/98 a partir do ano 2000, que estabelece a duração da licença de parto de 120 dias, 16.5% das mães permanecerão em casa após o parto um período de tempo inferior ao estabelecido por lei e 19.6% irão usufruir tempo superior, considerando-se estar este último resultado associado à possibilidade das mães optarem por gozar Licença de férias imediatamente a seguir à licença de maternidade.

No que se refere às condições no local de trabalho para terem os seus bebés é de realçar, dada a elevada percentagem de mães que referiram não ter condições, o facto da realidade das mães trabalhadoras no nosso país ser bem distinta da de outras mulheres de outros países, nomeadamente do Brasil, onde se encontra legislado na Constituição Brasileira e na Consolidação das Leis Trabalhistas o direito da mulher amamentar durante a jornada de trabalho e a garantia de creche para o bebé, tendo todas as empresas, com mais de 30 mulheres com idades superiores aos 16 anos, que oferecer creche para os seus filhos.

Quadro 10 - Distribuição do total das crianças segundo o tipo de parto

Tipo de parto	N	%
Parto		
Gemelar	10	1,6
Não gemelar	597	98,4
Total	**607**	**100,0**
Tipo de Parto		
Distócico	274	45,1
Eutócico	333	54,9
Total	**607**	**100,0**
Tipo de Parto Distócico		
Cesariana	216	78,8
Forceps	48	17,5
Ventosa	10	3,7
Total	**274**	**100,0**

Quadro 11 - Distribuição do total das crianças segundo o peso de nascimento

Peso do RN ao nascer	N	%
1500 - 2000	2	,3
2000 - 2500	26	4,3
2500 - 3000	131	21,6
3000 - 3500	255	42,0
3500 - 4000	155	25,5
4000 - 4500	29	4,8
4500 - 5000	9	1,5
Total	**607**	**100,0**

Quadro 12 - Distribuição do total das crianças segundo o género

Género	N	%
Masculino	328	54,0
Feminino	279	46,0
Total	**607**	**100,0**

Quadro 13 - Distribuição do total das mães segundo a idade, local de residência e estado civil

Variáveis Maternas	N	%
Idade Materna		
14 – 19	13	2,1
19 – 24	101	16,6
24 – 29	195	32,1
29 – 34	188	31,0
34 – 39	100	16,5
39 – 44	10	1,7
Total	**607**	100,0
Residência		
Rural	332	54,7
Urbana	275	45,3
Total	**607**	**100,0**
Estado Civil		
Solteira	44	7,2
Casada	557	91,8
Viúva	1	0,2
Divorciada	5	0,8
Total	**607**	**100,0**

Quadro 14 - Distribuição do total das mães segundo as Habilitações literárias

Escolaridade	N	%
1º ciclo	74	12,2
2º ciclo	150	24,7
3º ciclo	106	17,5
Secundário	130	21,4
Superior	147	24,2
Total	**607**	**100,0**

Quadro 15 - Distribuição do total das mães segundo a condição laboral

Condição laboral	N	%
Empregada	449	74,0
Desempregada	158	26,0
Total	**607**	**100,0**
Condições no trabalho para ter o bebé		
Sim	110	24,5
Não	339	75,5
Total	**449**	**100,0**
Distância de casa ao local de trabalho		
0-10	292	65,0
10-20	90	20,1
20-30	24	5,3
+30	43	9,6
Total	**449**	**100,0**
Tempo em casa após o parto		
-120 dias	74	16,5
120 dias	287	63,9
+120 dias	88	19,6
Total	**449**	**100,0**
Horas para amamentação		
0	39	8,7
1	44	9,8
2	328	73,1
4	4	0,9
6	2	0,4
Todas as necessárias	27	6,0
Não sabe	5	1,1
Total	**449**	**100,0**

Embora fosse esta a composição inicial da amostra em estudo (na primeira avaliação realizada às 48 horas de vida do RN) verificou-se posteriormente, com o decorrer do tempo, um abandono da pesquisa por parte de algumas das participantes tendo colaborado no segundo momento, aos 3 meses de vida dos bebés, um total de 405 pares, encontrando-se 264 a amamentar. Aos 6 meses de idade dos meninos, terceiro momento de avaliação, obtivemos resposta de 261 mães encontrando-se a amamentar 169, que na totalidade se mantiveram fieis à participação no estudo aos 12 meses. A perda de elementos da amostra deveu-se à não resposta aos questionários enviados aos 3 e 6 meses de idade dos meninos estudados.

2.3 - RECURSOS UTILIZADOS

Como recursos humanos para além do autor, contou-se com a orientação e apoio dos Srs. Professores Orientador e Coorientador e de um especialista em investigação, com a colaboração de todas as mães, sem as quais não seria possível a realização do trabalho, com as alunas do curso de Psicologia (colaboradoras na Investigação), que se encontravam a efectuar o seu estágio na Unidade de Intervenção Precoce desta Maternidade e que gentilmente o Senhor Professor Doutor Eduardo Sá disponibilizou para colaboração no ensaio piloto dos instrumentos utilizados na pesquisa, e com a Professora Rosa Moreira, professora responsável pela orientação e supervisão dos alunos do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, no primeiro momento de colheita de informação.

Todas as colaboradoras no acesso directo às intervenientes no estudo foram previamente contactadas no sentido de se proceder ao esclarecimento dos objectivos, finalidades do estudo, e técnica de colheita de informação a utilizar e informadas da importância da sua colaboração.

Consideramos oportuno referir que todas as mulheres que aceitaram participar no estudo foram esclarecidas quanto aos seus objectivos e finalidades, garantida a confidencialidade das suas informações e informadas das fases que permitiriam a consecução do estudo de campo.

Todas as informações anteriormente mencionadas foram prestadas através de uma prévia entrevista introdutória, que ocorreu no primeiro momento de colheita de dados, pelo que optámos por nada referir nos

questionários por nós elaborados.

Os recursos materiais englobam todo o tipo de material necessário à selecção, elaboração, tratamento informático, deslocações e execução gráfica que, pese embora, de difícil contabilização sentimos serem avultosos.

Quanto aos recursos de tempo cumpre-nos referir que o presente estudo decorreu entre Julho de 1997 e Outubro de 2002.

2.4 - TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de toda a informação foi realizado por computador e os procedimentos estatísticos utilizados foram a determinação de medidas de tendência central e de dispersão, procurando descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e os valores obtidos pelas medidas das variáveis em estudo. Tendo em vista a escolha dos testes estatísticos a aplicar no estudo inferencial, procurámos verificar se as variáveis "auto-estima", "IBFAT", "MAI", "MBFES" e "recursos familiares" apresentavam distribuição de resultados normal, ou aproximadamente normal. Para tal aplicámos o teste Kolmogorov-Smirnov. Os dados apresentados no Quadro 16 revelam que em todas aquelas variáveis, quer em termos globais quer em cada uma das suas dimensões, a distribuição dos resultados não podem ser consideradas normais. Este facto condicionou a escolha dos testes estatísticos a aplicar, dado que nesta situação é desaconselhado o uso de testes paramétricos.

Quadro 16 - Normalidade da distribuição dos resultados

Escala	z	p
Auto-estima materna		
Capacidade de cuidar do bebé	0,093	0,000
Capacidade e preparação geral para a função materna	0,131	0,000
Aceitação materna	0,080	0,000
Relação esperada com o bebé	0,136	0,000
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	0,071	0,000
Total	**0,053**	**0,000**
Infant Breastfeeging Assessement Tool (IBFAT)	0,134	0,000
Maternal Attachment Inventory (MAI)	0,173	0,000
Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) – 1º momento		
Prazer e Papel Maternal	0,144	0,000
Satisfação e Crescimento da Criança	0,181	0,000
Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna	0,126	0,000
Total	**0,142**	**0,000**
Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) – 2º momento		
Prazer e Papel Maternal	0,169	0,000
Satisfação e Crescimento da Criança	0,130	0,000
Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna	0,126	0,000
Total	**0,147**	**0,000**
Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES) – 3º momento		
Prazer e Papel Maternal	0,172	0,000
Satisfação e Crescimento da Criança	0,128	0,000
Estilo de Vida e Imagem Corporal Materna	0,148	0,000
Total	**0,146**	**0,000**
Family Strenghs/Recursos Familiares		
Orgulho familiar	0,160	0,000
Entendimento	0,119	0,000
Total	**0,088**	**0,000**

Neste contexto, por forma a analisarmos a significância das relações entre as variáveis utilizámos o teste de independência de $\chi 2$, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, coeficiente de correlação de Spearman´s e o teste de Friedman.

Para a análise e interpretação do conteúdo das mensagens procedemos à pré-análise, codificação e enumeração em função dos relatos maternos e posterior tratamento dos resultados, inferência e interpretação por forma a destacar as informações fornecidas.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação, análise e interpretação dos resultados, referentes, tal como mencionado anteriormente, à aplicação do instrumento utilizado em quatro momentos distintos de colheita de informação.

Assim, constituindo questões do questionário se as mães do estudo tinham irmãos e em caso afirmativo, se foram amamentados, analisando o quadro 17 podemos verificar que a maioria, 81.2%, das senhoras faziam parte de um subsistema filial composto por mais de um elemento e 81.5% sabiam ter sido os irmãos amamentados. É de facto pequena a percentagem de senhoras que nos referiram não saber se os irmãos foram amamentados resultado que nos surpreende se pensarmos que o tema amamentação pode não constituir, habitualmente, tema de diálogo familiar.

Quadro 17 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Tem irmãos? Foram amamentados?"

Irmãos Maternos	N	%
Tem Irmãos		
Sim	493	81,2
Não	114	18,8
Total	**607**	**100,0**
Foram Amamentados		
Sim	402	81,5
Não	41	8,4
Não sabe	50	10,1
Total	**493**	**100,0**

Ficou presente no quadro anterior que do total da amostra apenas 81.2% das mulheres tinham irmãos, no entanto, quando perguntámos se "Alguma vez viu a sua mãe a amamentar?" a totalidade das mulheres, incluindo as que compunham uma frataria constituída apenas por um

elemento, respondeu à questão, tendo-se por vezes observado que, embora a mulher nos tivesse referido que não tinha irmãos tinha visto a mãe a amamentar, facto que surpreendeu. Neste contexto, analisando o quadro 18, podemos realçar que é grande o número de mães que nunca viram a mãe a amamentar (62.3%), o que confirma que frequentemente a mulher da nossa sociedade não tem referências familiares favoráveis à amamentação.

Quadro 18 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Alguma vez viu a sua mãe a amamentar?"

Viu a mãe a amamentar	N	%
Sim	131	21,6
Não	378	62,3
Não se recorda	98	16,1
Total	**607**	**100,0**

O quadro 19 mostra a distribuição das respostas maternas relativamente a ser ou não frequente ver mulheres da comunidade onde vivem a amamentar. Através da sua análise verificamos que embora 75.9% do total da amostra afirmasse ser frequente é grande a percentagem de mulheres, 24.1%, que não vê outras mulheres da sua comunidade a amamentar, dado que parece confirmar a inexistência de práticas favoráveis à amamentação nos grupos de referência das mulheres do estudo.

Quadro 19 - Distribuição das respostas maternas à questão: "É frequente ver mulheres da comunidade onde vive a amamentar?"

Frequente ver mulheres a amamentar	N	%
Sim	461	75,9
Não	146	24,1
Total	**607**	**100,0**

Tendo presente que o facto da mulher ter ou não sido amamentada é factor relevante na sua decisão em iniciar e manter a amamentação dos

seus filhos questionámos as mães do estudo por forma a sabermos se tinham sido amamentadas e, perante uma resposta afirmativa, até que idade.

Analisando o quadro 20 é possível verificarmos que 74.3% das mães foram amamentadas, ou seja das 607 mães em estudo foram amamentadas 451, no entanto quanto à idade de amamentação apenas 200, 44.3%, das mulheres amamentadas, sabiam por quanto tempo. É de realçar que 14.8% do total das mães referiram não saber se foram amamentadas. Esta constatação mais uma vez gerou alguma estranheza atendendo a que a gravidez por norma aproxima a mulher da sua mãe, sendo também este período uma altura em que a mulher gosta de recordar o que com ela se passou enquanto criança.

Quanto às idades de amamentação das mulheres, que sabiam por quanto tempo foram amamentadas, observámos que oscilaram entre os 0 e os 36 meses, verificando-se uma maior percentagem, (47.5%), no grupo de mães que foram amamentadas para além do ano de idade. 17.5% das puérperas foram amamentadas até aos 6 meses e 16.5% apenas até aos 3 meses. A média da idade de amamentação foi de 11 meses, localizando-se a mediana nos 10 meses e a moda nos 12 meses. O desvio padrão calculado foi de 9.0 meses, revelando uma grande dispersão em relação à média da idade de amamentação das mães estudadas.

Os resultados mostram que o período de amamentação das mães do estudo foi grande, verificando-se forte adesão das suas mães à manutenção da amamentação. Atendendo às idades das mães

questionadas, podemos observar que a maior parte nasceu na década de 70, altura a partir da qual se começou a nível mundial a valorizar e a incrementar a prática da amamentação, facto que se pode ter reflectido na situação das mães em estudo.

Quadro 20 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Foi amamentada? Se sim até que idade?"

Amamentação Materna	N	%
Foi Amamentada		
Sim	451	74,3
Não	66	10,9
Não sabe	90	14,8
Total	**607**	**100,0**
Meses		
0 - 3	33	16,5
3 - 6	35	17,5
6 - 9	23	11,5
9 - 12	14	7,0
+ 12	95	47,5
Total	**200**	**100,0**

As experiências anteriores em matéria de amamentação sabemos que influenciam em muito a atitude e o comportamento da mulher no futuro. Neste sentido, questionámos as mães dos RN do estudo por forma a sabermos se tinham filhos anteriores, qual o seu número, se tinham amamentado o último filho anterior, até que idade praticaram a amamentação desse filho e como classificavam a sua experiência anterior de amamentação.

O quadro 21 mostra-nos a distribuição das suas respostas a estas questões. Analisando-o, constatamos que mais de metade das mães são primíparas, 52.2%, o que confirma que cada vez há maior número de casais com filhos únicos. As restantes mães, 47.8%, têm filhos cujo número oscila entre 1 e 7 filhos, sendo quase que na totalidade (80.7%) mães de 1

filho.

93.1% das crianças anteriores foram amamentadas o que nos mostra uma forte adesão destas mães à amamentação do filho anterior.

Quanto à duração de amamentação desse filho verificámos que oscilou entre 0 e 32 meses, observando-se que 28.9% das crianças foram amamentadas apenas até aos 3 meses, 21.5% até aos 6 meses, 21.8% até aos 9 meses e que até ao ano de idade apenas foram amamentados 7.8% das crianças.

Embora o intervalo de oscilação das idades de amamentação fosse até aos 32 meses somente 20.0% do total dos meninos anteriores foram amamentados para além do ano de idade. A média das idades de amamentação foi de 6.4 meses, localizando-se a moda no mês de idade e a mediana nos 5 meses. O desvio padrão foi de 5.8 meses.

É de realçar que se verificou elevado abandono da amamentação durante os 3 primeiros meses de vida da criança, o que nos levou a querer saber quando é que, neste período, o desmame ocorreu em maior percentagem. Verificou-se uma grande quebra da amamentação a partir do mês de vida tendo-se apurado que das 28.9% crianças amamentadas até aos 3 meses, 29.5% foram desmamados ainda antes de perfazerem o mês de vida, 32.0% durante o mês de idade e 38.5% dos 2 aos 3 meses.

Relativamente à classificação da experiência feita pela mulher com vivência anterior de amamentação 59.3% classificou-a de muito agradável e 30.4% das senhoras de agradável. 2.6% das mães referiram ter tido uma experiência desagradável ou muito desagradável.

Quadro 21 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Número de filhos anteriores? O último filho anterior foi amamentado? Até que idade? Se amamentou, como classifica a sua experiência anterior de amamentação?"

Filhos anteriores	N	%
Tem filhos		
Sim	290	47,8
Não	317	52,2
Total	**607**	**100,0**
Número		
1	234	80,7
2	37	12,8
3	8	2,8
4	5	1,7
5	2	0,7
6	3	1,0
7	1	0,3
Total	**290**	**100,0**
Último filho amamentado		
Sim	270	93,1
Não	20	6,9
Total	**290**	**100,0**
Meses de amamentação do último filho		
0 - 3	78	28,9
3 - 6	58	21,5
6 - 9	59	21,8
9 - 12	21	7,8
+ 12	54	20,0
Total	**270**	**100,0**
Experiência de amamentação		
Muito agradável	160	59,3
Agradável	82	30,4
Nem agradável/Nem desagradável	21	7,7
Desagradável	6	2,2
Muito desagradável	1	0,4
Total	**270**	**100,0**

A gravidez é uma situação fisiológica que exige uma atenção especial com a saúde da mãe e do filho, como tal, toda a grávida deve monitorizar regularmente o seu estado de saúde. Nesse sentido procurámos saber se as mães dos meninos do estudo fizeram consultas de vigilância de saúde e onde. Apurámos que sensivelmente a totalidade das mães, 99.5%, vigiaram a sua gravidez. Embora seja pequena a percentagem de senhoras que não vigiaram regularmente a gravidez, 0.5%, parece-nos não ser adequado nada referir a este propósito, dada a importância que as consultas médicas e de enfermagem, antes e durante a

gravidez, assumem na prevenção e detecção precoce de riscos e complicações e na promoção da saúde e bem estar da mãe e do bebé.

Quanto ao local onde as mães efectuaram consultas de seguimento da gravidez, analisando o quadro 22, verificamos que 38.9% das senhoras consultaram o médico particular, 30.0 % foram seguidas na maternidade e 16.7% no centro de saúde. É também possível observar que 14.4% das mães vigiaram a gravidez em dois locais em simultâneo tendo 11.8% sido assistidas conjuntamente no centro de saúde e na maternidade.

Quadro 22 - Distribuição do total das mães segundo a frequência e o local de consultas de vigilância da gravidez.

Consultas de vigilância de saúde	N	%
Frequência		
Sim	604	99,5
Não	3	0,5
Total	**607**	100,0
Local		
Centro de Saúde	101	16,7
Maternidade	181	30,0
Médico Particular	235	38,9
Centro de Saúde e Maternidade	71	11,8
Centro de Saúde e Médico Particular	11	1,8
Maternidade e Médico Particular	5	0,8
Total	**604**	**100,0**

Uma das recomendações da OMS que visa a promoção da amamentação é a de "*Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebés se mantenham juntos - 24 horas por dia*". Neste contexto procurámos saber se as díades que compõem o nosso estudo, durante a sua estada hospitalar, permaneceram sempre juntas.

É a distribuição das respostas das mães a esta questão que apresentamos no quadro 23. Analisando-o, verificamos que a maioria dos pares (97.2%), mãe/bebé, permaneceram juntos.

Os resultados permitem-nos afirmar que a prática de alojamento

conjunto durante o internamento foi bastante frequente ainda que não praticada na totalidade da amostra, embora constituísse factor de inclusão dos meninos no estudo serem saudáveis.

Quadro 23 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Desde que nasceu, o bebé tem permanecido durante todo o dia no quarto com a mãe?"

Bebé tem permanecido com a mãe	N	%
Sim	590	97,2
Não	17	2,8
Total	**607**	**100,0**

Os primeiros dias após a alta e a tensão que envolve o regresso a casa após o nascimento do bebé poderão interferir com a produção de leite e o sucesso da amamentação, sendo por isso importante que a mãe possa contar com a ajuda de familiares e/ou amigos por forma a evitar um excesso de actividade.

Procurámos saber se as mães dos meninos perspectivavam ter ajuda, e de quem, aquando da sua ida para domicílio.

O quadro 24 mostra-nos que a maioria das mães esperavam ter ajuda, 90.8%, que a 59.5% das mães seria dada pelo marido, resultado que consideramos extremamente positivo se tivermos em conta que é este, sem dúvida, a melhor pessoa para ajudar a esposa, 45,7% das senhoras contavam com a ajuda da sua própria mãe e 35.0% com o apoio de outros, apurando tratar-se de outros familiares ou de uma empregada.

Quadro 24 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Quando for para casa prespectiva ser ajudada nas suas lides domésticas e nos cuidados ao bebé? Por quem?"

Ajuda	N	%
Perspectiva ter		
Sim	551	90,8
Não	56	9,2
Total	**607**	**100,0**
Dada por		
Marido/Companheiro	328	59,5
Mãe	252	45,7
Outros	193	35,0

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

Alguns dos resultados de estudos que tivemos oportunidade de conhecer relatam-nos, com alguma frequência, que habitualmente a mãe considera adequado amamentar o seu filho num período geralmente superior ao que efectivamente vem a desenvolver. Neste contexto e porque pretendíamos conhecer se a mãe tinha presente o período total recomendado de amamentação, questionámos as mães dos meninos nesse sentido. Apurámos que 3.6% das mães inquiridas não faziam ideia do tempo considerado adequado para amamentação. As restantes senhoras, 96.4%, referiram-nos um período de tempo que oscilou entre os 0 e os 48 meses.

Analisando o quadro 25 observamos que cerca de metade das mães (50.3%) consideravam adequado amamentar o filho por um período superior aos 12 meses, 23.9% até aos 6 meses e 20.9% até aos 9 meses. A média do tempo adequado de amamentação considerado pelas mães foi de 9.0 meses com um desvio padrão de 5.6 meses, a moda localizou-se nos 12 meses e a mediana nos 9 meses.

Quadro 25 - Distribuição do total das mães segundo o tempo que considera adequado para amamentação dos seus filhos.

Tempo adequado para amamentação	**N**	**%**
Sabe	585	96,4
Não Sabe	22	3,6
Total	**607**	**100,0**
Meses		
0-3	5	0,8
3-6	140	23,9
6-9	122	20,9
9-12	24	4,1
+12	294	50,3
Total	**585**	**100,0**

Analisando o quadro 26, que mostra a distribuição das respostas maternas quanto à altura em que tomaram a decisão de amamentar o seu

bebé, que apurámos ter sido na totalidade por opção pessoal, e a opinião dos seus maridos quanto à sua decisão, verificamos que a maioria das mães dos meninos estudados tomaram a decisão de amamentar antes de engravidar, 83.0%, e que o marido foi concordante com a decisão em 94.9%.

Afigura-se-nos que os resultados que obtivemos poderão ser positivos no sucesso da amamentação considerando-se que uma mulher motivada e decidida a amamentar o seu filho ainda antes de engravidar e que se sente apoiada na sua decisão por parte do marido habitualmente é mais confiante na sua capacidade de lactação.

Quadro 26 - Distribuição do total das mães segundo a altura em que tomaram a decisão de amamentar e a opinião dos maridos.

Decisão de amamentar	**N**	**%**
Tomou a decisão		
Antes de engravidar	504	83,0
1º trimestre	41	6,8
2º trimestre	5	0,8
3º trimestre	6	1,0
Durante o parto	10	1,6
No pós parto	41	6,8
Total	**607**	**100,0**
Opinião do marido		
Concorda	576	94,9
Não concorda nem discorda	6	1,0
Discorda	25	4,1
Total	**607**	**100,0**

Os resultados do estudo realizado pela Direcção Geral de Saúde em 1997 permitiram afirmar que "*A totalidade das mães conhece as vantagens do aleitamento materno (...)*", facto que nos levou a querer saber se também as mães dos meninos do presente estudo conheciam as vantagens da amamentação, pelo que incluímos no nosso questionário a questão "Considera ser a amamentação vantajosa para a mãe, criança, ambos ou nenhum? Porquê?".

Nos quadros 27 e 28 apresentamos as suas respostas, verificando que 98.8% das mães consideravam existir vantagens em amamentar e que

a maioria, (80.5%), referiu ser a amamentação vantajosa para a díade. Das restantes senhoras 19.1% considerava existir vantagens apenas para a criança e somente 0.2% (1) atribuiu vantagens da amamentação exclusivamente para a mãe.

Constatámos que 0.2% das mães referiram que a amamentação não envolvia benefícios maternos nem para o seu filho. Embora seja uma pequena percentagem, considerámos oportuno realçar este dado e procurar esclarecer o motivo de tal afirmação. Através da análise das respostas à segunda parte da questão apurámos que se tratava de uma primípara que referia muita dor com a amamentação, facto que julgamos ter influenciado a sua resposta.

As restantes mães, tal como se observa no quadro 24 que relata as vantagens da amamentação mencionadas pelos elementos que compõem a amostra, apresentaram um diversificado leque de respostas, tendo optado por as incluir na totalidade e categorizado de acordo com os seus próprios dizeres, por nos parecer mais adequado por forma a não enviesar o conteúdo das mensagens. A sua análise possibilita-nos apreciar o número de vezes que cada vantagem foi mencionada pela totalidade das mães do estudo que referiram trazer a amamentação benefícios para a criança, para a mãe e para ambos.

Podemos verificar ser grande a percentagem de mulheres que refere ser o leite materno o melhor alimento para a criança, (40.9%), sendo apontado de seguida o seu efeito protector na incidência de doenças na criança, mencionada por 22.1% das mães, e de ser considerado mais saudável, focado por 16.5% das senhoras. 13.0% das mães focaram como

vantagem o facto da amamentação permitir uma involução uterina mais rápida e igual percentagem referiu o seu efeito benéfico no prolongamento da proximidade física da mãe com o filho.

Consideramos adequado realçar que, embora não tenham sido focadas todas as vantagens da amamentação e que os benefícios atribuídos não foram mencionados por igual número de senhoras, as mulheres do estudo referiram benefícios da amamentação, para a mãe e para a criança, físicos, psíquicos, económicos e sociais, todavia, 5.9% focou não saber quais as vantagens da amamentação.

Quadro 27 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Considera ser a amamentação vantajosa para: a mãe, a criança, ambos ou nenhum?"

Vantagens	N	%
Ninguém	1	0,2
Mãe	1	0,2
Criança	116	19,1
Ambos	489	80,5
Total	**607**	**100,0**

Quadro 28 - Distribuição das respostas das mães que consideram existir vantagens da amamentação.

Vantagens	N	%
É o melhor leite para o bebé	248	40,9
Previne doenças na criança	134	22,1
Mais saudável	100	16,5
Ajuda na recuperação materna	79	13,0
Favorece a proximidade física mãe/filho	79	13,0
Maior ligação afectiva	66	10,8
Sempre pronto e à temperatura ideal	59	9,7
Cómodo	45	7,4
Económico	30	4,9
Fornece anticorpos	17	2,8
Maior realização materna	7	1,1
Evita problemas futuros na mama	7	1,1
Previne o cancro da mama	6	0,9
Higiénico	5	0,8
Melhor desenvolvimento do bebé	5	0,8
O leite é do bebé	4	0,6
Momento único	3	0,4
Desenvolve os maxilares	1	0,1
Transmite segurança ao bebé	1	0,1
Não tem horários	1	0,1
Melhor crescimento do bebé	1	0,1
Não sabe	36	5,9

Embora seja reconhecida cientificamente a ineficácia da preparação das mamas e mamilos durante a gravidez para a posterior amamentação quisemos saber se as mães dos meninos estudados foram aconselhadas a fazê-la e que técnica foram ensinadas a utilizar.

O quadro 29 permite observar que a indicação de preparação da mama e mamilo para a amamentação continua a ser um tema de ensino bastante frequente sendo que 65.4% das mães referiram ter recebido esse conselho. Das 397 senhoras aconselhadas 20, 5.0%, decidiram não efectuar qualquer preparação. As restantes, 377, maioritariamente, 95.5%, referiram ter feito massagem mamilar com aplicação de creme hidratante.

Quadro 29 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Foi aconselhada a fazer preparação da mama e mamilo para a amamentação? Que tipo de preparação efectuou?"

Preparação dos mamilos	N	%
Foi aconselhada a fazer Preparação		
Sim	397	65,4
Não	210	34,6
Total	**607**	100,0
Tipo de Preparação		
Massagem com creme hidratante	360	95,5
Retirar colostro	15	3,9
Massagem com álcool	1	0,3
Uso de estimulador artificial	1	0,3
Total	**377**	**100,0**

A 4ª recomendação da OMS no sentido de promover a amamentação bem sucedida é "*Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o parto*". Neste contexto, procurámos saber junto das participantes no estudo em que momento do pós parto imediato aconteceu e como ocorreu a primeira mamada do RN.

Analisando o quadro 30, observamos que do total dos meninos da amostra apenas 6.3% foi de imediato amamentado após o parto, ou seja ainda na sala de partos, período que considerámos ser a primeira meia

hora após o nascimento, e que 93.7% foram amamentados pela primeira vez fora da sala de partos. Destes, segundo as mães, 56.0 % foram amamentados ainda na primeira hora de vida e 37.7% após este período.

No que se refere ao modo como ocorreu a primeira mamada apurámos que, das 6.3% crianças amamentadas ainda na sala de partos, somente 36.8% foram de imediato colocados sobre a mãe e foi nessa altura que mamaram pela primeira vez, e que das restantes crianças que foram amamentadas após a primeira meia hora de vida, (93.7%), 64.9% não receberam qualquer líquido antes da primeira mamada mas a 9.8% foi dado outro alimento antes do leite da mãe. Cerca de ¼ das mães dos RN que foram amamentados pela primeira fez após a permanência na sala de partos não sabiam se os seus filhos tinham mamado outro líquido antes de ter ocorrido a primeira mamada.

Quadro 30 - Distribuição das respostas maternas de acordo com o momento e modo como ocorreu a primeira mamada dos seus filhos.

Amamentação do RN	N	%
Mamou a 1ª vez		
Na sala de partos	38	6,3
Na 1ª hora de vida, mas não na sala de partos	340	56,0
Após a 1ª hora	229	37,7
Total	**607**	**100,0**
Imediatamente colocado sobre a mãe		
Sim	14	36,8
Não	24	63,2
Total	**38**	**100,0**
Recebeu outro líquido		
Sim	56	9,8
Não	369	64,9
Não sabe	144	25,3
Total	**569**	**100,0**

Ao questionarmos as mães sobre o sentimento que vivenciaram nesta primeira mamada, analisando o quadro 31, verificamos que a maioria, (92.1%), classificou a primeira experiência de amamentação como muito agradável (61.8%) ou agradável (30.3%). 3.0% das mães, que na

totalidade tinham amamentado pela primeira vez após a primeira meia hora de vida do RN, afirmaram ter sido uma experiência desagradável ou muito desagradável, facto que, no nosso entender, se pode tornar de mau prognóstico no sucesso da amamentação se tivermos presente a importância que assume a qualidade das relações veiculadas nas primeiras horas de vida no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

Quadro 31 - Distribuição das respostas maternas relativamente ao sentimento que experienciaram na primeira mamada dos seus filhos.

Experiência da 1ª vez	N	%
Muito Agradável	375	61,8
Agradável	184	30,3
Nem agradável nem desagradável	30	4,9
Desagradável	14	2,3
Muito desagradável	4	0,7
Total	**607**	**100,0**

Atendendo a que a mulher após o parto pode estar insegura para amamentar e a criança, embora possa sugar, talvez não consiga mamar numa posição adequada considera-se determinante a ajuda que lhe é oferecida para que amamente com sucesso.

Neste contexto, interrogámos as mães do estudo acerca da ajuda que lhes foi dada quando pela primeira vez amamentaram os seus filhos e sobre quem a prestou e verificámos que, como relata o quadro 32, a 92.1% das mães foi dada ajuda que na maioria foi prestada por profissionais de enfermagem (95.5%).

Tendo presente a importância do envolvimento do pai no sucesso da amamentação e sabendo que é prática na instituição onde decorreu o estudo a presença do marido/companheiro junto da mãe durante o parto apurámos que quando a criança foi pela primeira vez colocada à mama apenas 3.4% das mulheres foram ajudadas pelos seus maridos/companheiros sendo,

em 2.9% das situações a ajuda apenas prestada pelos maridos/companheiros e em 0.5% pelos maridos/companheiros e enfermeiros.

Esta constatação gerou a seguinte questão: Será que o pouco envolvimento do pai na primeira mamada se deve à sua falta de informação e esclarecimento, à pouca relevância que os profissionais atribuem ao envolvimento do pai no modo de alimentação dos seus filhos ou ao facto de, na maioria das vezes, quando a criança é posta pela primeira vez a mamar já não se encontra na sala de partos e o pai está ausente?

Quadro 32 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Teve ajuda na primeira vez que deu de mamar ao seu filho? Quem a prestou?"

Ajuda na 1ª mamada	**N**	**%**
Teve ajuda		
Sim	559	92,1
Não	48	7,9
Total	**607**	**100,0**
Prestada por		
Marido	16	2,9
Enfermeiro	534	95,5
Médico	2	0,4
Outros	4	0,7
Marido/Enfermeiro	3	0,5
Total	**559**	**100,0**

Tendo interrogado as mães sobre o suporte informativo prestado pelos profissionais de saúde relativamente à amamentação dos seus filhos, considerado de primordial relevância no sucesso do aleitamento materno e que todas as mães devem beneficiar, analisando o quadro 33 observamos que as senhoras do estudo não beneficiaram na sua totalidade de informação esclarecedora sobre amamentação. Maioritariamente as mães que receberam esclarecimentos referiram ter-lhes sido dado conselhos sobre cuidados a ter com a mama e o mamilo, horário das refeições, tempo da mamada e colocação do bebé à mama.

Quadro 33 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Que informação recebeu sobre amamentação desde que o bebé nasceu?"

Informação	N	%
Cuidados com a mama e mamilo	456	75,1
Horário das refeições	447	73,7
Possíveis problemas que poderão surgir	162	26,7
Colocação do bebé à mama	405	66,7
Terminus da mamada	129	21,3
Tempo de mamada	407	67,1
Outros	5	0,8
Nenhuma informação	36	5,9

O quadro 34 mostra a distribuição das respostas maternas quanto ao modo como os filhos mamaram durante o internamento (intervalo, duração, técnica) e onde decorreram as mamadas.

Apreciando-o, observamos que, embora se preconize que a criança mame sempre que quer, durante o tempo que quer, de uma ou das duas mamas segundo a sua vontade e num local calmo e sossegado, apenas 26.9% dos RN mamaram sempre que quiseram, somente 59.8% das crianças durante o tempo que quiseram, apenas 23.9% de uma ou das duas mamas segundo a vontade do bebé e 88.6% dos RN num local calmo e sossegado sem interferência de terceiros.

Quadro 34 - Distribuição das respostas maternas de acordo com o modo como o bebé mamou durante o internamento.

Modo como o bebé tem mamado	N	%
Frequência		
Sempre que quer	163	26,9
Com intervalos regulares	444	73,1
Total	**607**	**100,0**
Duração		
Durante o tempo que quer	363	59,8
Durante um tempo determinado	244	40,2
Total	**607**	**100,0**
Técnica		
De uma ou das duas mamas, segundo a vontade do bebé	145	23,9
Só de uma mama	221	36,4
Sempre das duas mamas em cada mamada interrompendo a mamada para que o bebé mame sempre das duas	241	39,7
Total	**607**	**100,0**
Local		
Calmo e sossegado	538	88,6
Em qualquer local	69	11,4
Total	**607**	**100,0**

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

Anteriormente perguntámos às mães como classificavam a experiência de amamentação quando alimentaram os seus filhos pela primeira vez, de momento quisemos saber, decorridos os dois primeiros dias após o parto, como classificavam a sua experiência de amamentação. A distribuição das suas respostas a esta questão é o que podemos apreciar no quadro 35. Verificamos que comparativamente à anterior classificação feita pelas mães houve diminuição nos níveis de prazer vivenciados com a experiência de amamentação, sendo que mais de metade das mães (57.3%) referem-na como sendo muito agradável, 33.8% de agradável e 3.7% das senhoras qualificaram-na como sendo desagradável ou muito desagradável.

Quadro 35 - Distribuição das respostas maternas relativamente ao sentimento que experienciaram com a amamentação dos filhos.

Experiência de amamentação	N	%
Muito Agradável	348	57,3
Agradável	205	33,8
Nem agradável nem desagradável	32	5,2
Desagradável	15	2,5
Muito desagradável	7	1,2
Total	**607**	**100,0**

A OMS refere que todos os profissionais de saúde devem encorajar o aleitamento sob livre procura, o que implica permitir que o bebé mame sempre que quer, durante o tempo que quer, de uma ou das duas mamas segundo a sua vontade e num local calmo e sossegado. Nesse sentido procurámos saber como tinham os profissionais de saúde ensinado as mães a amamentar os bebés.

Analisando o quadro 36, conclui-se que foi pequena a percentagem de mães aconselhada a amamentar de acordo com o preconizado pela

OMS sendo que somente 14.1% das mães foram ensinadas a amamentar o bebé sempre que quer, apenas 35.3% durante o tempo que o bebé quer e uma pequena percentagem, 20.0%, de uma ou das duas mamas segundo a vontade do bebé. No que se refere ao ambiente da mamada 78.1% das mães referiram ter sido ensinadas a amamentar num local calmo e sossegado.

É ainda possível verificar que 3.8% das mães referiram que não lhes foi dado qualquer esclarecimento sobre como amamentar os seus filhos e que há grande divergência no conteúdo das mensagens.

Quadro 36 - Distribuição das respostas maternas segundo o modo como foram ensinadas a amamentar os filhos.

Ensino acerca do modo de amamentação	N	%
Frequência		
Sempre que quer	72	14,1
Com intervalos regulares	437	85,9
Total	**509**	**100,0**
Duração		
Durante o tempo que quer	146	35,3
Durante um tempo determinado	268	64,7
Total	**414**	**100,0**
Técnica		
De uma ou das duas mamas, segundo a vontade do bebé	92	20,0
Só de uma mama	145	31,4
Sempre das duas mamas em cada mamada interrompendo a mamada para que o bebé mame sempre das duas	224	48,6
Total	**461**	**100,0**
Local		
Calmo e sossegado	164	78,1
Em qualquer local	46	21,9
Total	210	100,0
Nenhum ensino	23	3,8

Porque o comportamento alimentar do RN no período neonatal precoce é factor importante na motivação da mãe para amamentar e no sucesso da amamentação questionámos as mães dos meninos sobre a forma como o bebé mamou na última mamada servindo-nos da IBFAT e observámos que, como relata o quadro 37, 5.6% dos meninos foram

colocados a mamar profundamente adormecidos e 34.9% sonolentos, verificando-se, à semelhança do afirmado por Gomes-Pedro (1999), que também nos meninos do estudo se menosprezou o seu estado no início da amamentação.

O comportamento alimentar dos RN oscilou entre 2 e 12 pontos verificando-se que sensivelmente metade dos meninos, 50.7%, mamaram sem dificuldade, 40.4% moderadamente e 8.9% mamaram com muita dificuldade. A média do comportamento alimentar dos meninos foi de 9.3 pontos com um desvio padrão de 2.2, a moda localizou-se nos 12 pontos e a mediana nos 10. No que se refere ao sentimento da mãe face ao modo como o bebé mamou apurámos que 41.4% referiram estar satisfeitas e 29.3% muito satisfeitas. 5.9% das mães manifestaram-se insatisfeitas.

Quadro 37 - Comportamento alimentar do RN.

Comportamento alimentar do RN	**N**	**%**
Estado		
Profundamente adormecido	34	5,6
Sonolento	212	34,9
Calmo e acordado	175	28,8
A chorar	186	30,6
Total	**607**	**100,0**
Comportamento alimentar		
0-6	54	8,9
7-9	245	40,4
10-12	308	50,7
Total	**607**	**100,0**
Satisfação materna		
Insatisfeita	36	5,9
Razoavelmente satisfeita	142	23,4
Satisfeita	251	41,4
Muito satisfeita	178	29,3
Total	**607**	**100,0**

Quando se procurou conhecer a auto-estima das mães dos meninos do estudo verificámos que, como se observa no quadro 38, em termos globais a totalidade apresentou níveis que oscilaram entre 141 e

228 pontos. A média das pontuações obtidas foi de 184.8 pontos, com um desvio padrão de 19.3. A moda localizou-se nos 159 pontos e a mediana nos 187.

No que se refere às dimensões da auto-estima verificámos que na sub-escala Capacidade de cuidar do bebé as pontuações obtidas pelas mães oscilaram entre os 23 e os 50 pontos tendo 89.3% pontuação que se situou entre os 30 e os 50 pontos. A média das pontuações foi de 35.7 com um desvio padrão de 5.6, a moda localizou-se nos 33 pontos e a mediana nos 35. Quanto à dimensão Capacidade e preparação geral para a função materna observámos que as pontuações oscilaram entre os 20 e os 40 pontos obtendo 99.3% das mães classificação que se localizou entre os 24 e 40 pontos. A média das pontuações das mães nesta sub-escala foi de 34.7 com um desvio padrão de 4.4 pontos, a mediana localizou-se nos 36 e a moda nos 40 pontos. A nível da Aceitação materna a totalidade das mães obteve pontuação entre 30 e 50 pontos, sendo a média de 39.9 pontos e o desvio padrão de 3.9. A moda localizou-se nos 37 pontos e a mediana nos 40. Relativamente à dimensão Relação esperada com o bebé apurámos que as pontuações oscilaram entre os 25 e 45 pontos e que 98.8% das senhoras obtiveram pontuação entre 27 e 45 pontos. A média foi de 38.6 e o desvio padrão de 5.1 pontos. A moda localizou-se nos 45 pontos e a mediana nos 40. Na sub-escala Sentimentos respeitantes à gravidez, tabalho de parto e parto as pontuações das mães oscilaram entre os 15 e 50 pontos, 81.1% das senhoras tiveram pontuação entre os 30 e 50 pontos e a moda localizou-se nos 30 pontos. A média foi de 35.6 com um desvio padrão de 6.9 e a mediana localizou-se nos 36.

Quadro 38 - Auto-Estima Materna.

Auto-Estima Materna	N	%
A - Capacidade de cuidar do bebé		
10-30	65	10,7
30-50	542	89,3
Total	**607**	**100,0**
B - Capacidade e preparação geral para a função materna		
8-24	4	0,7
24-40	603	99,3
Total	**607**	**100,0**
C - Aceitação materna		
10-30	-	0,0
30-50	607	100,0
Total	**607**	**100,0**
D - Relação esperada com o bebé		
9-27	7	1,2
27-45	600	98,8
Total	**607**	**100,0**
E - Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto		
10-30	115	18,9
30-50	492	81,1
Total	**607**	**100,0**
Auto-estima total		
47-141	-	0,0
141-235	607	100,0
Total	**607**	**100,0**

No que se refere à percepção materna dos recursos familiares verificamos, observando o quadro 39, que em termos globais as pontuações atribuídas pelas mães oscilaram entre 19 e 57 pontos tendo 93.4% das mães obtido uma classificação entre 36 e 60 pontos. A média das pontuações foi de 44.1 com um desvio padrão de 6.2, a moda localizou-se nos 48 pontos e a mediana nos 45.

Quanto à dimensão Orgulho familiar as pontuações das mães oscilaram entre 12 e 35 pontos tendo-se situado 96.9% das mães entre 21 e 35 pontos. A moda localizou-se nos 35 pontos, a média foi de 29.1 com um desvio padrão de 4.8 pontos e a mediana localizou-se nos 30 pontos.

Na dimensão Entendimento familiar observámos que oscilou entre 5 e 22 pontos, que somente 62.6% das senhoras obteve classificação

superior a 15 pontos e que foi também nos 15 pontos que se localizaram a moda e a mediana. A média foi de 14.9 e o desvio padrão de 2.9 pontos.

Quadro 39 - Recursos Familiares percepcionados pelas mães.

Recursos Familiares	N	%
Orgulho familiar		
7-21	19	3,1
21-35	588	96,9
Total	**607**	**100,0**
Entendimento familiar		
5-15	227	37,4
15-25	380	62,6
Total	**607**	**100,0**
Recursos familiares total		
12-36	40	6,6
36-60	567	93,4
Total	**607**	**100,0**

Quanto ao tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento na maternidade apurámos que, observando o quadro 40, apenas 88.1% dos meninos mamaram apenas leite materno.

A OMS (1989) recomenda "*(...) não dar ao RN outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico (...)*". No nosso estudo não perguntávamos o motivo da administração do leite sintético pelo que não sabemos se a percentagem de crianças que fizeram suplementação do leite materno foi por conselho médico, no entanto, constituiu critério de inclusão dos meninos no estudo serem RNs saudáveis e, segundo a mesma fonte, "*(...)o leite materno é o alimento ideal para a maioria dos RNs saudáveis(...)*".

Quadro 40 - Distribuição das respostas maternas segundo o tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento.

Tipo de leite	N	%
Leite materno	357	88,1
Leite materno e artificial	48	11,9
Total	**405**	**100,0**

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

A promoção da amamentação requer por parte dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, o conhecimento prévio das dificuldades com que a mulher se poderá deparar ao amamentar e o desenvolvimento de cuidados antecipatórios que visem prevenir o seu aparecimento. Neste contexto, questionámos as mães do estudo sobre as dificuldades que tiveram ao amamentar os seus filhos durante o internamento. Analisando o quadro 41, podemos observar que sentiram dificuldades na amamentação 26.2% das mães, mais de ¼ do total observado.

Quadro 41 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Durante o internamento sentiu dificuldades quando amamentava o seu filho?"

Sentiu dificuldades	N	%
Sim	106	26.2
Não	299	73,8
Total	**405**	**100,0**

Quando se procurou estudar as dificuldades sentidas, como se observa no quadro 42, 7.5% das senhoras, embora tivessem referido ter dificuldades, não as especificaram. As restantes, 92.5%, mencionaram um largo e diversificado leque de dificuldades, das quais destacamos: dificuldade em colocar o bebé a mamar (48.9%), mamilos dolorosos e fissurados (19.3%), engurgitamento mamário (15.3%) e gretas mamilares (14.2%).

Os resultados sugerem que grande percentagem das dificuldades apresentadas pelas mães resultam da falta de esclarecimento e de assistência cuidada e devem-se mais a problemas centrados na própria mulher.

ICBAS

Quadro 42 - Dificuldades sentidas pelas mães na amamentação do filho, ainda na maternidade.

Dificuldades	N	%
Colocação do bebé à mama	48	48,9
Mamilos dolorosos e fissurados	19	19,3
Engurgitação mamária	15	15,3
Gretas nos mamilos	14	14,2
Mamilo curto	11	11,2
Bebé sonolento	10	10,2
Dor na mama	8	8,1
Dúvida acerca da quantidade de leite que produz	7	7,1
Bebé recusava-se a mamar	5	5,1
Cumprimento do horário, aconselhado, das mamadas	4	4,0
Cumprimento da duração, aconselhada, das mamadas	3	3,0
O bebé não conseguia agarrar o mamilo de silicone	3	3,0
Colocar a criança a eructar	2	2,0
Falta de auxílio	2	2,0
Adoptar posição para dar de mamar	2	2,0
Mastite	1	1,0
Bebé não aumentava de peso	1	1,0
Bebé chorava	1	1,0
Inexperiência materna	1	1,0
Ansiedade materna	1	1,0
Medicação materna	1	1,0

Os dias de internamento da mulher na maternidade também são de aprendizagem. Nesse sentido, os enfermeiros devem desenvolver acções educativas que visem oferecer informação e esclarecimentos necessários, preparando a mulher para a alta e durante a alta, por forma a minorar algumas dificuldades com que se poderão deparar no domicílio.

Ao analisarmos o quadro 43 podemos verificar que, quando se perguntou à mãe se lhe tinham sido feitos ensinos sobre amamentação no momento da alta, mais de metade das mulheres, 57.3%, referiram que não. Junto das restantes senhoras, 42.7%, às quais foram efectuados ensinos, apurámos que os enfermeiros foram os profissionais de saúde que desenvolveram esta actividade a 61.8% das mães, os médicos junto de

18.5% das senhoras e que esta acção foi desenvolvida conjuntamente por enfermeiros e médicos a 19.7% das mães.

Os resultados sugerem que, junto das mulheres do estudo, esta actividade não foi muito valorizada pelos profissionais de saúde, no entanto, quando se desenvolveu foram os enfermeiros que em maior número a efectuaram.

Quadro 43 - Distribuição das respostas maternas à questão: "No momento da alta reforçaram-lhe os ensinos sobre amamentação?"

Ensinos realizados na alta	N	%
Teve ensinos		
Sim	173	42,7
Não	232	57,3
Total	**405**	**100,0**
Prestados por		
Enfermeiro	107	61,8
Médico	32	18,5
Enfermeiro/Médico	34	19,7
Total	**173**	**100,0**

Considerando que no momento da alta se deve providenciar e reforçar informação acerca da técnica da mamada, posição, frequência, duração e terminus, alimentação materna, tipo de vida materna, uso de medicamentos, hábitos sociais e possíveis problemas que poderão surgir, sua prevenção e resolução, entre outros, procurámos saber, junto das mulheres que referiram ter usufruído de ensinos preparatórios para a alta, quais os ensinos efectuados.

No quadro 44 apresentamos, segundo o relato materno, os ensinos feitos. Analisando-o é possível constatar que o ensino sobre amamentação realizado no momento da alta com maior frequência foi sobre a frequência das mamadas, 59.0%, logo seguido da duração, 27.4%, e cuidados à mama e mamilo, 26.7%.

Quadro 44 - Distribuição das respostas maternas segundo o ensino efectuado no momento da alta.

Ensino	N	%
Frequência da mamada	86	59,0
Duração da mamada	40	27,4
Cuidados à mama e mamilo	39	26,7
Técnica da mamada	33	22,6
Final da mamada	24	16,4
Outros	22	15,0
Alimentação materna	7	4,8
Posição	6	4,1
Ambiente da mamada	5	3,4
Medicação materna	2	1,4
Vida materna	1	0,7

Por pensarmos ser oportuno especificar o conteúdo das mensagens relativamente a cada um dos aspectos referidos nos ensinos realizados pelos profissionais de saúde que assistiram a mulher, optámos por fazer a sua análise que, de acordo com os dizeres maternos, se podem observar no quadro 45. Ainda que extenso, analisando-o verificamos existir alguma diversidade de assuntos, grande divergência do conteúdo relativamente ao mesmo aspecto e conselhos perfeitamente opostos ao recomendado pela OMS, nomeadamente, entre outros, alimentar o bebé de 3-3 horas, dar de mamar durante 10 a 30 minutos, lavar as mamas antes das mamadas e colocar os dedos na mama em forma de pinça.

Quadro 45 - Especificação dos ensinos efectuados no momento da alta.

Ensino	N	%	Especificação	N	%
Frequência	86	59,0			
			➢ Amamentar de 3 - 3 horas	25	29,0
			➢ Deixar o bebé dormir mesmo se ultrapassar o horário da mamada	10	11,6
			➢ Dar de mamar sempre que o bebé quer	7	8,1
			➢ O intervalo da mamada à noite pode ser de seis horas	4	4,7
			➢ Como fazer se o bebé não acordar para mamar	2	2,3
			➢ Só amamentar nas horas das mamadas	2	2,3
Duração	40	27,4			
			➢ Dar de mamar durante 10 - 30 minutos	11	28,0
			➢ Dar de mamar durante o tempo que o bebé quer	8	20,0
			➢ Não deixar a criança mamar mais de 30 minutos	2	5,0
			➢ Não deixar o bebé adormecer durante a mamada	1	2,5
			➢ Amamentar o bebé durante um tempo determinado	1	2,5
			➢ Não forçar o bebé a mamar	1	2,5

Quadro 45 (continuação) - Especificação dos ensinos efectuados no momento da alta.

Ensino	N	%	Especificação	N	%
Cuidados com a mama e o mamilo	39	26,7			
			➢ Como tratar gretas	5	12,8
			➢ Cuidados a ter com a mama engurgitada	4	10,2
			➢ Cuidados de higiene	4	10,2
			➢ Prevenção de gretas	3	7,7
			➢ Prevenção de mastites	3	7,7
			➢ Como tratar fissuras	2	5,1
			➢ Lavar as mamas antes das mamadas	4	10,2
Técnica da mamada	33	22,6			
			➢ Dar de mamar sempre das duas mamas	7	21,2
			➢ Alternar as mamas nas mamadas	7	21,2
			➢ Colocar a mão em forma de pinça	1	3,0
			➢ Suspender a mama para que o bebé respire	1	3,0
			➢ Como usar os mamilos de silicone	1	3,0
			➢ Dar de mamar apenas de uma mama	1	3,0
Final da mamada	24	16,4			
			➢ Colocar gota de leite no mamilo após as mamadas	13	54,1
			➢ Retirar o excesso de leite	5	20,8
Outros	22	15,0			
			➢ Manter a amamentação até poder	5	22,7
			➢ Benefícios da amamentação	4	18,1
			➢ Como actuar em caso de febre da mãe	2	9,0
			➢ Cada criança é diferente	2	9,0
			➢ Conservação do leite materno	1	4,5
			➢ Falar com o bebé durante a mamada	1	4,5
			➢ Dar de mamar e no fim tirar o leite e dar no biberão	1	4,5
Alimentação materna	7	4,8			
			➢ Ingestão de água	1	14,3
Posição	6	4,1			
			➢ A mãe deve adoptar uma posição confortável	2	33,3
			➢ Posição do bebé	2	33,3
			➢ Colocação do bebé à mama	2	33,3
Ambiente da mamada	5	3,4			
			➢ A mãe deve relaxar durante a mamada	1	20,0
Medicação	2	1,4			
			➢ Não se automedicar	2	100,0
Vida Materna	1	0,7			
			➢ Evitar aborrecimentos	1	100,0

A distribuição às mães, durante o internamento ou no momento da alta, de informação escrita, de modo acessível, sobre amamentação, onde a mulher poderá esclarecer possíveis dúvidas e saber como actuar em situação de dificuldade, quando já se encontra em casa e não tem nenhum profissional de saúde por perto para a ajudar, poderá contribuir para o seu sucesso. Neste sentido, perguntámos às mães do estudo se tinham

recebido qualquer documento escrito cujo conteúdo se centrasse na amamentação.

Analisando o quadro 46 é possível observar que as mães estudadas na maioria, 83.0%, não receberam informação escrita sobre amamentação, sugerindo que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, não incluem nas suas práticas de cuidados esta estratégia de promoção da amamentação.

Quadro 46 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Durante a sua permanência na maternidade ou no momento da alta recebeu alguma informação escrita sobre amamentação?"

Recebeu informação escrita	N	%
Sim	69	17,0
Não	336	83,0
Total	**405**	100,0

O quadro 47 mostra a adesão e início do uso de chupeta nos meninos do estudo. Analisando-o verifica-se que, embora o uso de chupeta tenha uma influência negativa no sucesso da amamentação constituindo, por isso, recomendação da OMS "(...) *Não dar bicos artificiais ou chupetas (...)*", a maioria (79.3%) dos meninos usavam chupeta tendo 74.5% iniciado o seu uso ainda na maternidade.

Quadro 47 - Distribuição das respostas maternas às questões: "O bebé usa chupeta? Quando começou a usar?"

Chupeta	N	%
Usa chupeta		
Sim	321	79,3
Não	84	20,7
Total	**405**	**100,0**
Começou a usar		
Na maternidade	239	74,5
Em casa	82	25,5
Total	**321**	**100,0**

É frequente a mulher que amamenta, sobretudo a que se encontra a amamentar pela primeira vez, sentir dúvidas quanto às suas capacidades

e ao modo de amamentação dos seus filhos, pelo que a OMS (1989) aconselha as instituições que assistem a puérpera a incentivarem a criação de grupos de apoio à amamentação para onde devem encaminhar as mulheres após a alta hospitalar.

Quisemos conhecer a quem habitualmente as mães dos meninos recorriam num momento de dúvida e, observando o quadro 48, verificamos que 47.9% das mães referiram recorrer ao Centro de Saúde, 41.2% ao médico particular e 36.5% aos familiares. O recurso a grupos de apoio à amamentação foi referido apenas por 0.7% das mães. Embora se trate de uma pequena percentagem, surpreendeu-nos, dado o desconhecimento da existência de tais grupos em Portugal. Todavia apurámos que as senhoras que referiram este recurso para esclarecer as suas dúvidas residiam na mesma região e como não constituía questão do questionário saber de que grupo se tratava apenas podemos pensar tratar-se da Linha SOS Amamentação, criada no nosso país, com carácter nacional, a 1/12/1998. 3.7% das mães referiram recorrer a outros meios de esclarecimento, apurando tratar-se de consultas em livros e revistas sobre amamentação. É de realçar que 4.4% das mães referiram não recorrer a ninguém, o que consideramos preocupante dado a carga de ansiedade, naturalmente nada benéfica para a manutenção da amamentação, que deve envolver o facto da mulher ter dúvidas e não se socorrer de alguém para a ajudar, sentindo-se certamente desprotegida e desapoiada.

Os resultados a que chegámos destacam o importante papel que os profissionais de saúde e a família desempenham no esclarecimento das mães e realçam a importância que assume no sucesso da amamentação o

comprometimento dos agentes de saúde na sua promoção e a atitude dos pais, avós e parentes.

Quadro 48 - Distribuição das respostas maternas à questão: " Sempre que lhe surjem dúvidas ou tem dificuldades sobre amamentação onde recorre?"

Local	N	%
Maternidade	16	3,9
Centro de Saúde	194	47,9
Médico Particular	167	41,2
Familiares	148	36,5
Vizinhos/Amigos	40	9,8
Grupo de Apoio	3	0,7
Outros	15	3,7
Ninguém	18	4,4

Embora a visita domiciliária seja uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde por forma a promover a manutenção da amamentação, quando questionámos as mães dos meninos deste estudo sobre o estabelecimento após a alta hospitalar de contacto pessoal, telefónico ou escrito onde se tivesse abordado o tema amamentação apurámos que, como relata o quadro 49, a maioria das mães do estudo, 85.9%, não beneficiou de qualquer contacto.

Os resultados a que chegámos sugerem que os profissionais de saúde, especialmente os que desenvolvem a sua actividade profissional nos Centros de Saúde, não incluem, com a regularidade necessária e desejada, esta estratégia assistencial nas suas práticas de cuidados.

Quadro 49 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Após a alta teve algum contacto pessoal, telefónico ou escrito no qual tenha sido abordado o tema amamentação?"

Teve algum contacto	N	%
Sim	57	14,1
Não	348	85,9
Total	**405**	**100,0**

Procurando conhecer se a mulher, desde que amamenta, teve

problemas e quais com a amamentação, questionámos aos 3 meses de vida dos bebés as mães do estudo.

Analisando o quadro 50 observamos que foi de facto grande a percentagem de mães que referiram ter tido problemas com a amamentação, 59.0%, destacando-se a dor nos mamilos e as fissuras mamilares, focados por 63.6% e 52.7% das mães, respectivamente.

Se tivermos presente que 65.4% das mães estudadas foram aconselhadas a fazer durante a gravidez preparação dos mamilos para a amamentação, prática habitualmente recomendada por forma a prevenir a ocorrência de dor e fissuras mamilares, e que 95.0% das senhoras aconselhadas referiram ter seguido o conselho, afigura-se que o seu uso também nas mães destes meninos não se revelou proveitoso.

Junto das 8 mães (3.3%) que referiram ter tido outros problemas verificámos tratar-se de "O bebé mama pouco tempo", mencionado por 2 mães, "Febre da mãe", também referido por 2 mães, "Mamilo pouco proeminente", "Nódulos", "Candidíase" e "Pouco leite" mencionados cada um por uma mãe.

Quadro 50 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Desde que amamenta que problemas já teve?"

Problemas	N	%
Teve		
Sim	239	59,0
Não	166	41,0
Total	**405**	**100,0**
Quais		
Engurgitamento mamário	41	17,1
Fissuras mamilares	126	52,7
Mastite	16	6,7
Abcesso mamário	5	2,0
Dor nos mamilos	152	63,6
Outros	8	3,3

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

Embora constitua recomendação da OMS a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 4-6 meses de idade, nos meninos do estudo podemos observar, analisando o quadro 51, que aos 3 meses apenas 56.3% faziam todas as refeições exclusivamente com leite materno e que 37.3% já não tinham nenhuma refeição apenas de leite materno, mostrando ser grande a percentagem de meninos, 43.7%, que têm já aos 3 meses introduzido na sua dieta alimentar outro tipo de alimentos para além do leite materno.

Quadro 51 - Número de refeições exclusivas de leite materno aos 3 meses de idade.

Refeições exclusivas de leite materno	N	%
Nenhuma	151	37,3
Algumas	26	6,4
Todas	228	56,3
Total	**405**	**100,0**

Embora no quadro anterior constatássemos que 56.3% dos meninos faziam todas as refeições apenas de leite materno, analisando o quadro 52, que mostra a distribuição das respostas maternas quanto à introdução de outros alimentos ou líquidos na dieta alimentar dos filhos e em que idade, observamos que apenas 26.4% das crianças estão de facto a fazer aleitamento materno exclusivo pois, 73.6% já têm introduzidos outros alimentos ou líquidos na sua alimentação, tendo esta prática sido iniciada em 35.6% das crianças aos 2 meses, 29.9% ao mês de idade, 22.8% antes ainda de terem perfeito um mês e 11.7% dos meninos aos 3 meses de vida.

Em média as mães que já introduziram outros alimentos fizeram-no ao mês de idade, verificando-se um desvio padrão de 0.9. A mediana

localizou-se no mês de idade e a moda nos 2 meses.

Quadro 52 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Já introduziu outros alimentos ou líquidos (Ex: água, chás) na dieta do seu filho?"

Introdução de alimentos	N	%
Fez introdução		
Sim	298	73,6
Não	107	26,4
Total	**405**	**100,0**
Idade		
0	68	22,8
1	89	29,9
2	106	35,6
3	35	11,7
Total	**298**	**100,0**

Uma das alternativas que a mãe dispõe para continuar a alimentar o seu filho com leite materno mesmo quando se ausenta é a extracção e conservação do seu leite para posterior administração ao bebé. Esta técnica, no nosso entender, deve ser ensinada às mães tendo presente as suas condições ambienciais e capacidades de aprendizagem. Neste sentido, questionámos as mães do estudo por forma a sabermos a quantas senhoras foi esta estratégia de manutenção do aleitamento materno ensinada e observámos que (ver quadro 53) apenas 34.3% das mães receberam informação sobre como retirar e conservar o leite materno.

Quadro 53 - Distribuição das respostas maternas à questão: "Alguma vez lhe ensinaram como proceder à extracção e conservação do leite para o poder dar ao seu filho quando não está junto dele?"

Ensinaram a extrair e conservar o leite materno	N	%
Sim	139	34,3
Não	266	65,7
Total	**405**	**100,0**

Aos 3 meses quisemos estudar o envolvimento materno com o bebé e observámos que, como é possível ver no quadro 54, podendo o total das

pontuações da escala oscilar entre os 26 e 104 pontos, a totalidade das mães dos meninos pontuou a relação afectiva com o bebé entre os 73 e 104 pontos. A média das pontuações foi de 93.0 com um desvio padrão de 9.8, a mediana localizou-se nos 97 pontos e a moda na pontuação mais elevada da escala. Face aos resultados julgamos estar na presença de mães com bom nível de envolvimento com o bebé afigurando-se factor favorecedor do sucesso da amamentação.

Quadro 54 - Envolvimento Materno.

Envolvimento materno	N	%
26-65	-	0,0
65-104	405	100,0
Total	**405**	**100,0**

Também nesta idade quisemos estudar a avaliação que as mães faziam da sua experiência de amamentação e verificámos, quadro 55, que em termos globais, podendo oscilar entre 30 e 150 pontos, a avaliação das mães situou-se entre os 61 e 150 pontos. 98.5% das mães atribuíram à sua experiência pontuação entre os 90 e 150 pontos. A média obtida foi de 125.0 com um desvio padrão de 15.5 pontos, a moda localizou-se nos 90 pontos e houve tantas respostas maternas até à pontuação de 128 pontos como daí para a frente.

No que se refere às dimensões que a MBFES permite avaliar verificámos que quanto ao Prazer e papel maternal a pontuação oscilou entre 24 e 70 pontos tendo 98.3% das mães classificado a sua experiência entre 42 e 70 pontos. A média foi de 60.0, o desvio padrão de 7.9, a moda localizou-se nos 66 pontos e a mediana nos 62. Relativamente à Satisfação e crescimento da criança o total das pontuações oscilou entre 18 e 40

pontos tendo 96.5% das mães obtido classificação entre 24 e 40 pontos. A média foi de 33.4 pontos com um desvio padrão de 4.9, a moda localizou-se nos 36 pontos e a mediana nos 35. Na dimensão Estilo de vida e imagem corporal materna as classificações oscilaram entre 14 e 40 pontos, 94.8% obteve pontuação entre 24 e 40 pontos, a média foi de 31.5, o desvio padrão de 5.2 e a moda e mediana localizaram-se nos 35 e 32 pontos, respectivamente.

Quadro 55 - Satisfação materna em amamentar aos 3 meses.

Avaliação da experiência de amamentação	N	%
Prazer e papel maternal		
14-42	7	1,7
42-70	398	98,3
Total	**405**	**100,0**
Satisfação e crescimento da criança		
8-24	14	3,5
24-40	391	96,5
Total	**405**	**100,0**
Estilo de vida e imagem corporal materna		
8-24	21	5,2
24-40	384	94,8
Total	**405**	**100,0**
Experiência de amamentação total		
30-90	6	1,5
90-150	399	98,5
Total	**405**	**100,0**

Analisando o quadro 56, que mostra a distribuição das respostas das mães segundo estarem ou não a amamentar os seus filhos aos 3, 6 e 12 meses e até que idade os amamentaram, verificamos que aos 3 meses apenas 65.2% das crianças estavam a fazer aleitamento materno e que as restantes, 34.8%, em média foram amamentadas até ao mês e meio de idade, existindo um desvio padrão de 1.0 mês, tendo sido desmamados 32.6% das crianças ao mês de vida, 29.1% aos 2 meses, 19.9% aos 3 meses e ainda antes de terem perfeito o mês de idade 18.4%, confirmando o grande abandono do aleitamento materno nos primeiros meses de vida.

Dos 264 bebés que estavam a ser amamentados aos 3 meses obtivemos, aos 6 meses, resposta apenas de 261 mães e verificámos que somente mantinham a amamentação 64.8% dos meninos. 35.2% das crianças foram desmamadas entre estas duas idades, verificando-se que em média o desmame ocorreu aos 4.5 meses, existindo um desvio padrão de 0.62, tendo sido desmamados 52.2% das crianças aos 5 meses, 39.1% aos 4 meses e 8.7% aos 6 meses.

Aos doze meses dos 169 bebés, 64.8%, que aos 6 meses estavam a fazer aleitamento materno mantêm-no apenas 41.4% dos meninos tendo 58.6% sido desmamados. Em média o desmame ocorreu aos 8.5 meses, existindo um desvio padrão de 1.73, tendo sido desmamados 25.3% dos meninos aos 8 meses e 16.2% aos 7 e 9 meses de idade.

Analisando a totalidade dos meninos que fazem parte da amostra, embora seja recomendação da OMS a manutenção da amamentação até aos 2 anos de idade ou mais, observamos que dos 402 meninos que se mantiveram participantes no estudo apenas 70, 17.4%, mantinham a amamentação aos 12 meses tendo sido desmamados 332, 82.6%.

É visível que o abandono da amamentação foi grande e que foi de facto nos primeiros meses de vida que o desmame ocorreu em maior percentagem sendo que 34.1% das crianças foram desmamadas até aos 3 meses e 33.8% entre os 3 e os 6 meses de idade. A média total das idades de desmame foi de 4.4 meses com um desvio padrão de 3.1, a mediana localizou-se nos 4 meses e onde se verificou maior abandono da amamentação foi aos 5 meses.

Quadro 56 - Distribuição das respostas maternas às questões: "Continua a amamentar aos 3, 6 e 12 meses? Amamentou até?"

Idade	3 meses		6 meses		12 meses		TOTAL	
Amamentação	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Continua a amamentar								
Sim	264	65,2	169	64,8	70	41,4	70	17,4
Não	141	34,8	92	35,2	99	58,6	332	82,6
Total	**405**	**100,0**	**261**	**100,0**	**169**	**100,0**	**402**	**100,0**
Amamentou até								
0	26	18,4					26	7,8
1	46	32,6					46	13,9
2	41	29,1					41	12,4
3	28	19,9					28	8,4
4			36	39,1			36	10,9
5			48	52,2			48	14,5
6			8	8,7	13	13,1	21	6,3
7					16	16,2	16	4,8
8					25	25,3	25	7,5
9					16	16,2	16	4,8
10					11	11,1	11	3,3
11					13	13,1	13	3,9
12					5	5,0	5	1,5
Total	**141**	**100,0**	**92**	**100,0**	**99**	**100,0**	**332**	**100,0**

Tendo verificado que 34.8% dos meninos, que na altura se mantinham em estudo, foram desmamados até aos 3 meses quisemos saber como tinha o desmame ocorrido. Apurámos que 77.3% das crianças foram desmamadas gradualmente e que 22.7% dos pares utilizaram uma forma de desmame que não permitiu à mãe e ao bebé ajustarem-se lentamente à separação dolorosa que envolve.

Quanto aos motivos para o desmame verificámos que 48.2% das mães referiram ter ocorrido porque o bebé chorava, única forma do bebé mostrar o seu desconforto, naturalmente nem sempre associado à sensação de fome, 47.5% por pouco leite, 41.1% por leite fraco e 39.7% porque o bebé não aumentava de peso. 9.9% das senhoras invocaram-nos outras causas nomeadamente doença materna, referida por metade das senhoras que alegaram outros motivos para procederem ao desmame.

Tendo verificado que dos 3 aos 6 meses foram desmamados 35.2%

dos meninos quisemos também saber a causa do desmame e como ocorreu, apurando-se que 90.2% das crianças foram desmamadas de uma forma gradual e 9.8% deixaram de ser amamentados de um dia para o outro. 51.0% das mães referiram ter abandonado a amamentação por o leite ser pouco, 41.3% por ter começado a trabalhar, 22.8% por considerarem o leite fraco. 19,6% das mães invocaram outros motivos para o desmame nomeadamente o bebé mordia o mamilo e doença materna, ambos com frequência percentual de 16.7%.

Dos 6 aos 12 meses foram desmamados 58.6% dos meninos verificando-se que 82.8% das crianças foram desmamadas de uma forma gradual e 17.2% deixaram de ser amamentados de um dia para o outro. 52.5% das mães referiram ter abandonado a amamentação por o leite ser pouco, 18.1% porque o bebé não queria mamar e 11.1% por considerarem que o bebé já tinha idade. 22.2 % das mães invocaram outros motivos para o desmame nomeadamente porque o bebé mordia o mamilo, porque o bebé acordava de noite muitas vezes para mamar ou porque o leite secou.

Analisando a totalidade dos meninos, 332, que aos 12 meses já não se encontravam a fazer aleitamento materno verificamos que o desmame ocorreu de forma gradual em 274 crianças, 82.5%, e que foi feito de um dia para o outro em 17.5%, 58 bebés. Os motivos que mais frequentemente levaram ao desmame foram: pouco leite, 50.0%, leite fraco, 26.8%, e porque o bebé chorava, 25.0%. Das 54 senhoras (16.2%) que referiram outras causas para abandonarem a amamentação 22.3% das mães, (12), focaram ter sido por doença materna.

Os resultados, apresentados no quadro 57, sugerem que também

nas mães dos meninos deste estudo a ideia de leite fraco, pouco leite e doença materna se encontra bastante associada ao abandono da amamentação e constitui causa principal do desmame precoce.

Quadro 57 - Causas e modo como ocorreu o desmame até aos 12 meses.

Idade	3 meses		6 meses		12 meses		TOTAL	
Desmame	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Motivo								
Pouco leite	67	47,5	47	51,0	52	52,5	166	50,0
Leite fraco	58	41,1	21	22,8	10	10,1	89	26,8
Bebé não queria mamar	21	14,9	18	19,6	18	18,1	57	17,1
Bebé não aumentava de peso	56	39,7	14	15,2	3	3,0	73	21,9
Bebé chorava	68	48,2	9	9,7	6	6,0	83	25,0
Problemas na mama e mamilo	15	10,6	2	2,2	1	1,0	18	5,4
Mãe começou a trabalhar	4	2,8	38	41,3	10	10,1	52	15,6
Amamentar ocupava muito tempo	1	0,7	-	0,0	4	4,0	5	1,5
Bebé tinha idade	2	1,4	2	2,2	11	11,1	15	4,5
Outros motivos	14	9,9	18	19,6	22	22,2	54	16,2
Outros Motivos - Quais								
Doença materna	7	50,0	3	16,7	2	9,1	12	22,3
Mãe não gostou de amamentar	2	14,2	-	0,0	-	0,0	2	3,7
Cólicas do bebé	2	14,2	-	0,0	-	0,0	2	3,7
Bebé não agarrava no mamilo	1	7,2	-	0,0	-	0,0	1	1,9
Bebé não conseguia estar 3 horas sem mamar	1	7,2	-	0,0	-	0,0	1	1,9
Medicação materna	1	7,2	1	5,5	2	9,1	4	7,4
Bebé mordia no mamilo	-	0,0	3	16,7	3	13,6	6	11,2
Mãe não quiz amamentar mais tempo	-	0,0	2	11,2	2	9,1	4	7,4
Recomendação do Pediatra	-	0,0	2	11,2	2	9,1	4	7,4
Bebé acordava muitas vezes para mamar	-	0,0	2	11,2	3	13,6	5	9,3
Debilitação materna	-	0,0	1	5,5	1	4,5	2	3,7
Mãe teve de se ausentar	-	0,0	1	5,5	1	4,5	2	3,7
Leite secou	-	0,0	1	5,5	3	13,6	4	7,4
Bebé viciado na mama	-	0,0	1	5,5	2	9,1	3	5,6
Bebé estava excitado	-	0,0	1	5,5	1	4,5	2	3,7
Total	**14**	**100,0**	**18**	**100,0**	**22**	**100,0**	**54**	**100,0**
Modo como ocorreu o desmame								
De um dia para o outro	32	22,7	9	9,8	17	17,2	58	17,5
Gradualmente	109	77,3	83	90,2	82	82,8	274	82,5
Total	**141**	**100,0**	**92**	**100,0**	**99**	**100,0**	**332**	**100,0**

Por sabermos a relação entre sucesso da amamentação e atitude do marido, outros familiares e pessoas que mais frequentemente lidam com a mãe, perguntámos às mães dos meninos que se encontravam a amamentar aos 3 meses o que consideravam ser a opinião de algumas

pessoas significativas relativamente ao facto de manterem a amamentação.

Analisando o quadro 58 verificamos que a maioria das mães consideravam que o marido, outros familiares, colegas, vizinhos e amigos e pessoal de saúde concordavam ou concordavam totalmente com a manutenção da amamentação, sugerindo ser factor de bom prognóstico para o sucesso da amamentação.

Relativamente aos patrões, embora nem todas as mulheres estivessem empregadas no primeiro momento de recolha de informação apurámos que aos 3 meses de idade do bebé houve, em algumas das mães do estudo, alteração da sua condição laboral, de desempregada para empregada, e todas responderam a esta questão. Apurámos que cerca de metade das mães não sabiam o que os patrões pensavam sobre a decisão de continuar aos 3 meses pós parto a amamentar, considerando estar este resultado associado à permanência da mulher ainda em casa a usufruir do tempo de licença de parto.

Quadro 58 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 3 meses relativamente à opinião de pessoas significativas.

	Marido		**Outros familiares**		**Colegas**		**Vizinhos Amigos**		**Patrões**		**Pessoal de Saúde**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discorda totalmente	-	0,0	-	0,0	1	0,4	-	0,0	1	0,4	-	0,0
Discorda	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	2	0,8	-	0,0
Não concorda nem discorda	1	0,4	5	1,9	8	3,0	5	1,9	12	4,5	1	0,4
Concorda	32	12,1	42	15,9	54	20,5	62	23,5	49	18,6	44	16,6
Concorda totalmente	227	86,0	206	78,0	124	47,0	147	55,7	74	28,0	199	75,4
Não sabe	4	1,5	11	4,2	77	29,1	50	18,9	126	47,7	20	7,6
Total	**264**	**100,0**	**264**	**100,0**	**264**	**100,0**	**264**	**100,0**	**264**	**100,0**	**264**	**100,0**

Também aos 6 meses quisemos saber junto das mães que ainda se

encontravam a amamentar o que pensavam ser a opinião dos maridos e de outras pessoas que no nosso entender poderiam influenciar a sua decisão em continuar a amamentar.

O quadro 59 permite observar que a maioria das mães consideravam que os maridos, outros familiares, colegas, amigos ou vizinhos e o pessoal de saúde concordavam ou concordavam totalmente com a sua decisão em manter a amamentação. Relativamente à opinião dos patrões, embora nesta altura as mulheres já tivessem reiniciado a actividade profissional, 40.2% referiu não saber a sua opinião.

Quadro 59 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 6 meses relativamente à opinião de pessoas significativas.

	Marido		Outros familiares		Colegas		Vizinhos Amigos		Patrões		Pessoal de Saúde	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discorda	-	0,0	1	0,6	2	1,2	-	0,0	4	2,4	-	0,0
Não concorda nem discorda	2	1,2	2	1,2	15	8,9	6	3,5	12	7,1	2	1,2
Concorda	30	17,7	43	25,4	46	27,2	58	34,3	46	27,2	41	24,3
Concorda totalmente	133	78,7	114	67,5	62	36,7	77	45,6	39	23,1	118	69,8
Não sabe	4	2,4	9	5,3	44	26,0	28	16,6	68	40,2	8	4,7
Total	**169**	**100,0**	**169**	**100,0**	**169**	**100,0**	**169**	**100,0**	**169**	**100,0**	**169**	**100,0**

Ainda aos seis meses quisemos estudar a avaliação que as mães faziam da sua experiência de amamentação e verificámos que, em termos globais, a avaliação da totalidade das mães se situou entre os 90 e 150 pontos (ver quadro 60). A média das pontuações foi de 131.1 com um desvio padrão de 12.9 pontos, a moda localizou-se nos 139 e 140 pontos e houve tantas respostas maternas até à pontuação de 135 pontos como daí para a frente.

Relativamente ao Prazer e papel maternal a pontuação da totalidade

das mães oscilou entre 42 e 70 pontos. A média foi de 62.7, o desvio padrão de 6.6, a moda localizou-se nos 68 pontos e a mediana nos 65. Quanto à Satisfação e crescimento da criança o total das pontuações oscilaram entre 23 e 40 pontos tendo 98.9% das mães obtido classificação entre 24 e 40 pontos. A média foi de 35.5 pontos com um desvio padrão de 3.8, a moda localizou-se nos 36 e 40 pontos e a mediana nos 36. Na dimensão Estilo de vida e imagem corporal materna as classificações oscilaram entre 18 e 40 pontos, 94.6% obteve pontuação entre 24 e 40 pontos, a média foi de 32.9, o desvio padrão de 5.0 e a moda e mediana localizaram-se nos 36 e 34 pontos respectivamente.

Os resultados permitem observar que aos seis meses a avaliação feita pelas mães quando comparada com a realizada aos 3 meses sofreu um aumento nas pontuações sugerindo que quanto mais tempo a mãe amamenta melhor é a avaliação que faz da sua experiência de amamentação.

Quadro 60 - Satisfação materna em amamentar aos 6 meses.

Avaliação da experiência de amamentação	**N**	**%**
Prazer e papel maternal		
14-42	-	0,0
42-70	261	100,0
Total	**261**	**100,0**
Satisfação e crescimento da criança		
8-24	3	1,1
24-40	258	98,9
Total	**261**	**100,0**
Estilo de vida e imagem corporal materna		
8-24	14	5,4
24-40	247	94,6
Total	**261**	**100,0**
Experiência de amamentação total		
30-90	-	0,0
90-150	261	100,0
Total	**261**	**100,0**

Também aos 12 meses quisemos saber junto das mães que ainda se

encontravam a amamentar o que pensavam ser a opinião dos maridos e de outras pessoas que consideramos influentes na decisão de continuar a amamentar.

O quadro 61 permite observar que a maioria das mães consideraram que os maridos, outros familiares, colegas, amigos ou vizinhos e o pessoal de saúde concordavam ou concordavam totalmente. No que se refere à opinião dos patrões, à semelhança do observado nas avaliações anteriores, verifica-se que elevada percentagem de mães (40.0%) referiu não saber a sua opinião.

Quadro 61 - Percepção das mães que mantinham a amamentação aos 12 meses relativamente à opinião de pessoas significativas.

	Marido		**Outros Familiares**		**Colegas**		**Vizinhos Amigos**		**Patrões**		**Pessoal de Saúde**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discorda	-	0,0	-	0,0	3	4,3	1	1,4	3	4,3	1	1,4
Não concorda nem discorda	-	0,0	8	11,4	13	18,6	11	15,7	12	17,1	4	5,7
Concorda	25	35,7	30	42,9	23	32,9	25	35,7	18	25,7	34	48,6
Concorda totalmente	43	61,4	29	41,4	13	18,6	15	21,4	9	12,9	25	35,7
Não sabe	2	2,9	3	4,3	18	25,7	18	25,7	28	40,0	6	8,6
Total	**70**	**100,0**	**70**	**100,0**	**70**	**100,0**	**70**	**100,0**	**70**	**100,0**	**70**	**100,0**

Tendo observado que apenas 70 meninos do estudo estavam ao ano de idade a ser amamentados quisemos saber se alguma vez mamaram outro leite para além do leite materno e verificámos que somente 40, 57,1%, dos meninos ainda amamentados nunca tinham bebido outro leite para além do leite das suas mães (ver quadro 62).

Quadro 62 - Distribuição das respostas do total das mães que aos 12 meses continuavam a amamentar à questão: "O seu filho bebeu alguma vez outro leite sem ser do seu?"

Mamou outro leite	**N**	**%**
Sim	30	42,9
Não	40	57,1
Total	**70**	**100,0**

Também aos doze meses quisemos estudar a avaliação que as mães faziam da sua experiência de amamentação e verificámos que em termos globais a avaliação da totalidade das mães se situou entre os 90 e 150 pontos. A média obtida foi de 132.7 com um desvio padrão de 11.8 pontos, a moda localizou-se nos 137 pontos e houve tantas respostas maternas até à pontuação de 136 pontos como daí para a frente.

Quanto ao Prazer e papel maternal a pontuação da totalidade das mães oscilou entre 42 e 70 pontos. A média foi de 63.2, o desvio padrão de 5.8, a moda localizou-se nos 67 pontos e a mediana nos 65.

Relativamente à Satisfação e crescimento da criança o total das pontuações oscilou entre 24 e 40 pontos. A média foi de 36.0 pontos com um desvio padrão de 3.3, a moda localizou-se nos 40 pontos e a mediana nos 36.

Na dimensão Estilo de vida e imagem corporal materna as classificações oscilaram entre 14 e 40 pontos, 94.7% obteve pontuação entre 24 e 40 pontos, a média foi de 33.4, o desvio padrão de 5.2 e a moda e mediana localizaram-se nos 34 pontos.

Os resultados, que apresentámos no quadro 63, mais uma vez permitem observar que aos doze meses a avaliação feita pelas mães quando comparada com as realizadas aos 3 e 6 meses sofreu um aumento nas pontuações sugerindo que quanto mais tempo a mãe amamenta melhor é a avaliação que faz da sua experiência de amamentação.

Quadro 63 - Satisfação materna em amamentar aos 12 meses.

Avaliação da experiência de amamentação	N	%
Prazer e papel maternal		
14-42	-	0,0
42-70	169	100,0
Total	**169**	**100,0**
Satisfação e crescimento da criança		
8-24	-	0,0
24-40	169	100,0
Total	**169**	**100,0**
Estilo de vida e imagem corporal materna		
8-24	9	5,3
24-40	160	94,7
Total	**169**	**100,0**
Experiência de amamentação total		
30-90	-	0,0
90-150	169	100,0
Total	**169**	**100,0**

Apurámos que a totalidade das mães decidiu amamentar por opção pessoal e grande percentagem ainda antes de engravidar. Neste sentido estudámos, junto das mães dos meninos, alguns factores que poderiam ter influenciado a altura da decisão. Assim observando a tabela 1, que nos mostra a influência do local de residência na altura em que a mãe decidiu amamentar, verificamos que, embora a relação não fosse significativa, a tendência de decidir amamentar ainda antes de engravidar foi ligeiramente maior nas mães que viviam em meio urbano. Das 275 mães que viviam em meio urbano 85.1% decidiram fazê-lo nessa altura verificando-se o mesmo em 81.3% das 332 mães que viviam em meio rural.

Tabela 1 - Relação entre altura de decisão em amamentar e local de residência.

		Altura em que decidiu amamentar				
Local de residência		**Antes de engravidar**	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Rural	**N**	270	30	5	27	**332**
	%	81,3	9,0	1,5	8,1	**100,0**
Urbano	**N**	234	22	5	14	**275**
	%	85,1	8,0	1,8	5,1	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

($\chi^2 = 2,594$; $p = 0,458$)

Analisando a tabela 2 que mostra a relação entre a altura de decisão e a idade materna observamos que, embora não tivesse sido possível determinar o nível de significância entre as variáveis, foram as mães com idades compreendidas entre os 24 e 39 anos que em maior percentagem decidiram amamentar os seus filhos ainda antes de engravidar verificando-se que das 195, 188 e 100 mães com idades entre os 24-29, 29-34 e 34-39 anos, respectivamente, 86.2%, 85.6% e 81.0% decidiram amamentar antes de engravidar.

Tabela 2 - Relação entre altura de decisão em amamentar e idade materna.

Grupo etário		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
14-19	**N**	8	5	-	-	**13**
	%	61,5	38,5	0,0	0,0	**100,0**
19-24	**N**	80	10	1	10	**101**
	%	79,2	9,9	1,0	9,9	**100,0**
24-29	**N**	168	11	4	12	**195**
	%	86,2	5,6	2,1	6,2	**100,0**
29-34	**N**	161	13	1	13	**188**
	%	85,6	6,9	0,5	6,9	**100,0**
34-39	**N**	81	11	2	6	**100**
	%	81,0	11,0	2,0	6,0	**100,0**
39-44	**N**	6	2	2	-	**10**
	%	60,0	20,0	20,0	0,0	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

Embora não fosse possível determinar o nível de significância da relação entre a altura em que a mãe decidiu amamentar e o estado civil verificamos que, analisando a tabela 3, foram as mães casadas que em maior percentagem decidiram mais cedo o modo de alimentação dos seus meninos sendo que das 557 mães casadas 83.8% decidiu amamentar antes de engravidar verificando-se o mesmo em 74.0% das 50 mães não casadas.

Tabela 3 - Relação entre altura de decisão em amamentar e estado civil.

Estado civil		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	Durante a gravidez	Durante o parto	No pós parto	Total
Não casado	N	37	7	-	6	**50**
	%	74,0	14,0	0,0	12,0	**100,0**
Casado	N	467	45	10	35	**557**
	%	83,8	8,1	1,8	6,3	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

Também no que se refere ao nível de escolaridade e a altura em que a mãe decidiu amamentar não foi possível determinar o nível de significância da relação, todavia, analisando a tabela 4, é possível verificarmos que foram as mães de níveis académicos mais elevados que em maior percentagem mais cedo decidiram amamentar, tendo presente que das 147 mães com habilitações de nível superior, 130 de nível secundário e 106 com o 3º ciclo, 91.8%, 91.5% e 84.0% respectivamente, decidiram amamentar antes de engravidar e que o mesmo se verificou em 74.3% das 74 mães com escolaridade correspondente ao 1º ciclo e em 70.7% das 150 mães com o 2º ciclo.

Tabela 4 - Relação entre altura de decisão em amamentar e nível de escolaridade.

Nível de escolaridade		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	Durante a gravidez	Durante o parto	No pós parto	Total
1º ciclo	N	55	10	3	6	**74**
	%	74,3	13,5	4,1	8,1	**100,0**
2º ciclo	N	106	22	3	19	**150**
	%	70,7	14,7	2,0	12,7	**100,0**
3º ciclo	N	89	10	-	7	**106**
	%	84,0	9,4	0,0	6,6	**100,0**
Secundário	N	119	7	-	4	**130**
	%	91,5	5,4	0,0	3,1	**100,0**
Superior	N	135	3	4	5	**147**
	%	91,8	2,0	2,7	3,4	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

Procurando saber se a condição laboral influenciou a altura em que a mãe tomou a decisão de amamentar estudámos a relação entre as variáveis e apurámos, como relata a tabela 5, ser altamente significativa e que foram as mães que se encontravam empregadas que em maior percentagem decidiram amamentar os seus filhos ainda antes de engravidar. Das 449 mães empregadas 86.9% decidiram amamentar antes de engravidar e das 158 mães desempregadas apenas 72.2% decidiu fazê-lo também nessa altura. Perante os resultados podemos concluir que o facto da mãe estar empregada influenciou a altura em que a mãe decidiu amamentar.

Tabela 5 - Relação entre altura de decisão em amamentar e condição laboral.

		Altura em que decidiu amamentar				
Condição laboral		**Antes de engravidar**	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Empregada	**N**	390	27	6	26	**449**
	%	86,9	6,0	1,3	5,8	**100,0**
Desempregada	**N**	114	25	4	15	**158**
	%	72,2	15,8	2,5	9,5	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

(χ^2 = 19,559; p = 0,000)

Quisemos, junto das mães que se encontravam empregadas, saber se o facto de ter condições no trabalho para ter junto de si o seu bebé tinha influenciado a altura em que decidiram amamentar e verificámos que foram as mães que referiram não ter condições no trabalho que em maior percentagem decidiram amamentar o seu bebé ainda antes de engravidar. Das 339 mães sem condições no local de trabalho para terem os meninos 87.6% referiram ter decidido amamentar antes de engravidar e foi também nesta altura que 84.5% das 110 mães com condições decidiu fazê-lo. A

relação entre as variáveis demonstrou ser altamente significativa, pelo que podemos afirmar que não ter condições no trabalho influenciou as mães a tomarem mais cedo a decisão de amamentar. Julgamos oportuno referir que quando os dados foram colhidos apenas as mães que amamentassem teriam por lei direito a usufruir diariamente de dois períodos de uma hora destinados à amamentação, facto que no nosso entender poderá ter influenciado a tomada de decisão de amamentar.

Tabela 6 - Relação entre altura de decisão em amamentar e existência de creche no local de trabalho.

Creche no local de trabalho		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Sim	**N**	93	15	-	2	**110**
	%	84,5	13,6	0,0	1,8	**100,0**
Não	**N**	297	12	6	24	**339**
	%	87,6	3,5	1,8	7,1	**100,0**
Total	**N**	**390**	**27**	**6**	**26**	**449**
	%	**86,9**	**6,0**	**1,3**	**5,8**	**100,0**

(χ^2 = 20,086; p = 0,000)

Quando se procurou saber se a mãe ter sido amamentada influenciou a altura em que tomou a decisão de amamentar observámos que, como relata a tabela 7, foram as mães amamentadas que mais cedo decidiram amamentar os seus bebés dado que das 451 mães amamentadas 86.5% decidiu fazê-lo antes de engravidar verificando-se igual situação em apenas 75.8% das 66 mães não amamentadas e em 71.1% das 90 mães que não sabiam se foram ou não amamentadas.

A relação entre as variáveis demonstrou ser muito significativa pelo que podemos afirmar que a altura em que a mãe decidiu amamentar o bebé foi influenciada pelo facto de ter sido amamentada.

Tabela 7 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ter sido amamentada.

Foi amamentada		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Sim	**N**	390	29	7	25	**451**
	%	86,5	6,4	1,6	5,5	**100,0**
Não	**N**	50	9	3	4	**66**
	%	75,8	13,6	4,5	6,1	**100,0**
Não sabe	**N**	64	14	-	12	**90**
	%	71,1	15,6	0,0	13,3	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

(χ^2 = 23,785; p = 0,001)

Procurando saber se ter visto a sua própria mãe a dar de mamar influenciou a altura em que decidiu também ela amamentar estudámos a relação entre as variáveis e verificámos que, embora o nível de significância não fosse estatisticamente significativo, foi maior a percentagem de mães que decidiu amamentar antes de engravidar no grupo de mães que viram a sua própria mãe a amamentar observando-se que das 131 senhoras deste grupo 84.0% decidiu amamentar antes de engravidar e que a percentagem de mães que decidiu amamentar nesta altura decresceu nas mulheres que não viram a mãe a amamentar ou não se recordavam.

Tabela 8 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ter visto a mãe a amamentar.

Viu a mãe a amamentar		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Sim	**N**	110	12	-	9	**131**
	%	84,0	9,2	0,0	6,9	**100,0**
Não	**N**	314	31	8	25	**378**
	%	83,1	8,2	2,1	6,6	**100,0**
Não se recorda	**N**	80	9	2	7	**98**
	%	81,6	9,2	2,0	7,1	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

(χ^2 = 2,984; p = 0,811)

Quisemos saber junto das mães dos meninos se verem frequentemente outras mulheres da comunidade onde viviam a amamentar influenciou a altura em que decidiram também elas amamentar os seus bebés e, analisando a tabela 9, podemos observar que das 461 senhoras que afirmaram ser frequente ver outras mulheres a amamentar 85.5% decidiu amamentar antes de engravidar verificando-se o mesmo em apenas 75.3% das 146 mães que não viam com alguma regularidade outras mulheres a fazê-lo. A relação entre as variáveis demonstrou ser significativa pelo que afirmamos que ver outras mulheres a amamentar influenciou a precocidade da tomada de decisão de amamentar.

Tabela 9 - Relação entre altura de decisão em amamentar e ver frequentemente outras mulheres a amamentar.

Ver mulheres a amamentar		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Sim	**N**	394	31	6	30	**461**
	%	85,5	6,7	1,3	6,5	**100,0**
Não	**N**	110	21	4	11	**146**
	%	75,3	14,4	2,7	7,5	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

(χ^2 = 10,527; p = 0,015)

Analisando a tabela 10 podemos observar que embora a relação entre a paridade e a altura em que a mãe decidiu amamentar não fosse estatisticamente significativa foram as mães primíparas que em maior percentagem decidiram amamentar os seus bebés ainda antes de engravidar dado que das 317 mães pela primeira vez 83.6% decidiu fazê-lo nessa altura verificando-se o mesmo em 82.4% das 290 mães que já

tinham filhos anteriores.

Tabela 10 - Relação entre altura de decisão em amamentar e paridade.

Paridade		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Primípara	**N**	265	25	5	22	**317**
	%	83,6	7,9	1,6	6,9	**100,0**
Multípara	**N**	239	27	5	19	**290**
	%	82,4	9,3	1,7	6,6	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

(χ^2 = 0,438; p = 0,932)

Quisemos também junto das mães multíparas do estudo saber se terem amamentado o último filho anterior influenciou a altura em que tomaram a decisão de amamentar este filho que nasceu e analisando a tabela 11 verificamos que, apesar de não ser possível determinar o nível de significância da relação, foram as mães com experiência anterior de amamentação que em maior percentagem tenderam a decidir amamentar um filho subsequente numa fase mais precoce. Das 270 mães com o último filho anterior amamentado 83.0% decidiu amamentar o bebé que acabou de nascer antes de engravidar verificando-se o mesmo em 75.0% das 20 mães com filhos anteriores não amamentados.

Tabela 11 - Relação entre altura de decisão em amamentar e filhos anteriores amamentados.

Filhos anteriores amamentados		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Sim	**N**	224	26	4	16	**270**
	%	83,0	9,6	1,5	5,9	**100,0**
Não	**N**	15	1	1	3	**20**
	%	75,0	5,0	5,0	15,0	**100,0**
Total	**N**	**239**	**27**	**5**	**19**	**290**
	%	**82,4**	**9,3**	**1,7**	**6,6**	**100,0**

Quando se procurou saber se a anterior experiência de

amamentação influenciava a altura da decisão de amamentar um filho posterior observámos que, como relata a tabela 12, embora não fosse possível determinar o nível da relação entre as variáveis, foram as mães que atribuíram melhor qualificação à sua anterior experiência que mais cedo decidiram amamentar e que a percentagem de mães que decidiu amamentar antes de engravidar diminuiu à medida que diminuiu a qualificação da experiência anterior. Das 160 mães com anterior experiência de amamentação muito agradável 86.9% decidiu amamentar este filho antes de engravidar verificando-se o mesmo em 80.5% das 82 mães que atribuiram qualificação de agradável e em apenas 67.9% das 28 mães que qualificaram a sua anterior experiência de nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável.

Tabela 12 - Relação entre altura de decisão em amamentar e qualificação da anterior experiência de amamentação.

		Altura em que decidiu amamentar				
Experiência anterior de amamentação		**Antes de engravidar**	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Muito agradável	**N**	139	14	-	7	**160**
	%	86,9	8,8	0,0	4,4	**100,0**
Agradável	**N**	66	8	1	7	**82**
	%	80,5	9,8	1,2	8,5	**100,0**
Outras	**N**	19	4	3	2	**28**
	%	67,9	14,3	10,7	7,1	**100,0**
Total	**N**	**224**	**26**	**4**	**16**	**270**
	%	**83,0**	**9,6**	**1,5**	**5,9**	**100,0**

Tendo anteriormente apurado que a maioria das mães sabiam que os maridos concordavam com a sua decisão de amamentar o bebé quisemos saber se existia relação entre a altura em que a mãe decidiu amamentar e a opinião do marido e verificámos que, como se observa na tabela 13, apesar de não ser possível determinar o grau da relação

entre as variáveis, foram as mães que decidiram amamentar antes de engravidar que em maior percentagem sabiam que os seus maridos concordavam com a sua decisão. Das 576 senhoras que sabiam que os maridos concordavam que amamentassem 85.1% decidiu amamentar antes de engravidar.

Tabela 13 - Relação entre altura de decisão em amamentar e opinião dos maridos quanto à sua decisão.

Opinião do marido		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	**Durante a gravidez**	**Durante o parto**	**No pós parto**	**Total**
Concorda	**N**	490	43	9	34	**576**
	%	85,1	7,5	1,6	5,9	**100,0**
Não concorda nem discorda	**N**	3	3	-	-	**6**
	%	50,0	50,0	0,0	0,0	**100,0**
Não sabe o que ele pensa	**N**	11	6	1	7	**25**
	%	44,0	24,0	4,0	28,0	**100,0**
Total	**N**	**504**	**52**	**10**	**41**	**607**
	%	**83,0**	**8,6**	**1,6**	**6,8**	**100,0**

É frequentemente descrito que mães que decidem mais cedo amamentar mais confiantes se sentem da sua capacidade de lactação e menos dificuldades referem ao amamentar os seus meninos.

Neste contexto, procurámos, junto das mães dos meninos, saber qual a relação entre as variáveis. Verificámos tratar-se de uma relação estatisticamente significativa e que foram as mães que mais cedo decidiram amamentar os bebés que menos dificuldades tiveram ao amamentá-los.

A tabela 14 mostra que das 299 mães que referiram não ter dificuldades durante o internamento a amamentar os bebés 85.6% decidiu amamentar antes de engravidar observando-se o mesmo em 84.9% das 106 mães que referiram ter dificuldades.

Tabela 14 - Relação entre altura de decisão em amamentar e incidência de dificuldades .

Sentiu dificuldades		Altura em que decidiu amamentar				
		Antes de engravidar	Durante a gravidez	Durante o parto	No pós parto	Total
Sim	N	90	8	4	4	**106**
	%	84,9	7,5	3,8	3,8	**100,0**
Não	N	256	21	1	21	**299**
	%	85,6	7,0	0,3	7,0	**100,0**
Total	N	**346**	**29**	**5**	**25**	**405**
	%	**85,4**	**7,2**	**1,2**	**6,2**	**100,0**

(χ^2 = 8,871; p = 0,031)

Quando procurámos saber se a auto-estima materna se relacionava com a altura da decisão em amamentar verificámos, como se observa na tabela 15, que foram as mães com nível de auto-estima mais elevado que mais cedo decidiram amamentar os bebés. A relação entre as variáveis revelou situar-se no limiar de significância pelo que pensamos poder admitir que a auto-estima materna influenciou a altura em que a mãe decidiu amamentar.

Tabela 15 - Relação entre altura de decisão em amamentar e Auto-estima materna.

Altura em que decidiu amamentar	N	Auto-estima total		
		Média Ordinal	χ^2	p
Antes de engravidar	504	307,9		
Durante a gravidez	52	299,7		
Durante o parto	10	161,4	7,007	0,072
No pós parto	41	295,1		
Total	**607**			

Relativamente aos recursos familiares maternos e a altura da decisão de amamentar verificámos, como relata a tabela 16, que a relação entre as variáveis foi estatisticamente significativa e que as mães que apresentaram maior classificação na escala de recursos familiares decidiram amamentar durante o parto seguidas das mães que decidiram fazê-lo ainda antes de engravidar. Perante os resultados admite-se que a

percepção das mães face ao entendimento e orgulho que sentiam com a sua família influenciou a altura em que tomaram a decisão de amamentar.

Tabela 16 - Relação entre altura de decisão em amamentar e Recursos Familiares.

Altura em que decidiu amamentar	N	Recursos familiares Média Ordinal	χ^2	p
Antes de engravidar	504	312,0		
Durante a gravidez	52	267,7		
Durante o parto	10	345,7	9,237	0,026
No pós parto	41	240,6		
Total	**607**			

Apurámos que mais de um quarto das mães do estudo sentiram dificuldades em amamentar o bebé durante o internamento e quisemos conhecer alguns factores relacionados com a sua incidência no pós parto imediato. Foi neste contexto que estudámos a relação entre tipo de parto e incidência de dificuldades. Analisando a tabela 17 verificamos que, não sendo significativa a relação entre as variáveis, foi maior a percentagem de mães que sentiu dificuldades no grupo das senhoras de parto eutócico, o que se pode observar tendo em conta que das 181 senhoras de parto distócico 24.9% referiram sentir dificuldades na amamentação verificando-se o mesmo em 27.2% das 224 mães com parto eutócico.

Tabela 17 - Relação entre tipo de parto e incidência de dificuldades.

Tipo de parto		Sentiu dificuldades Sim	Não	Total
Distócico	**N**	45	136	**181**
	%	24,9	75,1	**100,0**
Eutócico	**N**	61	163	**224**
	%	27,2	72,8	**100,0**
Total	**N**	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 0,291; p = 0,590)

Anteriormente verificámos que grande percentagem de meninos

nasceram por parto distócico e na maioria por cesariana. Perante este resultado quisemos saber se o tipo de parto distócico influenciou a incidência de dificuldades, sentidas pelas mães, com a amamentação. Observando a tabela 18, que relata a relação entre as variáveis, constata-se que não sendo significativo o nível de dependência foram as mães que tiveram parto por ventosa logo seguidas das de cesariana que em maior percentagem tiveram dificuldades com a amamentação nos primeiros dois dias após o parto, dado que das 7 senhoras de parto por ventosa 28.6% referiram dificuldades verificando-se o mesmo em 26.8% das 138 senhoras de parto por cesariana e em apenas 16.7% das 36 mães com parto por forceps.

Tabela 18 - Relação entre tipo de parto distócico e incidência de dificuldades.

Tipo de parto distócico		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Cesariana	N	37	101	**138**
	%	26,8	73,2	**100,0**
Forceps	N	6	30	**36**
	%	16,7	83,3	**100,0**
Ventosa	N	2	5	**7**
	%	28,6	71,4	**100,0**
Total	N	**45**	**136**	**181**
	%	**24,9**	**75,1**	**100,0**

(χ^2 = 1,627; p = 0,443)

Quando relacionámos a incidência de dificuldades com a paridade das mães dos meninos observámos tratar-se de uma relação muito significativa e que foram as mães pela primeira vez que em maior percentagem referiram dificuldades com a amamentação. A tabela 19 mostra que das 213 mães pela primeira vez 32.9% referiram dificuldades e que das 192 mães multíparas apenas 18.8% apresentou igual resposta.

Perante o resultado podemos concluir que a paridade influenciou a

incidência de dificuldades com a amamentação.

Tabela 19 - Relação entre tipo de parto e incidência de dificuldades

Paridade		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Primípara	N	70	143	**213**
	%	32,9	67,1	**100,0**
Multípara	N	36	156	**192**
	%	18,8	81,3	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 10,410; p = 0,001)

Querendo saber se a altura em que decorreu a primeira mamada após o nascimento do bebé influenciava a ocorrência de dificuldades, estudámos junto das mães dos RN a relação entre as duas variáveis. Verificámos que foram as mães que deram de mamar ainda na sala de partos que em maior percentagem afirmaram não sentir dificuldades a amamentar os seus filhos e que a relação entre a ocorrência de dificuldades e a altura da primeira mamada foi estatisticamente significativa.

Analisando a tabela 20 observa-se que das 20 mães que deram de mamar ainda na sala de partos 95.0% afirmaram não sentir dificuldades verificando-se o mesmo em 74.9% das 239 mães que deram de mamar na 1ª hora de vida mas não na sala de partos e em 69.2% das 146 mães que amamentaram a primeira vez após a primeira hora de vida. Os resultados permitem afirmar que também nas mães dos meninos do estudo houve influência da altura em que deram de mamar pela primeira vez no aparecimento de dificuldades com a amamentação, verificando-se que há medida que o tempo que mediou entre o nascimento e a primeira mamada aumentou diminuiu a percentagem de mães que referiram não sentir dificuldades ao amamentar.

Tabela 20 - Relação entre altura em que ocorreu a primeira mamada e incidência de dificuldades.

Amamentou a 1ªvez		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Na sala de partos	N	1	19	**20**
	%	5,0	95,0	**100,0**
Na 1ª hora mas não na sala de partos	N	60	179	**239**
	%	25,1	74,9	**100,0**
Após a primeira hora	N	45	101	**146**
	%	30,8	69,2	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 6,414; p = 0,040)

Embora a relação entre a mãe receber informação sobre amamentação durante o internamento e o aparecimento de dificuldades com as mamadas dos bebés não tivesse sido estatisticamente significativa é possível observarmos que foram as mães que receberam informação que em maior percentagem afirmaram não sentir dificuldades. Analisando a tabela 21 constáta-se que das 381 mães com informação 74.5% não tiveram dificuldades acontecendo o mesmo a 62.5% das 24 mães sem informação.

Tabela 21 - Relação entre informação sobre amamentação no internamento e incidência de dificuldades.

Informação		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	**Não**	
Nenhuma	N	9	15	**24**
	%	37,5	62,5	**100,0**
Alguma	N	97	284	**381**
	%	25,5	74,5	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 1,694; p = 0,193)

Quando procurámos saber se a forma como o bebé mamou durante o internamento influenciava a incidência de dificuldades observámos que (ver tabelas 22, 23, 24 e 25), embora a relação só fosse significativa com o

local onde decorreram as mamadas, foram as mães dos meninos que mamaram sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, sempre das duas mamas interrompendo a mamada para que mamasse da segunda mama e em qualquer local que em maior percentagem referiram não sentir dificuldades.

Tabela 22 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades.

Bebé mamou		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Sempre que quer	N	23	81	**104**
	%	22,1	77,9	**100,0**
Com intervalos regulares	N	83	218	**301**
	%	27,6	72,4	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 1,192; p = 0,275)

Tabela 23 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades.

Bebé mamou		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Durante o tempo que quer	N	63	179	**242**
	%	26,0	74,0	**100,0**
Durante um tempo determinado	N	43	120	**163**
	%	26,4	73,6	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 0,006; p = 0,938)

Tabela 24 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades.

Bebé mamou		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
De uma ou das duas mamas	N	29	78	**107**
	%	27,1	72,9	**100,0**
Só de uma mama	N	43	103	**146**
	%	29,5	70,5	**100,0**
Sempre das duas mamas interrompendo a mamada	N	34	118	**152**
	%	22,4	77,6	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 1,999; p = 0,368)

Tabela 25 - Relação entre modo como o bebé mamou durante o internamento e incidência de dificuldades.

Bebé mamou		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Local calmo	N	102	265	**367**
	%	27,8	72,2	**100,0**
Em qualquer local	N	4	34	**38**
	%	10,5	89,5	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 5,313; p = 0,021)

Tendo observado que alguns dos meninos durante o internamento mamaram outro leite para além do leite materno quisemos saber se influenciou a incidência de dificuldades na amamentação. Analisando a tabela 26 observamos que das 357 mães de bebés que mamaram apenas leite materno 78.4% relataram-nos não sentir dificuldades, o mesmo foi observado em apenas 39.6% das 48 mães de meninos que para além do leite materno mamaram leite sintético. A relação entre as variáveis demonstrou ser altamente significativa pelo que afirmamos que o tipo de leite mamado durante o internamento influenciou o aparecimento de dificuldades com a amamentação.

Tabela 26 - Relação entre tipo de leite que o bebé mamou no internamento e incidência de dificuldades.

Bebé mamou		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Leite materno	N	77	280	**357**
	%	21,6	78,4	**100,0**
Leite materno e artificial	N	29	19	**48**
	%	60,4	39,6	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 33,047; p = 0,000)

Para avaliar o efeito do uso de chupeta na incidência de dificuldades estudámos a relação entre as variáveis e verificámos que foram as mães

de bebés que usavam chupeta que em maior percentagem referiram sentir dificuldades ao amamentar durante o internamento. Analisando a tabela 27 observa-se que das 239 mães de meninos que usavam chupeta 28.9% apresentaram dificuldades com a amamentação comparativamente a 22.3% das 166 mães de meninos que não usavam chupeta. Concluímos, perante os resultados, que, embora a relação entre as variáveis não fosse estatisticamente significativa, também nos meninos em estudo o uso de chupeta esteve associado ao aparecimento de dificuldades ao mamar.

Tabela 27 - Relação entre uso de chupeta no internamento e incidência de dificuldades.

Usa chupeta		**Sentiu dificuldades**		**Total**
		Sim	**Não**	
Sim	**N**	69	170	**239**
	%	28,9	71,1	**100,0**
Não	**N**	37	129	**166**
	%	22,3	77,7	**100,0**
Total	**N**	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 2,196; p = 0,138)

Procurando saber junto das mães que foram elucidadas a fazer preparação dos mamilos durante a gravidez para a amamentação se tinham menos incidência de dificuldades ao amamentar o seu bebé, estudámos a relação entre as variáveis observando que, embora não estatisticamente significativa, foram as mães informadas e que não fizeram preparação que em maior percentagem referiram não sentir dificuldades. Analisando a tabela 28 verifica-se que das 254 senhoras que fizeram preparação dos mamilos apenas 74.0% referiu não ter dificuldades observando-se o mesmo em 81.8% das mães que não fizeram preparação.

Tabela 28 - Relação entre ter feito preparação dos mamilos para a amamentação e incidência de dificuldades.

Fez preparação dos mamilos		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Sim	N	66	188	**254**
	%	26,0	74,0	**100,0**
Não	N	2	9	**11**
	%	18,2	81,8	**100,0**
Total	N	**68**	**197**	**265**
	%	**25,7**	**74,3**	**100,0**

(χ^2 = 0,336; p = 0,562)

Ao estudarmos a relação entre a incidência de dificuldades com a amamentação durante o internamento e o local onde vigiaram a gravidez observámos que, embora sem significado estatístico, foram as mães que frequentaram consultas no médico particular seguidas das que vigiaram a gravidez no Centro de Saúde que em maior percentagem referiram não ter dificuldades. Analisando a tabela 29 verifica-se que das 166 mães que vigiaram a gravidez no médico particular 75.9% referiram não sentir dificuldades e o mesmo é observado em 75.4%, 71.4% e 71.2% das 65, 40 e 84 senhoras que foram seguidas no Centro de Saúde, em dois locais em simultâneo e na Maternidade, respectivamente.

Tabela 29 - Relação entre local onde fizeram vigilância da gravidez e incidência de dificuldades.

Local de vigilância da gravidez		Sentiu dificuldades		Total
		Sim	Não	
Centro de Saúde	N	16	49	**65**
	%	24,6	75,4	**100,0**
Maternidade	N	34	84	**118**
	%	28,8	71,2	**100,0**
Médico particular	N	40	126	**166**
	%	24,1	75,9	**100,0**
Dois locais em simultâneo	N	16	40	**56**
	%	28,6	71,4	**100,0**
Total	N	**106**	**299**	**405**
	%	**26,2**	**73,8**	**100,0**

(χ^2 = 1,045; p = 0,790)

Quando se estudou a relação entre os níveis de auto-estima

materna e os recursos familiares com a incidência de dificuldades com a amamentação verificámos, como se observa na tabela 30, que foram as mães que referiram não ter dificuldades em amamentar os seus bebés que apresentaram auto-estima mais elevada e que a relação entre as variáveis foi significativa, pelo que admitimos que a auto-estima materna influenciou o aparecimento de dificuldades com a amamentação.

Quanto aos recursos familiares e a incidência de dificuldades apurou-se que a relação entre as variáveis não foi significativa e que foram as mulheres com melhores recursos familiares que mais dificuldades sentiram ao amamentar os seus meninos.

Tabela 30 - Relação entre Auto-estima materna, Recursos Familiares e incidência de dificuldades.

Dificuldades	**N**	**Auto-estima total**			**Recursos familiares**		
		Média ordinal	**U**	**p**	**Média ordinal**	**U**	**p**
Sim	106	179,8			204,6		
Não	299	211,2			202,4		
Total	**405**		**13391,000**	**0,018**		**15669,000**	**0,863**

Ao estudarmos a relação entre o comportamento alimentar do RN e a incidência de dificuldades com a amamentação e o envolvimento materno com o bebé e as dificuldades sentidas ao amamentar verificámos que, como relata a tabela 31, foram as mães de bebés com melhor comportamento alimentar às 48 horas após o nascimento e que maior envolvimento apresentaram com os seus meninos que afirmaram não sentir dificuldades ao amamentá-los. A relação entre o comportamento alimentar e a ocorrência de dificuldades revelou-se altamente significativa pelo que afirmamos que o modo como o bebé mamou influenciou o aparecimento de

dificuldades na amamentação. Quanto à relação entre o envolvimento materno e a incidência de dificuldades não apresentou resultado estatístico significativo.

Tabela 31 - Relação entre Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno e incidência de dificuldades.

Dificuldades	N	Comportamento alimentar			Envolvimento materno		
		Média ordinal	U	p	Média ordinal	U	p
Sim	106	141,9			202,5		
Não	299	224,6			203,1		
Total	**405**		**9373,000**	**0,000**		**15798,00**	**0,962**

Quando quisemos saber se o facto da mãe ter sentido dificuldades com a amamentação do seu menino a influenciou na avaliação que fez sobre a sua experiência de amamentação aos 3, 6 e 12 meses do bebé verificámos, como se observa na tabela 32, que foram as mães que não sentiram dificuldades durante o internamento que se encontraram em todos os momentos de avaliação mais satisfeitas em amamentar. Aos 3 meses a relação demonstrou ser altamente significativa e aos 6 meses situou-se muito próximo do limiar de significância. Perante os resultados afirmamos que não sentir dificuldades em amamentar o bebé num período pós natal precoce foi factor favorecedor do sentimento vivenciado pela mãe com a amamentação.

Tabela 32 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e incidência de dificuldades.

Idade	Dificuldades	N	Satisfação em amamentar total		
			Média ordinal	U	p
3 meses	Sim	106	157,6		
	Não	299	219,0		
	Total	**405**		**11042,000**	**0,000**
6 meses	Sim	57	116,5		
	Não	204	135,0		
	Total	**261**		**4989,500**	**0,101**
12 meses	Sim	27	83,8		
	Não	142	85,2		
	Total	**169**		**1884,500**	**0,889**

Por pensarmos que a incidência de problemas na amamentação poderia estar relacionada com o uso de chupeta estudámos a influência entre as variáveis e verificámos que embora o uso de chupeta não influenciasse o desenvolvimento de problemas foram as mães de meninos que usavam chupeta que em maior percentagem referiram problemas com a amamentação. Analisando a tabela 33 verifica-se que das 321 senhoras mães de meninos que usavam chupeta 60.1% tiveram problemas e idêntica situação foi observada em 54.8% das 84 mães de bebés que não usavam chupeta.

Tabela 33 - Relação entre uso de chupeta e incidência de problemas.

Uso de chupeta		Problemas		Total
		Sim	Não	
Sim	N	193	128	**321**
	%	60,1	39,9	**100,0**
Não	N	46	38	**84**
	%	54,8	45,2	**100,0**
Total	N	**239**	**166**	**405**
	%	**74,3**	**25,7**	**100,0**

(χ^2 = 0,792; p = 0,374)

Procurando saber se a auto-estima materna e os recursos familiares estavam relacionados com a ocorrência de problemas com a amamentação estudámos, nas mães dos meninos do estudo, a relação entre as variáveis e verificámos que, como se observa na tabela 34, foram as mães com maior auto-estima e com menores recursos familiares que referiram não ter desenvolvido problemas com a amamentação. A relação demonstrou ser muito significativa entre a auto-estima e a ocorrência de problemas e sem significado estatístico entre incidência de problemas e recursos familiares. Os resultados sugerem que mulheres com auto-estima mais elevada percepcionam menos problemas com a amamentação sendo possível

afirmar que a auto-estima materna influenciou o aparecimento de problemas com a amamentação.

Tabela 34 - Relação entre Auto-estima materna, Recursos Familiares e incidência de problemas.

Problemas	N	Auto-estima total			Recursos familiares		
		Média ordinal	U	p	Média ordinal	U	p
Nenhum	166	221,2			200,5		
Algum	239	190,3			204,6		
Total	**405**		**16811,000**	**0,009**		**19435,000**	**0,728**

Analisando a tabela 35 é possível verificarmos que, embora a relação não seja estatisticamente significativa, foram as mães dos meninos que apresentaram nas 48 horas pós parto melhor comportamento alimentar que afirmaram não ter problemas com a amamentação e que foram as mães que desenvolveram problemas que maior envolvimento apresentaram com os seus bebés.

Tabela 35 - Relação entre Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno e incidência de problemas.

Problemas	N	Comportamento alimentar do RN			Envolvimento materno		
		Média ordinal	U	p	Média ordinal	U	p
Nenhum	166	203,7			199,8		
Algum	239	202,4			205,1		
Total	**405**		**19715,000**	**0,915**		**19320,500**	**0,655**

Por pensarmos que a avaliação que a mãe fez da sua experiência com a amamentação poderia estar relacionada com a incidência de problemas estudámos, junto das mães dos meninos, a influência entre as variáveis (ver tabela 36) e verificámos que aos 3 e 6 meses foram as mães que referiram não ter qualquer problema (engurgitamento mamário,

mastite, fissuras mamilares, dor nos mamilos, abcesso mamário, ...) que mais satisfeitas mostraram estar com a sua experiência. Aos 12 meses a situação inverteu-se sendo as mães que desenvolveram problemas durante a amamentação que maior satisfação apresentaram. A relação entre as variáveis em nenhum dos momentos demonstrou ter significado estatístico.

Tabela 36 - Relação entre Satisfação em amamentar e incidência de problemas.

Idade	Problemas	N	Satisfação em amamentar total		
			Média ordinal	U	p
3 meses	Nenhum	166	211,9		
	Algum	239	196,8		
	Total	**405**		**18356,000**	0,**201**
6 meses	Nenhum	115	131,4		
	Algum	146	130,6		
	Total	**261**		**8341,500**	**0,930**
12 meses	Nenhum	68	83,5		
	Algum	101	85,9		
	Total	**169**		**3335,000**	**0,751**

Procurámos estudar a relação entre auto-estima materna e alojamento conjunto durante o internamento e verificámos que, como se observa na tabela 37, embora o resultado não fosse estatisticamente significativo, foram as mães que não permaneceram a totalidade do tempo de internamento junto dos seus bebés que apresentaram níveis de auto-estima mais elevados. Este resultado afigura-se importante no minimizar do efeito negativo que a separação da díade tem no estabelecimento e manutenção da amamentação.

Tabela 37 - Relação entre Auto-estima e alojamento conjunto.

Alojamento conjunto	N	Auto-estima total		
		Media ordinal	U	p
Sim	590	303,6		
Não	17	314,8		
Total	**607**		**4831,000**	**0,796**

Relativamente à relação entre envolvimento materno e a permanência do bebé com a mãe durante o internamento observámos que foram as mães que durante algum tempo se mantiveram afastadas dos seus meninos que maior envolvimento apresentaram, todavia o nível de significância entre as variáveis demonstrou não ser estatisticamente significativo.

Tabela 38 - Relação entre Envolvimento Materno e alojamento conjunto.

Alojamento conjunto	N	Envolvimento materno		
		Media ordinal	U	p
Sim	396	202,6		
Não	9	218,5		
Total	**405**		**1642,500**	**0,687**

Quanto à relação entre a satisfação materna em amamentar e a permanência do bebé durante o internamento com a mãe observou-se, como relata a tabela 39, que aos 3 meses foram as mães que permaneceram sempre com os seus meninos que maior satisfação desenvolveram com a amamentação embora não apresentasse resultado estatisticamente significativo. Aos 6 e 12 meses verificou-se serem as mães que por algum tempo estiveram afastadas dos seus bebés que maior satisfação sentiram em amamentar. A relação entre as variáveis aos 6 meses demonstrou situar-se no limiar de significância.

Tabela 39 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e alojamento conjunto.

Idade	Alojamento conjunto	N	Satisfação em amamentar total		
			Media ordinal	U	p
3 meses	Sim	396	203,3		
	Não	9	188,1		
	Total	**405**		**1648,500**	**0,700**
6 meses	Sim	256	129,8		
	Não	5	190,0		
	Total	**261**		**345,000**	**0,077**
12 meses	Sim	166	84,8		
	Não	003	94,0		
	Total	**169**		**222,000**	**0,748**

Quando procurámos saber se o envolvimento materno estava relacionado com a altura em que as mães deram de mamar pela primeira vez aos seus filhos verificámos que, como mostra a tabela 40, embora a relação não fosse estatisticamente significativa, foram as mães que amamentaram ainda na sala de partos que aos 3 meses maior envolvimento apresentaram com os seus meninos.

Tabela 40 - Relação entre Envolvimento Materno e altura em que ocorreu a primeira mamada.

Deu de mamar a 1ª vez	N	Envolvimento materno		
		Media Ordinal	χ^2	p
Na sala de partos	20	215,8		
Na 1ª hora de vida mas não na sala de partos	239	200,5	0,398	0,819
Após a 1ª hora de vida	146	205,2		
Total	**405**			

Quando se estudou a relação entre a satisfação materna em amamentar e a altura em que o bebé pela primeira vez foi colocado a mamar observamos, analisando a tabela 41, que aos 3 meses foram as mães que deram de mamar ainda na sala de partos que melhor avaliação fizeram da sua experiência de amamentação.

Aos 6 e 12 meses obtiveram maior classificação na escala de satisfação materna com a amamentação as mães que deram pela primeira vez de mamar na 1ª hora de vida mas não na sala de partos.

Em nenhum dos momentos de avaliação a relação entre as variáveis demonstrou ser estatisticamente significativa.

Tabela 41 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e altura em que ocorreu a primeira mamada.

Idade	Deu de mamar pela 1ª vez	N	Satisfação em amamentar total Media ordinal	χ^2	p
3 meses	Na sala de partos	20	218,3		
	Na 1ª hora de vida mas não na sala de partos	239	207,9	1,866	0,393
	Após a 1ª hora	146	192,8		
	Total	**405**			
6 meses	Na sala de partos	17	118,5		
	Na 1ª hora de vida mas não na sala de partos	155	133,7	0,748	0,688
	Após a 1ª hora	89	128,6		
	Total	**261**			
12 meses	Na sala de partos	11	59,3		
	Na 1ª hora de vida mas não na sala de partos	101	87,0	3,254	0,196
	Após a 1ª hora	57	86,4		
	Total	**169**			

Procurando saber se receber reforço de informação acerca da amamentação no momento da alta influenciou a avaliação da experiência de amamentação estudámos a relação entre as variáveis e, como se observa na tabela 42, embora a relação só demonstrasse ser significativa aos 3 e 6 meses, em todos os momentos de avaliação foram as mães que receberam ensinos na alta que melhor avaliação fizeram da sua experiência de amamentação. Face aos resultados afirmamos que receber informação no momento da alta sobre amamentação influenciou a satisfação da mãe pelo menos até aos 6 meses de idade dos meninos.

Tabela 42 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e ensinos na alta.

Idade	Alta reforçaram ensinos	N	Satisfação em amamentar total Media ordinal	U	p
3 meses	Sim	173	218,4		
	Não	232	191,4		
	Total	**405**		**17389,500**	**0,021**
6 meses	Sim	120	144,0		
	Não	141	119,9		
	Total	**261**		**6896,500**	**0,010**
12 meses	Sim	73	91,4		
	Não	96	80,1		
	Total	**169**		**3034,500**	**0,136**

A tabela 43 mostra a relação entre a avaliação feita pela mãe acerca da sua experiência de amamentação nos diferentes momentos da pesquisa e a existência de contacto após a alta hospitalar onde se abordasse o tema amamentação. A sua análise permite observar que, embora a relação entre as variáveis não apresentasse resultado estatístico significativo, aos 3 e 6 meses foram as mães que beneficiaram de contacto que maior satisfação sentiram com a amamentação. Aos 12 meses verificou-se que mães com e sem contacto apresentaram médias ordinais sensivelmente iguais.

Tabela 43 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e contacto após a alta.

Idade	Contacto	Satisfação em amamentar total			
		N	Media ordinal	U	p
3 meses	Sim	57	216,5		
	Não	348	200,7		
	Total	**405**		**9144,500**	**0,345**
6 meses	Sim	46	138,8		
	Não	215	129,3		
	Total	**261**		**4584,500**	**0,438**
12 meses	Sim	25	84,9		
	Não	144	85,0		
	Total	**169**		**1799,000**	**0,996**

Quisemos verificar se a satisfação materna com a amamentação e o tempo de amamentação variavam no mesmo sentido e comparando os três momentos de avaliação observámos que, como relata a tabela 44, a satisfação materna com a amamentação aumentou com o tempo de amamentação sendo a relação entre as variáveis altamente significativa. Perante este resultado podemos concluir que foram as mães que amamentaram por um maior período de tempo que maior satisfação sentiram com a amamentação e que a satisfação materna ao amamentar

influencia a sua duração.

Tabela 44 - Satisfação materna em amamentar aos 3, 6 e 12 meses.

Idade	Satisfação total em amamentar Media ordinal
3 meses	10,8
6 meses	11,0
12 meses	11,0

(χ^2 = 1633,037; p = 0,000)

Procurando relacionar a auto-estima materna, o comportamento alimentar do RN, os recursos familiares, o envolvimento materno e a satisfação materna em amamentar estudámos a relação entre as variáveis. Analisando a tabela 45 observamos que a auto-estima se correlaciona positivamente e com resultado estatístico altamente significativo, para $p<0.01$, com o comportamento alimentar do RN, os recursos familiares e a satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses de idade e de modo negativo, sem resultado significativo, com o envolvimento materno.

O comportamento alimentar, os recursos familiares e a satisfação em amamentar aos 3 meses mostraram estar relacionados de forma positiva e com significado estatístico altamente significativo. Verificou-se também que a relação entre o comportamento alimentar, o envolvimento materno e a satisfação com a experiência de amamentação foi negativa mas não significativa. O comportamento alimentar e a satisfação com a amamentação estavam aos 6 meses relacionados positivamente ainda que sem significado estatístico.

No que se refere ao envolvimento materno observamos que a correlação foi positiva e estatisticamente significativa, para $p<0.05$, com os recursos familiares, positiva situando-se no limiar de significância com a

satisfação em amamentar aos 3 meses, positiva não significativa com a satisfação com a amamentação aos 6 e 12 meses.

Relativamente aos recursos familiares observámos ainda que a correlação foi positiva situando-se no limiar de significância com a satisfação em amamentar aos 3 meses e positiva mas não significativa com a satisfação em amamentar aos 6 e 12 meses.

Quanto à satisfação materna em amamentar observou-se também que aos 3, 6 e 12 meses foi positiva altamente significativa, para $p<0.01$, em cada momento de avaliação da satisfação com a amamentação.

Perante os resultados podemos afirmar que mães com maior auto-estima percepcionaram melhor comportamento alimentar do RN, melhores recursos familiares e maior satisfação com a amamentação. Foram também as mães com maior auto-estima que menor envolvimento apresentaram com os seus meninos. Mães com melhores recursos familiares percepcionaram melhor comportamento alimentar, estabeleceram maior envolvimento e sentiam-se mais satisfeitas com a experiência de amamentação. Foram as mães dos meninos com melhor comportamento alimentar que se sentiram mais satisfeitas com a amamentação aos 3 e 6 meses e apresentaram menor envolvimento e satisfação em amamentar aos 12 meses. Mães com maior envolvimento revelaram estar mais satisfeitas com a experiência de amamentação. Avaliações maternas positivas da experiência de amamentação num primeiro momento mantiveram-se positivas nos momentos posteriores.

Tabela 45 - Correlação entre Auto-estima Materna, Comportamento alimentar do RN, Envolvimento Materno, Recursos Familiares e Satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Variáveis		Auto-estima total	Comportamento alimentar do RN	Envolvimento materno	Recursos familiares total	Satisfação com a amamentação aos 3 meses	Satisfação com a amamentação aos 6 meses
Comportamento alimentar do RN		0,254**					
Envolvimento materno		-0,041	- 0,59				
Recursos familiares total		0,305**	0,220**	0,110*			
Satisfação com a amamentação aos 3 meses		0,273**	0,226**	0,086	0,089		
Satisfação com a amamentação aos 6 meses		0,330**	0,029	0,067	0,008	0,704**	
Satisfação com a amamentação aos 12 meses		0,327**	- 0,049	0,071	0,026	0,729**	0,828**
p	Comportamento alimentar do RN	0,000					
	Envolvimento materno	0,410	0,238				
	Recursos familiares total	0,000	0,000	0,026			
	Satisfação com a amamentação aos 3 meses	0,000	0,000	0,085	0,074		
	Satisfação com a amamentação aos 6 meses	0,000	0,636	0,279	0,903	0,000	
	Satisfação com a amamentação aos 12 meses	0,000	0,526	0,357	0,738	0,000	0,000

** $p<0.01$
* $p<0.05$

Quando se estudou a relação entre a anterior experiência de amamentação com os níveis de auto-estima materna e a satisfação materna em amamentar verificámos, como relata a tabela 46, que a correlação entre anterior experiência de amamentação e auto-estima materna foi negativa e muito significativa, para $p<0.01$, e entre anterior experiência de amamentação e satisfação materna com a amamentação foi também negativa em todos os momentos de avaliação e altamente significativa para, $p<0.01$, aos 3 meses e muito significativa aos 6 e 12

meses. Face aos resultados podemos referir que a anterior experiência de amamentação influenciou a auto-estima materna e a satisfação com a amamentação de um filho posterior sendo que mães com melhor experiência anterior de amamentação manifestaram menor auto-estima e menor satisfação em amamentar este bebé.

Tabela 46 - Correlação entre Auto-estima Materna, Satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses e experiência anterior de amamentação.

	Variaveis	Experiência anterior de amamentação
	Auto-estima total	- 0,158**
	Satisfação com a amamentação aos 3 meses	- 0,373**
	Satisfação com a amamentação aos 6 meses	- 0,251**
	Satisfação com a amamentação aos 12 meses	- 0,300**
p	Auto-estima total	0,009
	Satisfação com a amamentação aos 3 meses	0,000
	Satisfação com a amamentação aos 6 meses	0,006
	Satisfação com a amamentação aos 12 meses	0,006

** p<0.01

Analisando a tabela 47 observa-se que a satisfação materna face ao comportamento alimentar do RN nas primeiras 48 horas de vida influenciou a satisfação durante o período de amamentação existindo correlação positiva entre a satisfação vivenciada no período pós parto com o comportamento alimentar do RN às 48 horas de vida e a satisfação materna em amamentar aos 3, 6 e 12 meses, mostrando ser altamente significativa, para p<0.01, aos 3 meses de idade.

Tabela 47 - Correlação entre Satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses e Satisfação com o Comportamento alimentar do RN.

	Satisfação com a amamentação	Satisfação com o comportamento do RN
	3 meses	0,281**
	6 meses	0,087
	12 meses	0,081
p	3 meses	0,000
	6 meses	0,162
	12 meses	0,294

** p<0.01

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

Estudando a relação entre algumas características do RN, aspectos sociais e demográficos e anteriores vivências maternas e do RN e a duração da amamentação, procurámos saber se o produto de gestação influenciava a duração da amamentação.

Embora às 48 horas pós parto tivessemos em estudo 10 crianças de parto gemelar aos 3 meses continuaram a participar na pesquisa apenas 8. Neste contexto, analisando a tabela 48 observamos que das 8 crianças gémeas apenas 25.0% continuavam a ser amamentadas verificando-se o mesmo em 66.0% das 397 crianças singulares. A relação entre as variáveis demonstrou ser significativa parecendo-nos permitir opinar que o produto da gravidez influenciou o tempo de amamentação até aos 3 meses de idade.

Aos 6 meses as duas crianças gémeas que continuavam em estudo já tinham sido desmamadas, apurando-se ter acontecido o desmame aos 5 meses de idade. Das restantes 259 crianças singulares 65.3% continuavam a ser amamentadas. Nesta idade não foi possível determinar a relação entre as duas variáveis, no entanto, notou-se tendência das mães de filhos gémeos a desmarem mais cedo.

Tabela 48 - Relação entre produto da gestação e duração da amamentação aos 3 e 6 meses.

Produto de gestação		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total
Duplo	**N**	2	6	**8**	-	2	**2**
	%	25,0	75,0	**100,0**	0,0	100,0	**100,0**
Singular	**N**	262	135	**397**	169	90	**259**
	%	66,0	34,0	**100,0**	65,3	34,7	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**

(χ^2 = 5,807; p = 0,016)

Procurámos saber se o tipo de parto influenciava a duração da amamentação. Analisando a tabela 49 observamos que aos 3 meses dos 181 meninos nascidos de parto distócico 65.7% continuavam a ser amamentados verificando-se idêntica situação nos meninos de parto eutócico, onde 64.7%, dos 224, mantinham a amamentação. Procurando conhecer a significância da relação entre o tipo de parto e a manutenção da amamentação aos 3 meses de idade procedemos ao teste de χ^2 tendo verificado que a relação não foi significativa.

Aos 6 meses observamos que dos 116 meninos nascidos de parto distócico 70.7% continuavam a ser amamentados verificando-se idêntica situação em 60.0%, dos 145 meninos nascidos por parto eutócico. A relação entre o tipo de parto e a manutenção da amamentação situou-se no limiar de significância, pelo que pensamos poder admitir que o tipo de parto influenciou a duração da amamentação entre os 3 e os 6 meses.

Também aos 12 meses quisemos estudar a influência do tipo de parto na duração da amamentação. Observa-se que dos 82 meninos nascidos de parto distócico 42.7% continuavam a ser amamentados verificando-se idêntica situação nos meninos de parto eutócico, onde 40.2%, dos 87, mantinham a amamentação. Procurando conhecer a significância da relação entre o tipo de parto e a manutenção da amamentação verificámos que a relação não foi significativa.

Em síntese podemos dizer que nos meninos do estudo o tipo de parto não pareceu influenciar a manutenção da amamentação nos 3 primeiros meses de vida nem após os 6 meses, no entanto, entre os 3 e os 6 meses verificou-se que o tipo de parto influenciou o seu prolongamento.

Em todas as idades foi mais frequente manterem a amamentação os meninos que nasceram por parto distócico.

Tabela 49 - Relação entre tipo de parto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Tipo de parto		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Distócico	N	119	62	**181**	82	34	**116**	35	47	**82**
	%	65,7	34,3	**100,0**	70,7	29,3	**100,0**	42,7	57,3	**100,0**
Eutócico	N	145	79	**224**	87	58	**145**	35	52	**87**
	%	64,7	35,3	**100,0**	60,0	40,0	**100,0**	40,2	59,8	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,045; p = 0,831)			(χ^2 = 3,226; p = 0,072)			(χ^2 = 0,105; p = 0,746)		

Relativamente ao tipo de parto distócico tivemos curiosidade em saber qual o método que influenciava a duração da amamentação. Analisando a tabela 50 observamos que aos 3 meses foram os meninos que nasceram de parto por forceps logo seguidos dos nascidos de parto por ventosa que mais prolongaram a amamentação, tendo-se verificado que das 36 crianças nascidas por forceps 86.1% estavam a ser amamentados e que o mesmo se verificou em 71.4% das 7 crianças nascidas por ventosa. No que se refere ao parto por cesariana das 138 crianças apenas 60.1% mantinham a amamentação.

Também aos 6 meses tivemos curiosidade em saber se o tipo de parto distócico influenciou a duração da amamentação. Verificámos que foram os meninos que nasceram de parto por ventosa logo seguidos dos nascidos de parto por forceps que mais prolongaram a amamentação, tendo-se observado que das 5 crianças nascidas por ventosa 80.0% estavam a ser amamentados e que o mesmo se verificava em 77.4% das 31 crianças nascidas por forceps. Das 80 crianças nascidas por cesariana

apenas 67.5% mantinham a amamentação.

Aos 12 meses verificamos que foram também os meninos que nasceram de parto por ventosa logo seguidos dos nascidos de parto por cesariana que mais prolongaram a amamentação, sendo que das 4 crianças nascidas por ventosa 100.0% estavam a ser amamentados e que o mesmo se verificava em 42.6% das 54 crianças nascidas por cesariana. No que se refere ao parto por forceps das 24 crianças apenas 33.3% mantinham a amamentação.

Embora não fosse possível a determinação da relação entre as variáveis nos três momentos de avaliação pensamos poder afirmar que a cesariana é um tipo de parto distócico que não promove o prolongamento da amamentação.

Tabela 50 - Relação entre tipo tipo de parto distócico e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Parto distócico		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Cesariana	N	83	55	**138**	54	26	**80**	23	31	**54**
	%	60,1	39,9	**100,0**	67,5	32,5	**100,0**	42,6	57,4	**100,0**
Forceps	N	31	5	**36**	24	7	**31**	8	16	**24**
	%	86,1	13,9	**100,0**	77,4	22,6	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Ventosa	N	5	2	**7**	4	1	**5**	4	-	**4**
	%	71,4	28,6	**100,0**	80,0	20,0	**100,0**	100,0	0,0	**100,0**
Total	N	**119**	**62**	**181**	**82**	**34**	**116**	**35**	**47**	**82**
	%	**65,7**	**34,3**	**100,0**	**70,7**	**29,3**	**100,0**	**42,7**	**57,3**	**100,0**

Pretendendo conhecer a relação entre o peso do RN ao nascer e a duração da amamentação, analisando a tabela 51, verificamos que dos 213 bebés que apresentaram peso ao nascer inferior à média dos pesos apresentados por todos os RN do estudo, 3288.8 gramas, 63.4% mantinham a amamentação aos 3 meses e que situação idêntica foi

observada em 67.2% dos 192 bebés com peso superior. Embora o teste de independência mostre não existir relação significativa entre o peso ao nascer e a manutenção da amamentação até aos 3 meses, parece existir tendência à manutenção da amamentação nos meninos com peso superior a 3288.8 gramas.

Aos 6 meses de idade verificamos também que foram os bebés com peso mais elevado ao nascer que mantinham a amamentação, dado que dos 134 bebés que apresentaram peso ao nascer inferior à média apenas 58.2% mantinham a amamentação e que situação idêntica foi observada em 71.7% dos 127 bebés com peso superior. O teste de independência mostrou existir relação estatisticamente significativa entre o peso ao nascer e a manutenção da amamentação até aos 6 meses, pelo que afirmamos existir influência do peso ao nascer na manutenção da amamentação nos meninos em estudo.

Quando aos 12 meses procurámos conhecer a relação entre o peso do RN ao nascer e a manutenção da amamentação até essa idade verificámos que dos 78 bebés que apresentaram peso ao nascer inferior à média 43.6% mantinham a amamentação e que situação idêntica foi observada em 39.6% dos 91 bebés com peso superior. O teste de independência mostrou-nos não existir relação estatisticamente significativa.

Face aos resultados afigura-se-nos que até aos 6 meses mantiveram em maior número a amamentação os meninos com maior peso ao nascer, mas posteriormente a amamentação foi mais frequente nos meninos que ao nascer apresentaram menor peso.

Tabela 51 - Relação entre tipo peso de nascimento e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Peso do RN ao nascer		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Inferior à média	N	135	78	**213**	78	56	**134**	34	44	**78**
	%	63,4	36,6	**100,0**	58,2	41,8	**100,0**	43,6	56,4	**100,0**
Igual ou superior à média	N	129	63	**192**	91	36	**127**	36	55	**91**
	%	67,2	32,8	**100,0**	71,7	28,3	**100,0**	39,6	60,4	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,645; p = 0,422)			(χ^2 = 5,164; p = 0,023)			(χ^2 = 0,281; p = 0,596)		

O género do RN tem-se demonstrado em alguns estudos variável influente na duração da amamentação. Neste contexto, pretendemos saber qual a relação entre as duas variáveis nos meninos do nosso estudo. Analisando a tabela 52 observamos que aos 3 meses, embora o teste de significância da relação mostre ausência de relação significativa, estavam a ser amamentados em maior percentagem crianças do sexo masculino, pois que, dos 214 bebés rapazes, 67.8% mantinham a amamentação, o que também se verificou em 62.3% das 191 meninas.

Pretendendo conhecer a relação entre as variáveis aos 6 meses observámos também que o teste de significância mostrou ausência de relação significativa, no entanto, continuavam em maior percentagem a serem amamentados crianças do sexo masculino comparativamente às do sexo feminino, pois que, dos 144 bebés rapazes 65.3% mantinham a amamentação o que também se verificou em 64.1% das 117 meninas.

Aos 12 meses observamos que a situação se inverteu verificando-se maior percentagem de crianças do sexo feminino a serem amamentadas comparativamente às do género masculino, sendo que, dos 94 bebés rapazes, 39.4% mantinham a amamentação, o que também se verificou em

44.0% das 75 meninas. O teste de significância da relação mostrou não ter resultado estatisticamente significativo.

Em síntese podemos afirmar que, embora a relação entre o género do RN e a manutenção da amamentação não fosse significativa em nenhum dos momentos de avaliação, até aos 6 meses foi mais frequente amamentar crianças do sexo masculino mas, após essa idade, foram as meninas que mais beneficiaram da amamentação.

Tabela 52 - Relação entre género do RN e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
Género		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Masculino	**N**	145	69	**214**	94	50	**144**	37	57	**94**
	%	67,8	32,2	**100,0**	65,3	34,7	**100,0**	39,4	60,6	**100,0**
Feminino	**N**	119	72	**191**	75	42	**117**	33	42	**75**
	%	62,3	37,7	**100,0**	64,1	35,9	**100,0**	44,0	56,0	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 1,323; p = 0,250)			(χ^2 = 0,039; p = 0,843)			(χ^2 = 0,370; p = 0,543)		

Vários estudos têm mostrado que são as mães de maior idade que mais tendem a prolongar a amamentação dos seus filhos. Nesse sentido procurámos verificar se também nas mães dos meninos em estudo houve diferenças na manutenção da amamentação dependentes da idade. Analisando a tabela 53 verificamos que aos 3 meses foram os bebés filhos de mães com idades compreendidas entre os 34 e os 39 anos, 72.0% dos 75, logo seguidos dos de mães com idades entre os 19 e os 24 anos, 70.4% dos 54, que mais prolongaram a amamentação. Aos 6 meses foram os bebés filhos de mães com idades compreendidas entre os 34 e os 39 anos, 77.4% dos 53, logo seguidos dos de mães com idades entre os 39 e os 44 anos, 75.0% dos 4, que mais prolongaram a amamentação, notando-

se que apresentaram maior tendência a manter a amamentação mães de maior idade. Aos 12 meses foram os bebés filhos de mães com idades compreendidas entre os 24 e os 29 anos, 52.1% dos 48, logo seguidos dos de mães com idades entre os 34 e os 39 anos, 48.8% dos 41, que mais prolongaram a amamentação.

Aos 3 meses a relação entre as variáveis demonstrou não ser estatisticamente significativa e após esta idade não foi possível a sua determinação.

Tabela 53 - Relação entre idade materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Grupo etário		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
14 - 19	N	5	3	**8**	-	5	**5**	-	-	-
	%	62,5	37,5	**100,0**	0,0	100,0	**100,0**	0,0	0,0	**0,0**
19 - 24	N	38	16	**54**	21	17	**38**	2	19	**21**
	%	70,4	29,6	**100,0**	55,3	44,7	**100,0**	9,5	90,5	**100,0**
24 -29	N	84	49	**133**	48	35	**83**	25	23	**48**
	%	63,2	36,8	**100,0**	57,8	42,2	**100,0**	52,1	47,9	**100,0**
29 - 34	N	79	49	**128**	56	22	**78**	23	33	**56**
	%	61,7	38,3	**100,0**	71,8	28,2	**100,0**	41,1	58,9	**100,0**
34 - 39	N	54	21	**75**	41	12	**53**	20	21	**41**
	%	72,0	28,0	**100,0**	77,4	22,6	**100,0**	48,8	51,2	**100,0**
39 - 44	N	4	3	**7**	3	1	**4**	-	3	**3**
	%	57,1	42,9	**100,0**	75,0	25,0	**100,0**	0,0	100,0	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 3,318; p = 0,651)

Pretendendo conhecer a relação entre o local de residência materna e adesão das mães à manutenção da amamentação pelo menos até aos 3 meses, observámos, pela análise da tabela 54, que dos 214 bebés filhos de mães residentes em meio rural, 68.2% continuavam a ser amamentados verificando-se igual situação em 61.8% das 191 crianças filhas de mães residentes em meio urbano.

Aos 6 meses, verificamos que dos 146 bebés filhos de mães residentes em meio rural, 65.8% continuavam a ser amamentados observando-se igual situação em 63.5% das 115 crianças filhas de mães residentes em meio urbano. Idêntica situação foi observada aos 12 meses uma vez que dos 96 bebés filhos de mães residentes em meio rural, 43.8% mantinham a amamentação verificando-se igual situação em 38.4% das 73 crianças filhas de mães residentes em meio urbano.

O teste de independência revelou não existir, em nenhum dos momentos de avaliação, relação significativa entre as duas variáveis, todavia pensamos poder admitir que houve associação entre as mães viverem em meio rural e a manutenção da amamentação.

Tabela 54 - Relação entre local de residência materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Local de residência		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Rural	N	146	68	**214**	96	50	**146**	42	54	**96**
	%	68,2	31,8	**100,0**	65,8	34,2	**100,0**	43,8	56,3	**100,0**
Urbano	N	118	73	**191**	73	42	**115**	28	45	**73**
	%	61,8	38,2	**100,0**	63,5	36,5	**100,0**	38,4	61,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 1,847; p = 0,174)			(χ^2 = 0,146; p = 0,702)			(χ^2 = 0,497; p = 0,481)		

Resultados de vários estudos têm mostrado que são as mães que possuem maiores habilitações literárias que mantêm por mais tempo a amamentação, neste sentido procurámos também saber junto das mães do estudo qual a relação entre estas duas variáveis. Analisando a tabela 55, podemos observar que embora a relação não fosse significativa foram efectivamente as mães com maiores estudos académicos que mantinham a amamentação aos 3 meses, o que pode ser verificado através dos

seguintes resultados: das 93 e 116 crianças filhas de mães com habilitações literárias de nível secundário e superior, 69.9% e 68.1%, respectivamente, mantinham a amamentação, verificando-se diminuição destas percentagens nos 61 meninos filhos de mães com habilitações correspondentes ao 3º nível de escolaridade, em que apenas 67.2% estavam a ser amamentados. A diminuição percentual foi ainda mais acentuada junto das crianças filhas de mães apenas com o 2º ciclo, dado que das 97 crianças apenas 62.9% estavam a ser amamentados, no entanto foram os meninos filhos de mães que possuiam apenas a instrução primária que estavam em menor percentagem a ser amamentados o que se verificou em cerca de metade, 47.4%, dos 38 bebés.

Aos 6 meses observámos que, embora a relação também não fosse significativa, foram as mães com menores estudos académicos que mais prolongaram a amamentação sendo que das 60 e 18 crianças filhas de mães com o 2º e 1º ciclos, 73.3% e 72.2%, respectivamente, mantinham a amamentação, verificando-se diminuição destas percentagens nos meninos filhos de mães com habilitações de nível mais elevado. No entanto, no que se refere às mães com habilitações de nível superior verificou-se que 68.4% dos 79 bebés mantinham a amamentação aos 6 meses.

Quando aos 12 meses procurámos saber a relação entre as habilitações literárias que a mãe possuia à data de colheita de informação do 1º momento e a duração da amamentação observámos que, embora a relação também não fosse significativa, foram as mães que possuiam o terceiro ciclo ou o nível superior que prolongaram a amamentação para

além dos 12 meses dos seus filhos, o que pode ser verificado através dos seguintes resultados: das 25 e 54 crianças filhas de mães com o 3º ciclo e nível superior, 48.0% e 44.4%, respectivamente, mantinham a amamentação, verificando-se diminuição destas percentagens nos meninos filhos de mães com outros níveis de escolaridade.

Sintetisando, podemos afirmar que até aos 3 meses de idade houve tendência das mães em prolongarem por mais tempo a amamentação à medida que as suas habilitações académicas aumentavam. Aos 6 meses a situação inverteu-se sendo que foram os filhos de mães com menores habilitações literárias que em maior número se encontravam a ser amamentados, à excepção dos meninos filhos de mães com habilitações de nível superior. Aos 12 meses as mães que menos prolongaram a amamentação dos seus filhos foram as que possuiam apenas o primeiro ciclo ou o nível secundário.

Tabela 55 - Relação entre nível de escolaridade materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			**Continua a amamentar aos 6 meses**			**Continua a amamentar aos 12 meses**		
Escolaridade		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
1º ciclo	**N**	18	20	**38**	13	5	**18**	4	9	**13**
	%	47,4	52,6	**100,0**	72,2	27,8	**100,0**	30,8	69,2	**100,0**
2º ciclo	**N**	61	36	**97**	44	16	**60**	19	25	**44**
	%	62,9	37,1	**100,0**	73,3	26,7	**100,0**	43,2	56,8	**100,0**
3º ciclo	**N**	41	20	**61**	25	16	**41**	12	13	**25**
	%	67,2	32,8	**100,0**	61,0	39,0	**100,0**	48,0	52,0	**100,0**
Secundário	**N**	65	28	**93**	33	30	**63**	11	22	**33**
	%	69,9	30,1	**100,0**	52,4	47,6	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Superior	**N**	79	37	**116**	54	25	**79**	24	30	**54**
	%	68,1	31,9	**100,0**	68,4	31,6	**100,0**	44,4	55,6	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 6,995; p = 0,136)			(χ^2 = 7,306; p = 0,121)			(χ^2 = 2,203; p = 0,698)		

Como se pode observar na tabela 56 o estado civil não revelou

diferenças estatisticamente significativas na relação que estabeleceu com a duração da amamentação. Aos 3 meses as diferenças percentuais foram mínimas entre o grupo de crianças filhas de mães não casadas e casadas. Assim, dos 29 meninos filhos de mães não casadas 65.5% mantinham a amamentação verificando-se o mesmo em 65.2% dos 376 filhos de mães casadas. Aos 6 meses dos meninos verificámos que foram os filhos de mães não casadas que em maior percentagem se encontravam a ser amamentados, dado que dos 19 meninos filhos de mães não casadas 78.9% continuavam a ser amamentados, verificando-se o mesmo em 63.6% dos 242 filhos de mães casadas. Aos 12 meses foram os filhos de mães casadas que em maior percentagem se encontravam a ser amamentados, tendo em conta que dos 15 meninos filhos de mães não casadas 40.0% continuavam a ser amamentados, verificando-se o mesmo em 41.6% dos 154 filhos de mães casadas.

Tabela 56 - Relação entre estado civil da mãe e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Estado civil		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses: Sim	Não	Total
Não casadas	N	19	10	**29**	15	4	**19**	6	9	**15**
	%	65,5	34,5	**100,0**	78,9	21,1	**100,0**	40,0	60,0	**100,0**
Casadas	N	245	131	**376**	154	88	**242**	64	90	**154**
	%	65,2	34,8	**100,0**	63,6	36,4	**100,0**	41,6	58,4	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,002; p = 0,969)			(χ^2 = 1,809; p = 0,179)			(χ^2 = 0,014; p = 0,907)		

Por considerarmos que possivelmente as mulheres trabalhadoras poderiam não ser tão receptivas à amamentação dado a necessidade de regressarem ao trabalho após a licença da maternidade, procurámos estudar a influência da condição laboral materna na manutenção da

amamentação. Analisando a tabela 57 é possível verificarmos que, aos 3 meses, dos 301 bebés filhos de mães empregadas 70.4% mantinham a amamentação verificando-se o mesmo em 50.0% dos 104 meninos filhos de mães desempregadas. Os resultados mostram-nos que o conceito de que partimos, nas mães dos meninos em estudo, não se verificou e pelo contrário, dado a significância da relação se ter demonstrado altamente significativa, podemos dizer que a condição laboral influenciou de facto a manutenção da amamentação mas que foram as mães trabalhadoras que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos até aos 3 meses de idade. No entanto, quando aos 6 e 12 meses estudámos a relação entre as variáveis observámos que, embora a relação não fosse estatisticamente significativa, eram as mães desempregadas que tendiam a manter por mais tempo a amamentação dos seus filhos, observando-se que aos 6 meses dos 51 meninos filhos de mães desempregadas 70.6% continuavam a ser amamentados e que o mesmo se verificava em 63.3% dos 210 filhos de mães empregadas e que aos 12 meses dos 36 meninos filhos de mães desempregadas 44.4% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 40.6% dos 133 filhos de mães empregadas.

Perante os resultados pensamos poder afirmar que de facto a condição laboral materna influenciou a manutenção da amamentação verificando-se que até aos 3 meses foram os meninos de mães trabalhadoras que mais foram amamentados mas que após essa idade as mães que não desenvolviam uma actividade profissional tenderam a manter por mais tempo a amamentação dos seus meninos.

Tabela 57 - Relação entre condição laboral materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Condição laboral		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Empregada	N	212	89	**301**	133	77	**210**	54	79	**133**
	%	70,4	29,6	**100,0**	63,3	36,7	**100,0**	40,6	59,4	**100,0**
Desempregada	N	52	52	**104**	36	15	**51**	16	20	**36**
	%	50,0	50,0	**100,0**	70,6	29,4	**100,0**	44,4	55,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2= 14,218; p = 0,000)			χ^2= 0,946; p = 0,331)			(χ^2= 0,172; p = 0,678)		

Analisando a tabela 58 que mostra a relação entre a mãe ter condições no trabalho para ter a criança e a manutenção da amamentação observamos, aos 3 meses de idade, ausência de relação estatisticamente significativa, verificando-se que a percentagem de meninos que continuavam a ser amamentados foi igual, 70.4%, existindo ou não condições. Pensamos ter constatado este resultado dado existir ainda aos 3 meses grande percentagem de mães em casa a usufruir da licença de parto.

Aos 6 meses verificámos que dos 48 meninos filhos de mães com condições no trabalho 64.6% mantinham a amamentação o que também se verificou em 63.0% dos 162 filhos de mães sem condições no trabalho para os ter. Embora a relação entre as variáveis não fosse estatisticamente significativa pensamos poder admitir, dado existir maior percentagem de bebés a serem amamentados, que ter condições no trabalho favoreceu o prolongamento da amamentação. Quando estudámos as duas variáveis aos 12 meses verificámos que dos 31 meninos filhos de mães com condições no trabalho 25.8% mantinham a amamentação o que também se verificou em 45.1% dos 102 filhos de mães sem condições no trabalho para os ter. A relação entre as variáveis aos 12 meses localizou-se no limiar de

significância pelo que pensamos poder admitir, dado existir maior percentagem de bebés a serem amamentados, que entre os 6 e os 12 meses as mães que não têm condições no trabalho deverão ter desenvolvido mecanismos por forma a poderem prolongar a amamentação dos seus meninos.

Tabela 58 - Relação entre existência de creche no local de trabalho e a duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Creche no local de trabalho		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	50	21	**71**	31	17	**48**	8	23	**31**
	%	70,4	29,6	**100,0**	64,6	35,4	**100,0**	25,8	74,2	**100,0**
Não	N	162	68	**230**	102	60	**162**	46	56	**102**
	%	70,4	29,6	**100,0**	63,0	37,0	**100,0**	45,1	54,9	**100,0**
Total	N	**212**	**89**	**301**	**133**	**77**	**210**	**54**	**79**	**133**
	%	**70,4**	29,6	**100,0**	**63,3**	**36,7**	**100,0**	**40,6**	**59,4**	**100,0**
		(χ^2 = 0,000; p = 0,998)			(χ^2= 0,042; p = 0,838)			(χ^2= 3,669; p = 0,055)		

A relevância das referências familiares e sociais no comportamento da mulher face à amamentação é incontestável, no entanto, quando procurámos saber se o facto das mães dos RN do estudo terem visto a sua própria mãe a amamentar se relacionava com a duração da amamentação dos seus filhos, verificámos aos 3 meses, como é possível analisar na tabela 59, que para além de não existir significância de relação, ter visto a sua mãe a amamentar não influenciou a manutenção da amamentação dos seus filhos, sendo que, das 245 crianças filhas de mães que não viram a sua própria mãe a amamentar 67.3% continuavam a fazer aleitamento materno ao passo que das 90 crianças filhas de mães que viram a mãe a amamentar apenas 64.4 % mantinham a amamentação.

Aos 6 meses, embora não existisse significância de relação, mães que viram a própria mãe amamentar tenderam a manter em maior percentagem a amamentação dos bebés, sendo que, das 58 crianças filhas

de mães que viram a sua própria mãe amamentar 74.1% continuavam a fazer aleitamento materno ao passo que das 162 crianças filhas de mães que não viram a mãe amamentar apenas 60.5% mantinham a amamentação.

Aos 12 meses a situação foi idêntica verificando-se que, embora continuasse a não existir significância de relação, das 43 crianças filhas de mães que viram a sua própria mãe a amamentar 46.5% continuavam a fazer aleitamento materno ao passo que das 98 crianças filhas de mães que não viram a mãe a amamentar apenas 37.8 % mantinham a amamentação.

Os resultados permitem-nos afirmar que, embora em nenhum dos momentos de avaliação existisse relação significativa entre as variáveis, após os 3 meses foram as mães que viram a sua própria mãe amamentar que tenderam a manter por mais tempo a amamentação dos seus filhos.

Tabela 59 - Relação entre ver a própria mãe a amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses de idade.

Viu a mãe a amamentar		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	58	32	**90**	43	15	**58**	20	23	**43**
	%	64,4	35,6	**100,0**	74,1	25,9	**100,0**	46,5	53,5	**100,0**
Não	N	165	80	**245**	98	64	**162**	37	61	**98**
	%	67,3	32,7	**100,0**	60,5	39,5	**100,0**	37,8	62,2	**100,0**
Não se recorda	N	41	29	**70**	28	13	**41**	13	15	**28**
	%	68,6	41,4	**100,0**	68,3	31,7	**100,0**	46,4	53,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2= 1,875; p = 0,392)			(χ^2 = 3,751; p = 0,153)			(χ^2= 1,291; p = 0,524)		

Pretendendo conhecer a relação entre ser frequente ver mulheres da comunidade onde vive a amamentar e a duração da amamentação praticada pelas mães do estudo, analisando a tabela 60, podemos ver que, aos 3 meses, das 323 crianças filhas de mães que habitualmente viam

mulheres da sua comunidade amamentar 67.5% mantinham a amamentação, ao passo que dos 82 meninos filhos de mães que não veem com frequência outras mulheres amamentar apenas 56.1% continuavam a ser amamentados. Aos 6 meses das 216 crianças filhas de mães que habitualmente veem mulheres da comunidade amamentar 65.3% mantinham a amamentação, ao passo que dos 45 meninos filhos de mães que não veem com frequência outras mulheres a amamentar apenas 62.2% continuavam a ser amamentados. Aos 12 meses observamos também que das 141 crianças filhas de mães que habitualmente veem mulheres da comunidade onde residem amamentar 43.3% mantinham a amamentação, ao passo que dos 28 meninos filhos de mães que não veem com frequência outras mulheres amamentar apenas 32.1% continuavam a ser amamentados.

Embora o teste de independência só tivesse revelado existir relação entre as duas variáveis aos 3 meses de idade, que se situava no limiar de significância, admitimos que os comportamentos praticados pelas mulheres do grupo de referência e observados pelas mulheres do estudo influenciaram a duração da amamentação dos meninos.

Tabela 60 - Relação entre ver outras mulheres a amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Ver mulheres a amamentar		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	218	105	**323**	141	75	**216**	61	80	**141**
	%	67,5	32,5	**100,0**	65,3	34,7	**100,0**	43,3	56,7	**100,0**
Não	N	46	36	**82**	28	17	**45**	9	19	**28**
	%	56,1	43,9	**100,0**	62,2	37,8	**100,0**	32,1	67,9	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2= 3,742; p = 0,053)			(χ^2 = 0,152; p = 0,696)			(χ^2= 1,190; p = 0,275)		

O facto da mulher ter ou não sido amamentada tem sido uma variável apontada por vários autores como influente no seu próprio comportamento face à manutenção da amamentação dos seus filhos.

Pretendendo saber a influência desta variável na duração da amamentação dos meninos do estudo, verificámos (ver tabela 61) que aos 3 meses dos 310 bebés filhos de mães amamentadas, 67.1% continuavam a ser amamentados e que apenas 46.7% dos 45 filhos de mães que não foram amamentadas a mantinham.

A relação entre as variáveis revelou-se estatisticamente significativa pelo que nos parece poder afirmar que a duração da amamentação dos filhos foi influenciada pelo facto da mãe ter sido amamentada, dado que, as mães do estudo que não foram amamentadas, na maioria, não amamentavam os seus filhos aos 3 meses.

Também aos 6 meses, verificámos que dos 205 bebés filhos de mães amamentadas, 67.3% continuavam a ser amamentados e que apenas 57.1% dos 21 filhos de mães que não foram amamentadas a mantinham.

Embora a relação das variáveis se revelasse estatisticamente não significativa verificámos tendência a manter a amamentação para além dos 6 meses nas mães que foram amamentadas.

Aos 12 meses, observámos que dos 138 bebés filhos de mães amamentadas, 40.6% continuavam a ser amamentados e que mantinham também a amamentação 50.0% dos 12 filhos de mães que não foram amamentadas. A relação das variáveis revelou-se estatisticamente não significativa.

Tabela 61 - Relação entre ter sido amamentada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Foi amamentada		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	208	102	**310**	138	67	**205**	56	82	**138**
	%	67,1	32,9	**100,0**	67,3	32,7	**100,0**	40,6	59,4	**100,0**
Não	N	21	24	**45**	12	9	**21**	6	6	**12**
	%	46,7	53,3	**100,0**	57,1	42,9	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Não sabe	N	35	15	**50**	19	16	**35**	8	11	**19**
	%	70,0	30,0	**100,0**	54,3	45,7	**100,0**	42,1	57,9	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 7,810; p = 0,020)			(χ^2 = 2,803; p = 0,246)			(χ^2 = 0,408; p = 0,815)		

Vários estudos têm indicado nas primíparas maior adesão à prática da amamentação. Nesse sentido, procurando estudar a influência da paridade das mães na duração da amamentação do filho verificámos, analisando a tabela 62, que aos 3 meses a relação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa embora se observasse uma ténue tendência para manter a amamentação nas primíparas, dado que, dos 213 bebés filhos de mães pela primeira vez 66.7% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 63.5% dos 192 bebés filhos de mães multíparas. Aos 6 e aos 12 meses verificámos que a relação entre as variáveis se situou no limiar de significância observando-se que aos 6 meses dos 121 bebés filhos de mães multíparas 70.2% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 60.0% dos 140 bebés filhos de mães pela primeira vez, e que aos 12 meses dos 85 bebés filhos de mães multíparas 48.2% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 34.5% dos 84 bebés filhos de mães pela primeira vez, pelo que pensamos ser possível admitir que foram as multíparas que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos.

Face aos resultados opinamos que até aos 3 meses foram as

nulíparas do estudo que mais tendiam a manter a amamentação mas após essa idade a duração da amamentação foi influenciada pela paridade sendo as multíparas as mães que mais prolongaram a duração da amamentação.

Tabela 62 - Relação entre paridade e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Paridade		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Primípara	N	142	71	**213**	84	56	**140**	29	55	**84**
	%	66,7	33,3	**100,0**	60,0	40,0	**100,0**	34,5	65,5	**100,0**
Multípara	N	122	70	**192**	85	36	**121**	41	44	**85**
	%	63,5	36,5	**100,0**	70,2	29,8	**100,0**	48,2	51,8	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,435; p = 0,510)			(χ^2 = 2,986; p = 0,084)			(χ^2 = 3,274; p = 0,070)		

Também a experiência anterior de amamentação se tem revelado como variável importante na duração da amamentação de um filho posterior. Neste sentido, embora não fosse possível estudar a relação entre as variáveis apurámos que (ver tabela 63) aos 3 meses das 187 crianças com irmãos anteriores amamentados 64.7% continuavam a ser amamentadas, aos 6 meses 70.0% das 120 crianças com irmãos anteriores amamentados mantinham a amamentação e aos 12 meses das 84 crianças com irmãos anteriores amamentados 48.8% continuavam a ser amamentadas.

Relativamente aos meninos que não tinham irmãos anteriores amamentados verificámos que aos 3 meses dos 5 meninos apenas 20.0% mantinha a amamentação, aos 6 meses a única criança que continuava a participar no estudo estava a ser amamentada e aos 12 meses a única criança sem irmãos amamentados também já tinha feito desmame.

Os resultados sugerem que mantiveram por mais tempo a amamentação as mães dos meninos que amamentaram o último filho anterior.

Tabela 63 - Relação entre filho anterior amamentado e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Filho anterior amamentado		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	121	66	**187**	84	36	**120**	41	43	**84**
	%	64,7	35,3	**100,0**	70,0	30,0	**100,0**	48,8	51,2	**100,0**
Não	N	1	4	**5**	1	-	**1**	-	1	**1**
	%	20,0	80,0	**100,0**	100,0	0,0	**100,0**	0,0	100,0	**100,0**
Total	**N**	**122**	**70**	**192**	**85**	**36**	**121**	**41**	**44**	**85**
	%	**63,5**	**36,5**	**100,0**	**70,2**	**29,8**	**100,0**	**48,2**	**51,8**	**100,0**

Analisando a tabela 64 constatamos que aos 3 e 12 meses à medida que as mães dos meninos do estudo atribuiram menor qualificação à sua experiência anterior de amamentação decresceu a percentagem de filhos amamentados pois que aos 3 meses, das 116 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 69.8% continuavam a amamentação ao passo que dos 53 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 56.6% mantinham a amamentação e das 18 crianças filhas de mães que classificaram a experiência anterior de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável somente 55.6% se encontravam a fazer aleitamento materno.

Aos 12 meses das 60 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 50.0% continuavam a amamentação ao passo que dos 17 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 47.1% mantinham a amamentação e das 7 crianças

filhas de mães que classificaram a experiência anterior de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável somente 42.9% se encontravam a fazer aleitamento materno.

Aos 6 meses embora fossem também as mães dos meninos que atribuiram à sua experiência anterior de amamentação qualificação de muito agradável que mais tenderam a prolongar a amamentação dos seus filhos aumentou a percentagem de crianças amamentadas nas mães que atribuiram classificação inferior dado que, das 80 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 75.0% continuavam a amamentação ao passo que dos 30 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 56.7% mantinham a amamentação e das 10 crianças filhas de mães que classificaram a experiência anterior de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável somente 70.0% se encontravam a fazer aleitamento materno.

Aos 3 e 6 meses dos meninos o teste de χ^2 mostrou-nos ausência de relação significativa e aos 12 meses a determinação do nível de relação não foi possível calcular.

Perante os resultados parece-nos poder admitir, tal como demonstrado noutros estudos, que o sentimento vivenciado pela mãe na anterior experiência de amamentação foi influente no prolongamento da amamentação do filho posterior e que foram as mães que atribuiram melhor qualificação à anterior experiência que mais tenderam a manter a amamentação do filho subsequente.

Tabela 64 - Relação entre qualificação da anterior experiência de amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Experiência anterior		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Muito agradável	N	81	35	**116**	60	20	**80**	30	30	**60**
	%	69,8	30,2	**100,0**	75,0	25,0	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Agradável	N	30	23	**53**	17	13	**30**	8	9	**17**
	%	56,6	43,4	**100,0**	56,7	43,3	**100,0**	47,1	52,9	**100,0**
Outras	N	10	8	**18**	7	3	**10**	3	4	**7**
	%	55,6	44,4	**100,0**	70,0	30,0	**100,0**	42,9	57,1	**100,0**
Total	N	**121**	**66**	**187**	**84**	**36**	**120**	**41**	**43**	**84**
	%	**64,7**	**35,3**	**100,0**	**70,0**	**30,0**	**100,0**	**48,8**	**51,2**	**100,0**
		(χ^2 = 3,516; p = 0,172)			(χ^2 = 3,492; p = 0,174)					

Ao estudarmos a relação entre o local de vigilância de saúde durante a gravidez e a duração da amamentação observamos que, tendo o teste de independência apresentado resultado estatístico significativo apenas aos 12 meses, embora aos 3 meses se verificasse maior percentagem de mães a amamentar no grupo de senhoras que vigiaram a gravidez na Maternidade a partir dessa idade mantiveram em maior percentagem a amamentação as mães que fizeram consultas no Centro de Saúde ou no Médico particular. Analisando a tabela 65 observa-se que aos 3 meses das 118 senhoras seguidas na Maternidade 71.2% continuavam a amamentar verificando-se o mesmo em 66.9% das 166 senhoras seguidas no médico particular, 57.1% das 56 seguidas em dois locais em simultâneo e em 56.9% das que fizeram consultas no Centro de Saúde.

Aos 6 meses continuavam a amamentar 72.2% das 36 senhoras seguidas no Centro de Saúde, 67.9% das 109 no médico particular, 61.9% das que fizeram consultas na maternidade e em 53.1% das 32 que fizeram consulta em dois locais em simultâneo.

Aos 12 meses mantinham a amamentação 69.2% das 26 senhoras

seguidas no Centro de Saúde, 41.2% das 17 que fizeram consulta em dois locais em simultâneo, 39.2% das 74 seguidas no médico particular e 30.8% das que fizeram consultas na maternidade.

Tabela 65 - Relação entre local de vigilância da gravidez e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Local de vigilância		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Centro de Saúde	N	37	28	**65**	26	10	**36**	18	8	**26**
	%	56,9	43,1	**100,0**	72,2	27,8	**100,0**	69,2	30,8	**100,0**
Maternidade	N	84	34	**118**	52	32	**84**	16	36	**52**
	%	71,2	28,8	**100,0**	61,9	38,1	**100,0**	30,8	69,2	**100,0**
Médico particular	N	111	55	**166**	74	35	**109**	29	45	**74**
	%	66,9	33,1	**100,0**	67,9	32,1	**100,0**	39,2	60,8	**100,0**
Dois locais em simultâneo	N	32	24	**56**	17	15	**32**	7	10	**17**
	%	57,1	42,9	**100,0**	53,1	46,9	**100,0**	41,2	58,8	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 5,631; p = 0,131)			(χ^2 = 3,544; p = 0,315)			(χ^2 = 10,871; p =0,012)		

A presença permanente do RN junto da mãe é uma das recomendações da OMS que se tem relevado factor decisivo no sucesso da amamentação e, como anteriormente constatámos, foi praticada num grande número dos pares em estudo.

Neste contexto, procurando saber a sua relação com a duração da amamentação dos meninos estudados, analisando a tabela 66, podemos apreciar que, embora aos 3 meses de idade não fosse estatisticamente significativa e não tivesse sido possível calcular a significância da relação entre as variáveis aos 6 e 12 meses, a ausência de separação da díade durante o internamento revelou ser factor favorecedor da manutenção da amamentação em todos os momentos de avaliação, sendo que aos 3 meses dos 396 meninos que se mantiveram sempre junto das suas mães, 65.4% continuavam a ser amamentados e apenas 55.6% das 9 crianças

que não tiveram as mães sempre junto deles mantinham a amamentação para além dos 3 meses. Aos 6 meses dos 256 meninos que se mantiveram sempre junto das mães 64.8% continuavam a ser amamentados e dos 5 meninos que foram separados durante o internamento apenas 60.0% mantinham também a amamentação. Aos 12 meses dos 166 meninos que fizeram alojamento conjunto a totalidade do tempo de internamento 41.6% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo somente em 33.3% dos 3 meninos que não permaneceram a totalidade do tempo de internamento com as mães.

Tabela 66 - Relação entre alojamento conjunto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Alojamento conjunto		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	259	137	**396**	166	90	**256**	69	97	**166**
	%	65,4	34,6	**100,0**	64,8	35,2	**100,0**	41,6	58,4	**100,0**
Não	N	5	4	**9**	3	2	**5**	1	2	**3**
	%	55,6	44,4	**100,0**	60,0	40,0	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2= 0,376; p = 0,540)

É frequentemente referido na literatura que o sucesso da amamentação depende da forma como a mulher se sente ajudada e apoiada nos seus afazeres domésticos e cuidados ao RN. Neste contexto, procurámos saber a relação entre a mãe perspectivar ter ajuda aquando da sua ida para domicílio após a alta hospitalar e a manutenção da amamentação aos 3, 6 e 12 meses de idade.

Analisando a tabela 67 verificamos que, embora a relação aos 3 e 6 meses entre as variáveis não fosse estatisticamente significativa, foram os meninos filhos de mães que perspectivam ajuda que mais prolongaram a

amamentação atendendo a que dos 376 bebés filhos de mães que perspectivavam ter ajuda 66.0% mantinham a amamentação aos 3 meses verificando-se o mesmo em 55.2% dos 29 meninos filhos de mães que não perspectivavam ter ajuda e aos 6 meses dos 245 meninos filhos de mães que pensavam vir a ser ajudadas 65.7% mantinham a amamentação o que também se verificou em apenas metade dos 16 meninos filhos de mães que não contavam com ajuda.

Aos 12 meses observámos que não foi possível determinar o nível de relação entre as variáveis e que foram os meninos filhos de mães que não perspectivavam ajuda que mais prolongaram a amamentação, verificando-se que dos 8 meninos filhos de mães que pensavam não serem ajudadas 50.0% mantinham a amamentação o que também se verificou em apenas 41.0% dos 161 meninos filhos de mães que contavam com ajuda.

Tabela 67 - Relação entre perspectiva de ajuda e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Perspectiva ter ajuda		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	248	128	**376**	161	84	**245**	66	95	**161**
	%	66,0	34,0	**100,0**	65,7	34,3	**100,0**	41,0	59,0	**100,0**
Não	N	16	13	**29**	8	8	**16**	4	4	**8**
	%	55,2	44,8	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 1,380; p = 0,240) (χ^2 = 1,625; p = 0,202)

Observámos anteriormente que a maioria das mães decidiu amamentar antes de engravidar e embora seja frequentemente afirmado que mães que decidem mais cedo amamentar os meninos se sentem mais confiantes da sua capacidade de lactação quando procurámos saber se também nas mães do estudo a altura da decisão de amamentar estaria

relacionada com a duração da amamentação, apurámos que, como mostra a tabela 68, foram as mães que decidiram amamentar durante o parto logo seguidas das mães que tomaram a decisão antes de engravidar que aos 3 e 12 meses mantinham em maior percentagem a amamentação dos seus meninos. Aos 6 meses estavam em maior percentagem a amamentar as mães que decidiram fazê-lo no pós parto logo seguidas das mães que decidiram durante o parto. Apenas foi possível determinar o nível de significância da relação entre as variáveis aos 3 meses demonstrando não ser estatisticamente significativa.

Tabela 68 - Relação entre altura de decisão em amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Altura da decisão em amamentar		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Antes de engravidar	N	229	117	**346**	147	79	**226**	63	84	**147**
	%	66,2	33,8	**100,0**	65,0	35,0	**100,0**	42,9	57,1	**100,0**
Durante a gravidez	N	18	11	**29**	9	9	**18**	3	6	**9**
	%	62,1	37,9	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Durante o parto	N	4	1	**5**	3	1	**4**	2	1	**3**
	%	80,0	20,0	**100,0**	75,0	25,0	**100,0**	66,7	33,3	**100,0**
No pós parto	N	13	12	**25**	10	3	**13**	2	8	**10**
	%	52,0	48,0	**100,0**	76,9	23,1	**100,0**	20,0	80,0	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

($\chi^2 = 2,675$; $p = 0,444$)

Embora não fosse possível determinar o nível de significância da relação entre a opinião que a mãe tem sobre o que pensa o marido sobre a sua decisão em amamentar e o prolongamento da amamentação pode-se observar na tabela 69 que aos 3 meses foram as mães que opinaram que o marido concordava com a amamentação que mantinham em maior percentagem a amamentação dos meninos. Aos 6 e 12 meses continuavam a amamentar em maior número as mães que desconheciam a

opinião do marido.

Tabela 69 - Relação entre opinião do marido e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Opinião do marido		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Concorda	N	257	131	**388**	162	92	**254**	67	95	**162**
	%	66,2	33,8	**100,0**	63,8	36,2	**100,0**	41,4	58,6	**100,0**
Não concorda nem discorda	N	-	6	**6**	-	-	**-**	-	-	**-**
	%	0,0	100,0	**100,0**	0,0	0,0	**0,0**	0,0	0,0	**0,0**
Não sabe o que ele pensa	N	7	4	**11**	7	-	**7**	3	4	**7**
	%	63,6	36,4	**100,0**	100,0	0,0	**100,0**	42,9	57,1	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

Analisando a tabela 70 verifica-se que aos 3 meses foram as mães que consideraram ser a amamentação vantajosa para os elementos da díade conjuntamente que em maior percentagem continuavam a amamentar. Dos 338 bebés filhos de mães que consideraram ser a amamentação vantajosa para ambos 65.4% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 64.2% dos 67 meninos filhos de mães que pensavam ser a amamentação vantajosa apenas para a criança.

Também aos 6 meses quisemos estudar a relação entre o alvo das vantagens da amamentação na perspectiva materna e a duração da amamentação e verificámos haver tendência das mães que consideraram ser a amamentação vantajosa para a criança a manter por mais tempo a amamentação sendo que dos 43 meninos filhos de mães que consideravam trazer a amamentação vantagens para a criança 72.1% estavam a ser amamentados aos 6 meses verificando-se o mesmo em 63.3% dos 218 meninos filhos de mães que pensavam ser a amamentação benéfica para ambos.

À semelhança do observado aos 3 meses, de novo notou-se, aos 12 meses, tendência das mães que consideraram ser a amamentação vantajosa para ambos a manter por mais tempo a amamentação dado que dos 138 meninos filhos de mães que consideraram trazer a amamentação vantagens para ambos 42.8% estavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 35.5% dos 31 meninos filhos de mães que pensavam ser a amamentação benéfica apenas para a criança.

A relação entre as variáveis, em qualquer das idades estudadas, demonstrou não ser estatisticamente significativa.

Tabela 70 - Relação entre opinião da mãe relativamente às vantagens da amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			**Continua a amamentar aos 6 meses**			**Continua a amamentar aos 12 meses**		
Vantagens		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Criança	**N**	43	24	**67**	31	12	**43**	11	20	**31**
	%	64,2	35,8	**100,0**	72,1	27,9	**100,0**	35,5	64,5	**100,0**
Ambos	**N**	221	117	**338**	138	80	**218**	59	79	**138**
	%	65,4	34,6	**100,0**	63,3	36,7	**100,0**	42,8	57,2	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,036; p = 0,850)			(χ^2 = 1,216; p = 0,270)			(χ^2 = 0,551; p = 0,458)		

Constatámos ter sido grande a percentagem de senhoras que continuam a ser elucidadas por forma a fazerem preparação, durante a gravidez, das mamas e mamilos para a futura amamentação. Neste contexto pretendemos estudar a relação entre ter sido ensinada a fazer preparação e a duração da amamentação.

Assim aos 3 meses verificamos, analisando a tabela 71, que dos 265 meninos filhos de mães aconselhadas a usarem esta técnica 67.9% continuavam a amamentar o que também se verificou em 60.0% dos 140 meninos de mães que não foram aconselhadas. Aos 6 e 12 meses

apurámos que foram as mães que não fizeram qualquer preparação que prolongaram por mais tempo a amamentação. A tabela mostra-nos que aos 6 meses dos 83 meninos filhos de mães que não fizeram preparação 67.5% estavam a ser amamentados e que o mesmo se verificou em 63.5% dos 178 meninos filhos de mães que fizeram preparação. Aos 12 meses, dos 56 meninos filhos de mães que não fizeram preparação 48.2% estavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 38.1% dos 113 meninos filhos de mães que fizeram preparação.

Quando se procurou conhecer a significância da relação apurou-se não existir relação estatisticamente significativa, no entanto face aos valores pensamos poder referir que foram as mães dos meninos que não foram aconselhadas a fazer preparação para a amamentação que mais tenderam a prolongá-la.

Tabela 71 - Relação entre ter sido aconselhada a fazer preparação dos mamilos e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Aconselhada a fazer preparação dos mamilos		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	180	85	**265**	113	65	**178**	43	70	**113**
	%	67,9	32,1	**100,0**	63,5	36,5	**100,0**	38,1	61,9	**100,0**
Não	N	84	56	**140**	56	27	**83**	27	29	**56**
	%	60,0	40,0	**100,0**	67,5	32,5	**100,0**	48,2	51,8	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 2,535; p = 0,111)			(χ^2 = 0,394; p = 0,530)			(χ^2 = 1,593; p = 0,207)		

Tendo verificado que embora tivessem sido aconselhadas a fazer preparação da mama para a amamentação 265 senhoras, que aos 3 meses continuavam em estudo, 11 decidiram não o fazer quisemos saber se existia relação entre ter sido aconselhada a fazer preparação e ter ou

não feito e a duração da amamentação.

Analisando a tabela 72 verificamos que aos 3 e 6 meses foi no grupo de meninos filhos de mães elucidadas sobre a utilização desta técnica e que não o fizeram que se verificou maior percentagem de crianças que mantinham a amamentação. Assim aos 3 meses das 254 senhoras que a utilizaram 67.7% dos seus filhos continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 72.7% dos 11 filhos de senhoras que não fizeram preparação das mamas embora tivessem sido ensinadas a fazê-lo. Aos 6 meses das 170 senhoras que a utilizaram 62.9% dos seus filhos continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 75.0% dos filhos de senhoras que não fizeram preparação das mamas embora tivessem sido ensinadas a fazê-lo.

Aos 12 meses a situação inverteu-se sendo que foi no grupo de meninos filhos de mães que foram elucidadas sobre a necessidade de fazerem preparação das mamas e mamilos para a amamentação e que a fizeram que mais prolongaram a amamentação. Das 107 senhoras que a utilizaram 38.3% dos seus filhos continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 33.3% dos 6 filhos de senhoras que não fizeram preparação das mamas embora tivessem sido ensinadas a fazê-lo.

A relação entre as variáveis aos 3 e 6 meses demonstrou não ser estatisticamente significativa e aos 12 meses não foi possível a sua determinação. Perante os resultados e atendendo a que esta prática é aconselhada por forma a prevenir dor e fissuras mamilares, que acontecem com maior frequência nos primeiros meses de amamentação e que muitas vezes levam ao desmame precoce, parece-nos que a sua utilização não se

revelou importante na manutenção da amamentação dos meninos do estudo.

Tabela 72 - Relação entre ter feito preparação das mamas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Fez preparação da mama		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	172	82	**254**	107	63	**170**	41	66	**107**
	%	67,7	32,3	**100,0**	62,9	37,1	**100,0**	38,3	61,7	**100,0**
Não	N	8	3	**11**	6	2	**8**	2	4	**6**
	%	72,7	27,3	**100,0**	75,0	25,0	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Total	N	**180**	**85**	**265**	**113**	**65**	**178**	**43**	**70**	**113**
	%	**67,9**	**32,1**	**100,0**	**63,5**	**36,5**	**100,0**	**38,1**	**61,9**	**100,0**

(χ^2= 0,122; p = 0,727) (χ^2= 0,479; p = 0,489)

"*Ajudar todas as mães a iniciarem o aleitamento na primeira meia hora após o parto*" é um dos 10 passos recomendados pela OMS para o sucesso da amamentação. Neste contexto, procurámos saber em que medida o período de tempo que decorreu entre o parto e a primeira mamada influenciou a duração da amamentação dos meninos do estudo.

Analisando a tabela 73 verificamos existir uma maior percentagem de crianças que mantiveram a amamentação aos 3 meses nos meninos que fizeram a 1ª mamada ainda na sala de partos, 85.0% de um total de 20. A percentagem de meninos amamentados à medida que o intervalo de tempo aumentou foi decrescendo observando-se que dos 239 bebés que mamaram pela primeira vez na 1ª hora após o parto, mas não na sala de partos, 65.7% continuavam a ser amamentados verificando-se igual situação apenas em 61.6% dos 146 RN que tiveram a sua primeira experiência de amamentação após a primeira hora de vida. Embora o teste de independência revelasse não existir relação estatisticamente

significativa, face aos valores apresentados, pensamos poder admitir que quanto mais precoce foi a primeira mamada da criança mais as mães tenderam a manter a amamentação.

Aos 6 meses verificámos existir uma maior percentagem de crianças a manter a amamentação nos meninos que mamaram a 1ª vez ainda na 1ª hora de vida mas não na sala de partos, 65.2% de um total de 155. Dos 17 bebés que mamaram pela primeira vez na sala de partos, 64.7% continuavam a ser amamentados verificando-se igual situação em 64.0% dos 89 RN que tiveram a sua primeira experiência de amamentação após a primeira hora de vida. O teste de independência revelou-nos não existir relação estatisticamente significativa, no entanto, é visível serem os meninos que mamaram pela primeira vez durante o período de alerta pós parto que mais tenderam a ser amamentados.

Aos 12 meses verificámos, à semelhança do observado aos 3 meses, existir uma maior percentagem de crianças a manter a amamentação nos meninos que mamaram a 1ª vez ainda na sala de partos, 45.5% de um total de 11. Dos 101 bebés que mamaram pela primeira vez ainda na primeira hora de vida mas não na sala de partos, 39.6% continuavam a ser amamentados verificando-se igual situação em 43.9% dos 57 RN que tiveram a sua primeira experiência de amamentação após a primeira hora de vida. O teste de independência revelou não existir relação estatisticamente significativa mas, mais uma vez, observámos que quanto mais precoce foi a primeira mamada maior foi o número de crianças a serem amamentadas pelo menos até aos 12 meses de idade.

Tabela 73 - Relação entre precocidade da primeira mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Bebé mamou pela 1ª vez		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sala de partos	N	17	3	**20**	11	6	**17**	5	6	**11**
	%	85,0	15,0	**100,0**	64,7	35,3	**100,0**	45,5	54,5	**100,0**
Na 1ª hora de vida, mas não na sala de partos	N	157	82	**239**	101	54	**155**	40	61	**101**
	%	65,7	34,3	**100,0**	65,2	34,8	**100,0**	39,6	60,4	**100,0**
Após a 1ª hora	N	90	56	**146**	57	32	**89**	25	32	**57**
	%	61,6	38,4	**100,0**	64,0	36,0	**100,0**	43,9	56,1	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 4,294; p = 0,117)			(χ^2 = 0,031; p = 0,985)			(χ^2 = 0,351; p = 0,839)		

Embora tivesse sido uma pequena percentagem de meninos que mamaram ainda na sala de partos quisemos saber junto destes se o modo como decorreu a 1ª mamada influenciou a duração da amamentação. A tabela 74 mostra que nos três momentos do estudo, embora não tivesse sido possível determinar o nível de significância da relação, foi maior a percentagem de crianças que continuavam a ser amamentadas aos 3 e aos 6 meses de idade no grupo de meninos que após o nascimento foram de imediato colocados sobre a mãe e a 1ª mamada ocorreu nesse momento, o que se pode observar se tivermos presente que aos 3 meses das 8 crianças que foram de imediato colocadas sobre a mãe 87.5% mantinham a amamentação comparativamente a 83.3% dos 12 meninos que embora tenham mamado ainda na sala de partos a 1ª mamada não aconteceu logo após o nascimento, e que aos 6 meses dos 7 meninos que foram colocados de imediato sobre a mãe e que mamaram nessa altura 71.4% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em apenas 60.0% dos 10 meninos que não mamaram imediatamente após o nascimento.

Aos 12 meses a situação sofre uma alteração, sendo que dos 5 meninos que foram colocados de imediato sobre a mãe e que mamaram nessa altura 20.0% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 66.7% dos 6 meninos que embora tivessem mamado na sala de partos esta não ocorreu logo após o nascimento.

Tabela 74 - Relação entre o bebé ter mamado ainda na sala de partos e ter sido de imediato colocado sobre a mãe e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Foi de imediato colocado sobre a mãe		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	7	1	**8**	5	2	**7**	1	4	**5**
	%	87,5	12,5	**100,0**	71,4	28,6	**100,0**	20,0	80,0	**100,0**
Não	N	10	2	**12**	6	4	**10**	4	2	**6**
	%	83,3	16,7	**100,0**	60,0	40,0	**100,0**	66,7	33,3	**100,0**
Total	N	**17**	**3**	**20**	**11**	**6**	**17**	**5**	**6**	**11**
	%	**85,0**	**15,0**	**100,0**	**64,7**	**35,3**	**100,0**	**45,5**	**54,5**	**100,0**

Também junto dos meninos que não mamaram na sala de partos tentámos conhecer a influência entre ter ou não mamado outro líquido antes de ocorrer a 1ª mamada na mama da mãe e a duração da amamentação.

Verificámos aos 3 meses que a relação entre as variáveis foi estatisticamente significativa e analisando a tabela 69 constata-se que dos 250 bebés que não mamaram qualquer líquido antes da 1ª mamada 68.8% mantinham a amamentação verificando-se o mesmo em apenas 55.7% dos 97 meninos filhos de mães que referiram não saber e em 55.3% dos 38 meninos que fizeram uma primeira ingesta sem ser de leite materno.

Também aos 6 meses, embora a relação entre as variáveis não fosse estatisticamente significativa, constata-se que dos 169 bebés que não mamaram qualquer líquido antes da 1ª mamada 67.5% mantinham a

amamentação verificando-se o mesmo em apenas 59.3% dos 54 meninos filhos de mães que referiram não saber e em 57.1% dos 21 meninos que fizeram ingesta anterior à primeira mamada.

Aos 12 meses verificámos que a relação entre as variáveis foi estatisticamente muito significativa e observou-se que dos 114 bebés que não mamaram qualquer líquido antes da 1ª mamada 38.6% mantinham a amamentação verificando-se o mesmo em 62.5% dos 32 meninos filhos de mães que referiram não saber e em apenas 8.3% dos 12 meninos que fizeram uma primeira ingesta sem ser de leite das suas mães. Face aos resultados que encontrámos concluímos que a administração de líquidos aos bebés antes da 1ª mamada não foi factor favorecedor do prolongamento da amamentação e influenciou a sua duração.

Tabela 75 - Relação entre o bebé ter recebido outro líquido antes de ter mamado e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Recebeu outro líquido antes de mamar		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	21	17	**38**	12	9	**21**	1	11	**12**
	%	55,3	44,7	**100,0**	57,1	42,9	**100,0**	8,3	91,7	**100,0**
Não	N	172	78	**250**	114	55	**169**	44	70	**114**
	%	68,8	31,2	**100,0**	67,5	32,5	**100,0**	38,6	61,4	**100,0**
Não sabe	N	54	43	**97**	32	22	**54**	20	12	**32**
	%	55,7	44,3	**100,0**	59,3	40,7	**100,0**	62,5	37,5	**100,0**
Total	N	**247**	**138**	**385**	**158**	**86**	**244**	**65**	**93**	**158**
	%	**64,2**	**35,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,1**	**58,9**	**100,0**
		(χ^2 = 6,689; p = 0,035)			(χ^2 = 1,788; p = 0,409)			(χ^2 = 11,668; p = 0,003)		

Constatámos anteriormente que à medida que as mães dos meninos do estudo atribuíam menor qualificação à anterior experiência de amamentação decrescia a percentagem de filhos amamentados para além dos 3 meses de idade, também, analisando a tabela 76, podemos referir a

mesma tendência no que se refere à qualificação feita pela mãe à sua primeira experiência de amamentação deste filho recém-nascido, dado que das 258 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 72.9% continuavam a amamentação aos 3 meses ao passo que dos 111 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 58.6% mantinham a amamentação e das 36 crianças filhas de mães que classificaram a primeira experiência de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável somente 30.6% se encontravam a fazer aleitamento materno. O teste de χ^2 mostrou existir relação altamente significativa entre as duas variáveis permitindo afirmar que, à semelhança de anteriores estudos, os sentimentos vivenciados pela mulher na sua primeira experiência de amamentação foram factor decisivo na manutenção da amamentação.

Aos 6 meses podemos também observar tendência para um decréscimo da percentagem de meninos amamentados à medida que decresceu a qualificação feita pela mãe à sua primeira experiência de amamentação, sendo que das 185 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 68.6% continuavam a amamentação ao passo que dos 65 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 55.4% mantinham a amamentação e das 11 crianças filhas de mães que classificaram a primeira experiência de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável 54.5% se encontravam a fazer aleitamento materno. Embora o teste de independência mostrasse ausência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis, é visível que foram as mães que atribuiram

maior qualificação à sua 1ª experiência de amamentação que mais tenderam a manter a amamentação.

Aos 12 meses verificamos que a situação foi diferente sendo que das 6 crianças filhas de mães que classificaram a primeira experiência de amamentação como sendo nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável 50.0% encontravam-se a fazer aleitamento materno, das 127 crianças filhas de mães que atribuíram classificação de muito agradável 41.7% continuavam a amamentação e dos 36 meninos de mães que referiram ser a sua experiência agradável apenas 38.9% mantinham a amamentação. Nesta idade não foi possível a determinação do nível de significância da relação entre as variáveis.

Face aos resultados é possível afirmar-se que até aos 6 meses de idade a duração da amamentação foi influenciada pelos sentimentos vivenciados pela mãe na sua primeira experiência de amamentação e que foram as mães que melhor qualificação atribuiram que em maior percentagem mantiveram a amamentação.

Tabela 76 - Relação entre qualificação da primeira experiência de amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			**Continua a amamentar aos 6 meses**			**Continua a amamentar aos 12 meses**		
1ª mamada		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Muito agradável	**N**	188	70	**258**	127	58	**185**	53	74	**127**
	%	72,9	27,1	**100,0**	68,6	31,4	**100,0**	41,7	58,3	**100,0**
Agradável	**N**	65	46	**111**	36	29	**65**	14	22	**36**
	%	58,6	41,4	**100,0**	55,4	44,6	**100,0**	38,9	61,1	**100,0**
Outras	**N**	11	25	**36**	6	5	**11**	3	3	**6**
	%	30,6	69,4	**100,0**	54,5	45,5	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 27,882; p = 0,000) χ^2 = 4,232; p = 0,121)

Tendo presente que se teme e duvida do que não se sabe,

quisemos saber se o facto da mulher, após o nascimento do bebé, ter recebido informação sobre amamentação influenciava a sua duração. Assim, analisando as tabelas 77, 78, 79, 80, 81, 82, e 83, observamos que aos 3 meses dos 381 meninos filhos de mães que receberam informação sobre amamentação 66.7% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 24 bebé filhos de mães que não receberam qualquer informação apenas 41.7% mantinham a amamentação. Aos 6 meses dos 251 meninos filhos de mães que receberam informação sobre amamentação 65.3% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 10 bebés filhos de mães que não receberam qualquer informação apenas metade manteve a amamentação e aos 12 meses dos 164 meninos filhos de mães que receberam informação sobre amamentação 42.1% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 5 bebés filhos de mães que não receberam qualquer informação apenas 20.0% a mantiveram.

Dos 300 bebés filhos de mães que receberam informação sobre cuidados a ter com a mama e o mamilo 68.0% estavam aos 3 meses a ser amamentados, o que também se verificou em apenas 57.1% dos meninos filhos de mães que não foram informadas sobre este aspecto. Aos 6 meses dos 202 bebés de mães que referiram ter recebido informação 67.3% estavam a ser amamentados, o que também se verificou em apenas 55.9% dos 59 meninos de mães que não foram informadas sobre este aspecto. Aos 12 meses dos 136 bebés de mães com informação 44.1% estavam a ser amamentados, verificando-se o mesmo em apenas 30.3% dos 33 meninos de mães que não foram informadas.

Quanto ao facto da mãe ter recebido informação sobre o horário das

mamadas verificamos que aos 3 meses dos 301 meninos filhos de mães que tiveram esta informação 68.8% continuavam a ser amamentados e que apenas 54.8% das 104 crianças de mães que não receberam informação sobre o horário das mamadas estavam a ser amamentados. Aos 6 meses observamos que dos 204 meninos filhos de mães que tiveram esta informação 64.2% continuavam a ser amamentados e que 66.7% das 57 crianças de mães que não receberam informação também o continuavam a fazer e aos 12 meses dos 131 meninos filhos de mães que tiveram informação 45.0% continuavam a ser amamentados e apenas 28.9% das 38 crianças de mães que não receberam informação sobre o horário das mamadas também o continuavam a fazer.

Dos 97 bebés de mães informadas sobre possíveis problemas que poderão surgir durante a amamentação 64.9% contra 65.3% dos 308 filhos de mães não informadas, estavam aos 3 meses a ser amamentados. Aos 6 meses dos 63 bebés de mães informadas 58.7% estavam a ser amamentados e idêntica situação foi observada em 66.7%, dos 198 bebés filhos de mães que não foram informadas. Aos 12 meses dos 37 bebés de mães informadas 37.8% contra 42.4% dos 132 de mães não informadas estavam a ser amamentados.

Relativamente ao ensino sobre colocação do bebé à mama dos 271 bebés filhos de mães que foram ensinadas 67.5% continuavam a ser amamentados aos 3 meses verificando-se a mesma situação em 60.4% das 134 crianças de mães que não tiveram informação. Aos 6 meses dos 182 bebés filhos de mães esclarecidas 64.3% continuavam a ser amamentados verificando-se a mesma situação em 65.8% das 79 crianças

de mães que não tiveram informação, e aos 12 meses dos 117 bebés filhos de mães que foram elucidadas a colocar o bebé à mama 42.7% continuavam a ser amamentados verificando-se que apenas mantinham a amamentação 38.5% das 52 crianças de mães que não tiveram informação.

Quanto ao ensino sobre o terminus da mamada verificámos que aos 3 meses foi feito apenas a 80 mães do estudo observando-se que 63.8% dos seus filhos continuavam a amamentação comparativamente aos 65.5% dos 325 filhos que não foram ensinadas sobre como proceder após o bebé ter mamado. Aos 6 meses foi desenvolvido apenas junto de 51 mães e verificámos que 68.6% dos seus filhos continuavam a amamentação comparativamente aos 63.8% dos 210 filhos de mães que não foram ensinadas. Aos 12 meses o ensino foi realizado apenas a 35 mães do estudo e observámos que 45.7% dos seus filhos continuavam a amamentação comparativamente aos 40.3% dos 134 filhos que não foram ensinadas sobre como proceder após o bebé ter mamado.

Das 273 crianças filhas de mães que receberam informação sobre tempo da mamada 66.3% mantiveram a amamentação aos 3 meses verificando-se idêntica situação em 62.9% dos 132 bebés filhos de mães sem ensino acerca deste aspecto. Aos 6 meses das 179 crianças filhas de mães que receberam informação 63.7% mantinham a amamentação e idêntica situação foi verificada em 67.1% dos 82 bebés filhos de mães sem ensino acerca deste aspecto. Aos 12 meses das 114 crianças filhas de mães que receberam informação sobre a duração da mamada 43.9% mantinham a amamentação observando-se idêntica situação em 36.4%

dos 55 bebés filhos de mães sem orientação nesta área.

Aos 3 meses aplicando o teste de independência, por forma a identificarmos a relação entre as variáveis, verificámos existir relação significativa entre a mãe ter recebido alguma informação, ter sido esclarecida sobre os cuidados a ter com a mama e o mamilo e horários das refeições. No que se refere à colocação do bebé à mama e ao tempo de mamada, embora a relação não fosse estatisticamente significativa, verificou-se maior tendência das mães informadas a manterem a amamentação. Quanto aos restantes ensinos o facto da mãe estar informada não apresentou relação estatisticamente significativa com a duração da amamentação.

Neste contexto, parece-nos ser possível admitir que dar informação às mães sobre o horário e duração das refeições, cuidados a ter com a mama e o mamilo e pelo menos a mãe receber informação sobre qualquer dos aspectos referentes à amamentação foram variáveis que influenciaram a manutenção da amamentação da criança pelo menos até aos 3 meses de idade e que mães que receberam informação sobre colocação do bebé à mama e tempo de mamada mostraram tendência a manter a amamentação até essa idade.

Aos 6 meses verificámos não existir relação estatisticamente significativa entre a mãe ter recebido informação durante o internamento e a manutenção da amamentação, no entanto, foi visível ser mais frequente a amamentação nos filhos de mães que receberam alguma informação, informação sobre os cuidados a ter com a mama e mamilo e terminus da mamada.

Aplicando o teste de independência, por forma a identificarmos a relação entre as variáveis aos 12 meses, verificámos não existir relação

estatisticamente significativa entre a mãe ter recebido informação durante o internamento sobre cuidados à mama e mamilo, possíveis problemas que poderão surgir, colocação do bebé à mama, terminus e tempo de mamada, notando-se, todavia, maior tendência das mães que receberam orientações nestas áreas, à excepção das mães que receberam informação sobre possíveis problemas que poderiam surgir. No que se refere à informação ao horário das refeições verificou-se que a relação se situou no limiar de significância mostrando que receber informação sobre este aspecto influenciou a manutenção da amamentação. Relativamente à relação entre a mãe ter ou não recebido informação sobre como amamentar e a duração da amamentação apurámos não ser possível a sua determinação.

Tabela 77 - Relação entre ter recebido informação sobre amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Informação		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Nenhuma	**N**	10	14	**24**	5	5	**10**	1	4	**5**
	%	41,7	58,3	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**	20,0	80,0	**100,0**
Alguma	**N**	254	127	**381**	164	87	**251**	69	95	**164**
	%	66,7	33,3	**100,0**	65,3	34,7	**100,0**	42,1	57,9	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 6,218; p = 0,013)			(χ^2 = 0,991; p = 0,319)					

Tabela 78 - Relação entre ter recebido informação sobre cuidados com a mama e o mamilo e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Cuidados à mama e mamilo		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sim	**N**	204	96	**300**	136	66	**202**	60	76	**136**
	%	68,0	32,0	**100,0**	67,3	32,7	**100,0**	44,1	55,9	**100,0**
Não	**N**	60	45	**105**	33	26	**59**	10	23	**33**
	%	57,1	42,9	**100,0**	55,9	44,1	**100,0**	30,3	69,7	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 4,040; p = 0,044)			(χ^2 = 2,598; p = 0,107)			(χ^2 = 2,089; p = 0,148)		

Tabela 79 - Relação entre ter recebido informação sobre o horário das refeições e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Horário das refeições		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	207	94	**301**	131	73	**204**	59	72	**131**
	%	68,8	31,2	**100,0**	64,2	35,8	**100,0**	45,0	55,0	**100,0**
Não	N	57	47	**104**	38	19	**57**	11	27	**38**
	%	54,8	45,2	**100,0**	66,7	33,3	**100,0**	28,9	71,1	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2= 6,650; p = 0,010) (χ^2= 0,117; p =0,732) (χ^2 = 3,143; p =0,076)

Tabela 80 - Relação entre ter recebido informação sobre possíveis problemas que poderão surgir e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Possíveis problemas		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	63	34	**97**	37	26	**63**	14	23	**37**
	%	64,9	35,1	**100,0**	58,7	41,3	**100,0**	37,8	62,2	**100,0**
Não	N	201	107	**308**	132	66	**198**	56	76	**132**
	%	65,3	34,7	**100,0**	66,7	33,3	**100,0**	42,4	57,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 0,003; p = 0,955) (χ^2 = 1,319; p = 0,251) (χ^2 = 0,251; p = 0,617)

Tabela 81 - Relação entre ter recebido informação sobre colocação do bebé à mama e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Colocação do bebé à mama		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	183	88	**271**	117	65	**182**	50	67	**117**
	%	67,5	32,5	**100,0**	64,3	35,7	**100,0**	42,7	57,3	**100,0**
Não	N	81	53	**134**	52	27	**79**	20	32	**52**
	%	60,4	39,6	**100,0**	65,8	34,2	**100,0**	38,5	61,5	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 1,980; p = 0,159) (χ^2 = 0,057; p = 0,811) (χ^2 = 0,271; p = 0,603)

Tabela 82 - Relação entre ter recebido informação sobre terminus da mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Terminus da mamada		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	51	29	**80**	35	16	**51**	16	19	**35**
	%	63,8	36,3	**100,0**	68,6	31,4	**100,0**	45,7	54,3	**100,0**
Não	N	213	112	**325**	134	76	**210**	54	80	**134**
	%	65,5	34,5	**100,0**	63,8	36,2	**100,0**	40,3	59,7	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 0,090; p = 0,764) (χ^2 = 0,417; p = 0,518) (χ^2 = 0,335; p = 0,562)

Tabela 83 - Relação entre ter recebido informação sobre tempo da mamada e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Tempo da mamada		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	181	92	**273**	114	65	**179**	50	64	**114**
	%	66,3	33,7	**100,0**	63,7	36,3	**100,0**	43,9	56,1	**100,0**
Não	N	83	49	**132**	55	27	**82**	20	35	**55**
	%	62,9	37,1	**100,0**	67,1	32,9	**100,0**	36,4	63,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,459; p = 0,498)			(χ^2 = 0,282; p = 0,595)			(χ^2 = 0,859; p = 0,354)		

Observámos anteriormente que, embora a OMS preconize que a criança mame desde o nascimento de acordo com a sua vontade, apenas pequena percentagem dos meninos do estudo mamaram durante o internamento de acordo com esta directiva, facto que nos levou a querer estudar a relação entre a forma como o bebé mamou e a duração da amamentação.

A distribuição dos meninos segundo o modo como mamaram e a manutenção da amamentação é o que podemos observar nas tabelas 84, 85, 86 e 87.

Analisando-as, verifica-se que aos 3 meses houve tendência a manter por mais tempo a amamentação nos meninos que mamaram com intervalos regulares tendo-se verificado que a relação entre as duas variáveis, embora não estatisticamente significativa, se localizou muito próximo do limiar de significância. Das 301 crianças que mamaram com intervalos regulares durante o internamento 67.4% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 58.7% dos 104 meninos que mamaram sempre que quiseram. Embora não fosse possível apurar se os meninos mamaram com intervalos regulares por imposição ou por opção

este resultado surpreende-nos uma vez que bebés novos habitualmente não têm estabelecido um esquema regular de mamadas.

Aos 6 meses das 200 crianças que mamaram com intervalos regulares durante o internamento 63.0% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 70.5% dos 61 meninos que mamaram sempre que quiseram.

Aos 12 meses das 126 crianças que mamaram com intervalos regulares durante o internamento 36.5% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 55.8% dos 43 meninos que mamaram sempre que quiseram.

Embora a relação entre as variáveis se tivesse revelado apenas aos 12 meses estatisticamente significativa constatámos que, nestes dois momentos de avaliação, mantiveram por mais tempo a amamentação os meninos que mamaram sempre que quiseram durante o internamento.

Quanto à duração da mamada verificamos que aos 3 meses foram os meninos que mamaram durante o internamento durante um tempo determinado que em maior percentagem mantiveram a amamentação, dado que das 163 crianças 70.6% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 242 bebés que durante o internamento mamaram durante o tempo que quiseram apenas 61.6% mantiveram a amamentação. Também aqui a relação entre as variáveis se localizou no limiar de significância gerando alguma surpresa se tivermos presente que a imposição rígida de horários e da duração da mamada acarreta consequências indesejáveis para o prolongamento da lactação.

Aos 6 e 12 meses a situação em relação ao observado

anteriormente foi oposta verificando-se que foram os meninos que mamaram durante o internamento durante o tempo que quiseram que em maior percentagem mantiveram a amamentação, dado que aos 6 meses das 147 crianças 68.0% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 114 bebés que durante o internamento mamaram durante um tempo determinado apenas 60.5% a mantinham e aos 12 meses das 100 crianças que mamaram durante o tempo que quiseram 47.0% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 69 bebés que durante o internamento mamaram durante um tempo determinado apenas 33.3% mantinham a amamentação. A relação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa aos 6 meses mas aos 12 meses situou-se no limiar de significância e constatou-se maior tendência a manter a amamentação nos meninos que durante o internamento mamaram durante o tempo que quiseram em cada mamada.

Relativamente ao bebé ter mamado em cada mamada de uma ou das duas mamas segundo a sua vontade, apenas de uma mama ou de ambas por imposição, verificamos que aos 3 meses dos 107 bebés que tiveram possibilidade de mamar de uma ou das duas mamas 69.2% continuavam a ser amamentados e que a percentagem de meninos que mantiveram a amamentação foi diminuindo nas outras duas possibilidades, sendo que dos 146 meninos que mamaram apenas de uma mama 64.4% ainda o estavam a fazer e dos 152 bebés que foram forçados a mamar sempre das duas mamas interrompendo a mamada 63.2% estavam a ser amamentados. Embora a relação entre as duas variáveis não se revelasse significativa parece adequado referir que o facto do bebé ter podido optar

ICBAS

por mamar de uma ou das duas mamas favoreceu a manutenção da amamentação pelo menos até aos 3 meses de idade.

Aos 6 meses dos 74 bebés que tiveram possibilidade de mamar de uma ou das duas mamas 64.9% continuavam a ser amamentados, dos 94 meninos que mamaram apenas de uma mama 57.4% ainda o estavam a fazer e dos 93 bebés que foram forçados a mamar sempre das duas mamas interrompendo a mamada 72.0% estavam a ser amamentados. A relação entre as variáveis não se revelou estatisticamente significativa, no entanto, nesta idade, verificou-se uma maior percentagem de meninos a serem amamentados nos que durante o internamento mamaram sempre das duas mamas.

Aos 12 meses dos 48 bebés que tiveram possibilidade de mamar de uma ou das duas mamas 56.3% continuavam a ser amamentados, dos 54 meninos que mamaram apenas de uma mama 35.2% ainda o estavam a fazer e dos 67 bebés que foram forçados a mamar sempre das duas mamas interrompendo a mamada apenas 35.8% estavam a ser amamentados.

A relação entre as duas variáveis revelou-se estatisticamente significativa pelo que admitimos que o facto do bebé ter tido a possibilidade de mamar segundo a sua vontade desde o nascimento foi factor favorecedor do tempo de amamentação.

Observando os resultados relativos ao local onde decorreu a mamada durante o internamento e a sua relação com a duração da amamentação verificámos que, aos 3 meses, a relação não foi significativa e que mantiveram a amamentação sensivelmente a mesma percentagem

de crianças em ambos os grupos sendo que dos 367 bebés que mamaram num local calmo e sossegado 65.1% continuavam a mamar e dos 38 que mamaram em qualquer local também o estavam a fazer 65.8% dos meninos.

Aos 6 meses verificámos existir relação estatisticamente significativa entre as variáveis. Dos 237 bebés que mamaram num local calmo e sossegado apenas 62.9% continuavam a ser amamentados e dos 24 que mamaram em qualquer local também o estavam a fazer 83.3% dos meninos.

Aos 12 meses a relação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa e verificou-se que dos 149 bebés que mamaram num local calmo e sossegado 40.3% continuavam a mamar e dos 20 que mamaram em qualquer local também o estavam a fazer 50.0% dos meninos.

Os resultados permitem concluir que mamar em qualquer local favoreceu o tempo de amamentação no entanto estamos conscientes que durante o internamento a maioria das mamadas ocorreu dentro do quarto que nem sempre é um local calmo e sossegado factor que pensamos estar relacionado com a resposta materna.

Tabela 84 - Relação entre frequência das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
Bebé mamou		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sempre que quer	**N**	61	43	**104**	43	18	**61**	24	19	**43**
	%	58,7	41,3	**100,0**	70,5	29,5	**100,0**	55,8	44,2	**100,0**
Com intervalos regulares	**N**	203	98	**301**	126	74	**200**	46	80	**126**
	%	67,4	32,6	**100,0**	63,0	37,0	**100,0**	36,5	63,5	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2= 2,630; p = 0,105)			(χ^2= 1,149; p = 0,284)			(χ^2= 4,925; p = 0,026)		

Tabela 85 - Relação entre duração das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Bebé mamou		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses: Sim	Não	Total
Durante o tempo que quer	N	149	93	**242**	100	47	**147**	47	53	**100**
	%	61,6	38,4	**100,0**	68,0	32,0	**100,0**	47,0	53,0	**100,0**
Durante tempo determinado	N	115	48	**163**	69	45	**114**	23	46	**69**
	%	70,6	29,4	**100,0**	60,5	39,5	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2= 3,462; p = 0,063)			(χ^2= 1,583; p = 0,208)			(χ^2= 3,143; p = 0,076)		

Tabela 86 - Relação entre técnica das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Bebé mamou		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses: Sim	Não	Total
De uma ou das duas mamas	N	74	33	**107**	48	26	**74**	27	21	**48**
	%	69,2	30,8	**100,0**	64,9	35,1	**100,0**	56,3	43,8	**100,0**
Só de uma mama	N	94	52	**146**	54	40	**94**	19	35	**54**
	%	64,4	35,6	**100,0**	57,4	42,6	**100,0**	35,2	64,8	**100,0**
Sempre das duas mamas	N	96	56	**152**	67	26	**93**	24	43	**67**
	%	63,2	36,8	**100,0**	72,0	28,0	**100,0**	35,8	64,2	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 1,061; p = 0,588)			(χ^2= 4,364; p = 0,113)			(χ^2 = 6,082; p = 0,048)		

Tabela 87 - Relação entre local das mamadas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Bebé mamou		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses: Sim	Não	Total
Local calmo	N	239	128	**367**	149	88	**237**	60	89	**149**
	%	65,1	34,9	**100,0**	62,9	37,1	**100,0**	40,3	59,7	**100,0**
Qualquer local	N	25	13	**38**	20	4	**24**	10	10	**20**
	%	65,8	34,2	**100,0**	83,3	16,7	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,007; p = 0,935)			(χ^2 = 3,999; p = 0,046)			(χ^2 = 0,688; p = 0,407)		

Anteriormente quisemos conhecer a relação entre o sentimento vivenciado pela mãe na primeira vez que amamentou o bebé e a duração da amamentação e observámos que existia uma relação altamente significativa aos 3 meses e que aos 6 meses embora a relação não fosse

significativa havia tendência das mães em manterem a amamentação à medida que a qualificação aumentava. Ao estudarmos a relação da duração da amamentação com a qualificação que a mãe fez da sua experiência chegámos a idênticos resultados revelando haver influência dos sentimentos vivenciados pela mãe na duração da amamentação.

A tabela 88 mostra que aos 3 meses a relação foi altamente significativa e que continuavam a ser amamentados 73.0% dos 244 meninos filhos de mães que atribuiram à sua experiência de amamentação qualificação de muito agradável e que a percentagem de meninos amamentados decresceu marcadamente à medida que se tornou menos agradável a experiência de amamentação durante o internamento, o que sugere que o comportamento alimentar do RN no período neonatal precoce influência a manutenção da amamentação.

Aos 6 meses, embora a relação entre as variáveis não fosse estatisticamente significativa, observa-se igualmente que continuavam a ser amamentados 68.0% dos 175 meninos filhos de mães que atribuiram à sua experiência de amamentação qualificação de muito agradável e que a percentagem de meninos amamentados foi decrescendo à medida que a mãe qualificou a experiência de menos agradável.

Aos 12 meses, à semelhança do observado com a primeira experiência de amamentação, não foi possível a determinação do teste de independência e a situação inverteu-se verificando-se que das 6 crianças filhas de mães que atribuíram à sua experiência de amamentação qualificação de nem agradável nem desagradável, desagradável ou muito desagradável 50.0% mantiveram a amamentação e que a percentagem de

crianças amamentadas foi inferior nos filhos de mães que atribuíram qualificação de agradável e muito agradável.

Os resultados que obtivemos permitem concluir que os sentimentos vivenciados pelas mães com a experiência de amamentação durante o internamento influenciam a duração da amamentação pelo menos até aos 6 meses de idade.

Tabela 88 - Relação entre qualificação da experiência de amamentação, durante o internamento, e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Experiência de amamentação		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Muito agradável	N	178	66	**244**	119	56	**175**	54	65	**119**
	%	73,0	27,0	**100,0**	68,0	32,0	**100,0**	45,4	54,6	**100,0**
Agradável	N	75	58	**133**	44	31	**75**	13	31	**44**
	%	56,4	43,6	**100,0**	58,7	41,3	**100,0**	29,5	70,5	**100,0**
Outras	N	11	17	**28**	6	5	**11**	3	3	**6**
	%	39,3	60,7	**100,0**	54,5	45,5	**100,0**	50,0	50,0	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 19,292; p = 0,000) (χ^2 = 2,528; p = 0,283)

Pretendendo estudar a relação entre a mãe ter sido durante o internamento ensinada a amamentar o bebé e a duração da amamentação podemos observar na tabela 89 que, aos 3 meses, se situou no limiar de significância, permitindo admitir que mães que receberam esclarecimentos sobre como amamentar mantiveram pelo menos a amamentação até aos 3 meses. Dos 391 meninos de mães com ensinos 66.0% continuavam a ser amamentados o que também se verificou em apenas 42.9% dos 14 meninos de mães sem qualquer esclarecimento.

Aos 6 meses verificámos que dos 255 meninos de mães com ensinos 65.9% continuavam a ser amamentados o que também se verificou apenas em 16.7% dos 6 meninos de mães sem qualquer esclarecimento,

admitindo-se que mães que receberam esclarecimentos sobre como amamentar prolongaram por mais tempo a amamentação.

Aos 12 meses observámos que dos 168 meninos de mães com ensinos 41.1% continuavam a ser amamentados o que também se verificou no único filho de mães sem qualquer esclarecimento.

Embora aos 6 e 12 meses não fosse possível determinar o nível de dependência das variáveis admitimos que receber ensinos sobre como amamentar influenciou o tempo de amamentação pelo menos até aos 3 meses e após esta idade a tendência a manter a amamentação foi superior nas mães que receberam ensinos.

Tabela 89 - Relação entre ter sido ensinada a amamentar o filho e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Ensino		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Nada	N	6	8	**14**	1	5	**6**	1	-	**1**
	%	42,9	57,1	**100,0**	16,7	83,3	**100,0**	100,0	0,0	**100,0**
Alguma coisa	N	258	133	**391**	168	87	**255**	69	99	**168**
	%	66,0	34,0	**100,0**	65,9	34,1	**100,0**	41,1	58,9	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 3,186; p = 0,074)

Tendo observado que alguns dos meninos do estudo receberam, durante a sua estada na maternidade, leite artificial e sabendo a sua participação no abandono precoce da amamentação, quisemos saber se também na amostra estudada se verificou o efeito adverso da administração de leites sintéticos no prolongamento da amamentação.

A tabela 90 permite observar que, aos 3 meses, dos 357 bebés que na maternidade mamaram exclusivamente leite materno 68.6% continuavam a ser amamentados e que dos 48 bebés que mamaram outro

leite para além do das suas mães apenas 39.6% estavam a ser amamentados. Aos 6 meses, dos 242 bebés que na maternidade mamaram exclusivamente leite materno 66.9% continuavam a ser amamentados e dos 19 bebés que fizeram aleitamento misto apenas 36.8% estavam a ser amamentados. Aos 12 meses, dos 162 bebés que na maternidade foram exclusivamente alimentados com leite materno 41.4% continuavam a ser amamentados e dos 7 bebés que fizeram associação de leite materno e artificial 42.9% mantinham a amamentação.

A relação entre as variáveis demonstrou ser altamente significativa aos 3 meses e aos 6 meses muito significativa. Aos 12 meses não foi possível a sua determinação.

Perante os resultados concluímos que também nos meninos do estudo houve influência negativa da administração de leite artificial na manutenção da amamentação.

Tabela 90 - Relação entre tipo de leite que o bebé mamou na maternidade e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Leite		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Materno	**N**	245	112	**357**	162	80	**242**	67	95	**162**
	%	68,6	31,4	**100,0**	66,9	33,1	**100,0**	41,4	58,6	**100,0**
Materno/Artificial	**N**	19	29	**48**	7	12	**19**	3	4	**7**
	%	39,6	60,4	**100,0**	36,8	63,2	**100,0**	42,9	57,1	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**

(χ^2 = 15,727; p = 0,000) (χ^2 = 6,993; p = 0,008)

Pretendendo conhecer se o facto da mulher ter sentido dificuldades na amamentação do seu filho durante o internamento interferiu na duração da amamentação, estudámos a relação entre as variáveis. Observámos que aos 3 meses, como relata a tabela 91, das 299 mães que referiram não

sentir dificuldades 68.9% continuavam a amamentar verificando-se idêntica situação em apenas 54.7% dos meninos filhos de mães que sentiram dificuldades em lhes dar de mamar. Aos 6 meses verificou-se que das 204 mães que referiram não sentir dificuldades 69.6% continuavam a amamentar e que dos 57 meninos filhos de mães que sentiram dificuldades em lhes dar de mamar apenas 47.4% mantinham a amamentação. Aos 12 meses, contrariamente aos resultados das duas avaliações anteriores, observámos que das 142 mães que referiram não sentir dificuldades 38.7% continuavam a amamentar verificando-se idêntica situação em 55.6% dos 27 meninos filhos de mães que sentiram dificuldades em lhes dar de mamar.

Aos 3 e 6 meses a relação revelou-se muito significativa e aos 12 meses não apresentou resultado estatístico significativo pelo que pensamos poder afirmar, dado serem as mães que não sentiram dificuldades iniciais na amamentação que mais tenderam a prolongar a amamentação dos seus filhos, que pelo menos até aos 6 meses a duração da amamentação foi influenciada pelo facto da mãe não sentir dificuldades na amamentação durante o internamento.

Tabela 91 - Relação entre ter dificuldades na amamentação do filho e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			**Continua a amamentar aos 6 meses**			**Continua a amamentar aos 12 meses**		
Dificuldades		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sim	**N**	58	48	**106**	27	30	**57**	15	12	**27**
	%	54,7	45,3	**100,0**	47,4	52,6	**100,0**	55,6	44,4	**100,0**
Não	**N**	206	93	**299**	142	62	**204**	55	87	**142**
	%	68,9	31,1	**100,0**	69,6	30,4	**100,0**	38,7	61,3	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 6,933; p = 0,008)			(χ^2 = 9,654; p = 0,002)			(χ^2 = 2,646; p = 0,104)		

Anteriormente concluiu-se que, embora seja considerada uma das estratégias promotoras da amamentação, grande percentagem de mães do estudo não usufruiu de ensinos preparatórios para a alta, o que nos motivou para o estudo da sua relação na duração da amamentação. Analisando a tabela 92 podemos verificar que, aos 3 e 12 meses, foram as mulheres que receberam reforço de informação acerca da amamentação no momento da alta que apresentaram maior tendência em manter e prolongar a amamentação dos seus filhos, sendo que aos 3 meses dos 173 bebés filhos de mães que tiveram ensino 69.9% continuavam a ser amamentados e 61.6% dos 232 filhos de mães sem ensinos na alta mantinham a amamentação e aos 12 meses dos 96 bebés filhos de mães que não tiveram ensino 38.5% continuavam a ser amamentados e 45.2% dos 73 filhos de mães com ensinos na alta mantinham a amamentação.

Aos 6 meses pudemos verificar que foram as mulheres que não receberam reforço de informação acerca da amamentação no momento da alta que apresentaram maior tendência em manter e prolongar a amamentação dos seus filhos. Dos 141 bebés filhos de mães que não tiveram ensino 68.1% continuavam a ser amamentados e 60.8% dos 120 filhos de mães com ensinos na alta mantinham a amamentação.

A relação entre as variáveis demonstrou aos 3 meses situar-se no limiar de significância e não apresentou resultado estatístico significativo nas duas avaliações que se seguiram.

Perante os resultados parece adequado admitir-se que a realização de ensinos sobre amamentação no momento da alta influenciou a manutenção da amamentação nos três primeiros meses e após os 6 meses

constituiu factor favorecedor do prolongamento da amamentação.

Tabela 92 - Relação entre reforço de ensinos na alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Ensinos na alta		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	121	52	**173**	73	47	**120**	33	40	**73**
	%	69,9	30,1	**100,0**	60,8	39,2	**100,0**	45,2	54,8	**100,0**
Não	N	143	89	**232**	96	45	**141**	37	59	**96**
	%	61,6	38,4	**100,0**	68,1	31,9	**100,0**	38,5	61,5	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 3,011; p = 0,083)			(χ^2 = 1,494; p = 0,222)			(χ^2 = 0,759; p = 0,384)		

Compete aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, ensinar, esclarecer, informar e educar os servidores dos serviços de saúde por forma a promover o seu estado de saúde e bem estar. Neste contexto, e porque verificámos que, embora em pequena percentagem, os ensinos no momento da alta, feitos às mães, foram desenvolvidos por enfermeiros, médicos e pelos profissionais de ambos estratos profissionais conjuntamente, quisemos saber qual a relação entre o prestador da informação e a duração da amamentação.

Analisando a tabela 93 observamos que, em todos os momentos de colheita de informação, foram os bebés filhos de mães que receberam ensinos na alta dados pelos enfermeiros que mais prolongaram a amamentação, dado que aos 3 meses dos 107 meninos filhos de mães que receberam no momento da alta informação sobre amamentação dada por enfermeiros 72.9% estavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 67.6% dos 34 filhos de mães que tiveram informação dada conjuntamente por enfermeiros e médicos e em 62.5% dos 32 bebés de mães que receberam informação do médico. Aos 6 meses dos 77 bebés

filhos de mães que receberam ensinos na alta realizados por enfermeiros 64.9% continuavam a ser amamentados, seguidos dos filhos de mães que tiveram informação dada conjuntamente por enfermeiros e médicos, 60.9% dos 23 bebés. Apenas 45.0% dos 20 filhos de mães que receberam informação dada pelo médico continuavam nesta idade a ser amamentados. Aos 12 meses observámos também que foram os bebés filhos de mães que receberam ensinos na alta efectuados pelos enfermeiros, 48.0% dos 50, que mais prolongaram a amamentação, seguidos dos que as mães tiveram informação dada conjuntamente por enfermeiros e médicos, 42.9% dos 14. Somente 33.3% dos 9 filhos de mães com informação dada pelo médico mantinham a amamentação ao ano de idade.

Embora aos 3 e 6 meses a relação entre as variáveis não apresentasse resultado estatístico significativo e não fosse possível a sua determinação aos 12 meses, opinamos que o ensino na alta é uma das actividades à qual os profissionais de enfermagem devem dedicar atenção particular dado a relevância que assumiu na prática e manutenção da amamentação.

Tabela 93 - Relação entre profissional que efectuou os ensinos na alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Prestador do ensino na alta		Continua a amamentar aos 3 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses: Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses: Sim	Não	Total
Enfermeiro	N	78	29	**107**	50	27	**77**	24	26	**50**
	%	72,9	27,1	**100,0**	64,9	35,1	**100,0**	48,0	52,0	**100,0**
Médico	N	20	12	**32**	9	11	**20**	3	6	**9**
	%	62,5	37,5	**100,0**	45,0	55,0	**100,0**	33,3	66,7	**100,0**
Enfermeiro/Médico	N	23	11	**34**	14	9	**23**	6	8	**14**
	%	67,6	32,4	**100,0**	60,9	39,1	**100,0**	42,9	57,1	**100,0**
Total	N	**121**	**52**	**173**	**73**	**47**	**120**	**33**	**40**	**73**
	%	**69,9**	**30,1**	**100,0**	**60,8**	**39,2**	**100,0**	**45,2**	**54,8**	**100,0**
		(χ^2 = 1,373; p = 0,503)			(χ^2 = 2,648; p = 0,266)					

Procurando saber a relação entre a mãe ter recebido informação escrita sobre amamentação e a duração da amamentação do bebé verificamos, analisando a tabela 94, que aos 3 meses dos 69 meninos filhos de mães que receberam informação escrita 78.3% continuavam a ser amamentados, situação que também se verificou mas em menor percentagem, 62.5%, nas 336 crianças de mães que não receberam suporte informativo escrito. A relação foi significativa mostrando existir dependência entre as variáveis, pelo que, consideramos benéfico na manutenção da amamentação pelo menos até aos 3 meses a distribuição a todas as mulheres de documentos escritos, utilizando linguagem fácil e acessível, sobre amamentação.

Aos 6 meses a relação não foi significativa e a percentagem de crianças que mantiveram a amamentação foi semelhante nos dois grupos, sendo que dos 53 meninos filhos de mães que receberam informação escrita 64.2% continuavam a ser amamentados, situação que também se verificou em 64.9% das 208 crianças de mães que não receberam suporte informativo escrito.

Aos 12 meses a relação entre as variáveis foi muito significativa e verificamos que dos 34 meninos filhos de mães que receberam informação escrita 61.8% continuavam a ser amamentados, situação que também se verificou em apenas 36.3% das 135 crianças de mães que não receberam suporte informativo escrito.

Perante os resultados conclui-se que a manutenção da amamentação nos primeiros 3 meses de vida e após os 6 meses foi influenciada pelo facto da mãe receber informação escrita sobre

amamentação.

Tabela 94 - Relação entre ter recebido informação escrita sobre amamentação e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Informação escrita		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Sim	N	54	15	**69**	34	19	**53**	21	13	**34**
	%	78,3	21,7	**100,0**	64,2	35,8	**100,0**	61,8	38,2	**100,0**
Não	N	210	126	**336**	135	73	**208**	49	86	**135**
	%	62,5	37,5	**100,0**	64,9	35,1	**100,0**	36,3	63,7	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 6,266; p = 0,012)			(χ^2 = 0,010; p = 0,918)			(χ^2 = 7,261; p = 0,007)		

O uso de chupeta é largamente reconhecido como factor de influência negativa na manutenção da amamentação. Neste contexto, pretendemos saber se o facto dos meninos do estudo usarem chupeta interferiu no tempo de amamentação e verificámos, em todos os momentos de avaliação, que se confirmou o efeito negativo do seu uso na manutenção do aleitamento materno. Aos 3 meses dos 321 bebés que usavam chupeta apenas 57.9% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 84 meninos que não a usavam 92.9% mantinha a amamentação. Aos 6 meses verificámos que dos 185 bebés que usavam chupeta apenas 60.0% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 76 meninos que não a usavam 76.3% mantinha a amamentação e aos 12 meses observámos que dos 111 bebés que usavam chupeta apenas 40.5% continuavam a ser amamentados ao passo que dos 58 meninos que não a usavam 43.1% mantinha a amamentação.

A relação entre as variáveis revelou-se altamente significativa durante os 3 primeiros meses de vida, estatisticamente significativa aos 6 meses e aos 12 meses, embora se revelasse não significativa, notou-se

tendência a manter por mais tempo a amamentação nos meninos que não usavam chupeta. Perante estes resultados concluimos que também nos meninos do nosso estudo se confirmou a influência negativa do uso de chupeta na duração da amamentação.

Tabela 95 - Relação entre uso de chupeta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
Chupeta		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sim	**N**	186	135	**321**	111	74	**185**	45	66	**111**
	%	57,9	42,1	**100,0**	60,0	40,0	**100,0**	40,5	59,5	**100,0**
Não	**N**	78	6	**84**	58	18	**76**	25	33	**58**
	%	92,9	7,1	**100,0**	76,3	23,7	**100,0**	43,1	56,9	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 35,760; p = 0,000)			(χ^2 = 6,283; p = 0,012)			(χ^2 = 0,103; p = 0,748)		

O contacto estabelecido com as puérperas nos primeiros dias após a alta tem-se revelado uma variável influente na manutenção da amamentação. Embora constatássemos que apenas pequena percentagem das mães dos meninos do estudo tivesse beneficiado desta actividade promotora da amamentação, quisemos conhecer a relação entre a mãe ter tido algum contacto em que se falasse de amamentação e a duração da amamentação dos seus filhos. É a este aspecto que se refere a tabela 96. Analisando-a, podemos verificar que aos 3 meses dos 57 meninos de mães contactadas 80.7% mantinham a amamentação comparativamente a 62.6% dos 348 meninos de mães que não usufruíram de qualquer contacto. A relação entre as duas variáveis demonstrou ser muito significativa. Atendendo à sua eficácia na manutenção da amamentação pelo menos até aos 3 meses de idade admite-se que esta estratégia promotora da amamentação, que é preconizada pelo Ministério

da Saúde, deve ser desenvolvida junto de todas as mães de RN.

Aos 6 meses dos 46 meninos de mães contactadas 54.3% mantinham a amamentação comparativamente a 67.0% dos 215 meninos de mães que não usufruíram de qualquer contacto. Embore se note tendência a manter a amamentação nas mães que não foram contactadas a relação entre as duas variáveis demonstrou não ser significativa.

Aos 12 meses dos 25 meninos de mães contactadas 44.0% mantinham a amamentação comparativamente a 41.0% dos 144 meninos de mães que não usufruíram de qualquer contacto. A relação entre as variáveis demonstrou não ser significativa, no entanto, tal como até aos 3 meses, verifica-se que a mãe usufruir de contacto onde se abordou o tema amamentação foi factor favorecedor da sua manutenção dos 6 aos 12 meses.

Tabela 96 - Relação entre ter contacto após a alta e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
Contacto		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sim	**N**	46	11	**57**	25	21	**46**	11	14	**25**
	%	80,7	19,3	**100,0**	54,3	45,7	**100,0**	44,0	56,0	**100,0**
Não	**N**	218	130	**348**	144	71	**215**	59	85	**144**
	%	62,6	37,4	**100,0**	67,0	33,0	**100,0**	41,0	59,0	**100,0**
Total	**N**	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 7,038; p = 0,008)			(χ^2 = 2,648; p = 0,104)			(χ^2 = 0,080; p = 0,777)		

Uma das razões que leva frequentemente as mães a abandonarem a amamentação dos bebés é o desenvolvimento de problemas com a amamentação. Neste contexto, procurámos saber junto das mães dos meninos se foi também este um dos motivos que originou o desmame.

Analisando a tabela 97 verificamos que, aos 3 meses, estavam a ser

amamentados 70.5% dos 166 meninos filhos de mães que referiram não ter tido problemas verificando-se idêntica situação em 61.5% dos 239 filhos de mães que tiveram problemas. A relação entre as variáveis demonstrou situar-se no limiar de significância sugerindo que também nos meninos estudados a ocorrência de problemas com a amamentação constituiu factor de desmame até aos 3 meses de idade.

Aos 6 meses mantinham a amamentação 59.1% dos 115 meninos filhos de mães que referiram não ter tido problemas com a amamentação verificando-se idêntica situação em 69.2% dos 146 filhos de mães que tiveram problemas. A relação entre as variáveis demonstrou também situar-se no limiar de significância pelo que opinamos que o facto da mãe ter tido problemas com a amamentação ainda antes dos 3 meses e naturalmente por os ter superado não constituiu motivo de desmame entre os 3 e os 6 meses.

Aos 12 meses estavam a ser amamentados 35.3% dos 68 meninos filhos de mães que referiram não ter tido problemas com a amamentação verificando-se idêntica situação em 45.5% dos 101 filhos de mães que tiveram problemas. A relação entre as variáveis demonstrou não ser significativa pelo que continuamos a opinar que o facto da mãe ter tido problemas com a amamentação ainda antes dos 3 meses e naturalmente por os ter superado não interferiu de forma negativa no prolongamento da amamentação entre os 6 e os 12 meses.

Os resultados sugerem que desenvolver problemas com a amamentação influencia a sua duração até aos 3 meses mas, se ultrapassados, não constitui motivo de desmame a longo prazo.

Tabela 97 - Relação entre incidência de problemas e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Problemas		Continua a amamentar aos 3 meses			Continua a amamentar aos 6 meses			Continua a amamentar aos 12 meses		
		Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Nenhum	N	117	49	**166**	68	47	**115**	24	44	**68**
	%	70,5	29,5	**100,0**	59,1	40,9	**100,0**	35,3	64,7	**100,0**
Algum	N	147	92	**239**	101	45	**146**	46	55	**101**
	%	61,5	38,5	**100,0**	69,2	30,8	**100,0**	45,5	54,5	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 3,478; p = 0,062)			(χ^2 = 2,845; p = 0,092)			(χ^2 = 1,760; p = 0,185)		

Embora aos 3 meses não fosse adequada a determinação da relação entre a mãe ter introduzido outros alimentos ou líquidos na dieta do seu filho e a duração da amamentação, dado que se a mulher não fez introdução torna-se lógico que todos os meninos continuavam a ser amamentados, quisemos saber exclusivamente junto das crianças que já tinham introduzido na dieta alimentar outros alimentos para além do leite materno a percentagem que ainda mantinha a amamentação. Analisando a tabela 98 é possível verificar que dos 298 bebés apenas 52.7% continuavam a ser amamentados aos 3 meses.

Tabela 98 - Relação entre introdução na dieta alimentar de outros líquidos ou alimentos e duração da amamentação aos 3 meses.

Outros alimentos		Continua a amamentar aos 3 meses		
		Sim	Não	Total
Sim	N	157	141	**298**
	%	52,7	47,3	**100,0**

Quisemos saber se o facto das crianças aos 3 meses já terem na sua dieta alimentar outros alimentos para além do leite materno interferia na duração da amamentação aos 6 meses. Analisando a tabela 99 é possível verificar que dos 155 bebés que aos 3 meses já ingeriam outros alimentos 61.3% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo

em 69.8% dos 106 meninos que mamavam apenas leite materno. Embora a relação não demonstrasse ser estatisticamente significativa somos de opinião que a introdução de outros líquidos ou alimentos constituiu factor desfavorável à manutenção da amamentação.

Também aos 12 meses quisemos estudar o nível de dependência das variáveis. Verificámos tratar-se de uma relação estatisticamente não significativa e que dos 95 bebés que já ingeriam aos 3 meses outros alimentos 42.1% continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 40.5% dos 74 meninos que mamavam exclusivamente leite materno.

Tabela 99 - Relação entre introdução na dieta alimentar de outros líquidos ou alimentos e duração da amamentação aos 6 e 12 meses.

		Continua a amamentar aos 6 meses			**Continua a amamentar aos 12 meses**		
Outros alimentos		**Sim**	**Não**	**Total**	**Sim**	**Não**	**Total**
Sim	**N**	95	60	**155**	40	55	**95**
	%	61,3	38,7	**100,0**	42,1	57,9	**100,0**
Não	**N**	74	32	**106**	30	44	**74**
	%	69,8	30,2	**100,0**	40,5	59,5	**100,0**
Total	**N**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 2,003; p = 0,157)			(χ^2 = 0,042; p = 0,838)		

Uma das razões frequentemente apontadas pelas mães para o desmame precoce dos meninos é a necessidade de regressar ao trabalho. A extracção e conservação do leite materno para posterior administração ao bebé quando a mãe está ausente é uma das estratégias que pode usar por forma a manter a amamentação do filho, no entanto, para que a mulher a utilize necessita de ser informada sobre como proceder e de conhecer as possíveis alterações estruturais que poderão surgir.

Pretendendo conhecer a relação entre a mãe estar ou não esclarecida sobre esta técnica e a manutenção da amamentação

estudámos a influência das variáveis e, observando a tabela 100, podemos verificar que, embora em todos os momentos de colheita de informação o cálculo do teste de independência mostrasse não existir relação significativa, a percentagem de meninos que mantinham a amamentação foi maior no grupo de mães com informação sobre esta técnica comparativamente às que não tiveram esta informação. Aos 3 meses das 139 crianças de mães esclarecidas 67.6% dos meninos continuavam a ser amamentados verificando-se o mesmo em 63.9% das 266 crianças filhas de mães sem informação. Aos 6 meses das 93 crianças de mães elucidadas sobre extracção e conservação do leite materno 69.9% dos meninos continuavam a ser amamentados observando-se idêntica situação em 61.9% das 168 crianças filhas de mães sem informação. Aos 12 meses das 65 crianças de mães esclarecidas 44.6% dos meninos continuavam a ser amamentados o que também se observou em apenas 39.4% das 104 crianças filhas de mães sem informação.

Os resultados, ainda que não estatisticamente significativos, mostram que o facto da mãe conhecer a utilização desta técnica foi factor favorecedor da manutenção da amamentação.

Tabela 100 - Relação entre ter recebido informação sobre extracção e conservação do leite materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

Ensino sobre extracção e conservação do leite		Continua a amamentar aos 3 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 6 meses Sim	Não	Total	Continua a amamentar aos 12 meses Sim	Não	Total
Sim	N	94	45	**139**	65	28	**93**	29	36	**65**
	%	67,6	32,4	**100,0**	69,9	30,1	**100,0**	44,6	55,4	**100,0**
Não	N	170	96	**266**	104	64	**168**	41	63	**104**
	%	63,9	36,1	**100,0**	61,9	38,1	**100,0**	39,4	60,6	**100,0**
Total	N	**264**	**141**	**405**	**169**	**92**	**261**	**70**	**99**	**169**
	%	**65,2**	**34,8**	**100,0**	**64,8**	**35,2**	**100,0**	**41,4**	**58,6**	**100,0**
		(χ^2 = 0,556; p = 0,456)			(χ^2 = 1,673; p = 0,196)			(χ^2 = 0,444; p = 0,505)		

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

Anteriormente constatámos que embora sensivelmente metade das mães (50.3%) considerassem adequado amamentar para além do ano de idade apenas 17.4% dos meninos mantinham a amamentação aos 12 meses. Neste contexto, quisemos saber se as mães que prolongaram por mais tempo a amamentação foram as que consideravam adequado amamentar por um maior período de tempo. Analisando a tabela 101 é possível verificar que aos 3, 6 e 12 meses os meninos que mantinham em maior percentagem a amamentação eram filhos de mães que consideravam vantajoso amamentar por mais tempo. A relação entre as variáveis demonstrou aos 3 e 12 meses ser estatisticamente significativa considerando-se oportuno referir que o tempo considerado ideal pelas mães para amamentar influenciou o tempo durante o qual amamentaram os seus filhos. Mães que consideravam adequado amamentar por mais tempo prolongaram a amamentação por um período maior.

Tabela 101 - Relação entre tempo que as mães consideravam adequado amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	CONVENIENTE AMAMENTAR MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	213,5		
	Não	141	183,2		
	Total	**405**		15832,000	0,010
6 meses	Sim	169	135,8		
	Não	92	122,0		
	Total	**261**		6947,500	0,137
12 meses	Sim	70	93,8		
	Não	99	78,7		
	Total	**169**		2844,000	0,038

O comportamento alimentar do RN no período neonatal precoce, segundo Mathews (1988), influencia o sucesso e o prolongamento da amamentação. Também nos meninos do estudo quisemos saber se o comportamento alimentar nas 48 horas de vida foi determinante na duração

da amamentação e, analisando a tabela 102, verificamos que até aos 6 meses foram de facto os meninos que apresentaram melhor comportamento alimentar que mantiveram em maior percentagem a amamentação. Aos 12 meses a situação inverteu-se sendo que foram os meninos com menor classificação na escala de avaliação do comportamento alimentar que estavam a ser amamentados. A relação entre as variáveis demonstrou ser altamente significativa aos 3 meses, significativa aos 6 meses e estatisticamente não significativa na última avaliação. Perante os resultados podemos dizer que até aos 6 meses o comportamento alimentar do RN nas primeiras horas de vida influenciou a duração da amamentação dos meninos em estudo.

Tabela 102 - Relação entre Comportamento alimentar às 48 horas de vida e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	COMPORTAMENTO ALIMENTAR DO RN MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	221,3		
	Não	141	168,5		
	Total	**405**		13760,500	0,000
6 meses	Sim	169	139,7		
	Não	92	114,9		
	Total	**261**		6298,500	0,010
12 meses	Sim	70	84,9		
	Não	99	85,0		
	Total	**169**		3464,500	0,999

Mães que mais prolongam a amamentação são mães que maior satisfação sentem com o comportamento dos seus meninos durante a mamada (Mathews, 1988). Também nos meninos do estudo procurámos saber se a satisfação que a mãe sentiu com o comportamento alimentar do bebé às 48 horas de vida influenciou o tempo de amamentação. Analisando a tabela 103 observa-se que até aos 6 meses continuavam a ser amamentados os meninos filhos de mães que maior média ordinal

obtiveram no item 6 da escala de comportamento alimentar do bebé. Após esta idade a situação inverteu-se sendo que foram os meninos filhos de mães com menores médias que mais prolongaram a amamentação. A relação entre as variáveis foi altamente significativa aos 3 meses e após esta idade não apresentou resultado estatístico significativo. Podemos concluir que o nível de satisfação materno com o comportamento alimentar do filho nas primeiras horas de vida influenciou a duração da amamentação até aos 3 meses e que no trimestre seguinte foram as mães que se sentiram mais satisfeitas que mais se mantiveram a amamentar os seus meninos.

Tabela 103 - Relação entre Satisfação materna às 48 horas pós parto e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	SATISFAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DO RN		
			MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	219,6		
	Não	141	171,7		
	Total	**405**		14207,000	0,000
6 meses	Sim	169	135,0		
	Não	92	123,4		
	Total	**261**		7083,000	0,204
12 meses	Sim	70	82,1		
	Não	99	87,0		
	Total	**169**		3263,500	0,490

Considerando a auto-estima materna uma variável influente no sucesso da amamentação pretendemos saber a relação com o seu prolongamento. Verificámos que aos 3, 6 e 12 meses dos meninos continuavam a ser amamentados os bebés filhos de mães que às 48 horas pós parto apresentavam níveis mais elevados de auto-estima. A relação entre as variáveis apenas mostrou situar-se no limiar de significância aos 6 meses no entanto, pensamos adequado referir que, face aos resultados apresentados na tabela 104, foram as mães com maior auto-estima que

mais prolongaram a amamentação dos seus filhos.

Tabela 104 - Relação entre Auto-estima materna e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	AUTO-ESTIMA TOTAL MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	203,9		
	Não	141	201,2		
	Total	**405**		18365,000	0,826
6 meses	Sim	169	137,2		
	Não	92	119,5		
	Total	**261**		6718,500	0,070
12 meses	Sim	70	87,5		
	Não	99	83,1		
	Total	**169**		3284,500	0,564

Relativamente aos recursos familiares percepcionados pelas mães e a sua relação com a duração da amamentação a tabela 105 mostra que, embora em nenhum momento de avaliação houvesse relação estatisticamente significativa entre as variáveis, aos 3 meses foram as mães que sentiam melhores recursos familiares que mantinham em maior percentagem a amamentação mas após esta idade mães que apresentaram maiores médias das ordenações tenderam a desmamar mais cedo. Perante os resultados afigura-se-nos que os sentimentos de orgulho e entendimento familiares percepcionados pelas mães são importantes na manutenção da amamentação pelo menos até aos 3 meses de idade dos meninos.

Tabela 105 - Relação entre Recursos Familiares e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	RECURSOS FAMILIARES TOTAL MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	208,8		
	Não	141	192,1		
	Total	**405**		17075,500	0,170
6 meses	Sim	169	130,8		
	Não	92	131,2		
	Total	**261**		7751,500	0,969
12 meses	Sim	70	82,7		
	Não	99	86,5		
	Total	**169**		3308,500	0,617

Ellen Leff (1994) refere que o envolvimento materno é incrementado com a amamentação. Quisemos saber, no presente estudo, se o inverso também se confirmava. Neste contexto, estudámos a relação entre envolvimento materno e a duração da amamentação e observámos que, como relata a tabela 106, embora em nenhuma das avaliações existisse relação estatisticamente significativa, aos 3 e 12 meses mantiveram em maior percentagem a amamentação as mães que apresentaram maior envolvimento com os bebés.

Os resultados que obtivemos permitem-nos concluir que nas mães do estudo a relação afectiva que mantinham com os meninos foi factor favorecedor da manutenção da amamentação.

Tabela 106 - Relação entre Envolvimento Materno e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	ENVOLVIMENTO MATERNO MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	207,1		
	Não	141	195,1		
	Total	**405**		17507,500	0,324
6 meses	Sim	169	129,5		
	Não	92	133,5		
	Total	**261**		7536,500	0,682
12 meses	Sim	70	90,1		
	Não	99	81,3		
	Total	**169**		3108,000	0,253

Quando se estudou a relação entre a satisfação com a experiência de amamentação e a sua duração verificámos que, em todos os momentos de avaliação, foram as mães que apresentaram melhor avaliação da sua experiência de amamentação que mais a prolongaram (ver tabela 107). A relação entre as variáveis foi aos 3 meses altamente significativa e aos 6 meses muito significativa. Perante os resultados afirmamos que a satisfação que a mãe sentiu com a amamentação influenciou a sua

duração até aos 6 meses e após esta idade, embora a relação entre as variáveis se tivesse revelado estatisticamente não significativa, a tendência a manter a amamentação foi também maior nas mães que mais satisfeitas se sentiram com a sua experiência.

Tabela 107 - Relação entre Satisfação materna em amamentar e duração da amamentação aos 3, 6 e 12 meses.

IDADE	CONTINUA A AMAMENTAR	N	SATISFAÇÃO EM AMAMENTAR TOTAL MÉDIA ORDINAL	U	p
3 meses	Sim	264	236,5		
	Não	141	140,2		
	Total	**405**		9762,500	0,000
6 meses	Sim	169	140,5		
	Não	92	113,4		
	Total	**261**		6158,500	0,006
12 meses	Sim	70	89,9		
	Não	99	81,5		
	Total	**169**		3118,500	0,268

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dedicámos este capítulo à discussão dos resultados que obtivemos. Procurámos discutir os resultados interpretando-os à luz das concepções de referência e, sempre que possível, tendo presente o conhecimento científico disponível fruto de outras investigações desenvolvidas à volta da problemática da amamentação realizadas no nosso País.

Quanto à caracterização da amostra em estudo observa-se ser esta constituída por 607 pares mães/bebés. Da amostra inicial 405 pares mantiveram aos três meses de vida a sua participação na pesquisa. As crianças do estudo, predominantemente do sexo masculino e com peso adequado à idade gestacional, nasceram maioritariamente de parto não gemelar. Embora o tipo de parto verificado em maior percentagem tivesse sido o eutócico, constatámos elevado número de meninos nascidos de parto distócico, destacando-se, dentro destes, a cesariana (35.6% do total dos partos), percentagem que ultrapassa em muito o recomendado pela OMS.

Verificou-se que a média das idades das mães dos meninos do estudo foi de 28,4 anos, observando-se frequências mais elevadas nos 24 e 26 anos. Eram residentes em zonas rurais e urbanas, na maioria casadas e com habilitações literárias superiores ao 2º ciclo. A maioria das mães eram trabalhadoras, o local de trabalho distava em média 1,5 Km do local de residência, iriam permanecer em casa após o parto 120 dias e teriam 2 horas por dia destinadas à amamentação quando reiniciassem a actividade profissional.

Embora se saiba que amamentar um bebé à frente de crianças mais velhas é a forma mais fácil e mais natural dos jovens aprenderem o que é a amamentação e tomarem-na como algo perfeitamente normal e que "*Alguns locais de trabalho têm creches onde podem tomar conta dos filhos dos empregados o que é bastante útil para a mãe que amamenta. (...) proporciona uma forma de mostrar naturalmente a amamentação a crianças mais pequenas.*" (Davies, 1993. p.108), no presente estudo apurou-se que a maioria das mães empregadas não tinham condições para terem os filhos no local de trabalho.

A maioria das mães das crianças faziam parte de uma família nuclear cujo subsistema filial era composto por mais de um elemento e na maioria sabiam ter sido os irmãos amamentados, no entanto, foi pequeno o número de senhoras que viu a própria mãe amamentar, confirmando que as mães de hoje não foram habituadas a ver amamentar os irmãos.

Embora se saiba que ver regularmente outras mulheres amamentando, especialmente na mesma família ou grupo social, constitui um modo privilegiado das meninas, adolescentes e mulheres jovens desenvolverem atitudes positivas em relação à amamentação, no nosso estudo verificámos que, à semelhança do mencionado na literatura, sensivelmente um quarto das mães dos meninos em estudo não observam regularmente outras mulheres da comunidade onde vivem a amamentar.

Importante realçar é o facto da maioria das mães saberem ter sido amamentadas, todavia quando questionadas acerca do tempo de amamentação menos de metade soube referir a duração. As mães conhecedoras do período de tempo durante o qual fizeram aleitamento

materno, tiveram em média uma duração de amamentação de 11 meses, revelando forte adesão das suas mães à amamentação. Tendo presente que a própria experiência de ter sido uma filha amamentada influencia a futura atitude como mãe e a opinião de King (1991) quando menciona o efeito adverso, para a manutenção da amamentação, de uma avó que alimentou os seus filhos com leites sintéticos, o resultado a que chegámos afigura-se positivamente influente no sucesso da amamentação dos bebés em estudo.

Acerca da experiência anterior de amamentação verificámos que mais de metade das mães do estudo eram primíparas, o que confirma a opinião de Gomes-Pedro (1999) quando se refere ao aumento constante do número de primeiros filhos, e que as multíparas, sensivelmente a totalidade mães de um filho, maioritariamente amamentaram o último filho anterior durante um período médio de 6,4 meses, tendo-se, todavia, verificado um elevado abandono da amamentação nos 3 primeiros meses de vida do bebé. Quanto aos sentimentos face à anterior experiência de amamentar mais de metade atribuiu-lhe qualificação de muito agradável ou agradável, factor que pensamos ser de bom prognóstico para a amamentação deste filho que acabou agora de nascer, tendo em conta que os sentimentos vivenciados pela mãe numa anterior experiência de amamentação influenciam a sua atitude e desempenho na amamentação posterior.

À semelhança dos resultados da pesquisa de Rui Vasconcelos et al (1984) também nas mães dos meninos em estudo se verificou que sensivelmente a totalidade frequentou consultas pré-natais que ocorreram

em maior percentagem em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (maternidades) e em consultas no âmbito da medicina privada contrariamente ao observado por Pinho da Silva et al (1987) e Dulce Oliveira e Carlos Valente (1999) que referem ter sido no Centro de Saúde que a maioria das mães que participaram nos estudos que desenvolveram vigiaram a gravidez.

No âmbito do acompanhamento pré-natal grande percentagem de mães foi aconselhada a fazer preparação das mamas e mamilos durante a gravidez destacando-se como técnica mais aconselhada a massagem com creme hidratante. Isto contraria o conhecimento científico disponível que comprova a ineficácia de qualquer preparação deste tipo no sucesso da amamentação.

Por forma a promover o sucesso da amamentação o Royal College of Midwives (1994) alerta-nos para um aspecto de primordial importância que consiste na permanência do bebé junto da mãe, "rooming-in", e a OMS (1989) orienta todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a RN a: "- *Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebés permaneçam juntos - 24 horas por dia*". Na nossa pesquisa, pudemos constatar que esta recomendação foi praticada na maioria dos pares do estudo.

Embora seja frequentemente afirmado que as mães dos dias de hoje, devido à urbanização, ao afastamento da família alargada e à existência cada vez maior de famílias monoparentais, cada vez mais se sentem menos apoiadas após o nascimento dos seus bebés e se sentem muitas vezes isoladas, abandonadas e com excesso de obrigações

(Hannah Lothrop, 2000), verificámos que a maioria das mães dos meninos contavam ter ajuda quando regressassem a casa, que em mais de metade seria oferecida pelos próprios companheiros. Atendendo a que nas primeiras semanas após o parto a mulher fica mais sensível e emotiva, o que por um lado aumenta a sua capacidade de amar o filho mas também faz com que fique mais facilmente nervosa e com frequência tenha muitas dúvidas quanto à sua habilidade para cuidar da criança, uma das melhores pessoas para a auxiliar é sem dúvida o marido, quem melhor a conhece, sabe os seus gostos, desejos e preocupações e na qual mais confia e se apoia nos momentos difíceis.

À luz do enquadramento teórico podemos referir que a decisão da mulher em amamentar acontece com bastante frequência ainda antes de engravidar deixando um pequeno número de mães a tomada da decisão para depois do parto. Também no nosso estudo se verificou, contrariamente ao observado por Martens (1997) mas em consonância com os resultados de Skinner et al (1997), que a maioria das mães dos meninos tomaram a decisão de amamentar ainda antes de engravidar, na totalidade por opção pessoal, à semelhança das conclusões de Vale et al (1982), e sensivelmente a totalidade dos maridos/companheiros eram concordantes com a sua decisão.

Contrariamente ao afirmado pela Direcção Geral de Saúde (1997) a totalidade das mães não conhecia as vantagens do aleitamento materno, no entanto, em oposição aos resultados dos estudos desenvolvidos por Miranda (1988), Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1990) e Aires et al (1995) a maioria reconheçia-o vantajoso para a díade realçando

benefícios físicos, emocionais, económicos e sociais, verificando-se, em consonância com os estudos desenvolvidos por Rui Vasconcelos et al (1984), Fernandes (1987) e Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1990), uma maior percentagem de respostas maternas que apontaram o leite materno como o melhor para o seu bebé.

Embora seja reconhecida cientificamente a eficácia no sucesso do aleitamento da primeira mamada imediatamente após o nascimento e a OMS (1989) aconselhe todos os estabelecimentos que oferecem serviços obstétricos e cuidados a RN a: "- *Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento*", na nossa pesquisa constatámos, contrariamente aos estudos de Levvit et al (1996), que mostrou que ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto foi um dos 10 Passos para o sucesso da amamentação seguido por muitos dos hospitais que estudaram, Moleiro (1984), que refere ser esta prática já em 1980-1981, no Hospital Distrital de Beja, frequentemente desenvolvida junto da maioria dos RN, e Teixeira e Machado citados por Neto Alves e Almeida (1992), verificada em 1991 na totalidade dos meninos que estudaram, não ser frequente a promoção da mamada precoce sendo que apenas pequena percentagem de bebés foram de imediato colocados sobre a mãe e amamentados na primeira meia hora após o parto e maioritariamente os RN do estudo foram amamentados após a primeira meia hora de vida. Todavia quando comparado o intervalo de tempo que mediou entre o nascimento e a primeira mamada verificámos ter sido menor que o observado por Albuquerque et al (1996), e, embora sensivelmente um quarto das mães não soubesse referir se antes de

mamarem à mama os meninos receberam outro líquido, na maioria dos bebés não se verificou administração de qualquer líquido antes da primeira mamada.

Relativamente à experiência de amamentar pela primeira vez os bebés, que segundo Hannah Lothrop (2000) frequentemente resulta bem e contribui para uma experiência total de sucesso, a maioria das mães revelou-nos ter sido muito agradável ou agradável. À luz da revisão teórica consideramos que o resultado a que chegámos poderá constituir muito bom prognóstico para o sucesso da amamentação dos meninos em estudo, pois que habitualmente quando a primeira relação de amamentação corre bem a mãe adquire auto-confiança na sua capacidade de aleitar ajudando-a em dificuldades futuras a não desistir (Hannah Lothrop, 2000).

Acerca do suporte fornecido durante a primeira mamada observámos que grande percentagem de mães/bebés recebeu ajuda, na maioria prestada por profissionais de enfermagem. Embora o pai do bebé, considerado por Bar e Darby (1997) uma das melhores pessoas para auxiliar a mãe na primeira mamada, frequentemente esteja presente no parto e a sua ajuda se tenha comprovado importante no estabelecimento da amamentação, foi muito pequeno o número de mães que tiveram ajuda prestada pelos companheiros na primeira experiência de amamentação.

Silva Nogueira e Rosa Pedroso (s.d.) são de opinião que os dias da jovem mãe após o parto e ainda na maternidade, são também de aprendizagem, sendo a acção de ensino das enfermeiras fundamental. Neste contexto King (1991) e Martin e Valero (1992) aconselham aproveitar a estada hospitalar para oferecer mais informação quanto ao número de

mamadas, uso de outros alimentos ou líquidos, bases da hipogaláctia, variações fisiológicas da produção diária de leite e problemas que mais frequentemente poderão surgir tais como dor nos mamilos, dor nas mamas. No entanto, na amostra estudada verificou-se que às 48 horas pós parto nem todas as mães beneficiaram de suporte informativo sobre amamentação e as mães que usufruiram desta estratégia assistencial foram na maioria elucidadas quanto aos cuidados a ter com a mama e mamilo, horário das refeições, tempo de mamada e colocação do bebé à mama, descurando-se os ensinamentos sobre procedimentos no final da mamada e possíveis problemas que poderão surgir.

Uma das medidas de promoção da amamentação recomendada pela OMS (1989) é encorajar o horário livre das mamadas e segundo Davies (1993) os bebés necessitam de ser alimentados quando têm fome e as mães necessitam de esvaziar as mamas quando as sentem cheias, "(...) *Nem as mães nem os bebés precisam de relógio para saber quando amamentar (...).*" (p.48). No entanto, no nosso estudo, observámos ter sido elevada a percentagem de crianças que mamaram com intervalos regulares, durante um tempo determinado e sempre das duas mamas interrompendo a mamada por forma a mamarem em cada mamada sempre das duas mamas, constatando-se também que, numa percentagem ainda superior, foi esta a forma de dar de mamar ensinada às mães pelos profissionais de saúde. Os resultados a que chegámos mostram-nos que, embora seja recomendação da OMS (1989) "*Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma*" os profissionais de saúde da instituição onde decorreu o estudo não

encorajaram as mães a amamentar os bebés de acordo com o preconizado pela Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés e que o conteúdo das mensagens divergiu entre os profissionais de saúde, factor, no nosso entender, gerador de confusão materna sendo que mãe e bebé não foram durante todo o tempo que permaneceram na instituição hospitalar cuidadas pelo mesmo profissional que lhes prestou informação referente ao modo de dar de mamar e que em simultâneo estiveram no mesmo quarto outras senhoras que naturalmente receberam informação contraditória à que lhes foi prestada.

Observámos também que, embora a maioria das mães atribuísse qualificação de muito agradável ou agradável à experiência de amamentação desde que o bebé nasceu, se verificou uma quebra nos níveis de satisfação quando comparados com a experiência vivenciada na primeira mamada. Este resultado pensamos estar associado ao modo como a maioria das mães foram ensinadas a dar de mamar e que foi mencionado

quando pretendemos saber quais as dificuldades sentidas pelas mães com a amamentação dos seus meninos.

No que se refere ao comportamento alimentar do RN às 48 horas de vida apurámos, em concordância com o observado por Benson (2001), que sensivelmente metade dos meninos do estudo mamaram sem dificuldade e de forma efectiva, referindo-nos grande percentagem de mães satisfação e muita satisfação com o modo como o bebé mamou, contudo grande percentagem de meninos foram colocados a mamar no estado profundamente adormecidos ou sonolentos. O resultado a que chegámos

mostra-nos não ter havido preocupação em se respeitar o estado da criança no início da amamentação, aspecto importante no comportamento alimentar, levando-nos a pensar que quando a criança foi colocada a mamar imperou o cumprimento de horários e intervalos da mamada e não uma necessidade manifestada pela criança.

A maioria das mães dos meninos mostrou-se confiante da sua capacidade em lidar com o bebé, sentiam prazer na prestação de cuidados ao filho, desenvolveram sentimentos positivos durante a gravidez, trabalho de parto e parto e na totalidade encontravam-se adaptadas ao seu bebé apresentando elevados níveis de auto-estima materna.

Relativamente aos recursos familiares apurámos que, embora a maioria das mães sentisse lealdade, confiança e respeito entre os elementos da família e apresentasse bons recursos familiares, mais de um terço obteve pontuação na dimensão entendimento inferior ao ponto médio do total que seria possível alcançar. Este resultado faz-nos pensar que o sentimento apresentado por algumas mães face à capacidade que a família tem em cumprir tarefas, lidar com problemas e "dar-se bem" de uma forma geral, embora não afectasse os níveis obtidos no total da escala, poderá não ser factor positivo para o sucesso da amamentação tendo presente que a amamentação constitui uma nova experiência a ser vivenciada pelos elementos da família.

Embora à luz do quadro teórico o leite materno seja o alimento ideal para a maioria dos RN, pelo que a OMS (1989) recomenda a sua administração exclusiva a RN saudáveis, critério adoptado no estudo para a inclusão dos meninos, na presente pesquisa verificámos que a totalidade

dos meninos não fez aleitamento materno exclusivo observando-se que algumas das crianças foram alimentadas durante a sua estada na maternidade com leite materno e leite artificial, sendo a percentagem observada muito equivalente à do estudo realizado por Miranda (1988), no Concelho de Almada, já no ano de 1986, mostrando que, sendo a instituição onde decorreu o estudo reconhecida desde 1992 como Hospital Amigo do Bebé, os profissionais que aí exercem a sua actividade profissional não estão comprometidos com a recomendação da OMS (1989) *"(...) Não dar a RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno (...)".*

No que se refere às dificuldades sentidas pela mulher ao amamentar o bebé durante o internamento, factor influente no êxito da amamentação, verificámos que mais de um quarto das mães sentiram dificuldades destacando-se, dentro de um leque diversificado que apresentaram, a colocação do bebé à mama, os mamilos dolorosos e fissurados, o engurgitamento mamário e as gretas mamilares. Quando comparadas as dificuldades sentidas pelas mães e o suporte informativo que lhes foi prestado pelos profissionais de saúde verificamos que embora a colocação do bebé à mama tenha sido um dos temas de ensino mais focado foi também esta a dificuldade mais referida, sensivelmente por metade das mães estudadas, mostrando necessidade de maior assistência dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. As restantes dificuldades, focadas por maior número de mães, foram referentes a possíveis problemas, que em termos de suporte informativo foram totalmente descurados, comprovando a necessidade de desenvolvimento

de informação antecipada por forma à sua prevenção, e que pensamos estar relacionados com o modo como a maioria das mães foi ensinada a dar de mamar aos meninos.

Relativamente ao reforço de informação realizado no momento da alta, actividade aconselhada e reconhecida como influente no prolongamento da amamentação, constatámos que, à semelhança dos resultados do estudo de Izatt (1997), mais de metade das mães não beneficiou de esclarecimentos preparatórios para o regresso a casa, todavia quando desenvolvidos foram os enfermeiros os prestadores de cuidados de saúde que na maioria os efectuaram realçando aspectos referentes à frequência e duração das mamadas e cuidados a ter com a mama e mamilo. Contudo, observámos que a cerca de um quarto das mães que beneficiaram de orientações lhes foi indicado dar de mamar de 3-3 horas e durante 10-30 minutos.

Embora teoricamente seja referido que a informação escrita se revela factor de promoção da amamentação, o que verificámos foi que a maioria das mulheres não recebeu em nenhum momento da sua permanência na maternidade informação escrita sobre amamentação.

" *Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.*" é uma das recomendações da OMS (1989) que faz parte dos dez passos para o sucesso da amamentação no entanto, na nossa pesquisa, à semelhança dos resultados do estudo de Levvit et al (1996) verificámos incumprimento desta recomendação sendo que grande percentagem dos bebés usavam-na, tal como observado no estudo de Victora et al (1997), e a maioria iniciou o seu uso ainda na maternidade.

Embora inicialmente tivéssemos verificado que grande percentagem de mães fizeram vigilância de gravidez no médico particular ou na maternidade, quando tiveram de esclarecer dúvidas ou sentiram dificuldades com a amamentação dos meninos foi ao Centro de Saúde que recorreram, em maior frequência. Este resultado alerta-nos para a necessidade que os profissionais de enfermagem que trabalham na área de Cuidados de Saúde Primários têm em se manterem actualizados em matéria de amamentação por forma a fornecerem esclarecimentos apropriados e que promovam a amamentação bem como demonstrarem conhecimentos práticos sobre aleitamento materno.

Consideramos importante realçar que embora constitua recomendação da OMS (1989) "- *Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.*", apenas 3 mães referiram recorrer a grupos de apoio à amamentação.

O estabelecimento de apoio domiciliário é uma estratégia promotora do aleitamento materno indicada pelo Ministério da Saúde, no entanto, verificou-se que a maioria dos pares mãe/filho não beneficiaram de qualquer contacto após a alta hospitalar onde se abordasse o tema amamentação. Face a este resultado, à semelhança de Gomes-Pedro (1999), podemos referir que também nos pares em estudo se perdeu a espantosa oportunidade de realização de visita domiciliária, meio privilegiado de intervenção educativa e preventiva.

Embora constatássemos, como dissemos anteriormente, que grande percentagem de senhoras foi aconselhada durante a gravidez a efectuar

massagem da mama e mamilo por forma a preparar as mamas para a lactação, à semelhança do encontrado por O`Quinn et al (1992) mas ainda em maior percentagem, mais de metade das mães referiram ter tido problemas com a amamentação centrando-os maioritariamente na dor nos mamilos e nas fissuras mamilares. Perante os resultados afigura-se-nos que o uso desta técnica se revelou ineficaz na prevenção da dor e fissuras dos mamilos e no mesmo sentido que Hill e Humenick (1993) afirmar que a preparação pré-natal não previne nem reduz a sua incidência.

Contrariamente ao preconizado pela OMS (1989), que afirma que os bebés devem beneficiar de aleitamento materno exclusivo até aos 4-6 meses de idade, observou-se que embora mais de metade das mães tivessem referido que os meninos estavam aos 3 meses a fazer todas as mamadas apenas de leite materno, à semelhança do observado nos indicadores da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1990), somente sensivelmente um quarto dos bebés estavam nesta idade a fazer aleitamento materno exclusivo, dado que percentagem elevada de crianças já tinham introduzidos na dieta alimentar, no final do primeiro mês de vida, outros alimentos ou líquidos. Estes resultados são concordantes com os dos estudos de Moleiro (1984), Arêlo Manso (1985), Miranda (1988) e Kitoko (1999) e mostram-nos que a introdução de líquidos durante a amamentação, nomeadamente água, embora desnecessária é bastante frequente e certamente está associada a valores culturais e sociais das mães do estudo.

No que se refere ao esclarecimento das mães quanto à técnica de extracção e conservação do leite materno, por forma a que nos momentos

de ausência materna o bebé possa continuar a ser alimentado com o seu leite, verificámos que, embora seja uma estratégia aconselhada pelo Projecto Via Láctea (s.d.) e que a mãe pode utilizar, a maioria das mães não usufruíram de orientações nesse sentido.

Relativamente à relação afectuosa desenvolvida entre a mãe e o bebé, considerada como o maior contributo para o crescimento e desenvolvimento saudáveis dos meninos (Mary Muller, 1994) e que é fortificada com a amamentação (Ellen Leff et al, 1994), apurámos aos 3 meses dos meninos que a totalidade das senhoras atingiram pontuações na escala de Envolvimento Materno que sugerem uma forte ligação afectiva.

Convergente com os estudos de Edite Canha (1979), Vale et al (1982), Machado e Monteiro (1983), Queirós e Couto (1988), Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1990), Teixeira e Machado focados por Neto Alves e Almeida (1992), Pereira citado pelas mesmas autoras, Costa (1993), Pinto et al (1995), Albuquerque et al (1996), Rocha e Gomes (1998), Virella et al (1999) e Alves et al (1999) também os resultados a que chegámos nos mostram que a prevalência da amamentação aos 3, 6 e 12 meses de idade decresceu bastante, tendo-se verificado elevado abandono da prática da amamentação logo no primeiro mês de vida do bebé e sensivelmente metade dos meninos foram desmamados nos primeiros três meses de vida. Aos doze meses apenas cerca de um sexto dos meninos estavam a fazer aleitamento materno e destes somente metade nunca tinham mamado outro leite para além do leite materno.

À semelhança do encontrado por Teixeira Santos et al (1984), Miranda (1988), Teixeira e Machado focados por Neto Alves e Almeida (1992) e Pereira, citado pelas mesmas autoras, também verificámos que as mães embora tivessem referido como tempo adequado de amamentação um período superior aos 12 meses, revelando grande compromisso com a amamentação, na prática a amamentação teve duração inferior, sendo a idade média de desmame total sensivelmente de 4 meses. Dada a actual duração da licença de parto e o facto de grande percentagem das mães trabalharem pensamos estar o resultado a que chegámos directamente relacionado com o regresso da mãe à sua actividade profissional.

A maioria dos meninos foram desmamados de forma gradual e os motivos que conduziram ao abandono do aleitamento materno focados em maior percentagem foram "pouco leite", "leite fraco" e "choro do bebé". Os resultados a que chegámos são concordantes com os achados dos estudos de Machado e Monteiro (1983), Queirós e Couto (1988), Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1990), Pinto et al (1995), Albuquerque et al (1996) e Caramés et al (1999) e mostram-nos a forte relação entre dúvida quanto à suficiência de leite e desmame.

Também importante de referir é o facto do sucesso da amamentação depender parcialmente da atitude de outras pessoas da comunidade, pais, avós, parentes, amigos, patrões, líderes da comunidade e outros, tendo-se verificado que em locais onde se acredita que amamentar é o normal a maioria das mulheres têm sucesso. Nos lugares em que se acredita que o aleitamento materno está fora de moda, é difícil, problemático ou incómodo é mais provável que as mães não tenham

sucesso, pelo que nos atrevemos a opinar que a promoção da amamentação e da sua manutenção passa bastante pela atitude que a comunidade tem face ao aleitamento materno. Apurámos que a maioria das mães que em todos os momentos da pesquisa se encontravam a amamentar consideravam que os maridos, outros familiares, colegas, vizinhos e amigos e pessoal de saúde concordavam ou concordavam totalmente com a sua decisão de manter a amamentação dos bebés.

Relativamente ao sentimento vivenciado pelas mães com a experiência de amamentação observámos que em todos os momentos do estudo, aos 3, 6 e 12 meses, a maioria apresentou sentimentos positivos referentes aos aspectos físicos e emocionais que a amamentação lhes proporcionou, com o crescimento e satisfação da criança em mamar e relativos à imagem corporal e estilo de vida obtendo em todas as sub-escalas e no total da avaliação materna da amamentação pontuações que sugerem satisfação de ambos os elementos da díade e que foram incrementados com o tempo de amamentação.

Ao estudarmos a influência de alguns factores na altura em que a mãe decidiu amamentar verificámos que de modo estatisticamente significativo decidiram mais cedo amamentar as mães empregadas, sem condições no trabalho para terem junto de si os filhos, que foram amamentadas, que veem frequentemente outras mulheres da comunidade onde vivem a amamentar e que apresentaram níveis de auto-estima mais elevados. Também influente na altura em que tomou a decisão de amamentar se mostraram os recursos familiares, verificando-se que mães com melhores recursos tomaram a decisão de amamentar durante o parto

ou ainda antes de engravidar. Foi ainda possível observar que decidiram mais cedo amamentar, embora sem significado estatístico, mães com idades compreendidas entre os 24-39 anos, que viviam em meio urbano, casadas, com níveis de escolaridade mais elevados, que viram as próprias mães a amamentar, primíparas ou multíparas com filhos anteriores amamentados, que atribuiram melhor qualificação à sua anterior experiência de amamentação e que sabiam que o marido concordava com a sua decisão. Os resultados a que chegámos são concordantes com a revisão teórica que efectuámos e mostram-nos, como refere Levy (1994), que são vários os factores que influenciam a tomada de decisão em amamentar destacando-se no presente estudo a condição laboral, contrariamente ao descrito por Visness e Kennedy (1997), o passado materno e as vivências e características da personalidade da mãe.

Tendo verificado que grande percentagem de mães referiram dificuldades com a amamentação dos meninos durante o internamento estudámos a influência de alguns factores na sua incidência e apurámos que de modo altamente significativo foram as mães de meninos que mamaram apenas leite materno durante o internamento e que apresentaram às 48 horas de vida pontuação mais elevada na escala de comportamento alimentar que referiram ausência de dificuldades com a amamentação. De modo muito significativo observámos ser a relação entre a paridade e a incidência de dificuldades o que faz reflectir sobre a necessidade de maior empenho por parte dos profissionais de saúde na assistência das senhoras que são mães pela primeira vez. A ausência de dificuldades revelou-se também estatisticamente significativa com a altura

em que a mãe decidiu amamentar, que deu de mamar pela primeira vez e com a auto-estima materna, verificando-se que foram as mães que decidiram amamentar ainda antes de engravidar, que deram de mamar ainda na sala de partos e que apresentaram auto-estima mais elevada que relataram não ter tido dificuldades ao amamentar. Apurámos ainda que em maior percentagem não sentiram dificuldades com a amamentação mães que tiveram parto distócico e por forceps, contrariamente ao que seria de esperar, tratando-se de partos instrumentalizados mas, que podemos pensar estar associado a maior assistência por parte do pessoal de saúde. Não sentiram também dificuldades em amamentar mães que frequentaram consultas de vigilância de saúde durante a gravidez no médico particular ou no Centro de Saúde e que tinham até às 48 horas pós parto recebido informação sobre amamentação. A forma como o bebé mamou durante o internamento também se revelou importante na incidência de dificuldades com a amamentação sendo que referiram em maior percentagem não sentir dificuldades ao amamentar mães que deram de mamar sempre e durante o tempo que o bebé quiz, em todas as mamadas das duas mamas interrompendo a mamada para que o bebé mamasse das duas mamas, aspecto que gera alguma estranheza se tivermos presente que se a mulher não deixa que seja retirada a quantidade de leite produzido mais facilmente ocorre engurgitamento mamário, no entanto talvez este efeito tenha sido diminuido atendendo a que deu de mamar sempre e durante o tempo que o bebé quiz. Referiram ainda em maior percentagem não sentir dificuldades ao amamentar mães que não fizeram preparação durante a gravidez das mamas e mamilos para a amamentação, confirmando a ineficácia do uso

desta técnica na prevenção de dor e fissuras mamilares, que os filhos não usavam chupeta, que apresentaram níveis mais baixos na escala de recursos familiares, levando-nos a pensar que a mãe não podendo contar com o apoio da sua família desenvolveu mecanismos que a ajudaram a superar pequenas dificuldades, e que aos 3 meses menor envolvimento tinham com os seus meninos, resultado que temos alguma dificuldade em perceber tendo em conta que não sentir dificuldades com a amamentação é factor favorecedor do seu sucesso e que a amamentação fortifica os laços afectivos mãe/bebé (Ellen Leff et al, 1994). Não ter dificuldades com a amamentação durante o internamento demonstrou ser influente nos níveis de satisfação com a amamentação aos 3 e 6 meses e aos 12 meses, ainda que não significativo, foram também as mães que não tiveram dificuldades que maior satisfação sentiam com a sua experiência de amamentação, comprovando a necessidade de maior apoio e ajuda por parte dos profissionais de saúde por forma a prevenir dificuldades no início da amamentação dado a influência que assume no seu sucesso.

Ao estudarmos a relação entre auto-estima materna, recursos familiares, comportamento alimentar do RN, envolvimento materno, satisfação em amamentar e a incidência de problemas, verificámos que de modo muito significativo foram as mães com melhor auto-estima que nos referiram não ter problemas com a amamentação. A ausência de problemas verificou-se também, embora sem significado estatístico, em mães com menores recursos familiares, fazendo-nos mais uma vez pensar que o facto da mulher não sentir capacidade na família em resolver problemas a fez desenvolver mecanismos que a auxiliaram na sua

resolução. A ausência de problemas foi também observada, ainda que sem significado estatístico, em mães com meninos que às 48 horas de vida mamavam eficazmente, o que é concordante com o estudo de Schlomer et al (1999). Foram também as mães que apresentaram menor envolvimento materno que em maior percentagem referiram não ter desenvolvido problemas com a amamentação. Este resultado gerou de novo motivo para nos questionarmos dado que a ausência de problemas durante a lactação está associada ao êxito da amamentação que incrementa os comportamentos vinculadores mãe/bebé, por outro lado se tivermos presente que a globalidade das mães apresentaram altos níveis de envolvimento com o bebé, sugerindo uma forte relação afectiva, não nos parece ser este dado revelador de que são as mães que não estabeleceram com o bebé sentimentos afectuosos que não sentem problemas com a amamentação. Ao estudarmos a relação entre a incidência de problemas e a satisfação materna em amamentar observámos que foram as mães que mais satisfeitas se sentiam com a experiência de amamentação aos 3 e 6 meses que em menor percentagem referiram ter desenvolvido problemas. Aos 12 meses, contrariamente ao observado nas duas avaliações anteriores, mães que apresentaram níveis de satisfação com a amamentação mais elevados referiram ter desenvolvido problemas com a amamentação. Tendo presente que a ocorrência de problemas com a amamentação é factor desfavorável à sua manutenção pensamos que este resultado poderá estar associado ao facto da mulher ter com êxito conseguido superar os problemas com que se deparou e que apurámos tratar-se na maioria de dor e fissuras mamilares

que ocorrem em maior percentagem numa fase inicial da amamentação, fortalecendo os sentimentos vivenciados com a experiência de amamentação. Apurou-se também que mães de bebés que usavam chupeta referiram em maior percentagem ter problemas com a amamentação. Perante este resultado, e tendo presente que foram as mães de meninos que não usavam chupeta que referiram não sentir dificuldades na amamentação, é forçosa a implementação de estratégias que visem a não utilização de chupeta sendo para isso necessário que o seu uso não seja incentivado pelos próprios profissionais de saúde como elemento favorecedor no desenvolvimento do reflexo de sucção.

Pérez-Escamilla et al (1994) tinham chegado a resultados que indicavam que o alojamento conjunto apresentava efeitos apenas a curto prazo. Também no nosso estudo, relativamente à permanência do bebé com a mãe, foi possível observar que, sem significado estatístico, foram as mães que permaneceram com os bebés a totalidade do tempo de internamento que apresentaram aos 3 meses maior satisfação em amamentar. Meninos que não permaneceram a totalidade do tempo de internamento com as suas mães eram filhos de senhoras que apresentaram maior envolvimento materno e maior satisfação com a amamentação aos 6 e 12 meses. Os resultados que obtivémos poderão estar relacionados com os níveis de auto-estima materna dado tratar-se de mães que apresentaram valores mais elevados permitindo-lhes ultrapassar o efeito negativo da separação.

No que se refere à altura em que a mãe deu de mamar pela primeira vez apurou-se que, embora não estatisticamente significativo,

apresentaram maior envolvimento materno as mães que deram de mamar ainda na sala de partos, o que comprova a importância do contacto precoce, à semelhança do observado por Gomes-Pedro, Costa, Almeida e Barbosa (1987), e da amamentação no estabelecimento de comportamentos vinculadores, e notou-se tendência a desenvolverem maior satisfação com a amamentação quando a mamada ocorreu num período mais precoce.

A realização de ensinos no momento da alta interferiu nos níveis de satisfação com a experiência de amamentação verificando-se em todas as idades que, sendo a relação significativa aos 3 e 6 meses, se sentiam mais satisfeitas as mães que usufruiram de ensinos na alta.

Quando procurámos saber se existia relação entre a satisfação em amamentar e o tempo de amamentação verificámos que de modo altamente significativo foram as mães que amamentaram durante mais tempo que maior satisfação sentiram com a amamentação.

Foi ainda possível observar que mães com melhor auto-estima de modo altamente significativo percepcionaram melhores recursos familiares, referiram melhor comportamento alimentar dos meninos às 48 horas de vida, maior satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses e, sem significado estatístico, menor envolvimento materno. Mães com melhores recursos familiares apresentaram de modo significativo maior envolvimento materno, o que confirma a importância do suporte familiar no envolvimento materno. Foram também as mães com melhores recursos familiares que, de modo altamente significativo, referiram melhor comportamento alimentar do RN. Mães com melhores recursos familiares apresentaram maior

satisfação com a amamentação em todos os momentos de avaliação, sendo que a relação aos 3 meses se situou no limiar de significância. Foram também as mães com maior envolvimento com os meninos que apresentaram maior satisfação com a amamentação aos 3, 6 e 12 meses. Verificámos ainda que, de modo altamente significativo, os bebés com melhor comportamento alimentar eram filhos de mães que se sentiam mais satisfeitas com a amamentação aos 3 meses. Sem significado estatístico foi a relação entre melhor comportamento alimentar, maior satisfação aos 6 meses e menor satisfação com a amamentação aos 12 meses.

Apurámos também que, de modo altamente significativo, mães com elevados níveis de satisfação aos 3 meses apresentaram níveis elevados de satisfação em amamentar aos 6 e por sua vez aos 12 meses e que mães que se encontravam muito satisfeitas às 48 horas pós parto com o comportamento alimentar dos meninos apresentaram altos níveis de satisfação com a experiência de amamentação aos 3 meses e, embora não estatisticamente significativa, tendência a desenvolver maior satisfação aos 6 e 12 meses, mostrando que, como Kay Matthews (1991) refere, a satisfação da mãe com a amamentação no período neo-natal precoce é factor importante no seu sucesso.

Relativamente à anterior experiência de amamentação apurámos que mães que atribuiram melhor qualificação apresentaram menor auto-estima e em todos os momentos menor satisfação com a amamentação deste filho. Estes resultados são convergentes com a opinião de Davies (1993) quando afirma que mães com êxito na amamentação de bebés anteriores se preocupam com a possibilidade de não conseguirem fazê-lo

tão bem com um filho posterior.

Foi possível constatar que, embora sem significado estatístico, as mães que usufruíram de contacto no domicílio desenvolveram níveis de satisfação com a amamentação mais elevados aos 3 e 6 meses. Aos 12 meses os valores apresentados em ambos os grupos foram sensivelmente iguais.

Procurando conhecer a relação entre algumas variáveis do estudo e a duração da amamentação verificámos que as mães de meninos gémeos desmamaram mais cedo, sendo que a relação se revelou estatisticamente significativa aos 3 meses, e aos 12 meses nenhum dos bebés em estudo era produto de gestação gemelar, sugerindo-nos que também nas mães dos meninos do estudo está presente a noção de incompatibilidade entre parto múltiplo e amamentação. Contrariamente às conclusões de Fernandes (1987), Santos e Areias (1990) e Manzanares et al (1997), que não verificaram influência do tipo de parto na duração da amamentação, no nosso estudo mantiveram a amamentação durante um período de tempo maior os meninos que nasceram por parto distócico, situando-se aos 6 meses a relação no limiar de significância, contudo foram os meninos nascidos por cesariana que em todos os momentos em menor percentagem prolongaram a amamentação. Quanto ao peso de nascimento verificou-se que aos 3 meses não houve influência na duração da amamentação sendo porém os meninos com maior peso ao nascer que em maior número estavam a ser amamentados. Aos 6 meses continuavam a ser amamentados de modo significativo os meninos com maior peso de nascimento e aos 12 meses a tendência foi de manter a amamentação nos

meninos com menor peso de nascimento. O estudo de Arêlo Manso (1985) mostrou que até aos 4 meses mantinham mais a amamentação os meninos do sexo masculino, a mesma tendência foi verificada no nosso estudo até aos 6 meses porém, após esta idade foram as meninas que em maior percentagem continuavam a ser amamentadas. Consistentes com os achados de Fernandes (1987), mas contrariamente aos estudos de Teixeira Santos et al (1984), Pinho da Silva et al (1987), Santos e Areias (1990), Lopéz e Pérez (1993), Pinto et al (1995), Manzanares et al (1997) e Evers et al (1998), foram os resultados a que chegámos relativamente à ausência de influência da idade materna na duração da amamentação, porém aos 3 e 6 meses tendiam a manter por mais tempo a amamentação mães com idades entre os 34 e os 39 anos e aos 12 meses mães com idades situadas entre os 24 e os 29 anos. O estudo de Arêlo Manso (1985) mostrou que amamentavam por mais tempo mães residentes em meio urbano, no nosso estudo chegámos a resultados contrários verificando-se, à semelhança dos resultados de Pérez-Escamilla (1993), que amamentaram por período superior, ainda que sem significado estatístico, mães que residiam em meio rural. Anteriormente Arêlo Manso (1985) e Alves da Costa (1999) tinham concluído, respectivamente, que amamentaram por um período maior mães que possuiam um curso médio e maior escolaridade, no presente estudo observou-se que, contrariamente às conclusões dos estudos de Pinho da Silva et al (1987), Pérez-Escamilla (1993), Bourgoin et al (1997), Carbonell et al (1998), Evers et al (1998), Scott et al (1999) e Riva et al (1999), as habilitações literárias maternas não influiram no tempo de amamentação todavia notou-se tendência a

manter a amamentação aos 3 meses mães com maiores habilitações académicas, aos 6 meses mães com menores níveis de escolaridade e aos 12 meses encontravam-se em menor número a amamentar as mães que tinham o 1º ciclo ou o nível secundário. Quanto ao estado civil apurámos, ao contrário de López e Pérez (1993), não existir relação significativa com a duração da amamentação sendo que aos 3 meses mantinham a amamentação sensivelmente a mesma percentagem de meninos de mães casadas ou não casadas, aos 6 meses estavam a ser amamentados em maior percentagem os meninos filhos de mães não casadas e aos 12 meses eram os meninos filhos de mães casadas que em maior percentagem ainda estavam a ser amamentados. No que se refere ao local de consulta verificámos que aos 3 e 6 meses não houve influência na duração da amamentação mas aos 12 meses de modo significativo estavam a amamentar em maior percentagem mães que fizeram consultas de vigilância da gravidez no Centro de Saúde, sugerindo que são os profissionais de saúde que trabalham em cuidados de saúde primários que maior compromisso têm com o prolongamento da amamentação pelo que, à semelhança do afirmado por Eduardo Sá (2001), referimos ser prioritário que as gravidezes sejam acompanhadas por profissionais que trabalham nos Centros de Saúde. Relativamente à condição laboral verificámos que, com resultado altamente significativo, aos 3 meses foram os filhos de mães trabalhadoras que em maior percentagem se encontravam a ser amamentados e que a situação após esta idade, embora sem significado estatístico, se inverteu verificando-se que aos 6 e 12 meses mantinham a amamentação em maior percentagem os meninos filhos de mães

desempregadas. Embora o estudo desenvolvido por López e Pérez (1993) tenha mostrado que mães não trabalhadoras estavam aos 12 meses significativamente associadas ao desmame precoce e o de Carbonell et al (1998) que o facto da mãe trabalhar não modificou a duração da amamentação, no mesmo sentido que Visness e Kennedy (1997) podemos admitir que o regressar ao trabalho esteve associado ao desmame dos meninos do estudo. O facto da mulher trabalhadora possuir condições no local de trabalho para ter junto de si o seu bebé não pareceu influenciar a duração da amamentação dos meninos pelo menos até aos 6 meses observando-se que aos 3 meses estavam a ser amamentados em igual percentagem meninos filhos de mães com condições ou sem condições no trabalho e aos 6 meses notou-se uma ligeira tendência a manter a amamentação nas mães com condições. Aos 12 meses a relação entre as variáveis situou-se no limiar de significância sendo que eram as mães sem condições que mais tendiam a amamentar, sugerindo que o facto da mãe conseguir ultrapassar dificuldades de regulação dos horários laborais e das mamadas constituiu factor favorecedor no prolongamento da amamentação. Embora sem significado estatístico verificámos que ver a própria mãe a amamentar teve influência positiva na duração da amamentação dado que aos 6 e 12 meses encontravam-se a amamentar em maior percentagem senhoras que tinham visto a própria mãe a amamentar. Aos 3 meses a situação foi oposta sendo que estavam a amamentar em maior percentagem mães que não tinham visto a própria mãe a dar de mamar, fazendo-nos pensar que a manutenção da amamentação até aos 3 meses esteve mais dependente do compromisso

que a mãe assumiu em a manter e menos dependente das referências familiares mas, após esta idade, ver a mãe amamentar foi aspecto que interferiu na duração da amamentação. Perante estes resultados afigura-se que ver a própria mãe amamentar não tem efeito na duração da amamentação a curto prazo mas é factor importante a longo prazo. Concordante com a revisão teórica que desenvolvemos são os resultados a que chegámos referentes à influência positiva que tem na duração da amamentação ver frequentemente outras mulheres da comunidade onde a mulher vive a amamentar dado que foram as mães que tinham referências sociais positivas que em todos os momentos da pesquisa em maior percentagem continuavam a amamentar os meninos situando-se aos 3 meses a relação entre as variáveis no limiar de significância. À semelhança das conclusões de Isabella e Isabella (1994) e Riva et al (1999) também no nosso estudo foram as mães amamentadas que em maior percentagem mantiveram a amamentação dos seus filhos pelo menos até aos 6 meses sendo a relação entre as variáveis significativa aos 3 meses. Aos 12 meses a relação não apresentou resultado estatístico significativo mas foram as mães não amamentadas que mais tendiam a manter a amamentação. Quanto à influência da paridade na duração da amamentação os nossos resultados são coincidentes com os estudos de Machado e Monteiro (1983), Albuquerque et al (1996), Manzanares et al (1997) e Bourgoin et al (1997) e mostram-nos que até aos 3 meses, ainda que sem significado estatístico, foram as nulíparas que mais tenderam a manter a amamentação mas após esta idade, de modo significativo, foram as mães multíparas que mais se mantinham a amamentar. No que se refere à

anterior experiência de amamentação verificámos existir tendência a manter por mais tempo a amamentação nas mães que melhor qualificação atribuiram à sua anterior experiência, confirmando a influência que a anterior experiência de amamentação tem no sucesso da amamentação de um filho posterior. Quanto à permanência do bebé durante o internamento junto da mãe, no mesmo sentido que o observado por Pérez-Escamilla et al (1994) e Flores e Cisneros (1997), verificámos que a ausência de separação durante o internamento em todos os momentos do estudo revelou ser factor influente na duração da amamentação. Ainda que sem significado estatístico foram as mães que perspectivavam ajuda quando fossem para o domicílio que mais tendiam a manter a amamentação aos 3 e 6 meses dos meninos mas aos 12 meses verificámos serem as mães que não contavam com apoio nos cuidados ao bebé e nas tarefas domésticas que em maior percentagem se mantinham a amamentar. Embora Alice Martins e Moleiro (1994) afirmem que o desejo de amamentar já na gravidez é um sinal positivo para o êxito da amamentação e Bourgoin et al (1997) tivessem verificado existir influência positiva na duração da amamentação o facto da mulher decidir amamentar antes do bebé nascer, no nosso estudo observámos que, embora estatisticamente não significativa, aos 3 e 12 meses a tendência a manter a amamentação foi mais evidente nas mães que tomaram a decisão de amamentar durante o parto logo seguidas das que decidiram antes de engravidar e aos 6 meses nas mães que decidiram fazê-lo no pós parto seguidas das que optaram durante o parto. Os resultados que encontrámos, embora tivéssemos apurado que a totalidade das mães decidiram amamentar por opção

pessoal, vão de encontro ao que Brazelton (1992) defende ou seja é preferível estimular as mães a decidirem amamentar só quando tiverem o bebé nos braços.

Ao estudarmos a relação entre o que a mãe pensa ser a opinião do marido quanto à sua decisão de amamentar e a duração da amamentação apurámos que, embora sem significado estatístico, aos 3 meses encontravam-se a amamentar em maior percentagem senhoras que sabiam ser os maridos concordantes com a sua decisão, o que vai de encontro ao afirmado pelo Royal College of Midwives (1994) quando refere que o pai do bebé constitui uma das maiores fontes de estímulo na intenção da mãe de amamentar, mas aos 6 e 12 meses a manutenção da amamentação foi mais frequente nas mães que referiram não saber a opinião dos maridos quanto à sua decisão. Relativamente ao alvo dos benefícios da amamentação apontado pelas mães e a duração da amamentação constatou-se que aos 3 e 12 meses tendiam a manter a amamentação as mães que afirmaram ser a amamentação vantajosa para ambos os elementos da díade e aos 6 meses encontravam-se em maior percentagem a ser amamentados os meninos filhos de mães que consideravam que a amamentação trazia vantagens apenas para a criança. Também não significativos foram os resultados referentes ao conselho do uso da técnica de preparação durante a gravidez da mama e mamilo para a amamentação verificando-se que em todos os momentos estavam em maior percentagem a amamentar as mães de meninos que não foram elucidadas a fazê-lo e aos 3 e 6 meses encontravam-se em maior número a amamentar as mães que embora fossem ensinadas a usá-

la não o fizeram, confirmando, mais uma vez, a ineficácia do seu uso no sucesso da amamentação. No que diz respeito à altura em que ocorreu a primeira mamada observou-se que, no mesmo sentido que os estudos apresentados por Gomes-Pedro et al (1984), Manzanares et al (1997) e Dulce Oliveira e Carlos Valente (1999), a precocidade da mamada foi importante na manutenção da amamentação, ainda que sem significado estatístico, dado que aos 3 e 12 meses mantinham a amamentação os meninos que mamaram pela primeira vez ainda na sala de partos e aos 6 meses os meninos que mamaram ainda na primeira hora de vida. Foi ainda possível concluir que nos meninos que mamaram ainda na sala de partos aos 3 e 6 meses continuavam a ser amamentados em maior percentagem os que imediatamente a seguir ao parto foram colocados sobre a mãe tendo ocorrido a mamada nessa altura e nos meninos que mamaram após a permanência na sala de partos a manutenção da amamentação foi de modo significativo aos 3 meses e muito significativo aos 12 meses mais frequente nos meninos que não mamaram outro líquido antes da primeira mamada. Aos 6 meses ainda que não estatísticamente significativo verificou-se igual tendência. A relação entre a qualificação atribuída pela mãe à sua primeira experiência de amamentação demonstrou ser aos 3 meses altamente significativa com a duração da amamentação estando a ser amamentados em maior percentagem os meninos filhos de mães que qualificaram esta vivência de muito agradável, verificando-se o mesmo aos 6 meses ainda que sem significado estatístico, e confirma o que Hannah Lothrop (2000) refere quando afirma que o êxito de uma primeira mamada ajuda a resolver dificuldades futuras e a não desistir. Aos 12 meses não foi

possível determinar a significância da relação entre as variáveis mas verificou-se estarem em maior percentagem a ser amamentados bebés filhos de mães que atribuiram qualificações inferiores logo seguidos dos filhos de mães que classificaram a sua primeira experiência de muito agradável. Quanto à influência da mãe ter recebido informação sobre amamentação desde que o bebé nasceu até às 48 horas pós parto verificámos que em todos os momentos, sendo aos 3 meses de modo significativo, estavam ainda a amamentar as mães que tinham recebido informação, o que confirma a necessidade que o pessoal de saúde tem de desenvolver estratégias de ensino sobre amamentação no pós parto dada a importância que assume na sua duração. Aos 3 meses continuavam de modo significativo a amamentar as mães que receberam informação sobre cuidados à mama e mamilo e horários das refeições. Apresentaram também nesta idade maior tendência a manter a amamentação as mães que receberam informação relativa à colocação do bebé à mama e tempo de mamada. Aos 6 meses a relação entre o tema de informação e a duração da amamentação demonstrou não ser significativa no entanto tendiam a continuar a amamentar as mães que receberam informação sobre cuidados à mama e mamilo e terminus da mamada. Aos 12 meses situou-se no limiar de significância a relação entre a mãe receber informação sobre o horário das refeições e houve tendência a manter a amamentação nas mães informadas sobre cuidados à mama e mamilo, colocação do bebé à mama, terminus da mamada e tempo de mamada. A forma como o bebé mamou durante o internamento demonstrou que aos 3 meses de modo significativo continuavam a ser amamentados os meninos

que mamaram durante um tempo determinado, e tendência a manter a amamentação os meninos que mamaram com intervalos regulares, de uma ou das duas mamas em cada mamada e em qualquer local. Aos 6 meses estavam a ser amamentados em maior percentagem os meninos que durante o internamento tinham mamado sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, sempre das duas mamas e de modo significativo os que tinham mamado em qualquer local. Aos 12 meses os resultados a que chegámos são convergentes com os do estudo desenvolvido por Pérez-Escamilla et al (1994) verificando-se que, com significado estatístico, mantinham em maior percentagem a amamentação os meninos que mamaram sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, de uma ou das duas mamas em cada mamada e tendência a manter a amamentação os meninos que mamaram em qualquer local durante o internamento. Os resultados sugerem, mais uma vez, que até aos 3 meses é o compromisso materno em amamentar que tem influência na duração da amamentação mas após esta idade mamar de acordo com o preconizado pela OMS (1989) é influente no prolongamento da amamentação. No que se refere à influência do sentimento vivenciado pela mãe com a experiência de amamentação até às 48 horas de vida verificou-se que, no mesmo sentido que o observado na primeira vez que deu de mamar, a relação entre a qualificação atribuída pela mãe demonstrou ser aos 3 meses altamente significativa com a duração da amamentação estando a ser amamentados em maior percentagem os meninos filhos de mães que qualificaram esta vivência de muito agradável, o que também se verificou aos 6 meses ainda que sem significado estatístico. Aos 12 meses os

resultados são coincidentes com o observado na primeira vez que a mãe deu de mamar. Quanto à influência da mãe ter recebido ensinos sobre como amamentar desde que o bebé nasceu até às 48 horas pós parto verificámos que aos 3 e 6 meses, sendo aos 3 meses de modo significativo, estavam ainda a amamentar as mães que tinham recebido ensinos sobre a técnica da mamada e aos 12 meses a única mãe que não tinha recebido informação e que continuava a participar no estudo mantinha a amamentação. Ao estudarmos a relação entre o tipo de leite que o bebé mamou no internamento e a duração da amamentação verificámos que com significado estatístico foram os meninos que mamaram apenas leite materno que mantinham a amamentação em maior percentagem aos 3 e 6 meses, o que é corroborado pelos resultados do estudo de Albuquerque et al (1996), Manzanares et al (1997) e Carbonell et al (1998), no entanto aos 12 meses, embora sem significado estatístico, continuavam a ser amamentados em maior percentagem os meninos que mamaram durante o internamento leite materno conjuntamente com leite sintético, contrariamente ao observado por Riva et al (1999). Influente na manutenção da amamentação demonstrou ser aos 3 e 6 meses a incidência de dificuldades verificando-se que nessas idades mantinham a amamentação de modo muito significativo as mães que não sentiram dificuldades durante o internamento ao amamentar os seus bebés. Aos 12 meses, sem significado estatístico, continuavam a amamentar em maior percentagem mães que durante o internamento mencionaram dificuldades com a amamentação, mostrando, naturalmente, que ultrapassar com êxito pequenas dificuldades auxiliou a manutenção da amamentação. Com

significado estatístico demonstrou aos 3 meses ser a relação entre a existência de ensinos sobre amamentação realizados no momento da alta e a duração da amamentação e aos 6 e 12 meses, embora não estatisticamente significativa, continuavam a amamentar em maior percentagem as mães que usufruiram de ensinos aquando da sua ida para domicílio, verificando-se também que, embora sem significado estatístico, em todas as idades estavam em maior percentagem a amamentar as senhoras que tinham recebido esclarecimentos dados pelos profissionais de enfermagem. Contrariamente ao observado por Curro et al (1997), de modo significativo aos 3 meses e muito significativo aos 12 meses foi a relação entre a mãe ter recebido informação escrita e a duração da amamentação. Aos 6 meses a relação não foi significativa encontrando-se em ambos os grupos sensivelmente igual número de mães a amamentar. No mesmo sentido que a revisão teórica e concordantes com os estudos de Righard e Alade (1997), Riva et al (1999), Aarts et al (1999) e do Projecto Via Láctea (s.d.) foram os resultados a que chegámos relativamente à relação entre o uso de chupeta e a duração da amamentação, verificando-se também que os meninos que usavam chupeta foram desmamados mais cedo, sendo que a relação demonstrou ser altamente significativa aos 3 meses e significativa aos 6 meses. Aos 12 meses, embora os resultados não tenham significado estatístico, foram também os meninos que não usavam chupeta que em maior percentagem mantinham a amamentação. Verificámos ainda que, consistente com o afirmado pelo Royal College of Midwives (1994) e no sentido das conclusões de Evers et al (1998), mães que usufruiram de contacto

pessoal, telefónico ou escrito onde se abordasse o tema amamentação de modo significativo aos 3 meses mantinham a amamentação em maior percentagem. O mesmo foi observado aos 12 meses ainda que sem significado estatístico. A ausência de problemas com a amamentação demonstrou influenciar a sua duração pelo menos até aos 3 meses verificando-se que foram as mães que referiram não ter problemas que continuavam nesta idade a amamentar. Após os 3 meses a amamentação foi mais frequente nos filhos de mães que tiveram problemas com a amamentação. Os resultados do estudo de Bourgoin et al (1997) mostraram promover a duração da amamentação a introdução tardia de outros alimentos, também no presente estudo se verificou maior tendência a manter a amamentação aos 6 meses de idade nos meninos que não tinham introduzidos na sua dieta qualquer líquido ou alimento para além do leite materno até aos 3 meses, no entanto após esta idade mantiveram mais a amamentação os meninos que já tinham feito introdução de alimentos ou líquidos. Ainda que não se tenha revelado estatisticamente significativo apurámos serem as mães que receberam esclarecimento quanto à técnica de extracção e conservação do leite materno que em todos os momentos mais tendiam a manter a amamentação, confirmando a necessidade que os técnicos de saúde têm de incluir este tema nas sessões educativas que desenvolvem. No que diz respeito à relação entre a idade até à qual a mãe considera conveniente amamentar e a duração da amamentação verificámos que, à semelhança dos resultados dos estudos desenvolvidos por Teixeira Santos et al (1984), Miranda (1988) e Pereira citado por Neto Alves e Almeida (1992), a maioria das mães consideravam

como tempo ideal de amamentação um período superior ao que efectivamente fizeram, sendo a idade média de desmame de 4 meses. Em todos os momentos da pesquisa, sendo significativos os resultados aos 3 e 12 meses, foram as mães que consideravam adequado amamentar durante um período de tempo maior que mais prolongaram a amamentação, à semelhança do afirmado por Levy (s.d.) e encontrado no estudo de Scott et al (1999). Os resultados do estudo de Riordan et al (2000) mostraram que foram desmamados mais cedo os meninos que apresentavam pior comportamento alimentar. Também no nosso estudo os resultados apontam nesse sentido, verificando-se que de modo significativo aos 3 e 6 meses continuavam a ser amamentados os meninos que às 48 horas apresentavam melhor comportamento alimentar referindo as mães níveis de satisfação mais elevados com o comportamento alimentar dos seus meninos. Aos 12 meses apurámos que sem significado estatístico houve tendência a manter a amamentação nos meninos que apresentaram pior comportamento alimentar e que as mães se manifestaram menos satisfeitas. A relação entre a auto-estima materna e a duração da amamentação demonstrou que, ainda que só significativa aos 6 meses, em todos os momentos foram as mães que às 48 horas pós parto apresentavam níveis de auto-estima mais elevados que mais prolongaram a amamentação dos seus meninos. Isabella e Isabella (1994) tinham igualmente concluído que eram as mães mais ajustadas à gravidez e maternidade que mais tempo mantinham a amamentação. Aos 3 meses observámos também que houve tendência a manter a amamentação nas mães de meninos que às 48 horas após o seu nascimento apresentavam

melhores recursos familiares, no entanto após esta idade tendiam a manter a amamentação as mães de meninos com níveis de recursos familiares mais baixos. Relativamente ao envolvimento materno e a sua relação com o tempo de amamentação verificámos que, não tendo significado estatístico em nenhuma das idades, aos 3 e 12 meses continuavam a fazer aleitamento materno os meninos filhos de mães com nível de envolvimento mais elevado e que o oposto foi verificado aos 6 meses. Foi ainda possível observar influência da avaliação que a mãe fez da sua experiência no tempo de amamentação sendo que em todas as idades mantiveram a amamentação os meninos filhos de mães que maior satisfação sentiram, revelando-se a relação altamente significativa aos 3 meses e muito significativa aos 6 meses.

4.1 - SÍNTESE DA DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos resultados permitem-nos afirmar que o tipo de parto que se verificou em maior percentagem foi o não gemelar e o eutócico, tendo-se, todavia, constatado a existência de elevado número de meninos nascidos por parto distócico, destacando-se, dentro destes, a cesariana. Embora o tipo de parto não parecesse influenciar a incidência de dificuldades com a amamentação observou-se serem as mães com parto distócico e por forceps que em maior percentagem referiram não sentir dificuldades com a amamentação. No que se refere à duração da amamentação verificou-se que de modo significativo os meninos nascidos por parto múltiplo foram desmamados mais cedo, não se encontrando aos

6 meses nenhum bebé gémeo a ser amamentado, e que mantiveram por mais tempo a amamentação os meninos nascidos por parto distócico, todavia, em todos os momentos do estudo observou-se influência negativa da cesariana na manutenção da amamentação.

O grupo de meninos em estudo é composto por um maior número de crianças do sexo masculino apurando-se que o género dos RN não teve influência na duração da amamentação embora aos 3 e 6 meses a tendência a manter a amamentação tivesse sido maior nos rapazes sendo posteriormente as meninas que em maior percentagem se encontravam a ser amamentadas.

A maioria dos RN do estudo apresentaram peso adequado ao nascer que se mostrou influente na duração da amamentação apenas aos 6 meses de idade, mantendo-se as crianças que apresentaram maior peso de nascimento em maior percentagem a ser amamentadas. Esta tendência foi também observada aos 3 meses.

Na maioria as mães dos meninos encontravam-se na idade recomendada de procriação, eram casadas, residentes em meio rural e com habilitações literárias superiores ao 2º ciclo de escolaridade, verificando-se que tenderam a decidir mais cedo amamentar as mães com idades entre os 24 e 39 anos, que viviam em meio urbano, casadas e que possuíam escolaridade mais elevada. Relativamente à influência do local de residência na duração da amamentação verificámos que em nenhum dos momentos do estudo houve influência significativa contudo foram as mães residentes em meio rural que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos.

Quanto à condição laboral a maioria das mães estavam empregadas e nos locais de trabalho não tinham condições que lhes permitissem ter próximo o bebé, apurando-se tratar-se de uma variável influente na altura de decisão de amamentar, sendo que decidiram mais cedo amamentar as mães empregadas e sem condições no trabalho para ter o bebé. Relativamente à relação com a duração da amamentação observámos que até aos 3 meses estar empregada influenciou positivamente a manutenção da amamentação e após esta idade houve tendência a mantê-la nas mães não empregadas. Quanto à possibilidade da criança estar próximo da mãe durante as horas de trabalho revelou não influenciar a duração da amamentação até aos 6 meses mas aos 12 meses mantinham em maior percentagem a amamentação, de modo estatisticamente significativo, os meninos filhos de mães sem condições no trabalho.

Quanto às anteriores vivências maternas de amamentação observámos que a maioria das mães dos meninos tinham irmãos amamentados, todavia foi pequeno o número de mães que referiu ter visto a sua própria mãe amamentar, no entanto, ainda que não a totalidade, veem regularmente outras mulheres da comunidade onde residem a amamentar, constatando-se que foram as mães que viram a sua própria mãe amamentar que mais cedo decidiram amamentar os bebés e que aos 6 e 12 meses mantinham a amamentação em maior percentagem. Observar outras mulheres a amamentar revelou ser influente na altura em que a mãe decidiu amamentar e na duração da amamentação até aos 3 meses. Após esta idade apurou-se que se mantinha a mesma tendência no prolongar da amamentação. Na maioria eram mães também elas

amamentadas, embora menos de metade soubesse por quanto tempo, o que influenciou de forma positiva a altura de decisão de amamentar e a duração da amamentação dos bebés até aos 3 meses de idade. Aos 6 meses mantinham-se a amamentar numa percentagem superior mães que tinham sido amamentadas. Aos 12 meses constatou-se situação inversa.

Embora a maioria das mães dos meninos fossem primíparas foi-nos possível observar que as multíparas, maioritariamente amamentaram o último filho anterior, tendo-se porém verificado elevado abandono nos primeiros 3 meses de vida, e mais de metade atribuiu classificação, a esta experiência de amamentação, de muito agradável ou agradável, observando-se que foram as mães primíparas e as multíparas que amamentaram o último filho anterior e que atribuiram melhor classificação à experiência de amamentação que mais cedo decidiram amamentar. No que se refere à duração da amamentação embora tivessem sido as nulíparas que significativamente mais dificuldades sentiram tenderam a manter em maior percentagem a amamentação até aos 3 meses. Após esta idade a paridade revelou ser influente na duração da amamentação e foram as multíparas que mais a prolongaram. Apurou-se também tendência a prolongar a amamentação nas mães que melhor qualificação fizeram da sua anterior experiência de amamentação, no entanto, foram também estas senhoras que menores níveis de auto-estima apresentaram e que menor satisfação sentiram ao amamentar em todos os momentos.

Sensivelmente a totalidade das mães fez vigilância de saúde durante a gravidez, que ocorreu em maior percentagem na maternidade e no médico particular verificando-se tendência nas mães que foram assistidas

no médico particular e no Centro de Saúde a referirem ausência de dificuldades com a amamentação durante o internamento. O local onde a mãe fez consultas de vigilância de saúde durante a gravidez não influenciou a duração da amamentação até aos 6 meses mas aos 12 meses de modo significativo encontravam-se em maior percentagem a amamentar mães seguidas no Centro de Saúde.

Grande percentagem de mães foi aconselhada a fazer durante a gravidez preparação das mamas e mamilos para a amamentação observando-se que foram as mães que não fizeram preparação que em maior percentagem referiram não sentir dificuldades ao amamentar e que aos 3 e 6 meses se encontravam em maior número a amamentar os meninos. Foram ainda as mães que não foram elucidadas a utilizar qualquer técnica de preparação que tenderam a amamentar por maior período.

No que se refere à implementação das recomendações da OMS (1989), por forma à promoção da amamentação, apurámos que, na maioria os pares do estudo fizeram alojamento conjunto durante o internamento que se revelou em todos os momentos de avaliação influente na duração da amamentação e aos 3 meses foram as mães que fizeram alojamento conjunto que maior satisfação sentiam com a experiência de amamentação. Observou-se ainda que meninos que permaneceram a totalidade do tempo de internamento com as mães eram filhos de senhoras com níveis de auto-estima e de envolvimento materno mais baixos e que menor satisfação sentiram com a amamentação aos 6 e 12 meses. Acrescenta-se que, embora não praticada na totalidade dos elementos

estudados, foi a recomendação onde se verificou maior cumprimento.

Grande percentagem de senhoras contava ter ajuda nos cuidados ao bebé e nos afazeres domésticos quando regressasse ao domicílio, referindo mais de metade que ser-lhe-ia dada pelos companheiros, vindo-se a revelar importante na manutenção da amamentação aos 3 e 6 meses ainda que não significativa.

A totalidade das mães decidiu amamentar por sua própria opção e a maioria tomou a decisão antes de engravidar o que se demonstrou influente na incidência de dificuldades com a amamentação durante o internamento, sendo que foram as mães que mais cedo decidiram amamentar que de modo significativo referiram não sentir dificuldades. A relação entre altura em que decidiu amamentar e duração da amamentação não mostrou ser estatisticamente significativa.

Observou-se que grande percentagem de senhoras que decidiram mais cedo amamentar sabiam que os maridos concordavam com a sua decisão encontrando-se em maior número aos 3 meses a amamentar.

O conhecimento das mães sobre as vantagens do aleitamento materno não se revelou influente na duração da amamentação. Observámos ainda que embora nem todas as mães conhecessem as suas vantagens, maioritariamente reconheciam-no vantajoso para a díade e referiram ser o melhor alimento para o bebé.

Apenas pequena percentagem de meninos foram colocados a mamar na primeira meia hora após o parto verificando-se que foi influente no aparecimento de dificuldades e as mães apresentaram tendência a desenvolver níveis de envolvimento materno mais elevados, maior

satisfação e maior duração da amamentação. Não receber qualquer líquido antes da primeira mamada foi influente na duração da amamentação aos 3 e 12 meses e aos 6 meses, embora não significativo, tendiam a ser amamentados em maior percentagem.

Acerca do suporte fornecido na primeira mamada, apurou-se que grande percentagem de mães recebeu ajuda, na maioria prestada por enfermeiros, notando-se pouco envolvimento do pai na primeira experiência de amamentação. A qualificação que a mãe fez desta sua experiência demonstrou ser influente na duração da amamentação aos 3 meses e tendência a manter aos 6 meses.

Foi-nos também possível constatar que, às 48 horas pós parto, nem todas as mães tinham beneficiado de suporte informativo sobre amamentação, o que influenciou em todos os momentos a adesão das mães ao prolongamento da amamentação do filho. Mães que receberam informação referiram em maior percentagem não ter dificuldades com a amamentação.

Observámos ainda que mais de um quarto das mães referiu dificuldades ao amamentar o bebé durante o internamento, que se revelou muito influente na duração da amamentação aos 3 e 6 meses, centradas essencialmente na colocação do bebé à mama e em problemas decorrentes, no nosso entender, da forma como o bebé mamou durante o internamento.

Encorajar o horário livre das mamadas não foi praticado quase na totalidade dos pares estudados, observando-se paralelamente grande divergência no conteúdo das mensagens transmitidas às mães. Verificou-

se que pequena percentagem de meninos mamou durante o internamento de acordo com o sistema de livre procura, sendo esta a forma de mamar menos aconselhada pelos técnicos que acompanharam estas mães. Apurou-se que foram as mães dos meninos que mamaram sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, sempre das duas mamas e em qualquer local que referiram não sentir dificuldades. A forma como o bebé mamou durante o internamento não influenciou a duração da amamentação até aos 6 meses, à excepção da duração da mamada aos 3 meses verificando-se que de modo significativo continuavam a ser amamentados os meninos que tinham mamado durante um tempo determinado, mas aos 12 meses de modo significativo mantinham em maior percentagem a amamentação meninos que mamaram sempre e durante o tempo que quiseram, de uma ou das duas mamas segundo a sua vontade e em qualquer local.

Grande percentagem de meninos foram colocados a mamar profundamente adormecidos ou sonolentos, sensivelmente metade mamavam sem dificuldade às 48 horas de vida, demonstrando ser altamente influente no aparecimento de dificuldades com a amamentação, e a maioria das mães sentiam-se satisfeitas com o comportamento alimentar dos meninos. A satisfação das mães às 48 horas influenciou os níveis de satisfação materna com a amamentação aos 3 e 6 meses e aos 12 meses embora sem resultado estatisticamente significativo eram as mães que às 48 horas se encontravam mais satisfeitas que maior satisfação apresentaram. Mães de meninos com melhor comportamento alimentar apresentaram tendência a não desenvolver problemas com a

amamentação, encontravam-se aos 3 e 6 meses, sendo aos 3 meses de modo altamente significativo, mais satisfeitas com a experiência de amamentação e estavam significativamente em maior percentagem a amamentar aos 3 e 6 meses. Mães de meninos com melhor comportamento alimentar de modo altamente significativo apresentaram níveis de auto-estima e de recursos familiares mais elevados e embora não estatisticamente significativo menor envolvimento materno.

A maioria das mães apresentaram níveis de auto-estima elevados verificando-se que de modo influente foram mães que decidiram mais cedo amamentar, que referiram não sentir dificuldades ao amamentar o bebé no internamento e que não desenvolveram problemas com a amamentação. De modo altamente significativo mães com nível mais elevado de auto-estima percepcionaram melhores recursos familiares e maior satisfação com a experiência de amamentação aos 3, 6 e 12 meses. Foram também as mães com auto-estima mais elevada que em todos os momentos da pesquisa se mantiveram em maior percentagem a amamentar, sendo a relação aos 6 meses significativa. Verificou-se também que, ainda que sem significado estatístico, mães com maior auto-estima apresentaram menor envolvimento com o bebé.

Bons recursos familiares foram percepcionados pela maioria das mães do estudo revelando-se influente na altura em que a mãe decidiu amamentar. Mães com recursos familiares mais baixos apresentaram tendência a referir ausência de dificuldades e de problemas com a amamentação. Mães com níveis mais elevados de recursos familiares apresentaram maior envolvimento materno e maior satisfação com a

experiência de amamentação, sendo a relação significativa aos 3 meses. Mães com melhores recursos familiares tenderam a manter em maior percentagem a amamentação até aos 3 meses mas após esta idade verificou-se o inverso.

O aleitamento materno exclusivo não foi praticado na totalidade dos meninos durante o internamento observando-se que algumas das crianças fizeram aleitamento misto. O tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento influenciou a incidência de dificuldades e a duração da amamentação até aos 6 meses.

Relativamente ao reforço de informação realizado no momento da alta constatámos que mais de metade das mães não beneficiou de esclarecimentos preparatórios quando da ida para domicílio, todavia, quando desenvolvidos, foram os enfermeiros os prestadores de cuidados de saúde que predominantemente os efectuaram, tendo-se demonstrado que mães que receberam informação dada por estes profissionais tenderam a prolongar a amamentação. O desenvolvimento desta actividade revelou ser influente na duração da amamentação aos 3 meses e na satisfação com a experiência de amamentação aos 3 e 6 meses.

Embora a maioria das mães não tivesse recebido em nenhum momento do internamento informação escrita sobre amamentação observámos que foi uma variável influente na sua manutenção.

Grande percentagem dos bebés usavam chupeta, apurando-se que na maioria iniciaram o seu uso na maternidade, o que nos mostra existir incumprimento da recomendação da OMS (1989). O uso de chupeta mostrou influenciar a duração da amamentação. Mães de bebés que não

usavam chupeta referiram em maior percentagem ausência de dificuldades e de problemas com a amamentação.

Relativamente à estratégia promotora do aleitamento materno, preconizada pelo Ministério da Saúde, embora a maioria dos pares não tivesse beneficiado de qualquer contacto após a alta revelou ser influente na duração da amamentação. Mães com contacto sentiam-se aos 3 e 6 meses mais satisfeitas com a amamentação.

Mais de metade das mães referiram problemas com a amamentação, centrados essencialmente na dor e fissuras mamilares, revelando-se influente na duração da amamentação até aos 3 meses. Após esta idade, embora não significativo, mantinham-se também em maior percentagem a amamentar as mães que não desenvolveram problemas. Aos 3 e 6 meses verificou-se tendência a sentirem maior satisfação em mães que não tiveram problemas com a amamentação.

Foi ao Centro de Saúde que a maioria das mães recorreu quando sentiu dúvidas relativas à alimentação do bebé.

Relativamente à prática do aleitamento materno exclusivo apurou-se que apenas pequena percentagem de meninos foram alimentados exclusivamente com o leite das suas mães, tendo elevada percentagem de crianças introduzidos na dieta alimentar, desde o primeiro mês de vida, outros alimentos ou líquidos, revelando-se prejudicial na manutenção da amamentação aos 6 meses de idade. Aos 3 meses apenas um quarto dos meninos do estudo estavam a fazer aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao esclarecimento das mães sobre a técnica de extracção e conservação do leite materno verificou-se que a maioria não usufruiu de

ensinamentos nesse sentido, no entanto, em todos os momentos mantinham a amamentação em maior percentagem os filhos de mães esclarecidas sobre o uso desta técnica.

Relativamente à relação afectuosa desenvolvida entre mãe e bebé apurámos que a totalidade das mães apresentaram bons níveis de envolvimento materno contudo foram as mães com nível de envolvimento mais baixo que mais tenderam a referir ausência de dificuldades e de problemas com a amamentação. Níveis mais elevados de envolvimento materno foram mencionados por mães de meninos que não praticaram alojamento conjunto a totalidade do tempo de internamento, que foram após o parto de imediato colocados sobre a mãe ocorrendo nessa altura a primeira mamada, que maior satisfação sentiam com a experiência de amamentação em todos os momentos, situando-se a relação aos 3 meses no limiar de significância, e que aos 3 e 12 meses mais tenderam a prolongar a amamentação.

A maioria das mães apresentaram em todos os momentos da pesquisa níveis elevados de satisfação com a experiência de amamentação verificando-se que com o passar do tempo houve incremento dos valores. A avaliação da experiência de amamentação foi influente no aparecimento de dificuldades e na duração da amamentação. Mães de meninos que mamaram pela primeira vez na meia hora que precedeu o parto, que não tiveram problemas com a amamentação apresentaram níveis mais elevados de satisfação. Mães que aos 3 meses apresentaram níveis de satisfação elevados de modo altamente significativo apresentaram níveis elevados aos 6 e 12 meses.

AMAMENTAÇÃO BEM SUCEDIDA: ALGUNS FACTORES DETERMINANTES

A prevalência da amamentação decresceu bastante do nascimento aos 3 meses, dos 3 aos 6 e dos 6 aos 12 meses verificando-se elevado abandono da prática da amamentação exclusiva, preconizada pela OMS (1989) até aos 4-6 meses de idade, logo no primeiro mês de vida do bebé. Ao ano de idade encontravam-se a ser amamentados somente cerca de um sexto do total dos meninos e destes apenas metade nunca tinham mamado outro leite para além do leite materno. Embora a maioria das mães referisse como tempo adequado de amamentação período superior aos 12 meses, o que influenciou a duração da amamentação, a idade média de desmame foi de quatro meses, tendo sensivelmente metade dos meninos sido desmamados nos primeiros 3 meses de vida. A maioria dos desmames ocorreu de forma gradual e os motivos focados por maior percentagem de mães foram "pouco leite", "leite fraco" e "choro do bebé". A maioria das mães que nos diferentes momentos do estudo mantinham a amamentação referiram que os elementos significativos, familiares e sociais, e os técnicos de saúde concordavam com a decisão de manter a amamentação.

CONCLUSÃO

Os resultados que obtivemos mostram-nos que foi influente na altura em que a mãe decidiu amamentar a condição laboral, ter condições no trabalho para ter o bebé, ter sido amamentada, ver frequentemente outras mulheres onde vive a amamentar, a auto-estima materna e os recursos familiares. Embora sem significado estatístico tenderam a decidir amamentar ainda antes de engravidar mães primíparas e multíparas que amamentaram o último filho anterior e que atribuiram melhor classificação à experiência de amamentação, com idades entre os 24 e 39 anos, que viviam em meio urbano, casadas, que possuíam escolaridade mais elevada e que viram a sua própria mãe amamentar.

A auto-estima materna, paridade, altura em que a mãe decidiu amamentar o seu bebé e em que deu de mamar pela primeira vez, o comportamento alimentar do RN às 48 horas de vida, o tipo de leite e o local onde o bebé mamou durante o internamento na maternidade demonstraram ser influentes na incidência de dificuldades com a amamentação durante o internamento. Referiram também em maior percentagem ausência de dificuldades ao amamentar mães com parto distócico e por forceps, de meninos que não usavam chupeta, que mamaram durante o internamento sempre que quiseram, durante o tempo que quiseram, sempre das duas mamas e em qualquer local, que não fizeram preparação da mama e do mamilo durante a gravidez e que receberam informação sobre amamentação nas primeiras 48 horas pós-parto.

O nível de de auto-estima materna foi influente na incidência de problemas com a amamentação. Mães de meninos que não usavam

chupeta e com melhor comportamento alimentar referiram em maior percentagem ausência de problemas com a amamentação.

A prevalência da amamentação decresceu bastante do nascimento aos 3 meses, dos 3 aos 6 e dos 6 aos 12 meses verificando-se elevado abandono da prática da amamentação exclusiva, logo no primeiro mês de vida do bebé. Aos 3 meses apenas um quarto dos meninos do estudo estavam a fazer aleitamento materno exclusivo. O peso ao nascer, produto da gestação, tipo de parto, condição laboral materna, existência de creche no local de trabalho, observar outras mulheres a amamentar, ter sido amamentada, paridade, local onde a mãe fez consultas de vigilância de saúde durante a gravidez, incidência de dificuldades e de problemas com a amamentação, praticar alojamento conjunto, não receber qualquer líquido antes da primeira mamada, sentimento materno experienciado na primeira mamada e durante o tempo de internamento, usufruir de suporte informativo sobre amamentação, forma como o bebé mamou durante o internamento, tipo de leite que o bebé mamou durante o internamento, reforço de informação realizado no momento da alta, ter recebido informação escrita sobre amamentação, uso de chupeta, existência de contacto após a alta, introdução de outros alimentos na dieta alimentar, compromisso materno em amamentar, comportamento alimentar do RN e a satisfação materna às 48 horas de vida, auto-estima materna e satisfação materna em amamentar demonstraram ser influentes na duração da amamentação.

Verificou-se ainda que, embora sem resultado estatístico significativo, até aos 6 meses foram os rapazes que em maior número

mantiveram a amamentação, mães que melhor qualificação fizeram da sua anterior experiência de amamentação, residentes em meio rural e que estavam informadas sobre como extrair e conservar o leite materno prolongaram por mais tempo a amamentação dos seus filhos. Mães que viram a sua própria mãe amamentar mantinham a amamentação aos 6 e 12 meses em maior percentagem. Aos 3 e 6 meses encontravam-se em maior número a amamentar mães de meninos que após o nascimento foram de imediato colocados sobre as mães para mamar, que não fizeram preparação da mama durante a gravidez e que perspectivavam ter ajuda nos cuidados ao bebé e nos afazeres domésticos quando regressasse ao domicílio. Mães com melhores recursos familiares tenderam a manter em maior percentagem a amamentação até aos 3 meses. Aos 3 e 12 meses tenderam a prolongar a amamentação mães que apresentaram níveis mais elevados de envolvimento materno.

As relações entre altura em que decidiu amamentar e conhecimento das mães sobre as vantagens do aleitamento materno não se revelaram influentes na duração da amamentação.

A satisfação materna às 48 horas e o comportamento alimentar do RN influenciaram os níveis de satisfação materna com a amamentação. Também influente na satisfação materna com a amamentação demonstraram ser a incidência de dificuldades, a prática do alojamento conjunto, a realização de ensinos no momento da alta, o compromisso materno em amamentar, a auto-estima, o envolvimento e os recursos maternos e a experiência anterior de amamentação.

A auto-estima materna foi influenciada pelos recursos familiares,

comportamento alimentar do bebé às 48 horas de vida e satisfação com a experiência de amamentação.

Observou-se ainda que os recursos familiares influenciaram a percepção do comportamento alimentar do RN e o envolvimento materno.

Níveis mais elevados de envolvimento materno foram mencionados por mães de meninos que não praticaram alojamento conjunto a totalidade do tempo de internamento, que mamaram ainda na sala de partos e foram de imediato colocados sobre a mãe ocorrendo nessa altura a primeira mamada.

A maioria das mães apresentaram em todos os momentos da pesquisa níveis elevados de satisfação com a experiência de amamentação verificando-se que com o passar do tempo houve incremento dos valores. Foram as mães de meninos que mamaram pela primeira vez na meia hora que precedeu o parto, que beneficiaram de contacto após a alta que apresentaram níveis de satisfação com a amamentação mais elevados.

BIBLIOGRAFIA

Aarts, C., Hornell, A., Kylberg, E., Hofvander & Gebre Medhin, M. (1999). Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. Pediatrics, 104(4), E50.

Abeijón, M. D. F., & Apiroz, M. A. (1989). Depresión en la infancia y adolescencia. Revista ROL de Enfermería, (134), pag. 28-33.

Academia Americana de Pediatria. (1997). O aleitamento materno e a utilização do leite humano. Pediatrics (ed. Port.), 5(11), pag.641-646.

Ackerman, N. W. (Ed.). (1986). Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas.

Agostoni, C., Grandi, F., Gianni, M. L., Silano, M., Torcoletti, M., Giovannini et al. (2000). Padrões de crescimento de crianças com aleitamento materno e aleitamento artificial nos primeiros 12 meses de vida: um estudo italiano. Actualidade em Pediatria, (8), pag. 7-13.

Aires, A. L., Duarte, A., & Sousa, C. (1995). Inquérito sobre aleitamento materno Distrito de Setúbal - 1993. Revista Portuguesa de Pediatria, 26 (4), pag. 177-183.

Albarello, L., & Digneffe, F. (1997). Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.

Albuquerque, M., Oliveira, G., Abrantes, M., Cunha, A., & Oliveira, B. (1996). Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos seis meses de vida. Nascer e Crescer, 5(2), pag.107-111.

Ali, F. M., Hossain, M. M., & Pugh, R. N. (1997). The associations between feeding modes and diarrhoe among urban children in a newly developed country. Public-Health, 111 (4), pag. 239-243.

Alice Carvalho, Taborda, A., Ramos, C., & Negrão, F. (1992). Aspectos práticos do aleitamento materno. Saúde Infantil, (14), pag. 23-30.

Alice Martins, G., & Moleiro, A. (1994). Amor de mãe Amor de pai. Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres e Direcção Geral da Família.

Almeida, R. C. L. (1985). Aleitamento materno: determinação das curvas de amamentação numa zona urbana do Concelho de Coimbra e respeitante aos anos de 1979, 80, 81,e 82. Jornal do Médico, (), pag.177-185.

Alves da Costa. (s.d.). O papel do pai na alimentação. Consultado em Novembro 11, 2000, em http://www.aleitamento.org.br/.

Alves, A. D., Lamy, S., Henriques, G., Virella, D., Carreiro, H., Lynce, N. et al. (1999). Aleitamento materno nos Concelhos de Cascais, Amadora e Sintra. Porquê o abandono precoce?. Saúde Infantil, 21(1), pag.43-50.

American Academy of Pediatrics: Comittee on Drugs. (1983). The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. Pediatrics, 72(3), pag.375-383.

American Academy of Pediatrics: Comittee on Drugs. (1994). The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. Pediatrics, 93(1), pag.137-150.

American Liver Foundation. (1995). Galactosémia. Consultado em Março 15, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f-ini.htm.

American Psychological Association. (2001). Publication Manual of the American Psychological Association (5ªed.). Washington, DC: Autor.

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. Am. J. Clin. Nutr., 70(4),

pag.525-535.

Angelotti, C. A. (s.d.). A amamentação também previne distúrbios da comunicação. Consultado em Setembro 15, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Applebaum, R. M. (Ed.). (1975). Preparação para o Aleitamento Materno. A preparação pré-natal (Vol. 1). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Arêlo Manso, J. (1985). Amamentação materna-Na região do Porto. Boletim do Hospital , 3(5), pag. 53-60.

Arlotti, J. P., Cottrell, B. H., Lee, S. H., & Curtin, J. J. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. Journal Community Health Nursing, 15 (3), pag. 163-178.

Assembleia da República. (1984). Protecção da maternidade e paternidade. Portugal: DC: Autor.

Assembleia da República. (1995). Protecção da maternidade e paternidade. Portugal: DC: Autor.

Assembleia da República. (1998). Protecção da maternidade e paternidade. Portugal: DC: Autor.

Associação para o Planeamento da Família. (1988). Manual de planeamento familiar para médicos (6ª ed.). Lisboa, DC: Autor.

Aubá, J., Arasa, H., & Manzano, A. (1995). Actividades preventivas. Un estudio en Áreas Básicas de Salud. Revista ROL de Enfermería, (201), pag. 13-16.

Ball, T. M., & Wright, A. L. (1999). Health care cost of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics, 103(4) Pt 2, pag.870-876.

Bar, Y. N. B., & Darby, L. (1997). Fathers and breastfeeding: a review of the

literature. Journal of Human Lactation, 13 (1), pag. 45-50.

Bárbara Matos Águas. (2000). Qual a protecção conferida pelo aleitamento materno. Actualidade em Pediatria, (8), pag. 113.

Barbieri, D. L. (1982). Conhecimento que as mães de recém-nascidos prematuros têm sobre as características fisicas do prematuro e sobre alguns cuidados fisicos que este deve receber no domicílio após a alta hospitalar. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 16 (1), pag. 113-115.

Barbieri, D. L., & Tsunechiro, M. A. (1983). Assistência à parturiente: Alguns aspectos psicossociais. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 17 (1), pag. 33-37.

Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70.

Batrouni, L., Sabulsky, J., Reyna, S., & Quiroga, D. (1996). Breast-feeding during the first month of life in Cordoba city, Argentina. Arch. Latinoam. Nutr., 46 (1), Pag. 16-21.

Benson, S. (2001). What is normal?A study of normal breastfeeding dyads during the first sixty hours of life. Breastfeed Ver., 9 (1), pag. 27-32.

Bertini, G., Dani, C., Tronchin, M., & Rubaltelli, F. F. (2001). Is breast-feeding really favoring early neonatal jaundice?. Pediatrics, 107 (3), E41.

Bilenko, N., Levy, A., & Fraser, D. (1997). Reporting maternal behavior during diarrhea in Bedouin children. Harefuah., 132 (10), pag. 699-702, 743.

Bliss, M. C., Wilkie, J., Acredolo, C., Berman, S., & Tebb, K. P. (1997). The effect of discharge pack formula and breast pumps on breast-feeding duration and choice of feeding method. Birth, 24 (2), pag. 90-97.

Bohler, E., & Ingstad, B. (1996). The struggle of weaning: factors

determining breastfeeding duration in east Bhutan. Soc. Sci. Med., 43 (12), pag. 1805-1815.

Bonilha, A. L. L., & Rezende, M. A. (1983). Aleitamento natural e relactação - Actuação da enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 17 (1), pag. 61-75.

Bourgoin, G. L., Lahaie, N. R., Rheaume, B. A., Berger, M. G., Dovigi, C. V., Picard, L. M. et al. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. Can J. Public Health, 88(4), pag.238-241.

Brandt, K. A., Andrews, C. M., Kvale, J. (1998). Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 27 (2), pag. 169-174.

Brazelton, T. B. (1981). Bebés e Mamães. Rio de Janeiro: Campus.

Brazelton, T. B. (1988). Dar atenção à criança para compreender os problemas normais do crescimento. Mem Martins: Terramar.

Brazelton, T. B. (1992). Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar.

Brun, J. G., Nilssen, S., & Kvale, G. (1995). Breastfeeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis: a prospective study. British Journal of Rheumatology, 34, pag. 542-546.

Buchko, B. L., Pugh, L. C., Bishop, B. A., Cochran, J. F., Smith, L. R., & Lerew, D. J. (1994). Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 23 (1), pag. 46-52.

Byrd, J. E., Hyde, J. S., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality

during pregnancy and the year postpartum. Journal Fam. Pract., 47 (4), pag. 305-308.

Camargo, M. C. F., Borges, R. B. P., & Modesto, A. (s.d.). Prevalência e relação do tipo de aleitamento com doenças bucais. Consultado em Setembro 15, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/.

Caramés, E., Gomes, L., Pinto, O., & Costa, R. J. (1999). Aleitamento no primeiro ano de vida. Estudo descritivo de caracterização do aleitamento nas crianças nascidas em 1997 inscritas na Unidade de Saúde de Caxinas-Vila do Conde. Nascer e Crescer, 8(4), pag.247-250.

Carbonell, X., Botet, F., Figueras, J., Alvarez, E., & Riu, A. (1998). The incidence of breastfeeding in our environment. J. Perinat. Med., 26(4), pag.320-324.

Cardoso, F., Caravana, A., Seixas, L., Abelha, L., Teixeira, N., & Oliveira, P. (2000). A preparação da alta do recém-nascido/mãe no serviço de obstetrícia. Nursing, (141), pag. 29-31.

Carmona da Mota, H. (1991). Diversificação alimentar ou ablactação. Saúde Infantil, (13), pag. 97-100.

Carmona da Mota, H. (1993). Problemas de hoje e de amanhã. Saúde Infantil, (15), pag. 5-14.

Carreira, L., Cleto, E., Rodrigues, C., & Cunha, O. (1993). Enterocolite necrosante – a propósito de 2 casos clínicos. Nascer e Crescer, 2(1), pag. 48-51.

Carvalho, G. D. (s.d.). Amamentação: Uma avaliação abrangente. Consultado em Novembro 25, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Chacar, R. H., Sokhn, M., & Azar, M. (1997). Breast-feeding practice in a

region of Beirut. Journal Med. Liban., 45 (2), pag. 84-89.

Chandra, R. K. (1997). Food hypersensitivity and allergic disease: a selective review. American Journal of Clinical Nutrition, 66(2), pag. 5265-5295.

Chapak, N., Ruiz-Peláez, J. G., Figueroa, Z. C., & Charpak, Y. (1997). O método "canguru" em comparação com o método tradicional de assistência a R.N. com <=2000 gramas: Estudo aleatório e controlado. Pediatrics, 5 (9), pag. 516-524.

Cheng, W., & Zhang, Z. (1996). Management of pituitary adenoma in pregnancy. Chung-Hua-Fu-Chan-Ko-Tsa-Chih., 31 (9), pag. 537-539.

Chierici, R., Sawatzki, G., Thurl, S., Tovar, K., & Vigi, V. (1997). Experimental milk formulae with reduced protein content and desialylated milk proteins: Influence on the faecal flora and the growth of term newborn infants. Acta-Paediatrica, 86 (6), pag. 557-563.

Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnas-Moberg, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatrica, (84), pag. 468-473.

Chua, S., Arulkumanan, S., Lim, I., Selamat, N., & Ratnam, S. S. (1994). Influence of breastfeeding and nipple stimulation on póstpartum uterine activity. British Journal of Obstretrics and Gynecology, 101, pag. 804-805.

Cindy Scott. (1998). Common concerns when storing human milk. New Beginnings, 15 (4), pag.109.

Claire Martin (Ed.). (2001). Guia prático de amamentação (2ª ed.). Rio de Janeiro: Campus Editora.

Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bébés. (1996). Programa Nacional de promoção do aleitamento materno. Enfermagem

em Foco, (4), pag. 7-8.

Comité de Nutrição da Sociedade Canadiana de Pediatria. (1978). Breastfeeding. Pediatrics, 62(4), pag.591-601.

Connolly, C., Kelleher, C. C., Becker, G., Friel, S., & Gabhainn, S. N. (1998). Attitudes of young men and women to breastfeeding. Ir. Med. Journal, 91 (3), pag. 88-89.

Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. (1997). Recomendações para a educação alimentar da população Portuguesa. Revista Portuguesa de Nutrição , 7(2), pag. 5-19.

Contreras-Lemus, J., Flores-Huerta, S., Cisneros-Silva, I., Orozco-Vigueras, H., Hernandez-Gutierrez, J., Fernandez-Morales, J. et al. (1992). Disminuicion de la morbilidad en neonatos pretermino alimentados con leche de su propia madre. Boletin Medico del Hospital Infantil de Mexico, 49 (10), pag. 671-677.

Cordeiro, M. J. G., & Carvalho, M. C. A. (1990). Alimentação da criança saudável, alguns aspectos (Vol. 12). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Corrao, G., Tragnone, A., Caprilli, R., Trallori, G., Papi, C., Andreoli, A. et al. (1998). Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwade case-control study. International Journal of Epidemiology, 27 (3), pag. 397-404.

Costa, M. C. F. (1993). Crescimento das crianças da Régua (As amamentadas são mais pesadas). Saúde Infantil, (15), pag.95-102.

Costa, V., Silva, J. S., Cruz, M. E., Guerra, A., & Santos, L. A. (1997). Cuidados de Saúde Infantil na consulta externa do Hospital de S. João.

Nascer e Crescer, 6(1), pag.27-31.

Coutsoudis, A., Pillay, K., Kuhn, L., Spooner, E., Tsai, W. Y., & Coovadia, H. M. (2001). Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. AIDS, 15 (3), pag. 379-387.

Coutsoudis, A., Pillay, K., Spooner, E., Kuhn, L., & Coovadia, H. M. (1998). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. Lancet, 354(9177), pag.471-476.

Cristina Canavarro, M. (Ed.). (2001). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.

Cristina Canavarro, M. S. (Ed.). (1999). Relações afectivas e saúde mental. Coimbra: Quarteto Editora.

Cristina Canavarro, M., Vaz Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. Psiquiatria clínica, 14 (2), pag.85-91.

Crowell, M. K., Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1994). Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding. J. Nurse Midwifery., 39 (3), pag. 150-156.

Cummings, R. G., & Klineberg, R. J. (1993). Breastfeeding and reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly woman. International Journal of Epidemiology, 22 (4), pag. 684-691.

Curro, V., Lanni, R., Scipione, F., Grimaldi, V., & Mastroiacovo, P. (1997). Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breastfeeding. Archives of Disease in Childhood, 76 (6),

pag. 500-504.

Cushing, A. H., Samet, J. M., Lambert, W. E., Skipper, B. J., Hunt, W. C., Young, S. A. et al. (1998). Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. American Jounal of Epidemiology, 147 (9), pag. 863-870.

Davies, A. A. A. (1997). Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural yomba communities of Osun State, Nigeria. Soc. Sci. Med., 45 (1), pag. 113-125.

Davies, M. M. (1993). O livro da amamentação. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Dewey, K. G., Cohen, R. J., Brown, K. H., & Rivera, L. L. (2001). Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutricional status and infant motor development: Results of two randomized trials in Honduras. J. Nutr., 131, pag. 262-2267.

Dias Cordeiro, J. (1987). A saúde mental e a vida. Lisboa: Edições Salamandra.

Díaz, C. S. (1998). Analgesia en el parto. Revista ROL de Enfermería, (244), pag. 17-21.

Dominguez, E. S., Sanmartin, I. C., González, A. M. G., Álvarez, E. V., & Iglesias, F. V. (1996). Cuidados a la mujer y a su pareja previos al parto. Revista ROL de Enfermería, (219), pag. 59-63.

Dulce Oliveira & Carlos Valente. (1999). Adesão ao aleitamento materno. Nascer e Crescer, 8(1), pag.31-33.

Dungy, C. I., Losch, M. E., Russell, D., Romitti, P., Dusdieker, L. B. (1997). Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding?. Archives Pediatrics and Adolescent Medicine, 151

(7), pag. 724-729.

Edite Canha. (1979). Aleitamento materno. Frequência e duração em crianças que acorrem regularmente ao Centro de Saúde de Coimbra. Saúde Infantil, (2), pag.117-119.

Eduardo Sá. (1997). A maternidade e o bebé. Lisboa: Fim de Século.

Eduardo Sá. (2001). Psicologia do feto e do bebé (2ª ed). Lisboa: Fim de Século.

Edwards, N., Sims Jones, N., Breithaupt, K. (1998). Smoking in pregnancy and postpartum: relationship to mothers`choices concerning infant nutrition. Can J. Nurs. Res, 30(3), pag.83-98.

Elaine HO. (1990). Os primeiros dias. Nursing, (24), pag. 10-13.

Elis, O. R. (1998). Amamentar: Um acto de amor necessário tanto para a mãe como para o filho. Saúde e Lar, (612), pag. 9-11.

Elisabeth Badinter. (1980). O amor incerto. Lisboa: Relógio D`Água.

Ellen Leff, W., Jefferis, S. C., Gagne, M. P. (1994). The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. Journal of Human Lactation, 10 (2), pag. 105-111.

Enger, S. M., Ross, R. K., Henderson, B., & Bernstein, L. (1997). Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer. Br. Journal Cancer, 76 (1), pag. 118-123.

Ertem, I. G., Votto, N., & Leventhal, J. M. (2001). The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. Pediatrics, 107 (3), pag. 543-548.

Espinoza, F., Paniagua, M., Hallander, H., Svensson, L., & Strannegard, O. (1997). Rotavirus infections in young Nicaragua children. Pediatrics Infect. Disease Journal, 16 (6), pag. 564-571.

Evers, S., Doran, L., & Schellenberg, K. (1998). Influences on breastfeeding rates in low income comunities in Ontario. Can. Journal Public Health, 89 (3), pag. 203-207.

Fábio Mello. (s.d.). Na cama com os pais. Amamentação facilitada. Consultado em Novembro 11, 2000, em www.obsidiana.com.br, inc.

Farinã, E. B., Lui, M. C., Pedroso, M. E. M., & Stefanelli, M. C. (1984). Assistência de enfermagem à mulher no ciclo grávido-puerperal - Aspecto psicossocial. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 18 (1), pag. 5-13.

Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. Paediatr. Perinat. Epidemiol., 13(2), pag.144-157.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Shannon, F. T. (1987). Breastfeeding and subsequent social adjustment in six-to-eight-year-old children. J. Child Psychol. Psychiatr. Allied Discip., (28), pag.378-386.

Fernandes, A. J. (1993). Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos. Porto. Porto editora.

Fernandes, A., Sousa, A. M., Guimarães, H., Lemos, L., Guerra, A., & Teixeira Santos, N. (1987). Incidência do aleitamento materno na Maternidade do Hospital de S. João. Jornal do Médico, 122 (2224), pag.1028-1033.

Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Centro de estudos e investigação em saúde. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

Fetherston, C. (1998). Risk factors for lactation mastitis. Journal of Human

Lactation, 14 (2), pag. 101-109.

Fitzgerald, H. E., Lester, B. M., & Yogman, M. W. (Eds.). (1988). Theory and research in behavioral pediatrics. (Vol.4) New York and London: Plenum Press.

Flores, H. S., & Cisneros, S. I. (1997). Mother-infant rooming-in and exclusive breastfeeding. Salud Publica Mex., 39 (2), pag. 110-116.

Fontanelli, J. (s.d.). Amamentação subaquática. Consultado em Outubro 15, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Ford, R. P. K., Taylor, B. J., Mitchell, E. A., Entight, S. A., Stewart, A., Becroft, D. M. D. et al. (1993). Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. International Journal of Epidemiology, 22 (5), pag. 885-890.

Forrester, I. T., Wheelock, G., & Warren, A. P. (1997). Assessement of student's attitudes toward breastfeeding. Journal of Human Lactation, 13 (1), pag. 33-37.

Forste, R., Weiss, J., & Lippincott, E. (2001). The decision to breastfeed in the United States: does race matter?. Pediatrics, 108 (2), pag. 291-296.

Fortin, M. F. (Ed.). (1999). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Freed, G. L., Fraley, J. K., & Schanler, R. (1993). Accuracy of expectant mothers' prediction of fathers' attitudes regarding breastfeeding. The Journal of Family Practice, 37(2), pag. 148-152.

Friesen, H., Vince, J., Boas, P., & Danaya, R. (1999). Défense de lállaitement maternel en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Bulletin de l´Organisation Mondial de la Santé recueil d´articles, (1), pag. 213.

Gale, C. R., & Martyn, C. N. (1996). Breastfeeding, dummy use, and adult intelligence. The Lancet, 347, pag. 1072-1075.

Garcia, M. R. R. (1997). Bombas extractoras para lactancia materna. Revista ROL de Enfermería, (203), pag. 65-70.

Garcia, M. R. R. (1998). Acessorios para lactancia materna. Revista ROL de Enfermería, (241), pag. 65-68.

Garcia, R. R., & Schaefer, L. A. (1991). Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana, 111(1), pag. 1-15.

Garcia, R. R., & Schaefer, L. A. (1992). Lactancia materna. Revista ROL de Enfermería, (161), pag. 73-77.

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Camargo, C. A., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Rockett, H. R. H. et al. (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. Jama, 285 (19), pag. 2461-2466.

Gimeno, S. G., & Souza, J. M. (1997). IDDM and milk consumption. A case-control study in São Paulo, Brazil. Diabetes care, 20 (8), pag. 1256-1260.

Gomes-Pedro, J. (Ed.). (1985). A relação mãe-bebé. Lisboa: Publicações Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Gomes-Pedro, J. (Ed.). (1999). A criança e a nova pediatria. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes-Pedro, J., Costa, C. S., Almeida, J. B., & Barbosa, A. (1987). A avaliação dos comportamentos materno e infantil em situação de interacção. Rev. Port. Ped., 18, pag. 113-126.

Gomes-Pedro, J., Garcia, F. T., & Colarinha, J. (1984). Linhas gerais da alimentação da criança normal durante o 1º ano de vida (I). Acta Med

Port, 5 (9,10), pag. 287-293.

Gomes-Pedro, J., Garcia, F. T., & Colarinha, J. (1984). Linhas gerais da alimentação da criança normal durante o 1º ano de vida (II). Acta Med Port, 5 (11,12), pag. 327-332.

Gomes-Pedro, J., Von-Baar, A., Barnard, K., Brazelton, B., Becker, M., Bronfenbrenner, U. et al. (1995). Bebé XXI. Criança e família na viragem do século. Textos do Simpósio Internacional Bebé XXI. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes-Pedro. (1998). Aleitamento materno. Revista Portuguesa de Nutrição, 8(1,2), pag.10-25.

Gomez Sanchiz, M., Baeza Berruti, J. E., Gonzalez Mateos, J. A., & Avila Martin Gil, O. (1997). The prevalence and characteristics of breast feeding in the rural environment. Atention Primaria, 19 (6), pag. 318-322.

Gómez, M. D., Acosta, C. L. R., Sevillano, J. R., Curbelo, M. R., & Álvarez, J. A. (1997). Lactancia y estancia hospitalaria. Revista ROL de Enfermería, (231), pag. 11-14.

Greer, F. R., Marshall, S. P., Foley, A. L., & Suttie, J. W. (1997). Mais reservas de vitamina k em crianças amamentadas, através da suplementação materna desta vitamina. Pediatrics (ed. Port.), 5 (1), pag. 29-34.

Gro Harlem Brundtland. (1998). Declaração. Consultado em Janeiro 12, 1999, em http://www.who.int/.

Guillevic, C., & Vautier, S. (Eds.). (2001). Diagnóstico e testes psicológicos. Lisboa: Climepsi Editores.

Haider, R., Kabir, I., Hamadani, J. D., & Habte, D. (1997). Reasons for failure of breast-feeding counselling: mothers' perspectives in

Bangladesh. Bull World Healt Organization, 75 (3), pag. 191-196.

Hannah Lothrop. (2000). Tudo sobre amamentação. Lisboa: Paz Editora.

Hardy, E. E., Pinotti, J. A., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (1993). Variáveis reprodutivas e risco para câncer de mama: estudo caso-controle desenvolvido no Brasil. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 115(2), pag. 93-102.

Hasselbalch, H., Jeppesen, D. L., Engelmann, M. D. M., Michaelsen, K. F., & Nielsen, M. B. (1995). Decreased thymus size in formula-fed infants compared with breastfed infants. Acta Paediatrica, 85, pag. 1029-1032.

Hattori, R., & Hattori, H. (1999). Breastfeeding twins: Guidelines for success. Birth, 26 (1), pag. 37-41.

Hautvast, J. L. A., Pandor, A., Burema, J., Tolboom, J. J. M., Chishimba N., Monnens, L. A. H. et al. (2000). Etat nutritionnel des enfants nourris au sein dans les reégions rurales de Zambie: comparaison entre le systéme de référence du NCHS pour la croissance et la série OMS de données sur l´allaitement maternel pendant 12 mois. Bulletin de l´Organisation Mondial de la Santé recueil d´articles, (3), pag. 238.

Heads, J., & Higgins, L. C. (1995). Perceptions and correlates of nipple pain. Breastfeeding Review, 3 (2), pag. 59-64.

Helena Seabra. (1989). Aleitamento materno. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Hewat, R. J. (1993). Research and breastfeeding. En J. Riordan & K. Arrerbach (Eds.). Breastfeeding and Human Lactation. (pag. 573-595). Boston: Jones y Bartlett Pub. Inc..

Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1993). Nipple pain during breastfeeding: the first

two weeks and beyond. Journal of Perinatal Education, 2 (2), pag. 21-35.

Hill, P. D., Humenick, S. S., Argubright, T. M., & Aldag, J. C. (1997). Effects of parity and weaning practices on breast-feeding duration. Public Health Nursing, 14 (4), pag. 227-234.

Hoddinott, P., & Pill, R. (1999). Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. BMJ., 318(7175), pag. 30-34.

Horta, B. L., Victora, C. G., Menezes, A. M., & Barros, F. C. (1997). Environmental tobacco smoke and breast-feeding duration. American Jounal of Epidemiology, 146 (2), pag. 128-133.

Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (1998). Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. Pediatrics, 101 (1), pag. E9.

Humenick, S. S., Hill, P. D., & Wilhelm, S. (1997). Postnatal factors encouraging sustained breastfeeding among primiparas and multiparas. Journal of Perinatal Education, 6 (3), pag. 33-45.

Humphreys, A. S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. Birth, 25 (3), pag. 169-174.

Hurst, N. M., Valentine, C. J., Renfro, L., Burns, P., & Ferlic, L. (1997). Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. Journal of Perinatol., 17 (3), pag. 213-217.

Huttly, S. R., Morris, S. S., & Pisani, V. (1997). Prevention of diarrhoe in young children in developing countries. Bull World Health Organization, 75 (2), pag. 163-174.

IBFAN. (1991). Atualidades em amamentação. (7). DC: Autor.

IBFAN. (1991). Atualidades em amamentação. (8). DC: Autor.

IBFAN. (1992). Atualidades em amamentação. (10). DC: Autor.

IBFAN. (1992). Atualidades em amamentação. (11). DC: Autor.

IBFAN. (1992). Atualidades em amamentação. (9). DC: Autor.

IBFAN. (1993). Atualidades em amamentação. (12). DC: Autor.

IBFAN. (1993). Atualidades em amamentação. (13). DC: Autor.

IBFAN. (1998). Amamentação e medicação materna. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (14). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (15). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (16). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (17). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (18). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (19). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (20). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Atualidades em amamentação. (21). DC: Autor. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (1998). Recomendações sobre drogas da 8ª lista de medicamentos da

OMS. Consultado em Outubro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (2001). Atualidades em amamentação. (22). DC: Autor. Consultado em Outubro 29, 2001, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (2001). Atualidades em amamentação. (23). DC: Autor. Consultado em Outubro 29, 2001, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (2001). Atualidades em amamentação. (24). DC: Autor. Consultado em Outubro 29, 2001, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

IBFAN. (2001). Atualidades em amamentação. (25). DC: Autor. Consultado em Outubro 29, 2001, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Isabella, P. H., & Isabella, R. A. (1994). Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. Journal of Human Lactation, 10 (4), pag. 257-264.

Izatt, S. D. (1997). Breastfeeding counseling by health care providers. Journal of Human Lactation, 13 (2), pag. 109-113.

Johnston, J. (1996). Midwives, breast-feeding, and Baby Friendly Australia. J. Aust. Coll. Midwives, 9 (4), pag. 21-24.

Jones, M. E., Swerdlow, A. J., Gill, L. E., & Goldacre, M. J. (1998). Pre-natal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus: a record linkage study. International Journal of Epidemiology, 27 (3), pag. 444-449.

Jorge Areias. (1998). Transmissão mãe-filho do virus da Hepatite C. Acta Pediátrica Portuguesa, 29(1), pag.15 -19 .

Judith Bell. (1997). Como realizar um projecto de investigação. Lisboa: Gradiva.

Kavanaugh, K., Meier, P., Zimmermann, B., & Mead, L. (1997). The

rewards outweigh the efforts: breastfeeding outcomes for mothers of preterm infants. Journal of Human Lactation, 13 (1), pag. 15-21.

Kelly Bonyata. (1998). Amamentando crianças maiores. Consultado em Outubro 12, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Khatry, S. K., West, K. P., Katz, J., LeClerq, S. C., Pradhan, E. K., Wu, L. S. et al. (1995). Epidemiology of xerophthalmia in Nepal. Archives of ophthalmology, 113, pag. 425-429.

Kim, H. (1997). Support of breastfeeding through telephone counseling in Korea. Journal of Human Lactation, 13 (1), pag. 29-32.

King, F. S. (1991). Como ajudar as mães a amamentar. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

Kinlay, J. R., O`Connell, D. L., & Kinlay, S. (1998). Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six moth after delivery: a prospective cohort study. Med. J. Aut., 169(6), pag.310-312.

kinlay, J. R., O`Connell, D. L., & Kinlay, S. (2001). Risk factors for mastitis in breastfeeding women: results of a prospective cohort study. Aust. N. Z. J. Public Health, 25 (2), pag. 115-120.

Kitoko, P. M. (1999). Padrões de desmame em Luanda, Angola. Revista Portuguesa de Nutrição, 9(1,2), pag. 98-106.

Knuppel, R. A., & Durkker, J. E. (1995). Alto risco em obstetrícia: Um enfoque multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kreiss, J. (1997). Breastfeeding and vertical transmission of HIV-1. Acta Paediatr., (Suppl. 421), pag.113-117.

Kurugol, Z., Coker, M., Coker, C., Egemen, A., & Ersoz, B. (1997). Comparison of growth, serum prealbumin, transferrin, IgG and amino

ICBAS

acids of term infants fed breast mild or formula. Turk Journal Pediatr., 39 (2), pag. 195-202.

Kuzela, A. L. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 8 (3), pag. 185-194.

La Leche League Internacional. (1981). Mamilos invertidos. Folheto informativo, (108), pag. 81/133-1-81/133-3.

La Leche League Internacional. (1991). Pratical hints for working and breastfeeding. Folheto informativo, (89), DC: Autor.

La Leche League. (1999). Preparation for na initiation of breastfeeding. Tópicos do mês de Março. Consultado em Dezembro 6, 1999, em http://www.lalecheleague.org/.

La Leche League. (s.d.). Mastites: http://www.lalecheleague.org/.

La Leche League. (s.d.). To the la leche league mother who is asked to donate milk. Folheto informativo (89), DC: Autor.

Labbok, M. H. (1999). Health sequelae of breastfeeding for the mother. Clin. Perinatol., 26(2), pag.491-503, VIII-IX.

Lamounier, J. A. (1998). Experience of the Baby Friendly Hospital Iniciative.Rev. Assoc. Med. Bras., 44(4), pag. 319-324.

Lana, A. P. B. (2001). O livro de estímulo à amamentação: Uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamental da amamentação. São Paulo: Editora Atheneu.

Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers´wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. Br. Journal of Obstetric and

Gynaecology, 105 (10), pag. 1056-1063.

Lawrence, R. A. (1999). Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. Acta Paediatric, 88 supplement 430, pag.14-18.

Lawrence, R. A., & Howard, C. R. (1999). Given the benefits of breastfeeding, are there any contraindicatios?. Clin. Perinatol., 26(2), pag.479-490, VIII.

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (1998). Breastfeeding: a guide for the medical profession. (5ª ed.) Hardcover: Mosby.

Le Roy, J. (2000). O aleitamento materno. Servir, 48(4), pag. 203-208.

Lee, N. (1997). Observations based upon multiple telephone contacts with new breastfeeding mothers. Journal of Human Lactation, 13 (2), pag. 147-150.

Levvit, C. A., Kaczorowski, J., Hanvey, I., Avard, D., & Chance, G. (1996). Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. Canadian Medical Journal. 155 (2), pag. 181-188.

Levy, L. (1994). A alimentação no primeiro ano de vida. Revista Portuguesa de Pediatria, 25 (3), pag. 191-211.

Levy, L. (1998). Aleitamento materno. Revista Portuguesa de Nutrição, 8(1,2), pag.10-25.

Levy, L. (s.d.). Decidiu amamentar o seu bebé? Parabéns!!. ABC da nova pediatria, 1, Pag. 21-23.

Levy, L., & Bértolo, H. (2002). Manual de aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Levy, L., Tuna, M. L., & Mendes, M. M. R. (1994). Atitudes e

conhecimentos dos adolescentes face ao aleitamento materno. Revista Portuguesa de Pediatria, (25), pag. 205-211.

Levy, M. L. (1990). Ambulatório em Pediatria. Pediatria, 1 (4), pag. 13-18.

Liang, R., Gunn, A. J., & Gunn, T. R. (1997). Can preterm twins breast feed successfully?. N. Z. Med. Journal, 110 (1045), pag. 209-212.

Libbus, K., Bush, T. A., & Hockman, N. M. (1997). Breast-feeding beliefs of low-income primigravidae. International journal of Nursing Studies, 34 (2), pag. 144-150.

Lilia Ferreira. (1990). Perturbações precoces de contacto. Análise Psicológica, 4(7), pag.439-444.

Linda Sawley. (1990). Alimentação durante a infância. Nursing, (24), pag. 18-24.

Linderg, L. (1996). Trends in the relationship between breast-feeding and pospartum. Archives Pediatrics and Adolescent Medicine, 151 (7), pag. 724-729.

Lino Rosado. (1999). Infecção vertical por HIV. Informação SIDA, 3(13), pag. 26-27.

López, M. G. V., & Pérez, G. J. G. (1993). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 115(2), pag. 119-127.

Lucas, A., Fewtrell, M. S., Davies, P. S., Bishop, N. J., Clough, H., & Cole, T. J. (1997). Breast-feeding and catch-up growth in infants born samll for gestational age. Acta-Paediatrica, 86 (6), pag. 564-569.

Lucas, A., Morley, R., Cole, T. J., Lister, G. & Leeson-Payne, C. (1992). Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born pre-term. Lancet, 339(8788), pag. 261-264.

BIBLIOGRAFIA

Lucas, J. L. (Ed.) (1994). Guia para la documentacion en servicios sociales. Badajoz: Universidad de Extremadura.

Luís Gonçalves. (1986). Aleitamento materno. Jornal Policlínico, 5, pag. 2-3.

Luís Januário. (1997).A mãe, o pai, os avós, os padrinhos e o bebé deles-À volta da primeira consulta do Recém-Nascido. Saúde Infantil, 19(3), pag. 63-73.

Luis Mendes da Graça (Ed.). (1996). Medicina Materno-fetal Fundamentos e prática clinica. (vol.2) Lisboa.

Lutter, C. K., Pérez-Escamilla, R., Segall, A., Sanghvi, T., Teruya, K., & Wickham, C. (1997). The efectiveness of a Hospital-based program exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. American Journal Public Health, 87(4), pag. 659-663.

Machado, A. M., & Monteiro, J. T. (1983). Panorâmica do aleitamento nos primeiros meses de vida, numa comunidade sub-urbana. Boletim do Hospital , 2(10), pag. 45-48.

Manzanares, L. M., Sanz, M. T. C., & López, L. G. (1997). Lactância Materna. Revista Rol de Enfermaria, (227-228), pag. 79-84.

Maria de Jesus Correia. (1998). Sobre a maternidade. Análise Psicológica, 3(16), pag. 365-361.

Maria Manuela Santos Pardal. (1995). As mulheres e o virus da Sida. Colecção Informar as Mulheres, (16).

Marilyn Yalom. (1997). História do seio. Lisboa: Teorema.

Marques, N. M., Lira, P.I., Lima, M. C., Silva, N. L., Filho, M. B., Huttly, S. R. et al. (2001). Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. Pediatrics, 108 (4), E66.

Marquis, G. S., Habicht, J., Lanata, C. F., Black, R. E., & Rasmussen, K. M. (1997). Breast milk or animal-product foods improve linear growth of Peruvian toddlers consuming marginal diets. American Journal of Clinical Nutrition, 66 (5), pag. 1102-1109.

Marsha Walker. (2000). Breastfeeding and engorgement. Breastfeeding abstracts, 20 (2), pag. 11-12.

Martens, P. J. (1997). Prenatal infant feeding intent and perceived social support for breastfeeding in Manitoba first nations communities: a role for halth care providers. Int. J. Circumpolar Health, 56(4), pag.104-120.

Martin, J., & Valero, C. (1992). Lactancia materna: Epidemiologia, promoción y Técnica. Pediatria, 2 (1), pag. 9-16.

Martínez Roche, M. E. (2000). Debe fomentarse la lactancia natural desde la educación primaria. ROL Enf., 23(6), pag. 33-35.

Martins, M. J. P. F. (2001). Aleitamento materno um dom a não perder. Sinais Vitais, (35), pag.21-27.

Mary Muller, E. (1994). A questionnaire to measure mother to infant attachment. Journal of Nursing Measurement, 2 (2), pag. 129-141.

Mary White. (1978). A amamentação e as cáries dentárias. La Leche League Internacional News, (20), pag. 53-55.

Mary White. (1979). Informações adicionais sobre amamentação e cáries. La Leche League Internacional News, (21), pag. 29-30.

Mata, L. (1978). Breastfeeding: main promoter of infant health. Am. Journal of Clin. Nutri., (31), pag.2058-2065.

Mata, L. (1983). Aleitamento materno: principal factor de promoção da Saúde infantil. Servir, 31(3), pag.163-169.

Matthews, Kay M. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. Midwifery, 4, pag. 154-165.

Matthews, Kay M. (1989). The relationship between maternal labor analgesia and delay in the initiation of breastfeeding in healthy neonates in the early neonatal period. Midwifery, 5 (1), pag. 3-10.

Matthews, Kay M. (1991). Mother´s satisfaction with their neonates´breastfeeding behaviors. JOGNN Clinical Studies, 20 (1), pag. 49-55.

Matthews, Kay M. (1993). Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. J. Human Lact., 9 (4), pag. 243-248.

Matthews, Kay M. (1993). Experiences of primiparous breast-feeding mother in the first days following birth. Clinical Nursing Research, 2 (3), pag. 309-326.

Matthews, Kay M., Webber, K., Mckim, E., Banoub-Baddour, S., & Laryea, M. (1998). Maternal infant-feeding decisions: reasons and influences. Can. Journal Nursing Research, 30 (2), pag. 177-198.

Mccann, M. F., & Bender, D. E. (1993). Prácticas de alimentación materno infantil en zonas rurales de Bolivia. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 114(1), pag. 23-33.

Mccreadie, R. G. (1997). The Nithsdale Schizophrenia Surveys. 16. Breast-feeding and schizophrenia: preliminary results and hypotheses. Br. Journal of Psychiatry, 170, pag. 334-337.

McCubbin, H. I., Larsen, A., & Olson, D. H. (1982). Family crisis oriented personal evaluation scales, Madison: University of Wisconsin, pag. 78-84.

Mckenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997). Bedsharing promotes breast-feeding. Pediatrics, 100 (2 Pt 1), pag. 214-219.

Mendes, M. J. (1992). Auto-estima materna em mães primíparas com bebé prematuro. Monografia de fim de curso não publicada, ISPA, Lisboa.

Mennella, J. A. (1997). Infant's suckling responses to the flavor of alcohol in mothers' milk. Alcohol Clin. Exp. Research, 21 (4), pag. 581-585.

Minami, Y., Ohuchi, N., Fukao, A., & Hisamichu, S. (2000). Determinants of infant feeding method in relation to risk factors for breast cancer. Preventive Medicine, 30, pag. 363-370.

Ministério da Saúde. (1996). Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. A mudança centrada no cidadão. Orientações para 1997. Lisboa, DC: Autor.

Ministério da Saúde. (2000). Programa operacional Saúde XXI mais e melhos saúde. Plano de desenvolvimento regional 2000-2006. 3º Quadro Comunitário de Apoio. Lisboa, DC: Autor.

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (1997). A saúde dos Portugueses. Lisboa, DC: Autor.

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. (1998). Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Lisboa, DC: Autor.

Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Comissão Técnica dE Vacinação. (1999). Programa Nacional de Vacinação. Orientações gerais. Circular Normativa, (14)-DSPS/DT.

Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (1990). Aleitamento materno em seis Distritos do Continente. Série estudos (1), Lisboa, DC: Autor.

Miranda, A. C. (1988). Aleitamento materno – o abismo entre o conhecimento e a prática. Saúde em Números, 3(4), pag.27-29.

Miranda, A. C. (1988). Determinantes do aleitamento materno. Saúde em Números, 3(5), pag.37-39.

Moleiro, A. M. (1984). Alimentação ao peito e cuidados básicos. Revista Portuguesa de Pediatria, 15(4), pag.245-256.

Morrow, A. L., Guerrero, M. L., Shults, J., Calva, J. J., Lutter, C., Bravo, J. et al. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. The Lancet, 353, pag.1226-1231.

Motil, K. J., Kertz, B., & Thotathuchery, M. (1997). Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. Journal of Adolescent Health, 26 (6), pag. 442-449.

Moyer, L. A., Mast, E. E., & Alter, M. J. (1999). HepatiteC: Parte I. Estudo serológico de rotina e diagnóstico. American Family Physician, 2(9), pag. 34-45.

Moyer, L. A., Mast, E. E., & Alter, M. J. (1999). HepatiteC: Parte II. Aconselhamento para a prevenção e avaliação clínica. American Family Physician, 2(9), pag. 46-53.

Nafstad, P., Jaakkola, J. J., Hagen, J. A., Pedersen, B. S., Qvigstad, E., Botten, G. et al. (1997). Weight gain during the first years of life in relation to maternal smoking and breast-feeding in Norway. Journal Epidemiol. Community Health, 51 (3), pag. 261-265.

Nakano, A. M. S. (1997). O aleitamento materno no cotidiano feminino. Informativo Latino-Americano de Enfermagem, (20), pag. 6.

Neto Alves, A. M., & Almeida, M. D. V. (1992). Alimentação Materna. Breve perspectiva histórica. Revista Portuguesa de Nutrição, 4 (2), pag. 8-33.

Netto, M. O. R., Nogueira, M. J. C., & Guedes, E. A. (1978). Um estudo sobre aleitamento materno. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 12 (2), pag. 77-100.

Newcomb P. A., Storer, B. E., Longnecker, M. P., Mittendorf, R., Greenberg, E. R., Clapp, R. W. et al. (1994). Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. The New England Journal of Medicine, 330(2), pag.81-87.

Ninlay, J. R. (1998). Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months of delivery: a prospective cohort study. Med. J. Aust., 169 (6), pag. 310-312.

Norton, L. P., Lobo, J. C., & Teixeira Santos, N. (1983). Algumas notas sobre suplementos vitamínicos e minerais no lactente. Jornal do Médico, 113(2051), pag. 379-383.

Novo Belo, J. M. M. (1995). Nascimento de uma criança prematura estudo da auto-estima materna. Monografia de fim de curso não publicada, ISPA, Lisboa.

Novotny, R., Hla, M.M., Kieffer, E. C., Park, Chain-Bin., Mor, J., & Thiele, M. (2000). Breastfeeding duration in a multhietnic population in Hawaii. Birth, 27 (2), pag. 91-96.

Nuno Andrade, Andrade, I. V., Marcelino, J. V., & Morais, J. H. (1995). Aleitamento materno em Macau. Saúde Infantil, (17), pag. 69-72.

O´Quinn, J., McIntyre, & Meade, S. (1992). Patrones de lactancia natural en la Isla Montserrat. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana, 112(6),

pag. 500-507.

Oliveira, A. S. (1985). Aleitamento materno. Inquérito efectuado numa zona rural Centro de Saúde de Arouca da Administração Regional de Saúde de Aveiro. Jornal do Médico, 119(2153), pag. 667-670.

Olson, D. H., & Wilson, M. (1982). Family Satisfaction, St. Paul: University of Minnesota, Family Social Science, pag. 43-50.

Olson, D. H., Larsen, A. S., & McCubbin, H. I. (1982). Family Strenghs, St. Paul: University of Minnesota, Family Social Science, pag. 78-84.

OMS & UNICEF. (1995). Aconselhamento em amamentação: Um curso de treinamento. Manual do participante. São Paulo: Instituto da Saúde: Ed. Nelson Francisco Brandão.

OMS. (1982). The prevalence and duration of breastfeeding: A critical review of available information. World health statistics. 35(2), pag. 92-116.

OMS. (1985). Saúde para todos no ano 2000. Lisboa: Ministério da Saúde Departamento de Estudos e Planeamento.

OMS. (1989). Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: DC: Autor.

OMS. (1991). Breast-feeding and the use of water and teas. Division of child health and development. (9).

OMS. (1994). Alimentação infantil. Bases fisiológicas. São Paulo: James Akré Editor.

OMS. (1994). Programa de Nutrição. Revista Portuguesa de Nutrição , 6(3), pag. 20-31.

OMS. (s.d.). Amamentação e uso de água e chás. Consultado em Outubro 13, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (Eds.). (2001). O mundo da criança. (8ª ed.) Rio de Janeiro: McGrawHill.

Pastore, M. T., & Nelson, A. (1997). A breastfeeding drop-in center survey evaluation. J. Hum. Lact., 13(4), pag.291-298.

Paula Nolasco. (1993). Alimentação no primeiro ano de vida. Nutrição e Saúde, pag. 46-50.

Pedroso, M. E. M. (1984). Crenças relacionadas com a gestação e o puerpério. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 18 (1), pag. 91-93.

Pérez-Escamilla, R. (1993). Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 115(3), pag. 185-195.

Pérez-Escamilla, R., Cohen, R. J., Brown, K. H., Landa-Rivera, L., Canahuati, J., & Dewey, K. G. (1995). Maternal anthropometric status and lactation performance in a low-income Honduran population: evidence for the role of infants. American Journal of Clinical Nutrition, (61), pag. 528-534.

Pérez-Escamilla, R., Pollin, E., Lonnerdal, B., & Dewey, K. G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview. American Journal of Public Health, 84(1), pag. 89-97.

Pettitt, D. J., Forman, M. R., Hanson, R. L., Knowler, W. C., & Bennett, P. H. (1997). Breast-feeding and incidence of non-insulin-dependent diabets mellitus in Pima Indian. Lancet, 350 (9072), pag. 157-158.

Pimentel, V. A. P. F., Joaquim, M. C. M., Pimentel, E. F., & Garcia, D. M. M.

(1991). El crescimiento de los niños alimentados exclusivamente com leche materna durante los seis primeros meses de vida. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 110(4), pag. 311-319.

Pinho da Silva, Ribeiro, I. S., Barbosa, M., & Vieira, M. H. (1987). Aleitamento materno e fertilidade. Saúde materno-infantil, 5(3,4), pag. 73-80.

Pinto, F., Pereira, S., & Martins, J. R. (1995). Aleitamento materno em Vila do Conde. Saúde Infantil, (17), pag.53-58.

Pisacane, A., Impagliazzo, N., Russo, M., Valiani, R., Mandarina, A., Florio, C. et al. (1994). Breastfeeding and multiple sclerosis. British Medical Journal, 308, pag. 1411-1412.

Pisacane, A., Luca, U., Impagliazzo, N., Russo, M., Decaprio, C., & Caracciolo, G. (1995). Breastfeeding and acute appendicitis. British Medical Journal, 310, pag. 836-837.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Poliwka, S., Schroter, M., Feucht, H. H., Zollner, B., & Laufs, R. (1999). Low risk of vertical transmission of Hepatitis C virus by breast milk. Clin. Infect. Dis., 29 (5), pag. 1327-1329.

Polywka, S., Feucht, H., Zollner, B., & Laufs, R. (1997). Hepatitis C virus infection in pregnancy and the risk of mother-to-child transmission. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 16(2), pag.121-124.

Pons, V. M., Zaragoza, S. S., & Álvarez, C. G. (1997). Obesidad infantil y hábitos alimentarios. Revista ROL de Enfermería, (221), pag. 11-17.

Pratte-Marchessault, Y. (1976). Seio ou biberão. Mira Sintra: Europa América.

Prentice, A. M., Goldberg, G. R., & Prentice, A. (1994). Body mass index and lactation performance. European Journal of Clinical Nutrition, 48, suppl 3, pag. s78-s79.

Progressos em Saúde Infantil. (1997). Aleitamento materno e mães trabalhadoras. (24) Lisboa: DC: Autor.

Progressos em Saúde Infantil. (1997). Protecção à maternidade e paternidade. (24) Lisboa: DC: Autor.

Projecto Via Láctea. (s.d.). Como e porquê amamentar? Como retirar e estocar o leite materno. Consultado em Outubro 25, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/.

Projecto Via Láctea. (s.d.). Como e porquê amamentar? Dificuldades e problemas mais comuns. Consultado em Outubro 25, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/.

Projecto Via Láctea. (s.d.). Como e porquê amamentar?. Consultado em Outubro 25, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/.

Pugh, L. C., Buchko, B. L., Bishop, B. A., Cochran, J. F., Smith, L. R., & Lerew, D. J. (1996). A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. Birth, 23 (2), pag. 88-93.

Queirós, D., & Couto, L. (1988). Panorâmica da alimentação de crianças de uma área de Vila Nova de Gaia. Revista Portuguesa de Clínica Geral, (34), pag.11-16.

Quillin-Si. (1997). Infant and mother sleep patterns during 4th postpartum week. Comprehensive Pediatric Nursing, 20 (2), pag. 115-123.

Raj, V. K., & Plichta, S. B. (1998). The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. J. Hum. Lact, 14(1), pag. 41-46.

Ramos Leitão, F. A. (1998). Interacção mãe-criança e actividade simbólica. (2ªed.). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Ramsay, J. (1988). Influências no crescimento e desenvolvimento normais durante a infância. Nursing, (2), pag. 26-30.

Ravaleta, N., Lanata, C., Butron, B., Peerson, J. M., Brown, K. H., & Lonnerdal, B. (1995). Effect of acute maternal infection on quantity and composition of breast milk. American Journal of Clinical Nutrition, 62, pag. 559-563.

Ravelli, A C. J., Meulen, J. H. P., Osmond, C., Barker, D. J. P., & Blekker, O. P. (2000). Alimentação do lactente e tolerância à glicose, perfil lipídico, pressão arterial e obesidade do adulto. Actualidade em Pediatria, (8), pag. 126-133.

Reifsnider, E., & Eckhart, D. (1997). Prenatal breastfeeding education: Its effect on breastfeeding among WIC participants. Journal of Human Lactation, 13 (2), pag. 121-125.

Ribeiro, B. J. M. F., & Gonçalves, M. E. M. F. (2002). O uso de suplemento na maternidade: Uma realidade. Ecos de enfermagem, (228), pag. 37-39.

Righard, L. (1998). Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles?. Birth, 25 (1), pag. 40-44.

Righard, L., & Alade, M. O. (1997). Breast-feeding and the use of pacifiers. Birth, 24 (2), pag. 116-120.

Riordan, J. M. (1997). The cost of not breastfeeding: a commentary. Journal of Human Lactation, 13 (2), pag. 93-97.

Riordan, J. M., & Koehn, M. (1997). Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. JOGNN Clinical Studies, 26 (2), pag. 181-187.

Riordan, J. M., Gross, A., Angeron, J., Krumwiede, B., & Melin, J. (2000). The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. J. Human Lact., 16 (1), pag. 7-12.

Riordan, J. M., Woodley, G., & Heaton, K. (1994). Testing validity and reability of an instrument which measures maternal evaluation of breastfeeding. Journal of Human Lactation, 10 (4), pag. 231-235.

Riva, E., Banderali, G., Agostoni, C., Silano, M., Radaelli, G., & Giovannini, M. (1999). Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. Acta Paediatr., 88(4), pag 411-415.

Robina Riccitiello. (1998). Breastfeeding: How Can Dad Help?. Consultado em Novembro 9, 2001, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Rocha, L. M., & Gomes, A. (1998). Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Saúde Infantil, 20(3), pag.59-66.

Rodriguez, E. C., Martín, M. C. E., & Muñoz, P. S. R. (1998). Lactância materna retos y condicionantes sanitarios y socioculturais. Estrategia educativa. Revista ROL de Enfermería, (234), pag. 56-63.

Roger Short. (s.d.). Amamentação, fertilidade e crescimento populacional. Consultado em Novembro 12, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f_ini.htm.

Rosenblatt, K. A., & Thomas, D.B. (1995). WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraception. Prolonged lactation and endometrial cancer. International Journal of Epidemiology, 24(3), pag. 499-503.

Roy, C. L. (1977). O aleitamento materno. Jornal do Médico, 93(1730), pag. 45-48.

Royal College of Midwives. (1994). Lactancia materna Manual para profissionales. 1ª ed. Barcelona: Assocació Catalana Pro Alletament Matern.

Rudolph Schaffer. (1992). Saber ser mãe. Edições Salamandra.

Rui Vasconcelos, Gonçalves, C., Martins, V., & Jardim, A. (1984). Incidência do aleitamento materno numa Maternidade central de Coimbra. Saúde Infantil, (2), pag.109-113.

Saadeh, R., & Benbouzid, D. (1991). Lactancia materna y espaciamento de los nacimientos: importancia de la obtención de información para las políticas de salud pública. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana, 111(2), pag. 123-129.

Sable, M. R., & Patton, C. B. (1998). Prenatal lactation advice and intention to breastfeed: selected maternal characteristics. Journal of Human Lactation, 14 (1), pag. 35-40.

Sachdev, H. P., Krishna, J., Puri, R. K., Satyanarayana, L., & Kumar, S. (1991). Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. Lancet, 337(8747), pag. 929-933.

Saint Louvent, P. (1998). A transmissão do HIV da mãe à criança. Servir, 46(5), pag. 275.

Sampaio, D. (1993). A percepção da família pelo adolescente em clínica geral. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 10(11-12), pag. 231-237.

Sandy Countryman. (1980). Amamentando seu bebé prematuro. Folheto informativo de La Leche League, (13), pag. 1-3.

Santos, G., & Areias, M. A. (1990). Aleitamento materno. Estudo realizado numa população de puérperas da Maternidade de Júlio Dinis. Jornal do Médico, 128(2352), pag. 394-397.

Sawakontha, S., Chantraphosri, V., Kampor, P., Ketkowit, K., Panomratanarak, B., Thaworndunstid, P. et al. (1995). Breast-feeding behavior and supplementary food pattern of villagers in Udon Thani Province, Northeast Thailand, Southeast Asian. J. Trop. Med. Public Health, 26 (1), pag. 73-77.

Schafer, E., Vogel, M. K., Viegas, S., & Hausafus, C. (1998). Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural low-income women. Birth, 25 (2), pag. 101-106.

Schanler, R. J., OConnor, K. G., & Lawrence, R. A. (1999). Pedriaticians´practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics, 103(3), E35.

Schlomer, J. A., Kemmerer, J., & Twiss, J.J. (1999). Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. J. Human Lact., 15 (1), pag. 35-39.

Schmitz, J., Digeon, B., Chastang, C., Dupouy, D., Leroux, B., Robillard, P. et al. (1992). Effects of brief early exposure to partially hydrolyzed and whole cow milk proteins. J. Pediatrics, (121), pag. S85-S89.

Scott, J. A., Aitkin, I., Binns, C. W., & Aroni, R. A. (1999). Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. Acta Paediatr., 88(4), pag.416-421.

Segura-Millan, S., Dewey, K. G., & Pérez-Escamilla, R. (1994). Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban

population in México. Journal of Nutrition, 124 , pag. 202-212.

Sérgio Velho. (1996). A alimentação do lactente (considerações gerais). Nutrição e Saúde, pag. 34-36.

Serpa Pimentel, J. V. Z. (Ed.). (1997). Da individualidade da interacção à especificidade da intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Seward, J. F., & Serdula, M. K. (1984). Infant feeding and infant growth. Pediatrics, 74(suppl), pag.728-762.

Shea, E., & Tronick, E. Z. (1988). The maternal self-report inventory. A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. En H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. W. Yogman. (Eds.). Theory and research in behavioral padiatrics. (vol4) (pag.101-139). New York and London: Plenum Press.

Sheehan, A. (1999). A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. Midwifery, 15 (4), pag. 274-282.

Sheila Kitzinger. (1996). Mães. Um estudo antropológico da maternidade. (2ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.

Shu, X. O., Clemens, J., Zheng, W., Ying, D. M., Ji, B. T., & Jin, F. (1995). Infant breastfeeding and the risk of chilhood lymphoma and leukaemia. International Journal of Epidemiology, 24 (1), pag. 27-32.

Silva Nogueira & Rosa Pedroso. (s. d.). Gravidez Parto e Cuidados à criança. Conhecimentos práticos que interessam à jovem mãe. Coimbra: Ediliber Editora.

Simondon, K. B., & Simondon, F. (1998). Mothers prolong breastfeeding of undernourished children in rural Senegal. International Journal of

Epidemiology, 27 (3), pag. 490-494.

Siskind, V., Green, A., Bain, C., & Purdie, D. (1997). Breast-feeding, menopause, and epithelial ovarian cancer. Epidemiology, 8 (2), pag. 188-191.

Skeel, L. S., & Good, M. E. (1988). Mexican cultural beliefs and Breast-feeding: a model for assessment and intervention. Journal of Human Lactation, 4 (4), pag. 160-163.

Skinner, J. D., Carruth, B. R., Houck, K., Moran, J., Coletta, F., Cotter, R. et al. (1997). Transitions in infant feeding during the first year of life. J. Am. Coll. Nutr., 16 (3), pag. 209-215.

Sousa, J. S., & Carvalho, C. A. (1983). Nutrição em Pediatria: Informação básica. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Springer, S., Vogtmann. C., Winkler, G., Robel Tillig, E., & Mockel, A. (1997). From Infant nurse to "Baby-Friendly hospital"- promotion of breast feeding in the university women's hospital in Leipzig. Zentralbl. - Gynakol., 119 (Suppl. 1), pag. 41-46.

Stoléru, S. (1995). Interaction mére-nouveau-né. En E. Papiernik (Ed.). Obstétrique. (pag. 1495-1509). Paris: Flammarion Médecine-Siences.

Taren, D., & Chen, J. (1993). A positive association between extended breastfeeding and nutritional status in rural Hubei Provence, People´s Republic of China. American Journal of Clinical Nutrition, 58, pag. 862-867.

Tarkka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (1998). What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland?. Birth, 25 (3), pag. 175-181.

Teixeira Santos, N., Guerra, A. J. M., Morais, M. R., Tovar, N. J., Neves, P.,

Lourenço, L. et al. (1984). Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais. Revista Portuguesa de Pediatria, 3(suppl. 15), pag.3-48.

Teixeira Santos, N., Guerra, A., J. M., Lobo, J. C., Pinho, J. A., Morais, M. R., Silva, D. V. et al. (1986). Avaliação nutricional da população infantil dos 0 aos 5 anos de uma comunidade piscatória-III. Jornal do Médico, 120(2165), pag. 427-444.

Teixeira Santos, N., Silva, D. V., Guerra, A. J. M. S., Santos, L. A., & Aguiar, A. (1986). Atitudes e conhecimentos do adolescente de escolas secundárias sobre aleitamento materno. Saúde Infantil, (2), pag.123-132.

Teresa Temudo. (1993). Ter gémeos: Uma aventura....Saúde Infantil, (15), pag. 61-69.

Tozzi, A. E., Pezzotti, P., & Greco, D. (1993). Does breastfeeding delay progression to AIDS in HIV-infected children?. AIDS, 4, pag. 1293-1294.

Triola, M. F. (Ed.). (1998). Introdução à estatística. (7ª ed.) Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora SA.

Tryggvadottir, L., Tulinius, H., Eyfjord, J. E., & Sigurvisson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in na Icelandic cohort study. American Journal of Epidemiology, 154 (1), pag. 37-42.

Tuckman; B. W. (Ed.). (2000). Manual de investigação em educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ueda, T., Yokoyama, Y., Iranhara, M., & Aono, T. (1994). Influense of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. Obstetrics and Gynecology, 84 (2), pag. 259-262.

Vale, L. M. L. F., Arêlo Manso, J. J., & Cunha, O. R. (1982). Breve inquérito

epidemiológico sobre alimentação materna. Saúde Infantil, 4(3), pag. 241-244.

Vandiver, T. A. (1997). Relationship of mothers' perceptions and behaviors to the duration of breast-feeding. Psychol rep., 80 (3 Pt2), pag. 1375-1384.

Varendi, H., Porter, R. H., & Winberg, J. (1994). Does the newborn find the nipply by smell?. The Lancet, 344, pag. 989-990.

Vaz Serra, A., Canavarro, C., Ramalheira, C., & Firmino, H. (1992). Family functioning and coping: differentiation between "functional" and "dysfunctional" populations, Acta Psiquiátrica Portuguesa, (38), pag. 119-126.

Vaz Serra, A., Firmino, H., Ramalheira, C., & Canavarro, C., (1992). Relation entre ressources familiales et strategies dàdaptation individuelles et familiales. Thérapie comportementale et cognitive, 2(2), pag. 10-16.

Vermeil, G. (1975). Lutar pelo aleitamento materno. Jornal do Médico, 89(1670), pag. 47-50.

Viana, V., Santos, P. C., & Guerra, A. J. M. (1998). Estudo de alguns factores psicológicos associados ao incremento ponderal nos primeiros meses pós-parto. Revista Portuguesa de Pediatria, 29(3), pag.253-260.

Victora, C. G., Behague, D. P., Barros, F. C., Olinto, M. T. A., & Weiderpass, E. (1997). Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence?. Pediatrics, 99(3), pag.445-453.

Victora, C. G., Fuchs, S. C., Flores, A. J. C., Fonseca, W., & Kirkwood, B. (1994). Risck factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area. Pediatrics, 93 (6), pag. 977-985.

Videlefsky, A., Nikodem, C., & Hofmeyr, J. (1996). Breast-feeding: current

knowledge, atitudes and pratices of paediatricians and obstetricians. Curationis., 19 (2), pag. 2-6.

Virella, D., Ferreira, J. P., & Lynce, N. (1999). Padrão alimentar no primeiro ano de vida no Concelho de Cascais. Acta Pediátrica Portuguesa, 30 (2), pag. 119-123.

Virtanen, S. M., Rasanen, L., Ylonen, k., Aro, A., Calyton, D., Langholz, B. et al. (1993). Early introducion of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish Children. Diabetes, (42), pag.1786-1790.

Visness, C. M., & Kennedy, K. I. (1997). Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. American Journal of Public Health, 87 (6), pag. 945-950.

Vitor Bastos & Alberto Rocha. (2000). Atitudes e conhecimentos dos adolescentes escolarizados face ao aleitamento materno. Saúde Infantil, 22(1), pag. 41-51.

Vitor Costa, Silva, J. S., Cruz, M. E., Guerra, A., & Santos, L. A. (1997). Cuidados de Saúde Infantil na consulta externa do Hospital de São João. Nascer e Crescer, 6 (1), pag. 27-31.

Vogel, A. M., & Mitchell, E. A. (1998). The establishment and duration of breastfeeding. Part 1: Hospital influences. Breastfeed Review, 6 (1), pag. 5-9.

Vogel, A. M., & Mitchell, E. A. (1998). The establishment and duration of breastfeeding. Part 2: Community influences. Breastfeed Review, 6 (1), pag. 11-16.

Vogel, A., Hutchison, L., & Mitcell, E. (1999). Mastitis in the first year portpartum. Birth, 26 (4), pag. 218-225.

Waba Action Folder. (1996). Amamentação: responsabilidade de todos. Consultado em Fevereiro 10, 1999, em http://www.aleitamento.org.br/f-ini.htm.

Walker, L. O., & Freeland, G. J. (1998). Lifestyle factors related to postpartum weight gain and body image in bottle and breastfeeding women. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 27 (2), pag. 151-160.

Weiderpass, E., Barros, F. C., Victora, C. G., Tomasi, E., & Halperr, R. (1998). Incidence and duration of breast-feeding by type of delivery: a longitudinal study in southeastern of Brazil. Revista de Saúde Pública, 32(3), pag. 225-231.

Wiemann, C. M., Dubois, J. C., & Berenson, A. B. (1998). Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. Pediatrics, 101 (6), pag. E11.

Wiemann, C. M., Dubois, J. C., & Berenson, A. B. (1998). Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., 152(9), pag. 862-869.

William Cutting. (s.d.). Breastfeeding and HIV infetion. Consultado em Dezembro 29, 2000, em http://www.whoint/.

William Foddy (Ed.). (1996). Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta Editora.

Wright, A. L., Bauer, M., Naylor, A., Sutcliffe, E., & Clark, L. (1998). Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. Pediatrics, 101 (5), pag. 837-844.

Wright, A., Rice, S., & Wells, S. (1996). Changing hospital pratics to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics, 97, pag. 669-674.

Yamauchi, Y. (1997). Hypoglycemia in healthy, full-term, brest feed neonates during the early days of life: Preliminary observation. Acta Paediatrica J., 39, pag. 44-47.

Yun, Y. P., Kang, Z. S., Ling, L. J., & Xin, Q. C. (1989). Breastfeeding of infants between 0-6 months old in 20 provinces, municipalities and autonomous regions in the People´s Republic of China. J. of Tropical Pediatrics, (35), pag. 277-280.

Zaragozano, J. F. (1995). Alimentación infantil y vitamina D. Revista ROL de Enfermería, (202), pag. 19-21.

Zaragozano, J. F., Echalecu, S. V., & Marrase, L. S. (1996). El hierro en la infancia. Revista ROL de Enfermería, (219), pag. 19-22.

Prata
506

4.6.03

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ABEL SALAZAR"