U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno

Maria José Cardoso Maia

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2007

Maria José Cardoso Maia

O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador - Doutora Zaida Azeredo

Categoria - Professora Auxiliar convidada

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

“ O aleitamento materno é a prenda mais preciosa que uma mãe pode dar ao seu filho. Na doença ou na desnutrição, esta prenda pode salvar a vida. Na pobreza pode ser a única prenda ”.

Lawrence, 1991

À memória do meu Avô.

Ao Pedro, Zé Pedro e Maria Pedro.

Este trabalho é o culminar de um percurso de crescimento pessoal no qual o contributo de algumas pessoas se revelou fundamental. Impõe-se, por isso, expressar neste espaço, o meu reconhecimento.

À professora Doutora Zaida Azeredo que me orientou com competência e rigor científico, o meu muito obrigado pela disponibilidade, incentivo e apoio que sempre demonstrou e sem o qual não teria sido possível este trabalho.

Ao Professor Doutor António Santos do Departamento de Ciclo Básico do Instituto Superior de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, o meu agradecimento pela imprescindível colaboração, apoio e aconselhamento nos procedimentos estatísticos deste trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE, agradeço a autorização concedida para a realização deste estudo.

Um agradecimento especial ao Enfermeiro Director Vítor Freire, Enfermeira Supervisora Cecília Reis e Enfermeiro Chefe José Luís Carneiro, pelo apoio sempre manifestado.

Às colegas do Bloco de Partos do Centro Hospitalar Médio Ave, o meu obrigado pela amizade, apoio e incentivo com que me brindaram ao longo deste percurso.

Às Auxiliares de acção médica e Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Médio Ave, o meu agradecimento pela colaboração manifestada durante a recolha de dados.

Às colegas docentes do Instituto Superior de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Angélica Vilaça, Isabel Araújo, Fernanda Nogueira e Clara Simões, o meu agradecimento pelos momentos de reflexão e observações que enriqueceram este trabalho.

Às colegas do Mestrado Teresa Amaral e Fátima Cunha, cuja amizade e apoio foi fundamental ao longo deste percurso, o meu agradecimento.

Às colegas e amigas Luísa Andrade, Lucinda Carvalhal, Virgínia Henriques e Margarida Fernandes o meu agradecimento pela amizade, conselhos e críticas pertinentes.

À minha irmã Bela cujo afecto, paciência e sentido crítico se revelam sempre fundamentais, o meu agradecimento.

À Professora Deolinda Martins, o meu agradecimento pela preciosa ajuda na leitura cuidada deste trabalho.

Às mães do estudo, que com a sua imprescindível colaboração viabilizaram este trabalho, o meu agradecimento.

RESUMO

A prática do aleitamento materno exclusivo é considerada pela OMS uma recomendação mundial de saúde Pública, sendo reconhecido por esta organização o importante papel dos profissionais de saúde na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Este estudo de carácter exploratório descritivo tem como objectivos: estudar a adesão ao aleitamento materno e estudar e identificar o papel do enfermeiro na adesão ao aleitamento materno.

O estudo iniciou-se após o parto e prolongou-se por um período de seis meses, envolvendo inicialmente uma amostra de 256 participantes.

A recolha de dados foi efectuada através de um questionário de auto preenchimento realizado entre as 24 e as 36 horas após o parto, sendo realizada uma entrevista estruturada através de contacto telefónico nos posteriores momentos de recolha de dados ao 1º, 4º e 6º mês após o parto.

Os resultados do estudo revelam uma elevada incidência do aleitamento materno ao nascimento e um acentuado abandono verificado no final do 1º mês após o parto, ocorrido maioritariamente nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido. Salienta-se a introdução precoce de leite artificial, na alimentação infantil, que se iniciou durante o período de internamento hospitalar, bem como a elevada percentagem de participantes que referiu ter tido dificuldades/problemas associados ao aleitamento materno no 1º mês após o parto.

Os principais problemas/dificuldades das participantes relacionaram-se com percepções maternas, sendo os enfermeiros mobilizados apenas por 19% das participantes para solucionar os problemas/dificuldades associados ao aleitamento materno.

O papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno identificado através das expressões de discurso das participantes foi um papel essencialmente de educador. Não foi identificado o papel do enfermeiro no domicílio em relação ao aleitamento materno pelo que, se sugere a realização de estudos que permitam um melhor esclarecimento da intervenção destes profissionais.

ABSTRACT

The practice of exclusive breastfeeding is a recommendation of WHO global public health, being recognized by this organization the important role of the health care professionals in the protection, promotion and support of breastfeeding.

This exploratory and descriptive study has as main roles to identify the acceptance of breastfeeding and the nurse's role on achieving the mothers willing to choose this procedure.

This study follows a period of six months beginning immediately after the birth, and involving a sample of 256 participants.

The data collection was obtained through an auto filling questionnaire, held between 24 and 36 hours after delivery and conducted through an interview by phone. The remaining data were collected in the first, fourth and six month after delivery.

The study results show a high incidence of breastfeeding after birth but during the 15 days of delivery till the first month have occurred a great number of rejections.

The reasons for that abandonment seemed to the clue to the early feeding, with artificial milk, of the infants, beginning during the hospital stay as well as the high percentage of participants who said having had difficulties problems with breastfeeding just on the first month following birth.

The main problems/difficulties were related to the mother's perceptions, requesting the nurses help only 19% of the participants.

The participants expressed the idea that the nurse's role was essentially an educator. The nurses role in helping with breastfeeding at home wasn't identified, suggesting that further studies are needed to clarity this issue.

RÉSUMÉ

La pratique de l´allaitement maternel est considéré par l´OMS une recommandation mondiale de santé publique, étant reconnu par cette organisation i´important rôle des professionnels de santé en terme de protection, promotion et de divulgation de l´allaitement.

Cette recherche de caractère explorateur descriptif a comme objectifs: étudier l´adesion a l´ allaitement maternel, étudier et identifier le rôle de l´infirmier en ce qui concerne l´adesion a l´ allaitement maternel.

L´ étude débute après l´accouchement et se poursuit pour un période de six mois, englobant initialement un échantillon de population de 256 participantes.

Le recueil de données s´effectua à travers d´un questionnaire réalisé entre les 24 a 36 heures pos–accouchement, suivie d´une entrevue structurée à travers de contacts téléphoniques de postérieures moments aux recueil de donnés des 1º,4º et 6º mois après l´ accouchement.

Les résultats de la recherche révèlent une incidence élevée de l´ allaitement maternel à la naissance et un abandon accentué à la fin du 1º mois, sachant que l´abandon se vérifique majoritairement dans les quinze premiers jours de vie du nouveau-né. Il est de souligné l´introduction précoce de lait artificielle dans l´ allaitement infantile qui débute pendant l´hospitalisation bien comme un pourcentage élevé de participantes se plaignant de difficultés/problèmes associés à l´ allaitement durant le 1º mois pos – accouchement .

Les principaux problèmes/difficultés des participantes se relationnent avec des perceptions maternelles, ainsi seulement 19% d´infirmier sont mobilisés par les participantes pour solutionner les problèmes associés à l´ allaitement.

Le rôle de l´infirmier dans la formation/information sur l´ allaitement identifié à travers des expressions de discours des participantes fût un rôle essentiellement d´éducateur. Le rôle de l´infirmier à domicile en ce qui concerne l´ allaitement n´a pu être identifié, laissons donc une suggestion la réalisation d´études qui puissent permettre un meilleur éclaircissement de l´intervention de ces professionnels.

SIGLAS

CHMA – Centro Hospitalar Médio Ave

EU – União Europeia

FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação

INE – Instituto Nacional de Estatística

LA – Leite Adaptado

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INDICE

INTRODUÇÃO ---------- 14
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ---------- 16
CAPÍTULO I – LACTAÇÃO HUMANA ---------- 17
1.1 - ANATOMIA DA MAMA FEMININA ---------- 17
1.2 - ALTERAÇÕES DA MAMA NA GRAVIDEZ ---------- 18
1.3 - CICLO DA LACTAÇÃO HUMANA ---------- 20
1.4 - CONTROLO HORMONAL DA LACTAÇÃO ---------- 22
1.5 - REFLEXOS INFANTIS RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO ---------- 24
1.6 - COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO ---------- 25
1.7 - IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO ---------- 28
CAPÍTULO II – ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICA PROFISSIONAL ---------- 33
2.1 - ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO ---------- 33
2.1.1 - Lactação mercenária – as amas de leite ---------- 34
2.1.2 - Uso de leite de animais na alimentação infantil ---------- 37
2.1.3 - Declínio do aleitamento materno ---------- 38
2.2 - AMAMENTAR: ATÉ QUANDO? ---------- 40
2.3 - POLÍTICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO ---------- 44
2.4 - ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: ---------- 47
2.5 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO ---------- 48
2.5.1 - Intervenção do enfermeiro na promoção do aleitamento materno ---------- 49
2.5.2 - Intervenção do enfermeiro no apoio à prática do aleitamento materno ---------- 52
PARTE II – INVESTIGAÇÃO ---------- 62
CAPÍTULO I – METODOLOGIA ---------- 63
1.1 - JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO ---------- 63
1.2 - DESENHO DO ESTUDO ---------- 65
1.3 - AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM ---------- 66
1.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS UTILIZADOS ---------- 68
1.5 – TRATAMENTO DE DADOS ---------- 70
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS ---------- 72
2.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA ---------- 73
2.2 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA ---------- 77
2.3 - ATITUDES FACE AO ALEITAMENTO MATERNO ---------- 79
2.4 – ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO ---------- 86

2.5 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO. ------ 91
2.5.1 - Papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno ---------- 92
2.5.2 - Papel do enfermeiro no apoio ao aleitamento materno ---------- 94
2.6 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE ALGUMAS QUESTÕES POSTERIORES ------- 97
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ---------- 102
CONCLUSÕES ---------- 118
BIBLIOGRAFIA ----------
ANEXOS ----------
ANEXO I – Consentimento informado ----------
ANEXO II – Questionário A ----------
ANEXO III – Entrevista B1 ----------
ANEXO IV – Entrevista B2 ----------
ANEXO V – Crosstabs ----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do estudo ---------- 66
Figura 2 – Representação dos abandonos nos diferentes momentos de recolha de dados. ---------- 72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das participantes segundo o agregado familiar. ---------- 74
Quadro 2 – Distribuição das participantes pelo grau de escolaridade. ---------- 75
Quadro 3 – Distribuição das participantes pelo início da vigilância pré natal. ---------- 77
Quadro 4 - Distribuição das patologias referidas pelas participantes. ---------- 78
Quadro 5 – Distribuição das participantes sobre a decisão de amamentar. ---------- 79
Quadro 6 – Distribuição das participantes pelo momento da decisão de amamentar. ---- 79
Quadro 7 – Distribuição das participantes pela principal fonte de formação/informação. 80
Quadro 8 – Distribuição das participantes pelo momento indicado para a realização de formação/informação sobre aleitamento materno. ---------- 81
Quadro 9 – Distribuição das participantes pelo modo como alimentaram outros filhos até aos 4 meses ---------- 82
Quadro 10 – Distribuição das participantes pelo modo como alimentaram outros filhos até aos 6 meses ---------- 82
Quadro 11 – Distribuição das participantes pelos motivos invocados para amamentarem. ---------- 83
Quadro 12 – Distribuição das participantes pelo motivo indicado para a continuidade do aleitamento materno. ---------- 84
Quadro 13 – Motivos referidos pelas participantes para a administração de Leite Artificial após o nascimento. ---------- 85
Quadro 14 – Distribuição das participantes pela duração do aleitamento materno. ------- 87
Quadro 15 – Distribuição dos motivos referidos pelas participantes para a introdução de Leite Artificial na alimentação infantil/da criança. ---------- 87
Quadro 16 – Distribuição das dificuldades/problemas referidos pelas participantes durante o 1º mês após o parto. ---------- 88
Quadro 17 – Distribuição dos recursos utilizados. ---------- 89
Quadro 18 – Distribuição das participantes pela duração planeada para o Aleitamento materno. ---------- 89
Quadro 19 – Alimentação do lactente ao 4º mês. ---------- 90

Quadro 20 – Alimentação do lactente ao 6º mês. ---------- 91
Quadro 21 – Frequências das respostas à questão – Qual acha que deve ser o papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno? ---------- 93
Quadro 22 – Frequências das respostas à questão – *Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?* (24/36 horas).---------- 96
Quadro 23 – Frequências das respostas à questão – *Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?* (final 1º mês)---------- 96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das participantes por grupo etário. ---------- 73
Gráfico 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil. ---------- 74
Gráfico 3 – Distribuição das participantes segundo a área de residência. ---------- 75
Gráfico 4 – Distribuição das participantes pelo local e forma de exercício da actividade profissional. ---------- 76
Gráfico 5 – Distribuição das participantes pelo local onde efectuaram o maior número de consultas de vigilância pré-natal. ---------- 77
Gráfico 6 – Distribuição das participantes pelo tipo de parto. ---------- 78
Gráfico 7 – Distribuição das participantes pelo facto de terem sido amamentadas pela própria mãe. ---------- 81
Gráfico 8 – Distribuição das participantes pelo tempo de colocação do recém-nascido à mama após o nascimento. ---------- 83
Gráfico 9 – Distribuição das participantes pelo período planeado para a duração do aleitamento materno. ---------- 84
Gráfico 10 – Distribuição das participantes pela possibilidade de o bebé ter sido alimentado com leite artificial durante o internamento hospitalar. ---------- 85
Gráfico 11 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 1º mês de vida. ---------- 86
Gráfico 12 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 4º mês de vida ---------- 90
Gráfico 13 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 6º mês de vida ---------- 91

INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado um alimento completo, possuindo vantagens nutricionais, de ordem imunológica e psicológica que o tornam o alimento ideal para uma criança nos primeiros anos de vida.

Ainda que a evidência científica acumulada avalie o leite humano como o ideal para a alimentação de recém nascidos e lactentes, a OMS (2002) estima que em todo o mundo apenas um terço dos lactentes sejam alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida.

Em Portugal, os estudos realizados sugerem que a maioria das mães decide amamentar, verificando-se elevadas percentagens de aleitamento materno à saída da maternidade. No entanto, a duração e consequente abandono do aleitamento materno parece ser o principal problema da sua prática, verificando-se ainda que os números da realidade portuguesa em relação ao aleitamento materno exclusivo se encontram negativamente afastados da recomendação da OMS.

Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática e nem sempre é fácil o seu início. Ao longo de quase uma década a trabalhar na área da saúde materna e infantil e no apoio a mães que iniciam a sua experiência de amamentação após o parto, observamos as dificuldades e as dúvidas muitas vezes verbalizadas pelas puérperas no momento da primeira mamada do recém-nascido.

Por outro lado, as altas precoces que habitualmente se praticam, originam um regresso ao domicílio quando a amamentação ainda não se encontra bem estabelecida, pelo que nos questionamos sobre a adesão ao aleitamento materno após a alta hospitalar e particularmente sobre o papel do enfermeiro no apoio e suporte da sua prática.

Tendo em conta a importância do leite materno na saúde infantil, o aleitamento materno exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública, pelo que este estudo se revela importante ao estudar a adesão ao aleitamento materno e o papel do enfermeiro na promoção e apoio do aleitamento materno.

Conhecer a realidade sobre a qual os enfermeiros exercem a sua actividade parece-nos pertinente face à necessidade de estes profissionais investigarem as suas

práticas, procurando a produção de conhecimentos que contribua para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados por este grupo profissional na área da saúde.

Estruturalmente este trabalho está organizado em duas partes: fundamentação teórica e investigação.

Na fundamentação teórica realizámos uma abordagem da lactação humana e de aspectos referentes ao aleitamento materno e prática profissional.

Na segunda parte são apresentadas as opções metodológicas seguidas ao longo do estudo, os resultados do estudo e a discussão dos resultados que julgamos mais relevantes no sentido de uma intervenção profissional.

Por fim, o relatório é finalizado com as conclusões possíveis atendendo ao carácter exploratório do estudo, capítulo onde são evidenciados os resultados mais relevantes e onde são também apresentadas algumas sugestões que nos parecem pertinentes face aos resultados do estudo.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – LACTAÇÃO HUMANA

A lactação é um fenómeno complexo, no qual estão envolvidas diversas hormonas e mecanismos de adaptação fisiológica da mama.

Assegurando a sobrevivência da espécie humana desde o início da sua existência à cerca de um milhão de anos, a superioridade do leite materno é historicamente inquestionável.

Considerado um alimento completo, o leite materno é o alimento ideal para a nutrição infantil, principalmente nos primeiros meses de vida da criança. Embora com substitutos cada vez mais semelhantes, ainda continua a ser específico da espécie humana.

1.1 - ANATOMIA DA MAMA FEMININA

A mama humana é uma glândula sudorípara adaptada de origem ectodérmica, cuja função especializada é a produção de leite (Santonja Lucas; Sanz De Galdeano, 2003).

Na espécie humana as mamas estão situadas no tórax, numa posição superior à de outros mamíferos[1], cujas mamas se localizam habitualmente sobre o abdómen. Desta forma, quando amamenta, a mulher pode também beijar, abraçar, falar e acariciar o seu filho (O´Dowd; Philipp, 1995)

As mamas são um par de glândulas, localizadas anteriormente aos músculos da região peitoral, entre a segunda e a sexta costela[2] (Júnior; Romualdo, 2002). Cerca de dois terços da mama localizam-se entre o esterno e a linha axilar média.

Embora de formato e tamanho aproximadamente igual, as mamas não são simétricas. A sua forma e tamanho variam em função da idade da mulher, da hereditariedade, e da nutrição (Lowdermilk; Perry;Bobak, 2002).

Anatomicamente, a mama adulta é composta por 15 a 25 lobos de tecido glandular dispostos radialmente e separados por gordura. Cada uma destas estruturas é formada por vários lóbulos, sendo cada lóbulo constituído por grandes quantidades de alvéolos (Cunningham [*et al.*], 2003).

[1] O termo "mamíferos" deriva do latim mammae (órgãos de secreção de leite) e foi utilizado por Lineu em 1752 para rebaptizar a classe de animais anteriormente designados por "quadrúpedes" (Yalom, 1997).
[2] Embora existam em ambos os sexos, as mamas são rudimentares no homem (Júnior; Romualdo, 2002).

O alvéolo é uma estrutura oca, semelhante a um saco, formado por duas camadas de células derivadas da ectoderme: uma camada contínua de células glandulares responsáveis pela secreção de leite, que se encontram na sua parte central, e uma camada periférica e descontínua de células mioepiteliais, que se contraem para expelir o leite dos alvéolos.

Um pequeno ducto de drenagem sai do alvéolo e converge com outros ductos de outros alvéolos para a formação de canais denominados galactóforos, que transportam através do mamilo o leite até ao exterior da mama, onde são visíveis como pequenos orifícios. Junto ao mamilo estes ductos encontram-se dilatados formando os seios galactóforos, que funcionam na mama como pequenos reservatórios de leite.

O mamilo, estrutura circular pigmentada de forma e tamanho variável, encontra-se geralmente elevado acima da mama e rodeado pela aréola (área geralmente mais pigmentada que a pele da mama e visível em redor do mamilo).

Mamilo e aréola auxiliarão o recém-nascido na busca de alimento. A aréola servirá para orientar o recém-nascido (Santonja Lucas; Sanz De Galdeano, 2003), funcionando o mamilo como marcador visual e estímulo oral para o início do comportamento alimentar (OMS, 1994).

Estruturas glandulares e ductos, encontram-se rodeados por tecido adiposo protector e sustentados pelos ligamentos fibrosos de Cooper, que permitem o apoio e a mobilidade da mama na parede torácica (Lowdermilk; Perry;Bobak, 2002).

Mamas grandes e mamas pequenas possuem a mesma quantidade de tecido glandular, sendo a gordura e o tecido de sustentação que dão forma à mama. Tal facto, origina que a quantidade de leite produzido seja independente do tamanho da mama, podendo de igual modo uma mama pequena ou uma mama grande produzir uma grande quantidade de leite (Levy; Bértolo, 2002).

1.2 - ALTERAÇÕES DA MAMA NA GRAVIDEZ

Na gravidez e em resposta a um meio hormonal característico, a mama é preparada para a lactação, função que constitui a contribuição final do organismo materno à função reprodutora (Resende, 2002).

Logo nas primeiras semanas após a concepção são observadas e percebidas pela grávida, alterações na mama: hipersensibilidade, sensação de formigueiro, tensão mamária e aumento da pigmentação da aréola e mamilo (Ramírez Garcia; Martín Martínez; Garcia Hernandéz, 2003).

Depois do segundo mês de gravidez, as mamas aumentam de tamanho e ficam mais densas devido à hiperplasia e hipertrofia dos alvéolos mamários, sendo visíveis finas veias superficiais sob a pele da mama (rede venosa de Haller) anteriormente pouco notadas (Ramírez Garcia; Martín Martínez; Garcia Hernandéz, 2003, Cunningham [*et al.*], 2003).

Na segunda metade da gravidez, as transformações passam pela diferenciação do epitélio alveolar para a secreção láctea (Andrade, 2000; Ferris; Reece, 1992).

A proliferação e crescimento das células epiteliais e dos ductos resultam num aumento da mama, que pode originar estrias semelhantes às do abdómen no caso de este aumento ser muito pronunciado.

Com o evoluir da gravidez os mamilos tornam-se mais proeminentes e erectos, apresentando-se as aréolas maiores. Uma área de pigmentação à volta da aréola primária é visível por volta do 5º mês (aréola secundária de Dubois).

Ao 6º mês observam-se numerosas elevações dispersas na aréola resultantes da hipertrofia das glândulas sebáceas (Tubérculos de Montgomery). Estas glândulas segregam uma substância gordurosa e com propriedades anti bacterianas considerada lubrificante do mamilo, que após o parto guiará o olfacto do recém-nascido (Ramírez Garcia; Martín Martínez; Garcia Hernandéz, 2003, Santonja Lucas; Sanz De Galdeano, 2003, Cunningham [*et al.*], 2003;OMS, 1994).

Ambos, mamilo e aréola, são profusamente enervados, verificando-se um aumento da sua sensibilidade durante a gravidez, que atinge o pico nos primeiros dias após o parto.

A preparação das mamas é tão efectiva, que no caso da gravidez terminar na 16ª semana a lactação já é possível, muito embora tal aconteça antes de ser atingida a viabilidade fetal[3] (OMS, 1994).

Durante toda a gravidez as mamas são preparadas para a lactação. No entanto, a acção hormonal na produção de leite só se expressa depois do parto.

[3] " *Hoje em dia, a idade de viabilidade é amplamente debatida devido aos avanços tecnológicos, ao uso de esteróides no período pré-natal e de surfactante neonatal. Não se pode mais dizer que o neonato nascido com 23 ou 24 semanas de gestação não irá sobreviver"* (Kenner, 2001,p.160).

1.3 - CICLO DA LACTAÇÃO HUMANA

Sendo o acontecimento predominante do puerpério, a lactação representa a continuação do ciclo reprodutivo iniciado durante o desenvolvimento embrionário (Ferris; Reece, 1992).

Segundo Ferris; Reece (1992) o ciclo da lactação humana compreende quatro estágios separados: mamogénese (crescimento mamário), lactogénese (início da secreção de leite), galactopoiese (manutenção da lactação) e involução (cessação da lactação).

Mamogénese:

Precocemente, in útero, inicia-se o desenvolvimento da mama que após o nascimento passará por um período de repouso até à puberdade (OMS, 1994).

Em resposta às hormonas placentárias que na última fase da gravidez entram na circulação fetal, a mama do recém-nascido pode apresentar-se aumentada ao 2º e 3º dia de vida deste em ambos os sexos, podendo ocorrer a secreção de uma substância popularmente denominada " leite das bruxas", que termina ao fim de alguns dias ou semanas[4].

Esta secreção parecida com o colostro é a evidência da capacidade secretória do epitélio mamário à estimulação hormonal. Espontaneamente, cessa entre 3 e 4 semanas após o nascimento e a mama acaba por regredir para o pequeno disco mamário da infância, que permanece em repouso até à puberdade (OMS, 1994; Ferris; Reece, 1992).

Na puberdade e sob influência dos estrogénios dos ciclos menstruais que estimulam o crescimento da glândula mamária e a deposição de gordura, a mama aumenta de volume, ocorrendo um crescimento ainda maior durante a gravidez, quando o tecido glandular da mama atinge o seu completo desenvolvimento para a produção de leite (Guyton, 2002).

Por acção hormonal específica da gravidez, as mamas sofrem um crescimento do sistema de ductos e desenvolvimento de lóbulos e alvéolos com diferenciação das células alveolares terminais em unidades secretoras de leite.

Assim, embora as mamas adquiram na puberdade as características necessárias para funcionarem como órgão secretor, apenas na gravidez elas alcançam o seu completo desenvolvimento.

[4] Situação de hiperplasia mamária transitória devido à passagem de hormonas maternas para a corrente sanguínea do recém-nascido através da placenta. Na infância, a mama apenas possui um sistema ductal mínimo (Márquez Ramirez; Ordi Majá, 2003)

Lactogénese:

Na gravidez o desenvolvimento da mama é tão efectivo, ao ponto de esta adquirir a capacidade de sintetizar os constituintes do leite. No entanto, a produção de grandes quantidades é inibida e apenas pequenas quantidades de colostro (composto de células epiteliais descamadas e transudato) podem ser segregados nos últimos dias ou semanas antes do parto (Speroff; Glass; Kase, 1991).

Após a dequitadura[5], o meio hormonal materno altera-se significativamente. A descida abrupta de estrogénios e progesterona da circulação materna após o parto, que ocorre com a expulsão da placenta, cessa a inibição que estas hormonas exerciam sobre a prolactina, que pode agora actuar sobre os alvéolos, estimulando a produção de leite.

Cerca de 3 a 4 dias após o parto inicia-se a produção franca de leite, fenómeno denominado popularmente como subida do leite. Este pode ocorrer na mama de uma forma muito leve (sobretudo em multíparas) e pouco perceptível pela puérpera, porém pode levar a uma situação de desconforto e ingurgitamento mamário, que em situações extremas origina queixas dolorosas de intensidade semelhante ao parto.

O ingurgitamento da mama é devido à congestão vascular e, em menor grau, à retenção de leite, apresentando-se a mama sob tensão, quente, dolorosa e mais pesada. Este quadro pode ainda ser acompanhado de um aumento da temperatura corporal, que habitualmente não ultrapassa os 38º por um período superior a 24 horas (Martín Calama; Díaz Gómez; Lasarte Velillas, 2003; Levy; Bértolo, 2002).

A intensidade da subida do leite não tem qualquer relação com a produção posterior de leite. No entanto, em situações dolorosas de ingurgitamento mamário a dor pode bloquear a resposta hormonal da ocitocina e prolactina, originando uma diminuição temporária da produção de leite (Martín Calama; Díaz Gómez; Lasarte Velillas, 2003).

Galactopoiese:

Este terceiro estágio que representa a manutenção da lactação depende do comportamento alimentar adequado do recém-nascido. Para que a mama continue a produzir leite, é necessário a manutenção de níveis elevados de prolactina, o que é conseguido com a sucção do mamilo.

O esvaziamento da mama, mamadas frequentes e com duração suficiente para manter os níveis das hormonas lactogénicas, são necessários para impedir o aumento da concentração de substâncias que suprimem a lactação (OMS, 1994).

[5] A dequitadura corresponde ao 3º estádio do trabalho de parto. Decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas fetais (Cunningham [*et al.*], 2003).

A amamentação pode continuar por vários anos após o nascimento. No entanto, a velocidade de formação de leite diminui a partir dos 7 a 9 meses após o parto (Guyton, 2002).

Involução:

Neste estágio ocorre o retorno da glândula mamária ao tamanho aproximado do período anterior à gravidez.

Segundo Mepham, citado por Ferris; Reece (1992) este estágio é iniciado após o cessar da amamentação prolongando-se até ao período pós menopausa, quando ocorre a involução senil da mama.

No caso da amamentação cessar, as mamas perdem a capacidade de produzir leite num período igual ou superior a 7 dias (Guyton, 2002).

1.4 - CONTROLO HORMONAL DA LACTAÇÃO

A descida de estrogénios e progesterona após o nascimento desencadeia os mecanismos hormonais responsáveis pela secreção de leite. Dentro de 3 a 4 dias após o parto, os níveis sanguíneos destas hormonas serão suficientemente baixos, permanecendo a prolactina ainda em níveis elevados. Estes eventos hormonais discordantes originam o desbloqueio funcional à produção de leite e o início da secreção láctea[6].

A prolactina, principal hormona envolvida na biossíntese do leite é segregada pela hipófise materna desde a 5ª semana de gravidez, elevando-se progressivamente o seu nível sanguíneo até ao parto, momento em que atinge níveis 10 vezes superiores ao valor normal de uma mulher não grávida.

Após o nascimento ocorre uma descida progressiva na sua secreção. No entanto, sempre que o recém-nascido mama, a prolactina é libertada de forma pulsátil graças a um reflexo neuro-endócrino iniciado nas terminações nervosas do mamilo.

Durante a noite e durante o sono a secreção de prolactina aumenta acentuadamente. Por este motivo é importante manter a produção de leite amamentando nas 24 horas, sem grandes intervalos nocturnos.

A secreção de prolactina cria também uma sensação de calma e relaxamento materno melhorando o descanso da mãe, mesmo que amamente durante a noite (Levy; Bértolo, 2002; Kenner, 2001).

[6] Ausência de lactação nos primeiros 7 dias após o parto pode ser o primeiro sinal do síndrome de Sheehan (hipopituitarismo por enfarto intraparto da hipófise) (Speroff; Glass; Kase, 1991).

A sucção origina também a libertação de ocitocina, hormona considerada na espécie humana imprescindível à lactação. Segregada na hipófise posterior esta hormona provoca a contracção das células mioepiteliais do alvéolo, o que origina a passagem do leite do interior dos alvéolos para o sistema de ductos, e destes para os seios galactóforos com posterior saída pelas aberturas do mamilo.

Cerca de 30 segundos a um minuto após o início da sucção e devido à acção da ocitocina o leite flui pelo mamilo, fenómeno denominado reflexo de ejecção ou " descida do leite", descrito por algumas mulheres como uma sensação de latejar ou sensação de pontadas (Guyton, 2002).

A ocitocina provoca também uma acção benéfica sobre o útero, provocando contracções uterinas pós parto, vulgarmente denominadas "dores tortas" sentidas pela puérpera no início da lactação e que favorecem a involução uterina[7].

Sendo a produção de prolactina mais lenta, pois só cerca de 30 minutos após a mamada a maior parte da prolactina segregada na hipófise se encontra no sangue materno, o bebé mama primeiro o leite que já se encontra na mama e que foi produzido na mamada anterior, originando a sucção do mamilo a produção de leite para a mamada seguinte. A síntese de leite é um processo lento, pelo que não seria possível que se realizasse no decorrer da mamada (Resende, 2002).

A sucção constitui um estímulo fisiológico específico e poderoso para a libertação de leite, mas o reflexo de ejecção não responde apenas a estímulos tácteis, podendo ser originado por estímulos visuais, olfactivos ou auditivos. O choro do bebé, sons ou odores associados ao bebé podem também provocar o reflexo de ejecção ou descida do leite[8] (Cunningham [*et al.*], 2003; Ferris; Reece, 1992; Guyton, 2002; Burrougs, 1995;Speroff,Glass, Kase, 1991; OMS, 1994; Tortajada Martínez; Gironés Soriano, 2003).

Por outro lado, sentimentos negativos podem inibir este reflexo. A falta de confiança da mãe, stress, ansiedade, medo, vergonha, dor ou dúvidas relacionadas com a amamentação podem impedir que o leite seja ejectado nos ductos (Cunningham [*et al.*], 2003;Burrougs,1995; Tortajada Martínez; Gironés Soriano, 2003).

A "descida do leite" é considerada como o fenómeno que marca a mudança do controle endócrino para o controle autócrino da lactação, em que a produção de leite depende da eficiência do esvaziamento da mama. Assim, a remoção de leite na presença de um meio hormonal favorável é o factor que controla a sua produção, correlacionando-

[7] "*Novas pesquisas sobre ocitocina sugerem que ela também seja o hormônio do "vínculo", com importantes consequências para o relacionamento tanto entre parceiros sexuais quanto entre mãe e filho" (*OMS, 1994,p.21*)*

[8] Fenómeno também conhecido como reflexo da ocitocina.

se a quantidade de leite produzido com a quantidade de leite removido (OMS, 1994; Issler, 2003).

Sendo a lactação um processo de uso intensivo de energia, na evolução da espécie humana tornaram-se necessários mecanismos que salvaguardassem a produção excessiva de leite e o seu consequente desperdício (situação de morte fetal), ou um aumento da sua produção em caso de necessidade aumentada (nascimento de gémeos).

A produção de leite pela mama humana obedece assim a um sistema de produção por necessidade, determinado pela "oferta e procura". Quando o leite é removido da mama a sua produção aumenta. Se pelo contrário é deixado muito leite na mama, a sua produção diminui.

Este mecanismo de controlo de produção torna-se também necessário, pelo facto de a mama humana não possuir uma grande capacidade de armazenamento de leite nos seios galactóforos (que funcionam na mama como reservatórios de leite) [9].

1.5 - REFLEXOS INFANTIS RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO

O recém-nascido humano normal e de termo, encontra-se à data do nascimento preparado para iniciar o comportamento alimentar. Chegar ao peito materno e mamar é uma garantia de subsistência.

No recém-nascido humano os movimentos automáticos primitivos chamados reflexos encontram-se presentes ao nascimento, muito embora o desenvolvimento do sistema nervoso se prolongue para além deste momento. Os padrões destes reflexos são muitas vezes reminiscências dos antepassados da espécie humana, sendo programados in útero, numa fase muito primitiva do cérebro (Brazelton; Cramer, 1989).

Durante a gravidez o feto preparou-se deglutindo líquido amniótico e sugando os dedos[10]. Ao nascimento, os reflexos inatos de busca e preensão, sucção e deglutição ajudarão o recém-nascido na procura de alimento.

Nas primeiras horas após o parto como outros mamíferos, o recém-nascido humano seguirá um programa inato de comportamento pré-alimentar: "(…) *arrastar-se do abdómen para o seio da mãe, actividade mão-boca coordenada, procura activa do mamilo concomitante com ampla abertura da boca e, finalmente, fixação firme ao seio e mamada vigorosa antes de dormir* (…)" (OMS, 1994,p.22).

[9] A mama humana é capaz de armazenar leite durante um período máximo de 48 horas antes que a sua produção diminua (Sperrof; Glass; Krase, 1991).
[10] In útero, o feto começa a chuchar no dedo por volta da 15ª semana de gestação (Brazelton; Cramer, 1989)

Segundo Brazelton; Cramer (1989) parecem existir três componentes no acto de mamar: o movimento de enrolar a língua, o movimento de salivar na base posterior da língua e a sucção proveniente da parte superior do esófago. Engolir e respirar têm que ser coordenados e a criança mama de acordo com um padrão mais ou menos regular de impulsos e de pausas.

Após o nascimento e durante 30 minutos o recém-nascido apresenta-se particularmente alerta, podendo sugar avidamente a mão e dedos. Um recém-nascido acordado reage com mais energia à estimulação na zona à volta da boca, sendo este período oportuno para o início do aleitamento materno. Após este período inicial activo, as reacções da criança diminuem, perde o interesse em sugar e adormece (Wong, 1999).

Dificuldades na alimentação podem também ser encontradas em situações de anomalias congénitas, septicemia, icterícia grave ou em situações em que esteja presente lesão cerebral.

Bebés prematuros extremos, de baixo peso ou doentes podem apresentar reflexos fracos ou mesmo ausentes.

Recém nascidos com lábio leporino ou fenda do palato podem também apresentar dificuldades na amamentação, dependendo a sua gravidade da extensão da lesão e da protactilidade da mama (OMS, 1994).

1.6 - COMPOSIÇÃO DO LEITE HUMANO

O leite é a secreção mamária que surge após o parto com a finalidade de alimentar o recém-nascido.

Por um processo activo de síntese, após captação e metabolização dos componentes nutricionais do sangue materno, ocorre a sua formação pela célula alveolar. Neste processo complexo, encontram-se envolvidos quatro mecanismos secretórios: exocitose, síntese e transferência de gordura, secreção de íons e água e transferência de imunoglobulinas (Santonja Lucas; Sanz De Galdeano, 2003).

Em termos nutricionais, o leite apresenta características diferentes segundo as espécies. Nas espécies animais em que existe um contacto intermitente por presença das crias em esconderijos ou ninhos e que os filhos lactentes são alimentados de uma forma intermitente, a composição do leite é rica em gordura e proteínas, podendo as mamadas ser espaçadas por períodos de 2 a 15 horas. Tal não se verifica no leite de espécies que transportam continuamente as suas crias lactentes e que têm com elas um contacto quase permanente, como é o caso da espécie humana. Nestes casos, o leite

apresenta-se pobre em proteínas e gordura, pelo que as mamadas têm de ser mais frequentes (Gomes-Pedro, 1999).

Assim e comparativamente a outros leites, a composição do leite humano exigirá a proximidade mãe-filho, a precocidade da primeira mamada, e mamadas frequentes.

Desde o momento do nascimento, a composição e o volume do leite humano variam numa adaptação perfeita às necessidades nutricionais do recém-nascido e ao seu posterior crescimento.

Modificações detectadas na composição do leite parecem vir de encontro às necessidades variáveis do lactente, cuja velocidade de crescimento diminui com o passar dos meses (Calil; Falcão, 2003).

Após o parto, a secreção inicial da mama é denominada colostro, líquido branco transparente ou de cor amarelo-limão intensa[11] já presente por vezes no último trimestre da gravidez.

Considerado percursor do leite a secreção de colostro persiste durante os primeiros dias do puerpério ocorrendo num período de tempo variável[12] , a sua substituição por leite de transição, que gradualmente assume as características do "leite maduro", por volta da 3ª ou 4ª semana após o parto[13] (Behrman; Kliegman;J enson, 2002).

Comparado com o "leite maduro" o colostro é mais rico em proteínas e minerais e mais pobre em lactose e lípidos (Andrade, 2000;Cunningham [*et al.*], 2000). De aspecto mais viscoso, caracteriza-se ainda por conter resíduos de materiais celulares presentes na glândula mamária e ductos no momento do parto (Calil; Falcão, 2003).

Devido ao seu elevado teor em imunoglobulinas e outros factores de protecção, o colostro pode ser considerado uma prescrição médica da natureza, sendo extremamente importante para o recém-nascido devido à imaturidade do seu sistema imunológico[14]. É interessante salientar que numa situação de gravidez em que a mãe amamenta outra criança, o seu leite passará por uma fase de colostro imediatamente antes e depois do novo nascimento (OMS, 1994).

---

[11] Altos níveis de caroteno são responsáveis pela cor amarela do colostro – esta característica é mais frequente nas multíparas e frequentemente ausente nas primíparas (Ferris; Reece, 1992)

[12] "*A duração do período de colostro não é bem definida existindo grandes variações individuais*" (Calil; Falcão, 2003, p.216)

[13] A secreção de leite ocorre entre as 36 e 72 horas após o parto, podendo no entanto demorar até 7 dias (Martin Calama; Díaz Gómez; Lasarte Velillas, 2003).

[14] "*O colostro é rico em factores de defesa como imunoglobulinas, agentes anti microbianos, substâncias imunomoduladoras, agentes anti inflamatórios, dentre os quais se destacam os factores de crescimento ou tróficos, e ainda os leucócitos*" (Calil; Falcão, 2003, p.215).

Todos os nutrientes estão presentes no leite materno nas quantidades adequadas, com excepção do flúor, ferro e vitaminas D e K[15], podendo haver necessidade de suplementação destes componentes (Berhman; Kliegman; Jenson, 2002; Mahan; Escott-Stump, 1998).

Dado o seu carácter dinâmico, a sua composição varia entre mães e em cada mamada, havendo também pequenas variações na sua composição ao longo da mamada (Issler, 2003).

No início da mamada, o leite apresenta um aspecto acinzentado e aguado, diferente do leite do final da mamada que parece mais branco. O leite inicial é rico em água para acalmar a sede da criança, e o leite final, rico em gordura, fornece mais de metade da energia do leite humano e dá à criança a sensação de saciedade (King, 1991; Roy, 2000; Royal College of Midwife;1994).

O volume de leite materno varia com a frequência das mamadas, a fase de lactação e a capacidade glandular. Só em casos de grande privação nutricional materna o volume de leite é afectado (OMS, 1994).

Quando comparado com o leite de vaca ou com fórmulas[16], o "leite maduro" apresenta um aspecto que parece aguado[17]. Por este facto, muitas mães referem que o seu leite é fraco quando o comparam com outros leites (Silva; Fonseca, 1997; King, 1991).

Devido ao excesso de proteínas e electrólitos e insuficiente quantidade de ferro e vitaminas do leite de vaca quando comparado com o leite materno, os leites artificiais são o resultado de modificações no leite de vaca para reduzir a osmolaridade e a carga de excreção renal (Berhman; Kliegman; Jenson, 2002, Mahan; Escott-Strump, 1998).

No entanto, apesar das transformações realizadas para o tornar semelhante ao leite materno, as diferenças permanecem.

Sendo a composição do leite materno e do leite de vaca qualitativa e quantitativamente diferente, as fórmulas comerciais são maioritariamente[18] produzidas a partir do leite de vaca, devido à relativa facilidade na obtenção de grandes quantidades deste leite.

---

[15] A administração ao nascimento de 1 miligrama de Vitamina K por via intra muscular para profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido é recomendada pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, pós recomendação da Academia Americana de Pediatria (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1995).

[16] Também chamados de leites artificiais.

[17] Inn Habib médico moçárabe do século IX, citado por Silva; Fonseca, (1997,p.22) afirmava " (*…) o leite de vaca é espesso, o de camela fino e de ovelha equilibrado (…) o leite da ovelha é mais espesso que o da cabra, (…) o mais fino dos leites é o das mulheres (…)".*

[18] O leite de vaca constitui a base da maioria das fórmulas lácteas, existindo no entanto outros leites ou substitutos para as crianças que o não toleram (Behrman; Kliegman; Jenson, 2002)

1.7 - IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO

O leite humano apresenta-se como o alimento ideal para a nutrição infantil principalmente nos primeiros meses de vida da criança, mas as suas vantagens ultrapassam a esfera da saúde infantil, porque não é apenas a criança que beneficia com a amamentação, mas também a mãe e a própria sociedade.

Baseado em evidência científica acumulada nos últimos anos são atribuídas vantagens ao leite materno, nomeadamente referentes à saúde infantil a curto, médio e longo prazo.

O leite materno beneficia a criança desde o nascimento, prolongando-se os seus efeitos durante anos após se ter produzido o desmame, pelo que não deverá ser apenas uma alternativa, mas a primeira escolha para a alimentação infantil.

Conhecer os problemas ou prejuízos causados pelo aleitamento artificial e os benefícios do aleitamento materno parece-nos o melhor argumento para que os profissionais implicados na assistência a mães e crianças se envolvam na promoção e no apoio à prática do aleitamento materno.

Actualmente, existe evidência científica suficiente para afirmar que crianças que não usufruíram do leite materno apresentam mais doenças, de maior duração e mais graves quando comparadas com crianças que usufruíram dele.

Parece que a alimentação com fórmulas aumenta o risco de morte súbita do lactente, a mortalidade pós neonatal durante o primeiro ano de vida nos países desenvolvidos e a mortalidade infantil nas crianças menores de 3 anos (Chen; Rogan, 2004).

Lactentes alimentados com fórmulas têm mais processos infecciosos e mais graves, que originam mais hospitalizações, quando comparados com crianças alimentadas exclusivamente com leite materno (López-Alarcón; Villalpando; Fajardo, 1997; Reyes [*et al.*], 1997; Kramer [*et al.*], 2001; Cushing [*et al.*], 1998). Crianças alimentadas com fórmulas apresentam maior nível de risco cardiovascular aos 13 anos e valores mais elevados de tensão arterial na idade adulta (Singhal [*et al.*], 2004; Martin [*et al.*], 2005).

De igual modo crianças de famílias com risco de alergia, quando não amamentadas, parecem desenvolver com mais frequência dermatites atópicas, problemas respiratórios e asma (Gdalevich [*et al.*], 2001; Gdalevich [*et al.*]·, 2001; Hanson [*et al.*], 2003).

Crianças não amamentadas desenvolvem uma resposta imunitária menor a vacinas e têm maior risco de padecer de doença celíaca, doenças auto imunes e doença inflamatória intestinal, diabetes mellitus e alguns tipos de cancro como leucemias ou esclerose múltipla na idade adulta (Hawkes; Neumann; Gibson, 1999; Hanson, 2000; UK Childhood Cancer Study Investigators, 2001, Freudenheim. [*et al.*], 1994).

Face aos benefícios individuais para a saúde infantil, a prática do aleitamento materno acarreta menores custos em saúde e menor absentismo laboral dos pais, dado que as crianças adoecem menos.

No entanto, e ainda que a maioria das crianças beneficie com o aleitamento materno, existem situações em que a sua prática está contra indicada como por exemplo: mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana.

Situações maternas de infecção por hepatite B e hepatite C não são contra indicação absoluta para a amamentação.

Existem ainda situações temporárias de contra-indicação para o aleitamento: mães com doenças infecto-contagiosas como a varicela, herpes com lesões mamárias e mães com tuberculose não tratada ou com medicação imprescindível não compatível com a amamentação.

Nestas últimas situações, a produção de leite deverá ser mantida, efectuando-se a estimulação mamária com extracção de leite que será rejeitado, sendo a criança alimentada neste período com leite artificial administrado com colher ou copo (Levy; Bértolo, 2002).

Segundo Brazelton; Sparrow " *é impossível amamentar um bebé em demasia só com leite materno (…)"*(2006, p.23).

Dados recentes revelam que crianças exclusivamente amamentadas e que se desenvolvem normalmente regulam a sua ingestão de leite, quando comparados com crianças alimentadas com substitutos. Nestas, pode ocorrer um aumento de volume de ingestão para valores iguais ou superiores a 200 ml no mesmo período de tempo (OMS, 1994).

Crianças amamentadas ganham menos peso e são mais magras no final do1º ano de vida apresentando um crescimento diferente das crianças alimentadas com fórmulas.

Ao revelarem-se as anteriores tabelas inadequadas para a avaliação do crescimento em crianças amamentadas, a OMS elaborou novas tabelas (*percentis*) de

crescimento infantil, tendo difundido o novo padrão internacional de crescimento infantil no dia 27 de Abril de 2006[19].

Os benefícios do leite materno não se restringem apenas às crianças, beneficiando também as mães com a amamentação.

Mães que não amamentam têm maior risco de hemorragia uterina pós parto[20] e mais tempo de hemorragia menstrual ao longo da vida dado que a amamentação proporciona longos períodos de amenorreia com importante efeito nas suas reservas férricas (Labbock, 1999).

A amamentação está também associada a uma diminuição da frequência do cancro da mama que surge antes da menopausa. Quanto mais cedo se inicia a lactação e quanto maior a sua duração, maior é a redução do risco de contrair cancro da mama (Newcomb [*et al*], 1994).

Melhor mineralização óssea com diminuição do risco de fracturas pós menopausa e diminuição do risco de cancro do ovário estão também associados à amamentação (Labbock , 1999).

Os níveis elevados de prolactina durante o período de duração da amamentação são responsáveis pela amenorreia e anovulação que ocorrem neste período. Sendo muito variável o tempo de aparecimento do fluxo menstrual após o parto, a primeira ovulação precede em geral a primeira menstruação (Andrade, 2000).

A lactação é assim acompanhada de um efeito anticoncepcional moderado e temporário, dependendo a efectividade anticoncepcional do nível de nutrição materno, da intensidade da sucção e da extensão de alimentos suplementares ao leite materno. Cerca de 40 a 75% das mulheres que amamentam reassumem a função menstrual durante o período de amamentação (Speroff; Glass; Kase, 1991).

Coloca-se assim a necessidade de um método anticoncepcional compatível com a manutenção da amamentação, dado que o uso de anticoncepcionais hormonais orais diminui o volume de leite produzido[21] (Cunningham [*et al.*], 2003; OMS, 1994).

Quando o bebé é exclusiva ou quase exclusivamente amamentado e a mãe permanece amenorreica, o efeito máximo de espaçamento intergestacional é alcançado.

---

[19] As anteriores Tabelas/curvas de crescimento foram construídas a partir de dados provenientes de crianças americanas das décadas de 60 e 70, cuja alimentação predominante tinha sido constituída por fórmulas (Teruya; Coutinho, 2002).
As novas tabelas foram elaboradas com dados de crianças em aleitamento materno exclusivo até pelo menos aos 4 meses e completado até ao ano de vida. Os dados foram recolhidos em seis países: Brasil, Noruega, EUA, Gana, Omã e Índia.

[20] A ocitocina actua sobre as fibras musculares lisas do útero provocando contracções uterinas que auxiliam a rápida e completa involução uterina. Durante a amamentação, a sucção do mamilo pode originar contracções uterinas especialmente dolorosas em multíparas (Tortajada Martínez; Gironés Soriano, 2003).

[21] O uso de contraceptivos orais contendo apenas progesterona – mini-pílula tem sido a escolha para contracepção durante a amamentação porque " *há evidências de que tem efeitos mínimos sobre a produção de leite, o crescimento neonatal e o desenvolvimento inicial"* (Cunningham [*et al.*], 2003, p.470).

Nestas condições, a amamentação proporciona mais de 98% de protecção contra uma gravidez nos primeiros 6 meses após o parto[22].

Em termos demográficos, o aleitamento materno como método contraceptivo pode ter implicações importantes quer nos países industrializados quer nos países em vias de desenvolvimento.

As vantagens do aleitamento materno alargam-se também ao aspecto económico, pois é menos dispendioso alimentar uma criança com o leite da mãe, face aos custos elevados da transformação do leite de vaca em fórmulas para lactentes e crianças (Almeida, 1996).

Os gastos com um recém-nascido alimentado exclusivamente com fórmulas, poderão ser cerca de 15 a 20 vezes superiores ao custo necessário para suplementar a dieta de uma mãe que amamenta exclusivamente nos primeiros 4 meses de vida (Silva; Fonseca, 1997)

A utilização do leite de vaca para alimentação de lactentes e crianças em fórmulas implica também o consumo e desperdício de materiais e de recursos naturais.

O processo de transformação do leite de vaca em fórmulas de alimentação infantil requer elevado consumo de energia (o leite necessita de ser aquecido a temperaturas que rondam os 160º). Produtos como alumínio, papel, plástico, vidro e borracha usados nas latas de fórmulas, biberões e tetinas não são totalmente recicláveis. Gastos de energia e água têm também que ser contabilizados na preparação e esterilização de biberões e utensílios usados na alimentação artificial.

O leite materno é talvez o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem necessitar de embalagem, encontrando-se à temperatura ideal e sempre pronto.

Face ao esgotamento contínuo de recursos naturais não renováveis e os prejuízos causados em cada estágio da produção, distribuição e uso das fórmulas, a amamentação apresenta vantagens ecológicas evidentes e importantes.

Investigação etológica e comportamental recente tem demonstrado que as interacções mãe-cria são reguladoras de múltiplos sistemas fisiológicos e comportamentais nas primeiras fases da vida. Geneticamente os organismos funcionam numa organização simbiótica, em que os seus sistemas biológicos funcionam tanto a níveis endócrinos e neurais como comportamentais, encontrando-se os padrões

[22] Parece-nos interessante salientar que o período de amamentação exclusiva necessário para maximizar a protecção da mãe contra uma nova gravidez seja idêntico ao recomendado para maximizar a protecção da criança contra doenças infecciosas e alérgicas (OMS, 1994).

alimentares de muitos seres vivos relacionados com esta organização (Gomes-Pedro, 1999).

Como exemplo, Gomes-Pedro refere que " *(…) o comportamento do filho induz estádios maternos susceptíveis de provocar uma maior ejecção de leite*" na mãe, fornecendo a amamentação "*(…) evidências biológicas e psicológicas, hoje também conhecidas através da investigação, e que explicam muita da fenomenologia dos primórdios da vinculação"* (1999, p.143).

Para este autor, quando uma mulher amamenta "*(…) está inequivocamente a estimular um reflexo de sucção indispensável ao desencadeamento de uma cascata de mecanismos que geram, em última instância, comportamentos vinculadores*" (1999, p.145), e a efectuar estratégias de estimulação precoce logo nas primeiras mamadas do seu filho.

Segundo Bowlby (1984), os bebés comportam-se de maneira especial em relação aos seres humanos, do mesmo modo que as mães também são propensas a comportar-se de modo especial em relação aos bebés.

Quando a mãe aconchega o bebé ao colo para o amamentar estabelece-se um contacto visual face a face e uma oportunidade de o bebé usar a boca, as mãos e os pés para se agarrar à mãe. De uma forma recíproca inicia-se a interacção entre a mãe e o seu bebé (Bowlby, 1984).

Almeida (1996) salienta a importância do contacto físico, da qualidade e do " timing" das transacções entre mãe e bebé durante a mamada. Para esta autora " *o sucesso do aleitamento materno influencia a auto estima materna e o bem-estar do bebé, proporcionando experiências gratificantes à díade*" (1996, p.24).

Ao proporcionar um momento único de contacto físico íntimo, a amamentação assegura não apenas a sobrevivência da criança, mas contribui para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho.

CAPÍTULO II – ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICA PROFISSIONAL

No aleitamento materno para além de um componente instintivo da parte do recém-nascido e da mãe já abordado anteriormente, há também um importante componente cultural transmitido de geração em geração: a arte feminina de amamentar, legada sabiamente de mães a filhas.

Com a diminuição da prática do aleitamento materno, mães e profissionais de saúde perderam a sua habilidade na arte de amamentar (Royal College of Midwife, 1994) e a História revela-nos, que os serviços de saúde e os seus profissionais também contribuíram para o declínio do aleitamento materno, ao não apoiarem e estimularem as mães a amamentar, ou ao introduzirem rotinas e procedimentos que interferiram com o início e estabelecimento da amamentação (OMS, 1989).

Frequentemente orientados para uma cultura do biberão que pode ser ensinada e supervisionada, os profissionais de saúde não possuem por vezes o conhecimento, a competência e o compromisso com a promoção e apoio ao aleitamento materno.

Ignorando o aspecto negativo que alguns procedimentos possam ter sobre o êxito no início e estabelecimento da amamentação, muitas rotinas e procedimentos hospitalares são aceites pelos profissionais, constituindo verdadeiros obstáculos à protecção da prática do aleitamento materno.

2.1 - ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO

De uma questão de sobrevivência a uma opção, de desejável e ideal, a um fardo a ser evitado, (Pamplona, 2002) o aleitamento materno tem sofrido ao longo dos tempos influências sócios culturais, de moda e de filosofias médicas (Badinter, 1998; Lothrop, 2000; Yalom, 1997) resultando numa variação da sua prática ao longo da história humana.

No início, era apenas o seio e durante séculos não houve substituto para o leite materno.

Num tempo em que a obesidade era uma bênção, pois garantia a sobrevivência e a possibilidade de amamentar mesmo em períodos de fome, os nossos antepassados pré históricos dotaram os seus ídolos femininos de seios enormes, representados em

imagens que surgiram em lugares como Espanha, Europa Central e as estepes da Rússia, isto muito antes do aparecimento da Agricultura (Yalom, 1997).

A arte pré-histórica traduzia assim a importância do seio materno – fonte de alimento da criança, que determinava a vida ou a morte do recém-nascido (Yalom, 1997).

Procriação e lactação eram poderes femininos dignos de veneração e a arte representava esta valorização da figura feminina em estatuetas talhadas em bronze, pedra e barro, que provavelmente representariam deusas da fertilidade, deusas-mães ou deusas aleitadoras (Yalom, 1997; O´Dowd; Philipp, 1995).

2.1.1 - Lactação mercenária – as amas de leite

De pura solidariedade feminina a um negócio, as amas de leite estão presentes ao longo da história humana, sendo conhecida a sua existência desde a Antiguidade.

Segundo O´Down; Philipp (1995) os egípcios recorriam aos serviços de amas de leite na situação de impossibilidade da mãe amamentar, havendo provas da existência de amas de leite também na sociedade grega clássica (Yalom, 1997).

Aristóteles (384 - 322 a. C.) desenvolveu muitas teorias relacionadas com a fecundação e a gravidez (O´Dowd; Philipp, 1995) e dedicou na sua obra *História Animalium* especial atenção aos problemas da lactação e aos métodos para determinar a qualidade do leite da mãe ou da ama (Yalom, 1997).

Sorano de Éféso (98-138 d. C), o médico ginecologista mais famoso de Roma, defendia mesmo os serviços de uma ama de leite após o parto, para que a mãe recuperasse do esforço dispendido e aconselhava uma vigilância apertada da conduta da ama de leite (O´Dowd; Philipp, 1995; Yalom, 1997).

Na Roma imperial o uso de amas de leite era frequente, encontrando-se o aleitamento materno nos lares romanos mais abastados em declínio ao ponto de alguns filósofos romanos como Plínio e Tácito aconselharem as mulheres a dirigirem o olhar para o passado, em que " *cada criança era criada, não no quarto de uma ama que tinha sido comprada, mas sim no seio e abraço da mãe* " (Yalom, 1997, p.41), sugerindo estas palavras o uso mercenário de amas de leite.

A utilização mercenária de amas foi uma prática muito antiga em França, tendo surgido o primeiro centro de amas de Paris, no séc. XIII (Badinter, 1998).

Fenómeno praticamente exclusivo das classes aristocráticas até ao fim do séc. XVI, a amamentação mercenária acabou por se estender a outras classes sociais.

No séc. XVII a entrega das crianças ás amas conquistou a burguesia e a partir do séc. XVIII esta prática alargou-se às classes populares, ocorrendo mesmo uma escassez de oferta de amas face à desejada procura, dada a generalização do fenómeno (Badinter, 1998; Yalom, 1997).

Os meios financeiros da família determinavam a contratação da ama para o domicílio familiar ou o envio da criança para o domicílio da ama. As crianças da nobreza e da alta burguesia eram alimentadas por amas de leite contratadas para o próprio domicílio familiar e escolhidas cuidadosamente, por vezes com auxílio médico[23]. Às crianças de origem social modesta restava o envio para uma ama de leite, sendo a distância entre a casa familiar e o domicílio da ama determinada pelas posses da família (Badinter, 1998).

Vários argumentos estiveram na origem da prática da amamentação mercenária na alta sociedade e na recusa das mulheres em amamentar os seus filhos.

No início do séc. XIV, o uso de roupa interior e de roupa exterior mais apertada passou a estar na moda, sendo abandonadas as largas túnicas usadas até então por ambos os sexos. A roupa feminina com grandes decotes tornou visíveis os seios e, os espartilhos que se tornaram moda no séc. XV também colaboraram para a crescente erotização do seio feminino.

O culto do seio como símbolo de beleza feminina foi responsável pela transição do ideal do seio sagrado associado à maternidade, para o do seio erotizado. Arte e literatura revelaram a crescente importância concedida ao potencial erótico do seio feminino que obscureceu a sua função maternal.

Obcecadas com a sua aparência, as mulheres abastadas recusaram amamentar, crentes que a amamentação deformava o peito, pois segundo Yalom (1997, p. 91), seriam "*subservientes em relação ao ideal erotizado de um colo juvenil*". Para estas mães, a criança de leite impossibilitava a vida social que valorizavam e desfrutavam dada a sua condição. Receber e visitar, ir à ópera ou à comédia ou mesmo exibir um vestido novo eram prazeres que os próprios médicos reconheciam ser motivos válidos para elas se libertarem do seu papel de mãe.

A amamentação era considerada pouco nobre, e mesmo ridícula e repulsiva para uma senhora de boa condição (Badinter, 1998). Segundo esta autora *"(…) nada é menos*

[23] Ambroise Paré (1509-1590) o médico francês mais famoso da sua época escreveu num capítulo intitulado" Dos seios e do peito da ama de leite", considerações para a escolha da ama de leite, que incluíam as qualidades do seu peito. Louise Bourgeoise, parteira publicou em 1609 o primeiro livro francês sobre Obstetrícia, cujo conteúdo também contém conselhos para a escolha da ama de leite (Badinter, 1998).

chic, segundo o ideal mundano da época, do que parecer gostar excessivamente dos filhos e alienar o seu precioso tempo com eles (…) " (1998, p.95).

Estas mães abastadas ou ricas ao entregarem as suas crianças ao cuidado de uma ama acabariam por ser copiadas por outras mães de classe social inferior na procura de distinção social, sendo a recusa da amamentação *símbolo* de um estatuto social (Yalom, 1997).

Médicos e moralistas da época acabaram também por contribuir para esta recusa do aleitamento materno, pois consideravam incompatível a amamentação com a actividade sexual do casal (Yalom, 1997; Badinter, 1998).

Os próprios maridos foram também responsáveis pela recusa das mulheres em amamentar ao favorecer a contratação de uma ama de leite, pois para além de não lhes agradar a visão da esposa a amamentar, consideravam a amamentação limitativa dos seus prazeres (Badinter, 1998).

Numa época em que a mortalidade infantil era elevada, esperava-se que as mulheres de classe mais abastada dessem à luz o maior número de filhos com vista a garantir um herdeiro para os títulos e propriedades familiares. Nestas famílias, os filhos representavam uma outra forma de riqueza, sendo a amamentação desencorajada dado que era conhecido o seu efeito contraceptivo[24].

Tendo-se iniciado em França, este fenómeno de utilização mercenária de amas alargou-se a outros países da Europa nomeadamente Alemanha e Inglaterra, com excepções de países como a Holanda e Suécia, onde a amamentação mercenária foi pouco praticada (Yalom, 1997; Badinter, 1998).

Esta realidade porém, viria a alterar-se a partir do séc. XVIII ocorrendo o que Badinter (1998) classifica como uma espécie de revolução de mentalidades, em que a imagem da mãe, do seu papel e da sua importância se transformaram. Um novo discurso valorizava o seio maternal em detrimento do seio da ama de leite considerado nas palavras da autora "corrupto" ou "poluente".

As elevadas taxas de mortalidade infantil associadas às amas de leite[25] e argumentos (sem fundamento científico[26]) associados ao aleitamento por amas fizeram

[24] "*Dado o efeito contraceptivo da lactação, o aleitamento generalizado pode ter constituído uma forma de controlo da população de massas na Europa pré-industrial*" (Yalom, 1997, p. 90).

[25] Segundo Badinter (1998) o período de permanência em casa da ama seria em média de quatro anos, sendo as crianças desmamadas entre os quinze, dezoito ou vinte meses. As crianças permaneciam ainda na casa da ama durante um período de transição alimentar até aos três, quatro ou cinco anos, após o qual regressavam ao domicílio familiar. Durante o longo período de permanência na casa da ama as crianças eram alimentadas com misturas de água e pão que as amas mastigavam antes de dar à criança, castanhas esmagadas, trufa ou pão macerado num vinho fraco e ácido, alimentação inapropriada, da qual resultava por vezes a morte da criança.

[26] Segundo Badinter (1998), antes do séc. XVIII o principal argumento usado contra as amas de leite advinha da crença de que o lactente absorvia com o leite a personalidade e o carácter, bem como defeitos físicos e doenças da ama.

com que moralistas, filósofos, médicos e cientistas iniciassem por toda a Europa um movimento de defesa do aleitamento materno contra o uso das amas de leite.

Em França o filósofo Jean-Jacques Rousseau (1712 - 1778) liderou esse movimento, defendendo na sua obra *Émilie* o aleitamento materno, e a tese de que este unia mães e filhos.

As elevadas taxas de mortalidade infantil existentes em França, fizeram temer que a nação estaria a despovoar-se e a atenção à natalidade tornou-se também preocupação dos seus responsáveis políticos[27].

Leis e ajudas económicas foram concedidas pelo Estado Francês a famílias indigentes no caso de estas amamentarem os seus filhos e na Alemanha uma lei de 1794 exigia mesmo que todas as mulheres saudáveis amamentassem os seus filhos.

Em Inglaterra o médico William Cadogan na sua obra *Ensaio sobre o aleitamento* (1748), defendia a sua prática considerando-o dever da mulher e fonte de prazer, atribuindo ao pai a função de zelar para que este fosse cumprido (Badinter, 1998).

Os espartilhos que passaram a estar na moda no séc. XV foram no séc. XVIII responsabilizados pela classe médica pela deformação do corpo feminino e trocados por roupas que facilitavam a amamentação. Amamentar tornou-se um dever da mulher para com a família e para com o Estado, assumindo no final do séc. XVIII o aspecto de um culto (Badinter, 1998).

2.1.2 - Uso de leite de animais na alimentação infantil

O uso de leite de animais para a alimentação de lactentes é conhecido desde a Antiguidade (O´Dowd; Philipp, 1995).

Indícios de alimentação de crianças com a utilização de utensílios semelhantes a biberões datam de 888 a.C nas ruínas de um antigo palácio do antigo Egipto (Teruya, Coutinho, 2002).

A célebre lenda da criação da cidade de Roma alude à amamentação por uma loba dos gémeos Rómulo e Remo.

Leite de jumenta, cabra ou vaca foram usados na alimentação infantil diluídos em água e adoçados[28]. No entanto, dadas as elevadas taxas de mortalidade infantil[29]

[27] A criança " ganha um valor mercantil …" e passa a ser " uma riqueza económica potencial", sendo o novo imperativo a sua sobrevivência, pois toda a perda humana é considerada uma carência que o estado deve suprimir (Badinter, 1998, p.151).

[28] Em 1895 em Londres, 80% do leite de vaca usado na alimentação infantil tinha sido diluído com água, frequentemente contaminada. Para disfarçar a sua diluição usavam chá e adicionavam ácido bórico para a sua conservação.

associadas ao uso de leite de animais, até ao final do séc. XIX, em situações de impossibilidade materna, o leite materno manteve-se insubstituível na alimentação de lactentes[30].

Com a pasteurização, o leite de vaca engarrafado tornou-se mais seguro e uma indústria química cada vez mais preparada cientificamente iniciou o caminho do processamento do leite de vaca para o seu uso na alimentação infantil.

Uma indústria láctea agressiva rapidamente conquistou as mães e os profissionais de saúde. Estava-se agora perante a possibilidade de alimentar uma criança com um leite adaptado, vendido como equivalente ao leite humano.

Com a comercialização dos leites artificiais a alimentação infantil inicialmente reservada à classe médica abriu-se a um mercado cada vez mais disputado e deu origem a uma nova ideologia dominante: o artificial é melhor que o natural.

2.1.3 - Declínio do aleitamento materno

Mudanças sociológicas ocorridas na era moderna da sociedade industrial ao longo dos sécs. XIX e XX, contribuíram juntamente com o desenvolvimento da indústria láctea para o declínio da prática do aleitamento materno.

Durante séculos a assistência ao nascimento foi exclusivamente feminina, dada por mulheres a outras mulheres, num misto de solidariedade feminina e de assistência especializada.

Esta ajuda poderia ser dada por mulheres próximas da parturiente, familiares ou amigas ou por mulheres reconhecidamente portadoras de um conhecimento de experiência feito e que transmitiam oralmente o seu saber de geração em geração (Barbaut, 1990).

Após o séc. XIX, com o higienismo de Pasteur a medicina tornou-se uma nova religião e a puericultura como arte de criar cientificamente os bebés estabeleceu regras, saberes e dogmas (Abdelmalek; Gérard, 1999) e o aleitamento materno deixou de ser um saber apenas das mulheres.

As taxas de mortalidade infantil eram paralelas à incidência de alimentação infantil. Dois terços das mortes infantis eram devidos à cólera infantil (Ruiz Ferrón [*et al.*], 2003).

[29]No séc. XIX, a mortalidade infantil com o uso de fórmulas semi-líquidas (leite bovino diluído) na alimentação de lactentes atingia valores entre os 50 e os 100% (Badinter, 1998).

[30]Embora a domesticação de animais como a cabra e a vaca remonte a 5000 anos AC, o aproveitamento do seu leite não foi durante séculos alternativa ao leite humano (Alves; Almeida, 1992)

Com o ingresso da parturiente no hospital, instituição habitualmente conotada com doença, o trabalho de parto e o parto deixaram de ser acontecimentos normais e fisiológicos para se tornarem acontecimentos que necessitam de tratamento.

O parto transferiu-se da casa para o hospital, a família foi afastada do acontecimento e a assistência passou a ser dada por pessoal qualificado com reconhecida formação. A arte transformou-se em ciência e em 1892 surgiu aquela que foi possivelmente a primeira instituição de assistência pré natal (O´Dowd; Philipp, 1995).

De um processo natural, a gravidez transformou-se num processo médico, tendo as mulheres ficado dependentes da ciência e da tecnologia e entregues aos cuidados de profissionais de saúde e a uma nova ideologia que exaltava o progresso e a tecnologia.

Um dos paradigmas dominantes desta ideologia era o aleitamento artificial. A profissão médica procurou tornar esta nova forma de alimentação das crianças " científica" e segura, e a composição e preparação de biberões tornou-se motivo de interesse da classe médica.

Normas relacionadas com a frequência das mamadas foram inventadas e estabelecidas para prevenir problemas da amamentação e cada vez mais as mulheres se confrontaram com elas à medida que a assistência ao nascimento ocorria em meio hospitalar (Royal College of Midwife, 1994).

A amamentação passou a ser considerada um processo traumático, porque se acreditava que a criança chupava o mamilo como se de uma tetina se tratasse, e as mães foram aconselhadas a limitar a duração das mamadas. Erradamente, também os transtornos digestivos eram atribuídos à crença da sobrealimentação das crianças amamentadas.

Com a industrialização e a incorporação massiva da mulher no mundo do trabalho, amamentar passou a ser um problema e o biberão libertador surgiu como a receita eficaz para conciliar trabalho e cuidado infantil.

Também os pensamentos feministas com recusa do aleitamento materno contribuíram para que a cultura da amamentação desse lugar à cultura do biberão.

Com a mobilização de populações de zonas rurais para zonas urbanas e com a perda da família alargada, as mães encontraram-se perante uma nova realidade: ausência de suporte familiar, aliada a um desconhecimento da arte de amamentar.

Passada de geração em geração, a arte de amamentar começou lentamente a perder-se e os próprios profissionais de saúde crentes nos benefícios da maternidade científica impuseram regras e rotinas que dificultaram a prática do aleitamento materno:

adiamento da primeira mamada, horários fixos, proibição de mamadas nocturnas, separação de mães e bebés e oferta de biberões de leite artificial como suplemento da amamentação (Lothrop, 2000; Almeida, 1996; OMS, 1989).

Com a promoção e a prática de uma alimentação infantil de horário rígido que indicava a pausa entre tomas de biberões, o campo do aleitamento materno foi invadido por uma nova tendência, o controle do tempo de duração das mamadas e do intervalo entre estas. Enfatizadas pela indústria produtora de leites, regras da alimentação artificial invadiram o campo do aleitamento materno.

Formados na tradição científica ávida de medição e controle precisos os próprios profissionais de saúde renderam-se às supostas vantagens do aleitamento artificial, e tomaram como válidas as recomendações da indústria produtora de substitutos do leite materno. Com o aleitamento artificial era possível pesar, medir e calcular algo que até ao momento estava dependente da intuição materna. O biberão permitia agora controlar a quantidade de alimento fornecido à criança (Lothrop, 2000).

O conceito de quantidade, desconhecido pelas mães que amamentavam transformou-se na regra para a preparação de biberões e introduziu um novo motivo de preocupação para mães e profissionais de saúde: a síndrome de hipogaláctia[31]. Face à insegurança exigiam-se soluções rápidas e eficazes que afastassem a responsabilidade das mães e dos próprios profissionais de saúde e o biberão tornou-se o objecto desejado.

No início do séc. XX, a espécie humana alterou a sua forma de alimentação inicial com leite materno e passou a ser alimentada com leite modificado de uma outra espécie. Iniciou-se assim o que foi já referido como a experiência não controlada de maiores dimensões alguma vez realizada (Santonja Lucas; Sanz Galdeano, 2003).

O leite materno não era mais essencial à sobrevivência da criança e a prática do aleitamento materno entrou em declínio. Em todo o mundo, mais de uma geração de mulheres não amamentou os seus filhos interrompendo-se a transmissão de conhecimentos inter geracional, perdendo-se toda uma cultura de amamentação.

2.2 - AMAMENTAR: ATÉ QUANDO?

Segundo dados da OMS (2002) em todo o Mundo apenas 35% dos lactentes são alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida, iniciando-se a alimentação complementar demasiado cedo ou demasiado tarde.

[31]Nos países industrializados, mais de 40% das mães experimentam a síndrome de hipogaláctia colectiva, embora em apenas 5% das mulheres a lactação possa falhar. Na sua origem encontram-se factores socioculturais, pressão publicitária e erros de técnica (Martín Calama; Díaz Gómez; Lasarte Velillas, 2003).

Práticas adequadas de alimentação revelam-se fundamentais para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição de lactentes e crianças. Compreende-se assim, que para a OMS o apoio ao aleitamento materno constitua uma recomendação mundial de saúde pública e uma das quatro estratégias mais importantes para o aumento da sobrevivência de lactentes e crianças.

Todos os dias, 40 mil crianças morrem nos países em desenvolvimento vítimas de má nutrição e de doenças dela resultantes, sendo a mortalidade de recém nascidos não amamentados cerca de cinco vezes maior, do que a de crianças que receberam colostro e leite materno (Teruya; Coutinho, 2002).

O período compreendido desde a concepção até ao final do primeiro ano de vida, é caracterizado por um rápido crescimento, não mais igualado durante a vida humana sendo que, neste período, as necessidades nutricionais são quantitativa e qualitativamente diferentes das de outros períodos etários[32] (OMS, 1989).

Pequenos défices regulares no início da infância podem causar nas crianças deficits de peso e altura, sendo os primeiros 6 meses de vida o período em que os lactentes correm maior risco de atraso de crescimento por ingestão calórica restrita[33] (Lissauer; Clayden, 2003).

A vulnerabilidade nutricional da criança devido às baixas reservas de gordura e proteína ao nascimento (acentuada no caso dos pré termos) e as necessidades nutricionais exigidas para o crescimento e desenvolvimento neuronal, colocam a questão do alimento adequado para este período da vida humana.

Nos primeiros 4 a 6 meses de vida, a criança normal encontra-se num estágio de desenvolvimento funcional, que lhe permite aceitar uma dieta essencialmente líquida. Quando são oferecidos outros alimentos à criança estes são habitualmente regurgitados (sobretudo antes dos 4 meses)[34] (OMS, 1989).

Segundo a OMS (1989), antes dos 4 meses e face à qualidade nutricional do leite materno, a ingestão de outro alimento para além deste é desnecessário e potencialmente prejudicial. Entre os 4 e os 6 meses, as necessidades de energia da criança são atendidas com o leite materno, com excepção dos bebés de muito baixo peso ao nascer, que podem necessitar de suplemento de ferro e das crianças amamentadas por mães

[32] No 1º mês de vida a necessidade de energia e nutrientes é o triplo da de um adulto por kg de peso (OMS, 1989).
Aos 4 meses, 30% da energia de uma criança é usada para o crescimento em comparação com os 5% ao ano de idade e os 2% aos três anos (Lissauer; Clayden, 1998).

[33] Crescimento e nutrição estão intimamente relacionados reflectindo a estatura média de uma população, o seu estado nutricional (Lissauer; Clayden, 1998). Segundo a OMS (2006) as diferenças no crescimento infantil dependem mais da nutrição, das práticas alimentares, do meio ambiente e da atenção sanitária do que dos factores genéticos ou éticos.

[34] Ao nascimento os reflexos implicados na amamentação condicionam o recém-nascido à alimentação líquida. Entre os 4 e os 6 meses o reflexo de extrusão desaparece e a criança consegue engolir alimentos semisólidos (OMS, 1989).

com deficiências específicas de vitaminas e minerais em que o leite materno pode apresentar valores baixos destes nutrientes.

A importância da exclusividade do leite materno é um facto relativamente recente na saúde infantil, pois apenas na década de 80 se tornou evidente que o suplemento precoce do leite materno com água, chás e alimentos à base de água, leite ou cereais podia trazer prejuízos à saúde da criança (Giugliani, 2002).

Em 1991 face à crescente consciencialização da importância da amamentação exclusiva, a OMS estabeleceu categorias bem definidas de aleitamento materno[35]:

- Amamentação exclusiva/Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas leite do peito, directamente da mãe ou de uma ama de leite ou leite materno previamente extraído e mais nenhum líquido ou sólido com excepção de comprimidos ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.
- Amamentação predominante/Aleitamento materno predominante: a fonte predominante de alimentação da criança é o leite materno, podendo a criança receber água ou bebidas à base de água (água açucarada, chás ou infusões), sumos de frutas, soluções salinas para rehidratação oral, comprimidos e vitaminas em forma de xaropes, minerais e medicamentos e fluidos rituais (em quantidades limitadas). Nesta categoria com excepção do sumo de fruta ou água açucarada, nenhum fluido alimentar é permitido nesta definição.

Em 2000, e perante a necessidade de ser estabelecido um consenso, a OMS procedeu à revisão e avaliação sistemática da literatura científica publicada sobre o tema, tendo publicado em 2001 as conclusões e recomendações da reunião consultiva de especialistas.

Segundo a OMS (2002), desde o nascimento o aleitamento materno exclusivo pode ser praticado, com excepção de algumas situações médicas, e em condições normais satisfaz as necessidades de energia da criança nos primeiros 6 meses de vida, atingindo as crianças com esta alimentação um crescimento, desenvolvimento e saúde óptimos.

Assim, o apoio ao aleitamento materno exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública, encontrando-se os estados membros desta organização sujeitos ao seu cumprimento.

A partir dos 6 meses e face às necessidades nutricionais que a sua evolução requer, as crianças devem receber alimentos complementares adequados e inócuos do

[35] OMS - Indicators for assessing breastfeeding practices

ponto de vista nutricional, sem abandono do aleitamento materno até ao segundo ano de vida ou mais.

Sendo a disponibilidade de alimentos alternativos ao leite materno nos países industrializados e nos países em desenvolvimento consideravelmente diferente face à vulnerabilidade dos lactentes durante o período de transição em que se inicia a alimentação complementar, o prolongamento do aleitamento materno é nos países em desenvolvimento, importante factor de aumento de sobrevivência infantil.

Organizações como a American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists e American Dietetic Association recomendam a amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até ao ano ou mais.

Em Portugal, o Ministério da Saúde no documento *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010*, refere que " *será dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais*" visando a melhoria dos indicadores do período perinatal (2004, p.16).

O documento *Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para todos*, define um período de 6 meses de duração do aleitamento materno como meta prioritária para 2010[36].

Promover o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida é referido como intervenção de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros na área de Saúde da criança e do adolescente, referindo esta organização como indicador – número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2004). No mesmo documento, é referida a amamentação como foco de atenção da enfermagem.

O compromisso mundial de assegurar uma nutrição adequada do lactente e da criança pequena implica segundo a OMS (2002), a necessidade de todos os serviços de saúde protegerem, fomentarem e apoiarem o aleitamento materno exclusivo e uma alimentação complementar oportuna e adequada sem interrupção do aleitamento materno.

Para a mesma organização é necessário a existência de indicadores de resultados quantificáveis, que permitam uma vigilância e uma avaliação precisas das medidas adoptadas, e uma resposta rápida às necessidades que foram identificadas.

[36] No referido documento a meta para 2010 na amamentação é uma taxa superior a 50% de crianças, com idade igual ou inferior a 6 anos amamentadas pelo menos durante 24 semanas.

Depreende-se, assim, a importância de dados que traduzam o resultado das medidas implementadas em prol da promoção e apoio ao aleitamento materno.

2.3 - POLÍTICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO

Em 1974, a 27ª Assembleia Mundial de saúde alertou para a descida do aleitamento materno em muitos países do mundo[37], recomendando a adopção de medidas correctoras e relacionando esta situação com a promoção indiscriminada de leites artificiais.

A 31ª Assembleia Mundial de Saúde voltou a recomendar em 1978 a regulação da promoção destes produtos e, em 1979 realizou-se uma reunião conjunta da OMS e UNICEF sobre Alimentação do lactente e criança pequena, tendo sido finalmente aprovado em 1981 o *Código internacional de marketing para os substitutos do leite materno*[38].

Desde a Declaração de Alma Ata em 1978 patrocinada pela OMS/UNICEF, o aleitamento materno é considerado uma acção básica de saúde, constituindo a sua promoção, protecção e apoio principalmente nos países em desenvolvimento uma estratégia para a sobrevivência infantil, dado que pode salvar crianças (Teruya; Coutinho, 2002).

Em 1989 a OMS e a UNICEF lançaram uma declaração conjunta sobre o papel especial dos serviços de saúde na protecção e promoção do aleitamento intitulada " *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno- infantis".*

Para estas organizações " (…) *as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação"* (1989, p.4), pelo que cabe aos profissionais de saúde dos serviços materno infantis liderar um processo para manter ou restabelecer se necessário, uma cultura do aleitamento materno.

Representantes de 40 países e várias organizações entre as quais se encontravam a OMS e UNICEF firmaram em Florença em 1990 a Declaração de

[37] Nos países industrializados da Europa Ocidental e na América do Norte, o aleitamento materno começou a declinar nos anos 40, continuando a sua prática a diminuir nas décadas seguintes e apenas no início dos anos 70 se começou a inverter esta tendência (Rodríguez Garcia; Schaefer, 1992).

[38] O Código Internacional de marketing para os substitutos do aleitamento materno foi aprovado em 1981 pela Assembleia Mundial de Saúde com 118 votos a favor e 1 contra (EUA), tendo sido adoptado pelo ordenamento jurídico português em 1999 através do Decreto-lei nº 220/99 de 16 de Junho.

INNOCENTI. Esta declaração contém metas operacionais, que veiculam os estados membros a:

- Reforçar a cultura da amamentação;
- Aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar;
- Eliminar os obstáculos à amamentação no sistema de saúde, no local de trabalho e na própria comunidade.

Na Declaração de INOCCENTI encontram-se relatados os 10 passos/medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno, conhecidos como as dez medidas para um aleitamento materno com sucesso:

1. Ter uma política escrita de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a lactação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Em 1991, a OMS e a UNICEF, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância lançaram um programa mundial intitulado iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, a ser implementada nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e

recém-nascidos (Serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e Centros de Saúde), cujos objectivos específicos são a promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.

Em Maio de 1992 foi criada em Portugal a *Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.* Entre as diversas actividades realizadas incluem-se a divulgação das dez medidas nos estabelecimentos de saúde com maternidade, a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades do Continente e da Madeira, e a edição e divulgação de um *Manual de aleitamento materno.*

Desde o início da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés em 1991, em todo o mundo foram atribuídos mais de 15 000 certificados[39] num total de 134 países.

Em Portugal, e embora vários hospitais e maternidades se tenham candidatado a Hospital Amigo dos Bebés, apenas dois hospitais receberam o certificado: Hospital Garcia da Horta em Almada, que possui este certificado desde 2005 e Maternidade Bissaia Barreto em Coimbra cujo certificado foi concedido em Junho de 2007.

Ao longo dos últimos anos, a legislação de protecção da maternidade e paternidade em Portugal, tem sofrido sucessivas alterações do seu quadro legal. Desde a publicação em 1984 do diploma legal que constitui um marco da legislação portuguesa – a Lei nº 4/84 de 5 de Abril, que estabelece os direitos da maternidade e paternidade, este diploma tem sido objecto de sucessivas alterações que visam a adaptação da legislação às novas realidades sociais.

Face ao contexto social de vida da mulher, que em muitas situações a obriga a introduzir alimentação diversificada para retornar à sua actividade profissional após o parto, a legislação revela-se deveras importante, assegurando plenos direitos às mulheres que amamentam.

A realidade legal portuguesa, pela imperiosidade de quem trabalha obriga à interrupção do aleitamento materno exclusivo cerca de 2 meses antes da duração preconizada pela OMS para a sua duração.

Actualmente, a duração da licença de maternidade na legislação portuguesa é de 120 dias[40], concedendo à mulher trabalhadora o direito à dispensa parcial de trabalho

[39] Esta acreditação é concedida a hospitais que cumprem de forma consistente e sustentada as dez medidas consideradas indispensáveis para apoiar o aleitamento materno. Após avaliação o processo de certificação é actualmente assegurado por especialistas credenciados pela OMS e UNICEF, usando critérios globais que podem ser aplicados aos cuidados de maternidade em todos os países.

[40] Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 35º, nº 1 – " *A mulher trabalhadora tem direito a uma licença de maternidade de 120 dias consecutivos, 90 dos quais necessariamente a seguir ao parto, podendo os restantes ser gozados, total ou parcialmente, antes ou depois do parto".*
A Lei nº35/2004 de 29 de Julho veio consagrar a possibilidade de ser alargado para 150 dias o período de licença por maternidade e paternidade por opção do trabalhador (artigo nº68).

para a amamentação[41]. A mulher trabalhadora que amamenta pode ser dispensada de trabalho nocturno[42] e tem ainda direito a especiais condições de trabalho[43]. O despedimento da mulher trabalhadora que amamenta presume-se feito sem justa causa[44].

Desde 1992, é celebrada anualmente de 1 a 7 de Agosto a semana Mundial do aleitamento materno, iniciativa da World Alliance for Breastfeeding, com o apoio da UNICEF, OMS e FAO, iniciativa que envolve mais de 120 países.

2.4 - ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO:

As inúmeras vantagens do aleitamento materno já mencionadas anteriormente, não têm contudo tido correspondência na adesão à sua prática a nível mundial (OMS, 2002).

Embora alguns países apresentem taxas elevadas de aleitamento materno ao nascimento[45]; aos 3 meses de idade o número de crianças que continuam a ter aleitamento materno exclusivo desce dramaticamente.

Em Portugal, os estudos efectuados sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (Levy; Bértolo, 2002).

Portugal não possui um sistema oficial de registo/monitorização da adesão ao aleitamento materno a nível nacional, pelo que os dados existentes resultam do Inquérito Nacional de Saúde e de estudos parcelares realizados em diferentes regiões do país.

Embora os resultados se apresentem variáveis conforme os autores, estudos das últimas décadas (1990 e 2000) sugerem que a maioria das mães decide amamentar, verificando-se elevadas percentagens de aleitamento materno à saída da maternidade.[46]

---

[41] Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 39º, nº 1 º *A mãe que, comprovadamente, amamente o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante todo o tempo que durar a amamentação.*
Artigo 73º, nº 3 – " *A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de 1 hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador".*
Artigo 73º,nº 4 – " *No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa referida no nº anterior é acrescida de mais 30 minutos por cada gemelar além do primeiro*".

[42] Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 47º, nº 1 *A trabalhadora é dispensada de prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte: c – Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for apresentado atestado médico que certifique que tal é necessário para a sua saúde ou para a da criança.*

[43] Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 49 nº 1 – *A trabalhadora grávida, puérpera ou lactente tem direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, de modo a evitar a exposição a riscos para a sua segurança e saúde, nos termos dos números seguintes.*

[44] Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 51º, nº 1º *despedimento da trabalhadora grávida, puérpera ou lactente carece sempre de parecer prévio da entidade que tenha competência na área da igualdade de oportunidade entre homens e mulheres.*

[45] Uma revisão de 2002 que agrupou países com diferentes níveis de seguimento de LM, mostrou que as taxas mais altas de início de aleitamento materno (91-99%) se agrupavam na península escandinava e este da Europa – Rússia, Finlândia, Noruega, Suécia, Dinamarca, Roménia, Polónia, Japão, Turquia, Suíça e Luxemburgo. As taxas mais baixas (34-62%) encontravam-se na América do Norte e noroeste europeu – USA, Grã-bretanha, Holanda e França (Ruiz Ferrón [*et al.*], 2003).

Os mesmos estudos revelam contudo uma queda acentuada da sua prática nos primeiros meses de vida do lactente, com valores que embora variáveis de estudo para estudo, estão longe dos preconizados pelo Ministério da Saúde e por organizações internacionais, para a duração do aleitamento materno.

Situando-se no contraponto da natureza e da cultura as baixas taxas de aleitamento materno apresentam-se como um problema de saúde pública, devendo os profissionais de saúde assumir um importante papel no resgate desta cultura perdida de amamentação, trabalhando activamente na sua recuperação, assumindo uma causa que é de todos: a promoção e apoio do aleitamento materno.

2.5 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO

Decidir amamentar é o resultado de uma longa socialização materna, sendo ainda hoje parcialmente compreendidos os factores envolvidos nesta decisão, frequentemente tomada antes da gravidez (Almeida, 1996).

Segundo Almeida (1996, p.40) " *acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno"*, sendo particularmente importante o apoio dado no período pós parto.

Para esta autora (1996, p.72) " *os profissionais de saúde poderão ter um papel decisivo no sucesso da amamentação proporcionando as condições ideais para o início da lactação"* sendo o suporte durante a amamentação indispensável para o sucesso do aleitamento materno.

Na sociedade actual, com a perda da família alargada a mulher não tem a oportunidade de acompanhar a gravidez, o parto e as experiências de amamentação de outras mulheres (Pamplona, 2002; Issler, 2003).

Embora actualmente as mulheres se apresentem mais cultas e conhecedoras da teoria, na prática revelam-se inexperientes (Díaz Gómez, 1997).

Por outro lado, numa sociedade onde os valores predominantes são o hedonismo, o cómodo, o rápido e o fácil, o aleitamento materno pode apresentar-se como uma decisão que exige dedicação, gratificação não imediata e mesmo algum sacrifício por parte da mãe (Ruiz Ferrón [*et al.*], 2003).

[46] (Pinto; Pereira; Martins, 1995; Albuquerque [*et al.*], 1996; Costa [*et al.],* 1997; Rocha, Gomes, 1998; Lopes, Alves [*et al.],* 1999; Oliveira; Valente; 1999; Figueiredo, 2001; ONSA, 2003; Marques, 2004; Batalha, 2004; Coutinho; Leal, 2005; Galvão, 2005; Sarafana [*et al.],* 2006).

Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática, e nem sempre é fácil o seu início. Atraso na subida do leite, dor por ingurgitamento da mama, mamilos gretados, são situações com as quais a mãe se pode debater.

Face às dificuldades, assolada por dúvidas, insegura na sua capacidade de amamentar e com medo de prejudicar o seu filho, a mãe necessita de soluções seguras e imediatas e o biberão de ajuda surge para a mãe e familiares próximos como a solução eficaz, que assegura a nutrição infantil e descarrega a mãe de responsabilidades (Martín Calama; Díaz Gómez; Lasarte Velillas, 2003).

Culpar a dinâmica social ou as mães pelo abandono do aleitamento materno é repercutir em outros uma responsabilidade que também cabe aos profissionais de saúde envolvidos na assistência pré-natal, no parto e após o parto.

Segundo Moleiro; Gomes; Nona (2004, p. 113), *"as intervenções educativas e de sensibilização para o aleitamento materno, os inúmeros trabalhos científicos, as publicações e opiniões dos media e a acção constante e diária dos profissionais de saúde, entre outros meios, não têm sido suficientes para levar à prática generalizada da amamentação, de forma consistente e continuada"*, cabendo aos profissionais de saúde *" assumir uma postura de autoconfiança e de segurança, no apoio efectivo às dúvidas e dificuldades práticas da amamentação".*

Como enfermeiros[47] pensamos que nos encontramos numa situação de alguma forma privilegiada face aos diferentes contextos de trabalho[48] para promover e apoiar o aleitamento materno, cabendo-nos a responsabilidade de estimular e ajudar as mães a amamentarem.

2.5.1 - Intervenção do enfermeiro na promoção do aleitamento materno

Para muitas mulheres a experiência da gravidez e parto fornece o primeiro contacto com o sistema de saúde e nomeadamente com os profissionais de enfermagem[49].

Sendo os cuidados de enfermagem caracterizados por uma interacção entre enfermeiro e utente, com o estabelecimento de uma relação de ajuda, a promoção da

[47]A Enfermagem é " *(…) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível* " (REPE, artigo 4º,n.1).

[48]Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros, em 2005 estavam registados 48296 enfermeiros em Portugal (profissionais inscritos, efectivos e activos). Na área da prestação de cuidados, os enfermeiros exercem a sua actividade em hospitais, centros de saúde e estabelecimentos privados.

[49] *"O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (…)"* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.8).

saúde assume-se como um objectivo fundamental da prática de enfermagem (REPE, 1996).

Como promotores de saúde, estes profissionais devem por isso realizar um esforço consciente e sustentado nos seus locais de trabalho, para uma efectiva promoção e apoio do aleitamento materno.

Segundo a OMS (1989) é importante para o êxito da amamentação o apoio activo dado à mãe durante a gravidez e após o parto da sua família e comunidade, mas também de todo o sistema de saúde.

Em Portugal, segundo dados do Ministério da Saúde (2002), a percentagem de grávidas que efectua pelo menos uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%. Os mesmos dados revelam que mais de 80% das grávidas iniciam a vigilância pré-natal antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% realizam esquemas de vigilância considerados adequados[50].

As Orientações técnicas do Ministério da Saúde referem que as consultas durante o período pré natal têm como objectivo para além de outros, promover a educação para a saúde[51].

Integrando o aconselhamento durante as mesmas, um dos itens da educação para a saúde a realizar durante o período pré natal será a preparação para a amamentação (Ministério da Saúde, 1993).

Durante as consultas de vigilância pré-natal, os enfermeiros devem usar os seus conhecimentos e habilidades de comunicação para avaliar os conhecimentos e a intenção da grávida de amamentar, sendo este um período em que a grávida/casal se encontra habitualmente receptivo à formação/informação.

Com o avançar da gravidez a grávida manifesta cada vez mais interesse nas orientações sobre o aleitamento materno, o que facilita a discussão e o esclarecimento (Issler, 2003).

Segundo Franco (2003, p.13) *" é necessário identificar as mulheres que querem e podem amamentar, aquelas que desejam mas não podem, aquelas que não querem ou que ainda não tomaram uma decisão definitiva".* É necessário por isso, que o enfermeiro identifique cada caso para uma correcta abordagem e suporte do mesmo.

[50] O esquema habitualmente recomendado nas Orientações técnicas do Ministério da Saúde para a vigilância pré natal compreende uma consulta mensal até às 36 semanas de gravidez, seguida de uma consulta quinzenal até ao parto, num total de cerca de 10 consultas.

[51] Idealmente a educação para a saúde pré natal deveria iniciar-se antes da gravidez, numa consulta de preconcepção, ou no início da gravidez, prolongando-se por um período até 3 meses após o parto (Redman, 2003).

Assim, importa conhecer as atitudes e expectativas da grávida, da família e particularmente do marido em relação ao aleitamento materno, bem como as influências culturais, crenças e valores, experiências anteriores próprias e/ou de familiares ou amigas em relação ao aleitamento materno.

As possíveis reacções negativas do marido à amamentação deverão ser prevenidas permitindo a ambos expressarem as suas opiniões, os seus medos e sentimentos sobre a harmonia da relação conjugal. Se o marido estiver bem informado e apoiar a amamentação, será mais capaz de estimular e encorajar a amamentação (Lothrop, 2000).

Prioridades e responsabilidades profissionais deverão também ser identificadas, bem como a história de factores dietéticos (frequência, tipo e diversidade de alimentos), história sócio-económica (estabilidade de emprego, apoio de familiares e amigos) e história ocupacional (tipo de trabalho e local do mesmo). A existência de contra indicações para a prática do aleitamento materno deverá também ser identificada nesta primeira consulta pré natal Franco (2003).

Intervenções educativas e de sensibilização para o aleitamento materno deverão ser realizadas, devendo ser fornecidas informações sobre os benefícios do leite materno (Levy, 2002; Vieira, 2002). As grávidas deverão ainda ser esclarecidas sobre a legislação vigente de protecção da maternidade e paternidade.

É também importante desfazer mitos e ajudar as mães a estabelecerem expectativas realistas sobre o aleitamento materno. Uma visão romântica da amamentação poderá originar uma rejeição perante o aparecimento das primeiras dificuldades.

Especial atenção deverá ser dada às primigestas e grávidas com experiências anteriores de insucesso ou de fracasso no aleitamento materno (Vieira, 2002).

Nas situações em que a grávida não deseja amamentar, é importante que o enfermeiro se assegure que esta seja uma decisão esclarecida e consciente, respeitando a decisão da grávida.

A avaliação inicial da grávida permitirá assim a recolha de informação que orientará o enfermeiro para a acção: acompanhar, informar e sinalizar as situações em que a grávida manifesta vontade de amamentar (Franco, 2003).

Uma orientação antecipada para a amamentação deverá ser fornecida pelo enfermeiro, visando aumentar a segurança e tranquilidade da grávida, dada a sua importância para o sucesso da amamentação.

2.5.2 - Intervenção do enfermeiro no apoio à prática do aleitamento materno

Portugal possui actualmente uma elevada taxa de partos realizados em instituições hospitalares[52] (públicas e privadas), pelo que o aleitamento materno se inicia habitualmente no próprio hospital.

Os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, porque têm um maior contacto com as mães, têm assim a responsabilidade de apoiar e ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno e a superar as primeiras dificuldades, fornecendo orientação eficiente e actualizada transmitida com simpatia e paciência.

Embora o trabalho de parto e o nascimento sejam acontecimentos previsíveis na etapa final de uma gravidez, e possam ser aparentemente simples, eles revestem-se de grande complexidade, sendo o acontecimento físico de dar à luz tremendo e inesquecível e frequentemente mais intenso que o esperado (Colman; Colman, 1994).

Num período relativamente curto, a mulher experimenta uma das mudanças mais profundas da sua vida, sendo a intervenção de enfermagem dirigida a auxiliar a mulher e o seu companheiro, na transição inicial para a maternidade e paternidade (Lowdermilk; Perry; Bobak, 2002).

Nas primeiras duas horas após o parto mãe e recém-nascido recuperam do esforço físico dispendido. Os órgãos maternos começam a readaptar-se ao estado não grávido e as funções maternas estabilizam. Por seu lado, o recém-nascido continua a fazer a sua transição para a vida extra-uterina, iniciada imediatamente após a primeira inspiração.

Neste período, a primeira meia hora de vida apresenta-se excelente para iniciar a amamentação, pois o recém-nascido encontra-se no estado alerta, com reflexos de sucção e deglutição habitualmente vigorosos e a mãe geralmente ansiosa por estabelecer contacto físico com o seu filho (Lowdermilk; Perry; Bobak, 2002; OMS, 1989).

Encorajar o contacto cutâneo entre mãe e recém-nascido após o nascimento, colocando o recém-nascido nu sobre o ventre materno, ajudará não só a reforçar a ligação afectiva entre ambos, como permitirá que mãe e recém-nascido iniciem e beneficiem das vantagens da amamentação.

Favorecer o contacto precoce não invalida contudo que medidas assistenciais possam ser executadas, como secar o recém-nascido e proceder a uma avaliação

[52] Em 2005, de acordo com dados do INE, 108885 nascimentos ocorreram em meio hospitalar e apenas 481 ocorreram no domicílio.

sumária do seu estado geral, permitindo descartar malformações ou problemas que necessitem de uma actuação imediata.

Administrar vitamina K, pesar e vestir o recém-nascido, poderão ser adiados, permitindo que mãe e filho se descubram e ao mesmo tempo prolonguem o contacto íntimo que usufruíram durante a gravidez.

Segundo a OMS (1989, p.17*), "as experiências de uma mulher durante o trabalho de parto afectam a sua motivação em relação ao aleitamento e facilidade com que o inicia".*

O uso de sedativos, analgésicos e anestésicos deverá ser considerado durante o trabalho de parto, pois embora sejam necessários para diminuir o desconforto da parturiente, poderão diminuir a sua capacidade de ter um parto normal, induzir sonolência e diminuir a capacidade de sucção do recém-nascido (OMS, 1989).

Partos distócicos, nomeadamente cesarianas quando efectuadas sob anestesia geral[53], poderão dificultar ou impedir um contacto precoce e a prática da primeira mamada na primeira meia hora de vida como preconizado pela OMS, e obrigar à administração de um biberão de leite artificial.

Para a mãe, a amamentação suscita comportamentos poderosos e passíveis de gerar conflitos. Ela detém a capacidade de sozinha alimentar o seu filho e experimenta com a amamentação uma experiência secular, que se coloca como uma insígnia de maternidade.

Amamentar pode assim fascinar e ao mesmo tempo aterrorizar a mãe face à impossibilidade de falhar, porque o seu modelo de realização é o de uma mãe que nunca falha. No seu desejo de conseguir amamentar, de não falhar a experiência, a mãe encontra-se mais vulnerável às pressões que sofre da família, do marido e até dos profissionais de saúde. Interroga-se quanto à sua capacidade de amamentar, quanto à qualidade e quantidade do leite e questiona a sua capacidade de perceber o comportamento do seu filho (Barros; Ferrari, 2003).

Da antiga prática dos horários rígidos, passamos para a actual prática por pedido, em regime livre, em que o bebé é alimentado quando tem fome.

Nas palavras de Biscaia (2002,p.73). *"o amamentar em horário livre seguindo o ritmo da fome ajuda ao diálogo e ao reconhecimento do filho real, diferente do bebé*

[53] *"A escolha da anestesia para a cesariana depende da indicação operatória, do grau de urgência, do desejo da parturiente, das opções dos obstetras e dos anestesistas"* (Brazão, 2000, p.409).
A anestesia geral apresenta desvantagens em relação às técnicas anestésicas locoregionais, nomeadamente maior depressão do recém-nascido proporcional à duração da anestesia e ao tempo que medeia entre a incisão e a extracção do feto, índices de Apgar mais baixos nos recém-nascidos e um pós-operatório menos confortável para a puérpera (Brazão, 2000).

imaginado que come a horas certas e cómodas e adormece às horas em que a mãe quer dormir".

Aparentemente simples, esta orientação técnica pode no entanto causar insegurança nas mães que necessitam de um padrão orientador.

A maioria dos bebés mama segundo as suas próprias exigências. Habitualmente, consomem pequenas quantidades de leite nos primeiros dias de vida, aumentando a sua ingestão progressivamente, coincidindo com o aumento de produção de leite.

Alguns bebés manifestam ruidosamente a sua necessidade de alimento, outros manifestam-se excessivamente tranquilos; uns agarram no peito logo após o nascimento sem nenhum tipo de ajuda, outros pelo contrário necessitam dela para iniciar o comportamento alimentar.

Por outro lado, quando o bebé chora, cabe à mãe reconhecer o choro do seu filho, reconhecimento que no entanto é marcado pela subjectividade.

Assim, algumas mães interpretam sempre o choro do bebé como uma necessidade de este ser colocado à mama, e outras ficam à espera de um pedido claro por parte do bebé, apresentando uma postura confusa quando este não manifesta sinais de fome (Barros; Ferrari, 2003).

Cada mãe e recém-nascido revelam pois um mundo próprio, com necessidades diferentes.

Sendo este um período sensível à actuação de factores de confusão é importante que todas as pessoas que intervêm na assistência ao parto e pós parto não forneçam informações contraditórias que agravem a insegurança das mães.

Dadas as características especiais do trabalho dos enfermeiros (rotatividade e trabalho por turnos), é importante a uniformidade das informações fornecidas. Por este motivo, as orientações sobre aleitamento materno devem existir nos serviços por escrito, permitindo aos novos profissionais uma plena integração no serviço e a possibilidade de uma consulta constante.

Aos enfermeiros exigem-se conhecimentos básicos sobre a anatomia e a fisiologia da lactação, conhecimentos sobre a forma de ajudar as mães a amamentarem e conhecimentos para intervir em problemas comuns que surjam na amamentação.

Enfermeiros dos serviços de Obstetrícia, incluindo Blocos de Partos e serviços de Neonatologia e Pediatria têm especiais responsabilidades. A sua intervenção junto das mães e familiares tem um papel decisivo no sucesso da amamentação. Importa por isso

que estes serviços tenham profissionais com formação avançada em aleitamento materno, capazes de efectivamente apoiar as mães.

A ajuda à mãe e recém-nascido no início da amamentação inclui o ensino sobre a pega e a posição para a amamentação, os sinais de alimentação adequada, e o ensino de medidas de auto cuidado para prevenção de complicações como o ingurgitamento da mama.

A observação estruturada e avaliação de uma mamada devem também ser realizadas através do uso da folha de avaliação da UNICEF.

Durante o período de internamento hospitalar não é aconselhável oferecer ao recém-nascido suplementos de soro, água ou mesmo sucedâneos, excepto em casos de prescrição médica. Nestas situações, os líquidos deverão ser oferecidos fazendo uso de uma colher, conta-gotas ou copo (OMS, 1989).

O uso de chupetas ou tetinas[54] deverá também ser evitado, explicando-se às mães e familiares a interferência que estes objectos podem ter no estabelecimento da lactação.

Os profissionais de saúde devem também assegurar-se que o conteúdo dos pacotes habitualmente oferecidos às mães nos hospitais não interfira com o aleitamento materno. Chupetas, tetinas, amostras ou publicidade a leites artificiais não devem constar destes pacotes, sendo importante que os profissionais efectuem um controle regular do seu conteúdo.

Ao serem os próprios profissionais frequentemente o alvo preferencial das acções de promoção dos substitutos do leite materno devem conhecer as regras defendidas pelo Código Internacional de Marketing para os substitutos do aleitamento materno, não usando qualquer tipo de material de publicidade destes produtos.

O planeamento de cuidados de enfermagem baseia-se na avaliação completa de mãe e recém-nascido.

Informações básicas e prioridades dos cuidados devem ser estabelecidas no período de internamento hospitalar, bem como deve ser aplicado um plano sistemático de ensino, dado que o excesso de informação pode originar confusão e ansiedade nos novos pais (Lowdermilk, Perry, Bobak, 2002).

Segundo Redman (2003, p.173*), "existem algumas evidências de que as mulheres possuem deficits transitórios de função cognitiva no período pós parto,*

[54] A alternância entre um estímulo artificial (bico de borracha) e um estímulo natural (o seio), confunde a resposta oral do recém-nascido, pois sugar o bico de borracha exige menos trabalho. Assim, os músculos da face enfraquecem e o recém-nascido perde o desejo do seio, originando uma quebra da produção de leite (OMS,1989).

especialmente no que se refere à função da memória e à atenção" efeito este causado pelo stress do trabalho de parto e parto. Ao não ser um efeito secundário de medicação narcótica intra-parto, importa considerar tal facto quando se efectuam ensinos neste período.

Instruções por escrito, visionamento de filmes e sessões programadas de educação poderão ser oferecidas pelos profissionais, bem como o contacto dos recursos disponíveis após a alta hospitalar para apoio da lactação (contactos telefónicos e direcções de serviços de saúde, linhas telefónicas[55] e grupos de apoio à amamentação).

O apoio constante dado pela equipa de saúde favorece a autoconfiança da mãe e proporciona uma experiência de amamentação satisfatória e bem sucedida (Lowdermilk; Perry; Bobak, 2002).

Durante o período de internamento hospitalar, mãe e recém-nascido permanecem habitualmente em situação de alojamento conjunto, permitindo um contacto contínuo entre mãe e filho, sem limitações, prática favorecedora da amamentação. O alojamento conjunto constitui uma forma eficiente de incentivar a mãe a cuidar do seu filho, de partilhar dificuldades com a equipa de saúde e de permitir que esta coloque questões e seja esclarecida.

O cuidado do recém-nascido é partilhado entre a mãe e enfermeiros que prestam cuidados a ambos e supervisionam os cuidados prestados pela mãe ao seu filho.

Actualmente, o tempo de hospitalização de mães e recém nascidos após o parto é reduzido[56] a cerca de 48 a 72 horas, tempo que se revela frequentemente insuficiente para a mãe apreender toda a informação necessária para o cuidado do bebé.

Se as mães superarem as pequenas dificuldades iniciais no hospital e no momento da alta amamentarem sem dificuldades, o regresso a casa não apresentará problemas. No entanto, habitualmente as mães regressam aos seus domicílios antes de a lactação estar bem estabelecida, e necessitam por isso de acompanhamento e de atendimento domiciliar.

No sentido de articular os cuidados do serviço hospitalar e os cuidados de saúde primários, devem os profissionais de enfermagem elaborar a respectiva carta de alta de enfermagem. Fornecendo informações pertinentes e importantes respeitantes à mãe e recém-nascido, a equipa de enfermagem assegura assim a continuidade dos cuidados iniciados na instituição hospitalar.

---

[55] A linha SOS amamentação existe em Portugal desde 1998 e funciona 24 horas por dia. O atendimento telefónico é feito por voluntários que tiveram formação em aleitamento materno segundo orientações da OMS e UNICEF.

[56] Esta redução no tempo de internamento é fruto da transição do cuidado à mulher de um modelo orientado para o cuidado à doença, para uma abordagem do cuidado orientado para a saúde (Lowdermilk; Perry; Bobak, 2002).

Desde 2002 um documento intitulado Notícia de Nascimento[57] é emitido pelos serviços de Obstetrícia e Pediatria nacionais, com o objectivo de notificar os nascimentos. Enviado no momento da alta da mãe para o Centro de Saúde da sua respectiva área de residência, permite segundo avaliação realizada pela Direcção Geral da Saúde " (*…) a identificação rápida das situações de risco clínico e social que carecem de intervenção específica e adequada no sentido de promover a obtenção de evidentes ganhos em saúde"* (2003, p. 1).

Manter um contacto intermitente e prolongado com a mãe revelou-se um factor de eficácia na decisão da mãe continuar a amamentar após a alta hospitalar (Royal College Of Midwife, 1994). Este contacto poderá incluir a visita domiciliária ou a realização de uma chamada telefónica para identificar problemas e oferecer ajuda imediata, competente e prática por parte do profissional de enfermagem.

Orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde – Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de actuação referem que " *Importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade…ou situações identificadas como de risco*" (2002, p.6).

A criação de uma consulta hospitalar de apoio ao aleitamento materno tem-se revelado em algumas instituições uma medida eficaz, permitindo solucionar as primeiras dificuldades após a alta.

De igual modo, os cantinhos da amamentação nos Centros de Saúde possibilitam o encontro de mães, a partilha de dúvidas e o esclarecimento pelos profissionais de saúde.

Segundo indicação da Direcção Geral de Saúde (2002) o primeiro contacto do recém-nascido com os serviços de saúde após o nascimento, deverá ocorrer na 1ª semana de vida. De igual modo o teste de diagnóstico precoce[58], deverá ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida pelo que, estas são duas excelentes oportunidades de os profissionais de saúde comprovarem o estabelecimento da lactação e de poderem solucionar grande parte das dificuldades dos primeiros dias, evitando abandonos precoces do aleitamento materno.

Algumas mães poderão tentar controlar o horário das mamadas espaçando-as com o receio de que as mamadas frequentes dos primeiros dias se prolonguem durante

[57] CIRCULAR NORMATIVA Nº 02/DSMIA de 08/02/02.
[58] O programa nacional de diagnóstico precoce iniciou-se em 1979 para a fenilcetonúria, e para o hipotiroidismo congénito em 1981. Em 2005 e face aos novos desenvolvimentos tecnológicos, este rastreio foi alargado a outras 13 doenças hereditárias.

meses e porque pensam que é necessário e possível obrigar a criança a períodos alargados entre mamadas. Esta situação necessita, por isso de ser antecipada durante o internamento hospitalar, assegurando às mães que tanto a frequência como a duração das mamadas tende a diminuir com o tempo (Royal College of Midwife, 1994).

O período pós parto é para a nova mãe marcado por uma vulnerabilidade emocional e física. Após o período caracterizado pela alegria e pela sensação de bem-estar dos primeiros dois dias, surge frequentemente um período melancólico, em que a puérpera se encontra emocionalmente instável, com choro fácil e sem razão aparente (Lowdermilk; Perry; Bobak, 2002).

Este quadro denominado de Blues pós-parto[59], ocorre em cerca de 50 a 80% das puérperas. Surge em estreita relação temporal com o parto, tendo essencialmente um carácter transitório e benigno. Habitualmente ocorre entre o 3º e o 4º dia após o parto e caracteriza-se por disforia, labilidade de humor, choro, ansiedade, irritabilidade, insónia e perda de apetite. Confusão, dificuldades de concentração e de memória, bem como dores de cabeça e fadiga podem também estar presentes.

Durante este período a puérpera pode manifestar elevada preocupação com o bebé e pode ter dificuldade em dar de mamar e cuidar do seu filho.

Para alguns autores o blues pós parto seria assim considerado um aumento da reactividade emocional aos estímulos, constituindo a expressão subjectiva da activação do sistema biológico que promove a ligação mãe-bebé após o parto (Figueiredo, 2001).

Após a alta hospitalar a puérpera pode atravessar um período crítico, em que necessita de adquirir confiança na sua capacidade de cuidar do seu filho e na sua capacidade de amamentar.

Para Lothroph *"o facto de tantas mulheres nos últimos anos fracassarem na amamentação, nada tem a ver com a incapacidade para amamentar ou com a degeneração, mas sim com a falta de auto-confiança e com erros cometidos por causa da ignorância em relação ao processo de lactação"* (2000, p.49).

Ter alguém que ajude no cuidado da criança e da casa, define frequentemente o êxito ou o fracasso da amamentação. Sem ajuda, geralmente há sobrecarga e stress para a puérpera, que podem inviabilizar a lactação (Issler, 2003).

Pensamos que as palavras de Nylander traduzem as dificuldades dos primeiros dias *" (…) quando se sentem os peitos duros como pedras e os mamilos em carne viva e*

[59] Segundo Figueiredo " *O blues pós parto tem sido definido como uma forma breve e moderada de perturbação de humor, que surge em estreita relação temporal com o parto … em consequência das alterações hormonais decorrentes do nascimento e aleitamento do bebé, tendo essencialmente um carácter transitório e benigno*". (2001, p.164)

o bebé não pára de chorar (...) quando a responsabilidade parece insuportável e dormir à noite é apenas uma vaga recordação da juventude" (2006, p.12).

A influência de familiares ou pessoas próximas à puérpera pode adquirir também uma influência determinante a favor ou contra o aleitamento materno (Lothrop, 2000).

Um meio hostil ao aleitamento materno, com pressões contínuas para o seu abandono, baseadas em mitos e falsas crenças (" o biberão é mais cómodo", "amamentar estraga as mamas" ou "amamentar interfere com a sexualidade da puérpera"), unida a uma insuficiente preparação dos pais podem tornar difícil à puérpera prosseguir com a amamentação, acabando por ceder à introdução do biberão.

Neste sentido, o pai é também determinante para o sucesso do aleitamento materno. Embora não tendo um papel activo no processo o seu apoio é no entanto fundamental, incentivando a puérpera a amamentar, ajudando nas pequenas tarefas ou passeando e consolando o bebé, permitindo à mãe descansar.

É importante para o pai poder estar livre neste período inicial para participar na adaptação inicial após o parto, para apoiar a mulher e conhecer o seu bebé[60] (Brazelton, 2005).

Para muitas mulheres a maior desvantagem do leite materno advém da necessidade de permanecerem próximas do seu filho, percebendo o aleitamento materno como uma "prisão" que as impede de sair de casa ou de reassumir as suas carreiras profissionais.

Amamentar pode no entanto resultar mais fácil para a mãe quando quer sair, já que não obriga a especiais preparativos. A mama está sempre pronta, podendo amamentar em qualquer local, o que em férias por exemplo se pode revelar uma excelente vantagem.

As necessidades financeiras e profissionais de muitas mulheres condicionam frequentemente o regresso ao trabalho, quando a puérpera se encontra a amamentar.

Embora as interrupções no trabalho com a finalidade de a mãe amamentar sejam juridicamente reconhecidas como necessárias, conciliar trabalho, cuidado do filho e a manutenção da amamentação pode parecer incompatível para muitas mães.

A confiança na capacidade da mãe prosseguir com a amamentação depende na opinião de Rea (2002) dos profissionais de saúde com quem a mãe se relaciona, que

[60]A legislação portuguesa concede ao pai uma licença por paternidade – artigo 36º nº1 – "O pai tem direito a uma licença por paternidade de 5 dias úteis, seguidos ou interpolados, que são obrigatoriamente gozados no primeiro mês a seguir ao nascimento do filho".

necessitam de conhecer a problemática da mulher-mãe trabalhadora[61] e os seus problemas específicos.

Segundo Marinho, Leal *"o apoio que os profissionais de saúde podem prestar passa também por enquadrar o aleitamento na realidade individual de cada mãe e bebé (…)"* (2004, p.103).

Neste sentido, o conhecimento de cada caso torna-se fundamental, para que o profissional de saúde possa apoiar a continuação da amamentação.

É importante que a mulher saiba que é possível manter a lactação ainda que se encontre separada do bebé, pelo que o regresso ao trabalho não resulta necessariamente no final da amamentação.

Horários reduzidos ou flexíveis, a existência de infantários nas empresas ou levar a criança ao local de trabalho para amamentar podem tornar possível a continuação da amamentação, sendo possibilidades a equacionar pelo profissional de saúde com as mães.

Informações sobre a forma de manter a produção de leite, sobre técnicas de extracção, conservação e administração de leite materno extraído podem ser úteis e devem também ser fornecidas às mães.

Se conseguirem continuar a amamentar após um dia de trabalho, no regresso a casa, a amamentação proporcionará uma oportunidade de intensificar uma proximidade entre mãe e filho (Brazelton, 2005), devendo ser realçados os benefícios para ambos.

No entanto, as situações de remuneração por produção, as distâncias entre o local de trabalho e a casa e a inexistência de creches nas empresas podem fazer com que a legislação se torne apenas uma simples constatação verbal (Lothrop, 2000).

Amamentar é um direito que a sociedade deve reconhecer às mães e crianças.

Aos profissionais de saúde e nomeadamente aos enfermeiros compete defender a sua prática: informando, orientando, aconselhando e ajudando mães e famílias, para que a prática da amamentação resulte num prazer e numa conduta promotora de saúde.

Compete também aos enfermeiros reconhecer o que não sabem e aprender, para poderem efectivamente ajudar as mães e os seus filhos.

Num esforço conjunto todos terão que se envolver nesta conquista de uma cultura perdida de amamentação: através da educação da população em geral sobre o valor do

[61] Em 2004 a taxa de actividade feminina em Portugal foi de 46,7%. Entre 1995 e 2004, a taxa de actividade feminina cresceu 4,3 pontos percentuais face a um crescimento da taxa de actividade masculina de 2,7 pontos percentuais (INE, 2007).

aleitamento materno, melhorando práticas dos serviços de saúde, dando suporte às mães e famílias na comunidade e nos seus locais de trabalho e restringindo a promoção inadequada de leites artificiais.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I – METODOLOGIA

1.1 - JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Na nossa prática profissional numa sala de partos, observamos diariamente as dificuldades e dúvidas muitas vezes verbalizadas pelas puérperas no momento da primeira mamada do recém-nascido.

Se nem sempre é fácil para uma mãe iniciar a amamentação, a sua manutenção é muitas vezes conseguida durante o período de internamento hospitalar, graças ao apoio e motivação que as puérperas recebem dos profissionais de saúde e particularmente dos enfermeiros.

Sendo a duração do aleitamento materno um dos itens mais importantes para a definição do sucesso da amamentação[62] e face a uma realidade portuguesa de abandono precoce da sua prática, os profissionais de saúde no exercício das suas funções poderão ter um papel decisivo no suporte da amamentação.

A duração e consequente abandono do aleitamento materno parece ser o principal problema da sua prática em Portugal, pelo que importa conhecer a realidade sobre a qual os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros exercem a sua actividade, procurando uma melhor compreensão do fenómeno.

As altas precoces que actualmente se praticam[63] originam um regresso ao domicílio quando a amamentação ainda não se encontra bem estabelecida, o que nos levou a questionar sobre a prática do aleitamento materno após a alta hospitalar.

Face ao desconhecimento de estudos de incidência do aleitamento materno na população servida pelo Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE – Unidade de Famalicão[64], questionamo-nos sobre a adesão ao aleitamento materno após o parto, e particularmente sobre o papel do enfermeiro no apoio e suporte da sua prática.

[62] Outros factores como a avaliação nutricional da criança, o seu desenvolvimento e interacção entre mãe e bebé são também considerados na avaliação do sucesso do aleitamento materno (Almeida, 1996).
[63] A duração de um internamento na instituição onde se realizou o estudo é de 48 horas para um parto vaginal sem complicações (eutócico ou distócico – ventosa ou fórceps) e de 72 horas para um parto por cesariana.
[64] À data da recolha de dados denominado Hospital S. João de Deus, SA.

A escolha da instituição onde foi efectuada a recolha de dados[65], teve em conta a finalidade e os objectivos do estudo, bem como o facto de esta instituição servir uma área geográfica marcadamente rural e urbana, o que nos pareceu oportuno para a compreensão do fenómeno em estudo.

O estudo desenvolvido insere-se no âmbito da prática de cuidados, o que nos parece pertinente face à necessidade dos enfermeiros investigarem sobre as suas práticas, procurando a produção de conhecimentos, que contribua para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos/sociedade no seio do sistema de saúde.

No presente estudo definimos como objectivo principal: estudar e identificar na perspectiva das utentes qual o papel do enfermeiro na adesão ao aleitamento materno.

Como objectivos adicionais pretendemos:

Identificar quais as mães que à saída do hospital têm intenções de amamentar e até quando.

- Identificar a percentagem de mães que amamentam até aos seis meses.
- Estudar de que forma as mães amamentam;
- Identificar variáveis associadas a um maior sucesso do aleitamento materno;

Assim, podemos afirmar que as finalidades deste estudo são:

- Contribuir para uma melhor adesão das mães ao aleitamento materno;
- Contribuir para a melhoria da saúde infantil no nosso país e na região em estudo.
- Contribuir para uma melhor prática de enfermagem.

[65] O estudo realizado iniciou-se após autorização concedida pelo Conselho de Administração ao projecto apresentado e submetido à respectiva Comissão de Ética.

1.2 - DESENHO DO ESTUDO

Face aos objectivos definidos, optámos pela realização de um estudo exploratório descritivo[66] com um delineamento de pesquisa do tipo longitudinal e de tipo painel[67].

Tendo presentes os objectivos do estudo, optámos pela realização de um estudo de tipo longitudinal, que permite o estudo da dinâmica de um fenómeno ao longo do tempo, permitindo assim demonstrar tendências ou mudanças e a sequência temporal dos fenómenos (Polit; Hungler, 1995).

O estudo iniciou-se após o parto no serviço de Obstetrícia da instituição escolhida e o acompanhamento de mães e crianças prolongou-se por um período de 6 meses, ou até à interrupção da amamentação, caso esta situação ocorresse.

Definimos este período para seguimento da amostra e avaliação da adesão ao aleitamento materno, tendo presente a orientação da OMS que recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses. Limitações de tempo para a realização deste estudo tornavam também inviável um período superior ao definido para a recolha de dados.

No presente estudo consideramos que os recém nascidos/lactentes se encontravam em aleitamento materno exclusivo quando não tinha sido introduzido na sua alimentação outro leite (para além do leite materno) ou outro tipo de alimentação, consideramos em aleitamento misto, todos aqueles que embora amamentados ao peito, faziam outro leite para além do materno e em aleitamento artificial os alimentados com fórmulas/leite artificial.

Face aos objectivos do estudo, elaboramos um plano para a recolha de dados:

1º Momento – 24/36 horas após o parto.

2º Momento – 1º mês após o parto

3º Momento – 4º mês após o parto.

4º Momento – 6º mês após o parto.

Às 24/36 horas após o parto foi usado um questionário de auto preenchimento e nos restantes momentos do estudo realizou-se uma entrevista estruturada através de contacto telefónico para o domicílio da puérpera (Figura 1).

---

[66] Estudo de descrição de relações entre fenómenos - nível II . Neste tipo de estudo *"são estabelecidas as relações entre as variáveis a fim de dar uma imagem completa do fenómeno estudado "* (Fortin, 2003, p.138).

[67] São conhecidos como estudos longitudinais *"os delineamentos de pesquisa elaborados para colectar dados em mais de um momento no tempo"* (Polit; Hungler, 1995, p.123); nos estudos de painel *"os mesmos sujeitos são utilizados para fornecer os dados, em dois ou mais momentos no tempo"* (Polit; Hungler, 1995, p.123).

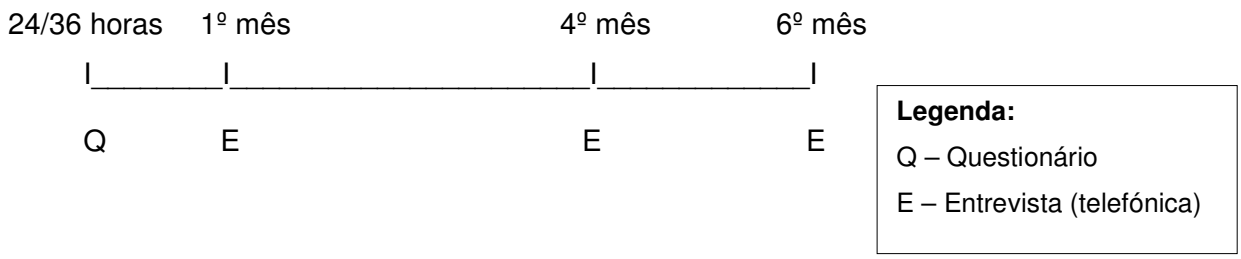


Figura 1 – Desenho do estudo

Definimos o período entre as 24 e as 36 horas após o parto para o primeiro momento de recolha de dados, pois consideramos que nas primeiras 24 horas não se encontrariam reunidas as condições para o auto preenchimento do questionário no caso dos partos por cesariana[68], e que após as 36 horas a proximidade da alta poderia condicionar a disponibilidade da puérpera (de parto eutócico ou distócico) para o seu preenchimento.

Assim, pretendemos uniformizar o intervalo de recolha de dados para os diferentes tipos de parto, procurando também uma melhor colaboração da puérpera no preenchimento do questionário.

O 2º momento da recolha de dados foi definido ao 1º mês após o parto, baseado na bibliografia consultada que indicava este período como crítico para o abandono do aleitamento materno.

O 3º momento foi definido ao 4º mês após o parto, período de duração da licença de maternidade no nosso país.

O 4º momento foi definido ao 6º mês após o parto, período recomendado pela OMS para a prática do aleitamento materno exclusivo.

1.3 - AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A população alvo do estudo compreendeu 273 puérperas, internadas no serviço de Obstetrícia no período compreendido entre Janeiro e Março de 2005.

O estudo iniciou-se após o parto numa amostra não aleatória, de conveniência ou acidental. Neste tipo de amostragem são usados os sujeitos que se encontram disponíveis ao investigador (Polit; Hungler, 1995, Hill; Hill, 2000)

No processo de amostragem procuramos obter uma "*amostra de tamanho ou dimensão tão grande quanto possível dentro dos limites dos recursos disponíveis"* (Hill;

[68] Em 2004, 99 % das cesarianas efectuadas na instituição onde se realizou o estudo foram realizadas com anestesia geral.

Hill, 2000, p.53), procedendo à selecção das participantes baseada nos critérios de inclusão e exclusão definidos, por ordem de admissão das puérperas no serviço de Obstetrícia.

Foram considerados critérios de inclusão:

- Saber ler e escrever português – condição considerada necessária para a compreensão e preenchimento pela puérpera do questionário utilizado na recolha de dados.
- Estar a amamentar no período compreendido entre as 24 e as 36 horas após o nascimento – período definido para o primeiro momento de colheita de dados.
- Intenção de amamentar – critério considerado dado o carácter longitudinal da investigação.

Foram considerados critérios de exclusão:

- Mãe de recém-nascido com malformação impeditiva de sucção eficaz
- Mãe de recém-nascido com perturbação da sucção/deglutição
- Puérpera com contra indicação temporária ou definitiva para a amamentação.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão citados, foram excluídas 17 puérperas:

- 6 puérperas por não saberem ler e escrever português,
- 5 puérperas cujos recém nascidos foram internados na unidade de Neonatologia e não amamentavam às 24/36 horas de vida,
- 2 puérperas por recusarem participar no estudo,
- 1 puérpera por recusar amamentar,
- 2 puérperas por apresentarem contra indicação temporária para a amamentação,
- 1 puérpera, mãe de recém-nascido com malformação impeditiva de sucção eficaz.

Após consulta do processo clínico da puérpera e processo clínico do recém-nascido[69] e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, as puérperas eram convidadas a integrar o estudo.

A amostra por conveniência ficou então constituída por 256 puérperas assistidas na instituição onde se realizou o estudo, no período compreendido entre Janeiro e Março de 2005.

As puérperas foram informadas e esclarecidas sobre as condições e objectivos do estudo, bem como da necessidade de posteriores contactos para a sua concretização.

Foram ainda informadas da condição estritamente voluntária da sua participação e da possibilidade de em qualquer momento do estudo se o desejassem o poderem abandonar, não sendo por isso afectados os cuidados prestados à puérpera e recém-nascido.

A todas as puérperas que aceitaram participar no estudo foi solicitado o respectivo consentimento por escrito (ANEXO I).

Todos os questionários foram por nós entregues às puérperas e recolhidos posteriormente, sendo estas informadas que os dados recolhidos durante o estudo ficariam sob a nossa responsabilidade.

Para a entrevista por contacto telefónico para o domicílio da puérpera foi previamente solicitada à utente a autorização para a sua realização (Fortin, 2003).

1.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS UTILIZADOS

Na recolha de dados foram usados dois tipos de instrumentos: questionário de auto-preenchimento e entrevistas estruturadas.

Questionário:

Após reflexão originada pela pesquisa bibliográfica e tendo presentes os objectivos do estudo, optamos pelo questionário de auto-preenchimento como instrumento de recolha de dados, face às facilidades da sua aplicabilidade no número de sujeitos da nossa amostra.

Para a elaboração do questionário tivemos presente a bibliografia consultada, os objectivos do estudo e o tipo de informação requerida para a investigação.

[69] Puérpera e recém-nascido possuem processos clínicos separados, embora se encontrem no serviço em situação de alojamento conjunto de mãe e bebé – "rooming in".

O questionário ficou constituído por 33 questões na sua maior parte de respostas fechadas, e algumas perguntas de respostas abertas consideradas importantes face aos objectivos do estudo, distribuídas por quatro grupos (ANEXO II).

No 1º grupo foram incluídas 6 questões dirigidas à caracterização sócio-demográfica da puérpera, que incluíam a idade, raça/etnia, estado civil, constituição do aglomerado familiar, escolaridade e características do local de residência.

No 2º grupo foram incluídas 4 questões dirigidas à situação profissional da puérpera.

No 3º grupo foram incluídas 10 questões dirigidas à história obstétrica da puérpera que incluíam a vigilância pré-natal e o início da amamentação, sendo questionada a administração de leite artificial ao recém-nascido durante o período de internamento hospitalar.

A puérpera era ainda questionada sobre a formação/informação recebida sobre aleitamento materno durante a vigilância pré natal bem como sobre a sua fonte de formação/informação que a sensibilizou para o aleitamento materno.

No 4º grupo foram incluídas 13 questões dirigidas às atitudes da puérpera face à amamentação. Neste grupo era questionada a duração planeada para o aleitamento materno, bem como experiências prévias da puérpera em relação ao aleitamento materno.

Este grupo incluía ainda três questões sobre a intervenção do enfermeiro na promoção e apoio ao aleitamento materno.

Pré-teste do questionário:

Com o objectivo de garantir a sua aplicabilidade, o questionário elaborado foi submetido a um pré-teste (Fortin, 2003; Giglione; Matalon, 2001; Foddy, 1996).

O pré-teste foi efectuado no mesmo local, a 12 puérperas que reuniam os critérios de inclusão na amostra e decorreu num período de tempo anterior ao da realização do estudo.

Na realização do pré teste questionamo-nos sobre as condições de privacidade e disponibilidade para o preenchimento do questionário no período definido pela instituição para o horário de visitas[70]. Por este motivo, solicitamos uma sala à direcção do serviço de Obstetrícia para o preenchimento do questionário pela puérpera, sempre que não se encontrassem reunidas as condições anteriormente referidas.

[70] O período de visitas decorre diariamente entre as 15 e as 19 horas, tendo a puérpera, direito à presença permanente de 2 pessoas durante este período.

O tempo de preenchimento do questionário oscilou entre 7 e 12 minutos, valores considerados aceitáveis na bibliografia consultada (Giglione; Matalon, 2001).

Após realização do pré teste não se detectaram dificuldades de compreensão e resposta, pelo que não foram introduzidas alterações à versão original.

Entrevista estruturada:

Para os posteriores momentos de colheita de dados foram criados dois guiões de entrevistas B1 (ANEXO III) e B2 (ANEXO IV), que obedeceram aos objectivos do estudo.

Optámos pela entrevista por via telefónica, pelo facto de considerarmos ser esta a forma mais adequada ao seguimento da amostra sem abandono significativo de sujeitos, dado que a bibliografia consultada indicava baixas taxas de resposta a questionários enviados pelo correio e impossibilidade de controlo das suas condições de preenchimento (Fortin, 2003; Giglione; Matalon, 2001).

A entrevista B1 foi realizada ao 1º mês após o parto e a entrevista B2 aos 4 e 6 meses após o parto.

O guião da entrevista B1 continha questões referentes ao tipo de alimentação realizada pela criança ao mês de vida, duração planeada para a amamentação e a forma de administração de leite materno à criança.

A puérpera era também questionada sobre as dificuldades sentidas no 1º mês após o parto com a prática do aleitamento materno, e sobre os recursos utilizados para as ultrapassar.

Por fim, era questionada sobre o papel do enfermeiro relativamente ao aleitamento materno no domicílio.

Na entrevista B2 era questionado o tipo de alimentação realizada pela criança e a forma de administração de leite materno à criança.

1.5 – TRATAMENTO DE DADOS

No tratamento de dados foi utilizado o software de análise estatística SPSS, versão 15.0 para Windows, com um nível de significância de 5% e um nível de confiança de 95%, sendo usado o teste Qui-quadrado para o estudo da associação entre variáveis.

Com a elaboração das questões de resposta aberta do questionário e inquérito telefónico, procuramos obter informação que nos permitisse conhecer e compreender

melhor os factores envolvidos no início e manutenção do aleitamento materno, bem como o papel do enfermeiro na adesão à sua prática.

Assim, nas respostas às questões de resposta aberta efectuámos uma análise das opiniões expressas pelas participantes em estudo, procedendo à identificação de unidades de sentido e à sua posterior quantificação.

CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

As 256 participantes que integraram a amostra inicial do estudo corresponderam a 19% da população de mulheres, que no ano de 2005 tiveram os seus filhos no Bloco de Partos do Centro Hospitalar Médio Ave.

Nos diferentes momentos de recolha de dados houve abandono de 24 participantes (9,4%) por impossibilidade de contacto telefónico (números errados, ausência do número inicialmente fornecido e telefones não activos). Registou-se também a recusa de uma participante em continuar no estudo, desconhecendo-se para estas mulheres os resultados da duração do aleitamento materno.

Face aos abandonos acima referidos e aos resultantes do abandono do aleitamento materno ao longo do estudo, a amostra inicial de 256 participantes foi sucessivamente reduzida para 248 participantes no final do 1º mês, 186 no final do 4º mês e 116 no final do 6º mês (Figura 2).

Das 256 participantes que iniciaram o estudo obteve-se informação exacta do tempo de aleitamento materno de 232 participantes.

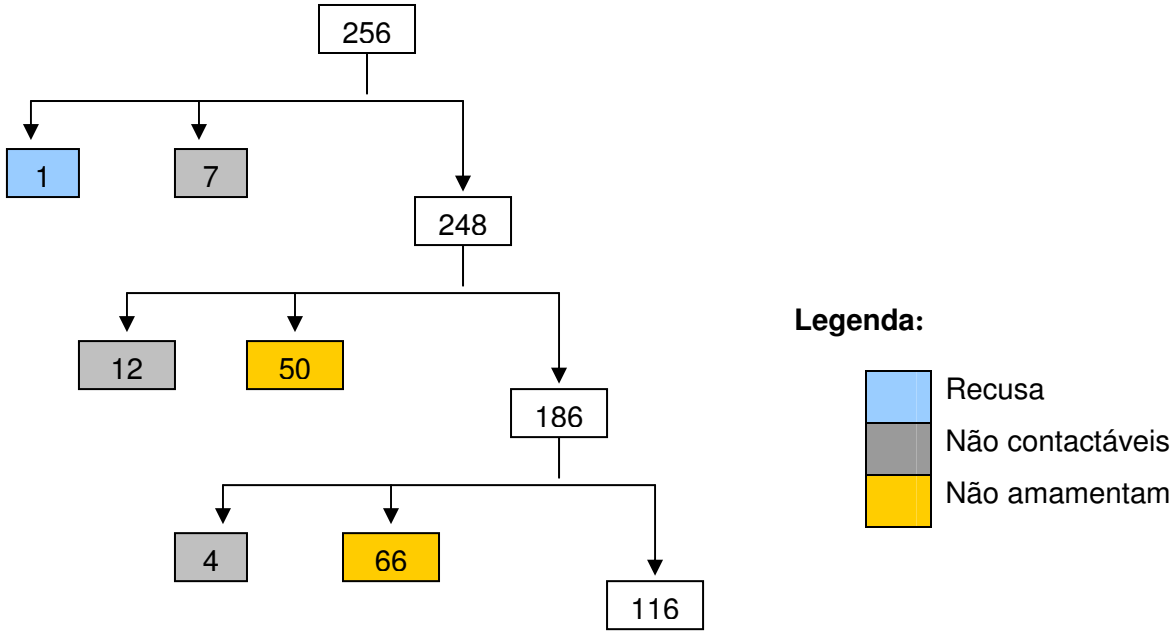


Figura 2 – Representação dos abandonos nos diferentes momentos de recolha de dados.

A informação recolhida a partir do questionário e entrevistas realizadas nos diferentes momentos de recolha de dados, permitiu a construção de uma base de dados que serviu de suporte às análises efectuadas.

A análise dos dados teve como objectivo caracterizar o aleitamento materno e o papel do enfermeiro na adesão à sua prática.

Procurou-se também avaliar a associação do aleitamento materno com variáveis de interesse que de algum modo poderiam influenciar a amamentação.

Os resultados do estudo foram organizados e serão apresentados em seis sub capítulos.

No primeiro, segundo e terceiro sub capítulos serão apresentados os dados do questionário aplicado às participantes entre as 24/36 horas de vida. No quarto sub capítulo serão apresentados os resultados da adesão ao aleitamento materno ao longo do período definido para a recolha de dados e no quinto sub capítulo, serão apresentados os resultados respeitantes ao papel do enfermeiro na adesão ao aleitamento materno. Por fim, serão apresentados os resultados das associações realizadas entre as diferentes variáveis do estudo.

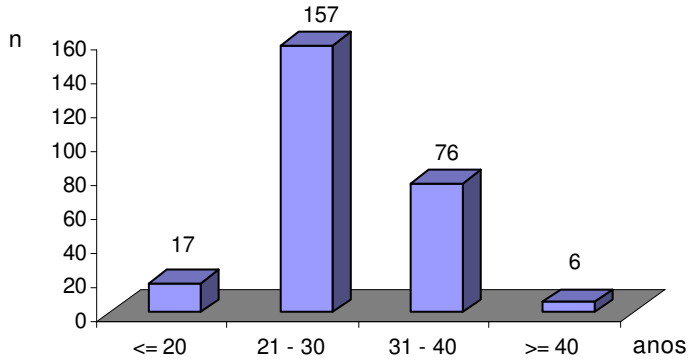
2.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Idade:

A idade das 256 participantes no estudo oscilou entre os 15 e os 43 anos, com uma média de idades de 28,5 anos e um desvio padrão de 5,5 anos.

A faixa etária entre os 21 e os 30 anos de idade, com 157 participantes, representava 61,3% da amostra, seguindo-se a faixa etária entre os 31 e os 40 anos com 76 participantes (29,7%) da amostra (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das participantes por grupo etário.



Raça/etnia:

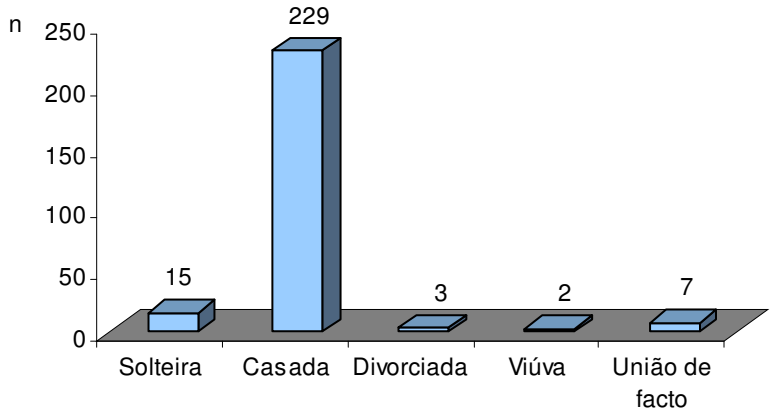
Das 256 participantes no estudo, 254 (99,2%) eram de raça caucasiana, e apenas 2 (0,8%) eram de raça negra.

Embora a etnia tenha sido também questionada, as cinco puérperas de raça cigana que poderiam ter integrado a amostra, foram excluídas do estudo por não obedecerem ao critério de inclusão estabelecido de saber ler e escrever português.

Estado civil e agregado familiar:

Da amostra inicial, 236 (92,2%) das participantes no estudo eram casadas ou viviam em união de facto (Gráfico 2), 45,3% vivia apenas com o marido/companheiro e 34% com o marido e filhos (Quadro 1).

Gráfico 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil.



Quadro 1 – Distribuição das participantes segundo o agregado familiar.

Composição do agregado familiar	n	%
Pais/mãe/outros	13	5,1
Marido/ namorado/companheiro	116	45,3
Filhos	1	0,4
Pais e marido	10	3,9
Pais, marido e filhos	7	2,7
Marido e filhos	87	34,0
Marido, filhos e outros	8	3,1
Marido e outros	9	3,5
Outros	5	1,9
Total	256	

Escolaridade:

Do total de participantes no estudo, 110 (43,0%) não tinham a actual escolaridade obrigatória, com efeito: 9,8% (25) possuíam o 1º ciclo de escolaridade e 33,2% (85), o 2º ciclo de escolaridade.

Apenas 24 (9,4%) das participantes no estudo, possuíam formação académica superior: bacharelato, licenciatura ou mestrado (Quadro 2).

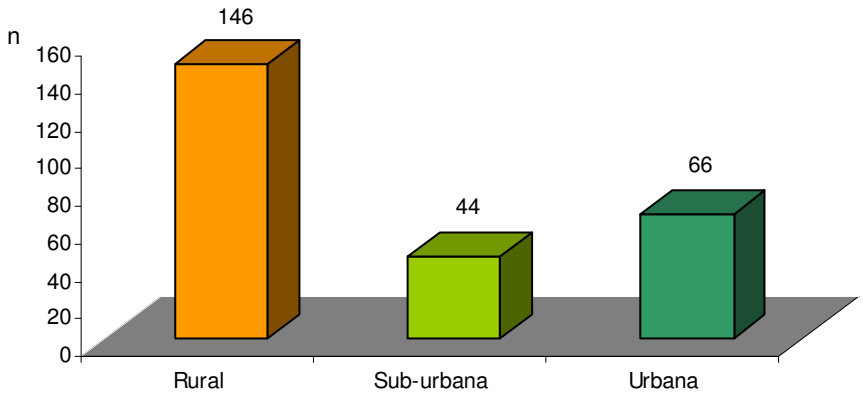
Quadro 2 – Distribuição das participantes pelo grau de escolaridade.

Escolaridade	n	%
Básico – 1º ciclo	25	9,8
Básico – 2º ciclo	85	33,2
Básico – 3º ciclo	44	17,2
Secundário	62	24,2
Curso Técnico Profissional	16	6,3
Bacharelato/Licenciatura	22	8,6
Mestrado	2	0,8
Total	256	

Área de residência:

Das 256 participantes do estudo, 146 (57,0%) residiam em área rural, 66 (25,8 %) em área urbana e 44 (17,2%) em área suburbana (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição das participantes segundo a área de residência.



Profissão e Actividade profissional:

Quando questionada a profissão das participantes, as respostas à questão referida distribuíam-se por 7 dos 9 grandes grupos da Classificação Nacional de profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional,

Grupo 1 – Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas – 17 inquiridas

Grupo 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas – 1 inquirida

Grupo 3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio – 7 inquiridas

Grupo 4 – Pessoal Administrativo e Similares – 34 inquiridas

Grupo 6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca – 1 inquirida

Grupo 7 – Operários, Artífices e Trabalhadores Similares – 111 inquiridas

Grupo 9 – Trabalhadores Não Qualificados – 35 inquiridas

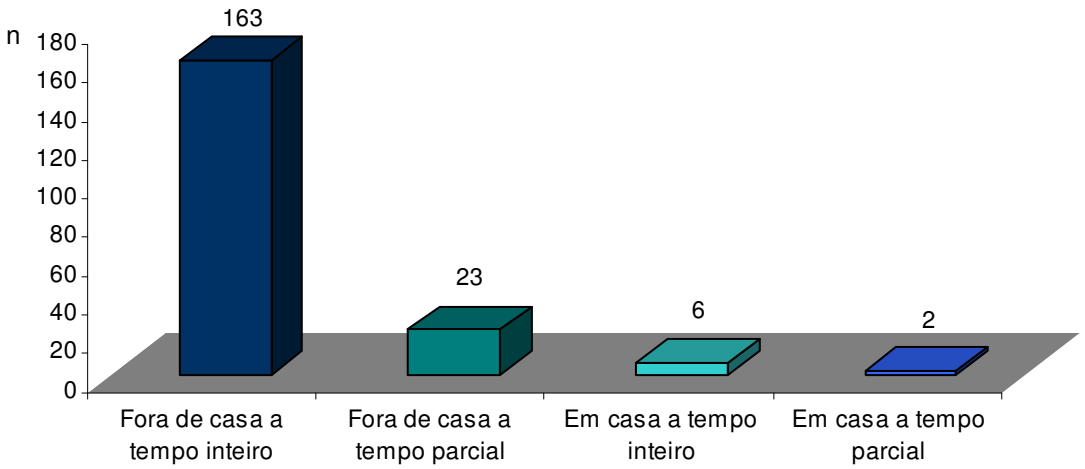
Do total de participantes no estudo 35 não responderam à questão. As restantes deram como resposta: doméstica (9), estudante (5) e reformada (1).

Salienta-se ainda que das 256 participantes no estudo 41 participantes encontravam-se desempregadas, valor correspondente a 16% da amostra.

Local e forma de exercício profissional:

Quando questionado o local e forma de exercício da sua actividade profissional, 163 (84,0%) das participantes no estudo trabalhavam fora de casa e a tempo inteiro, e apenas 23 (11,9%) exerciam a sua actividade fora de casa e a tempo parcial (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição das participantes pelo local e forma de exercício da actividade profissional.



2.2 - HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Vigilância pré-natal:

Apenas 2 (0,8%) das participantes do estudo não efectuaram vigilância da gravidez.

Das 254 participantes que realizaram vigilância pré-natal, 226 (89,0%) iniciaram--na no 1º trimestre da gravidez (Quadro 3).

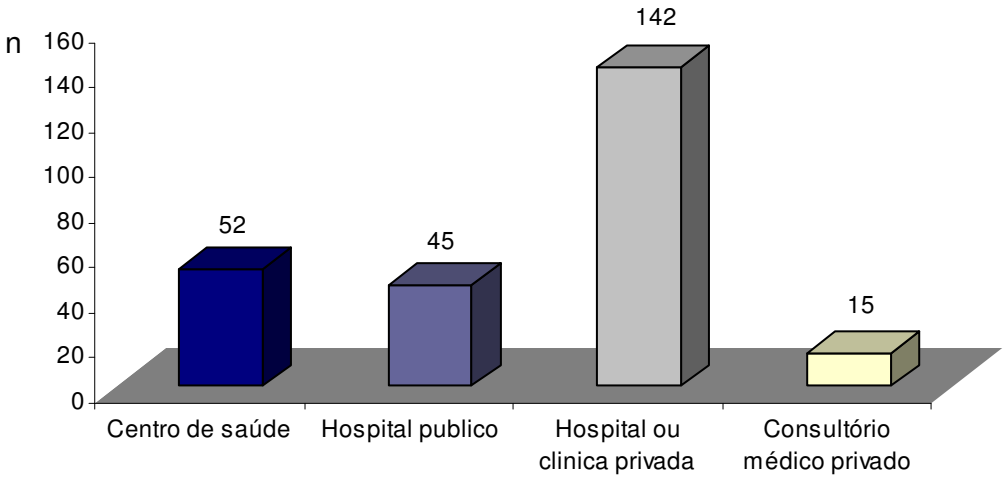
Quadro 3 – Distribuição das participantes pelo início da vigilância pré natal.

Trimestre da gravidez	n	%
1º Trimestre	226	89,0
2º Trimestre	22	8,7
3º Trimestre	6	2,4
Total	254	

Local de realização do maior número de consultas:

Quando questionadas sobre o local de realização do maior número de consultas, 157 (61,8%) das participantes no estudo indicaram estabelecimentos de saúde privados e 97 (38,2%) estabelecimentos de saúde públicos (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição das participantes pelo local onde efectuaram o maior número de consultas de vigilância pré-natal.



Patologia materno fetal:

Apenas 41 (16,0%) das participantes no estudo referiram a existência de patologia obstétrica durante a sua gravidez, sendo a ameaça de abortamento a situação mais mencionada (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição das patologias referidas pelas participantes.

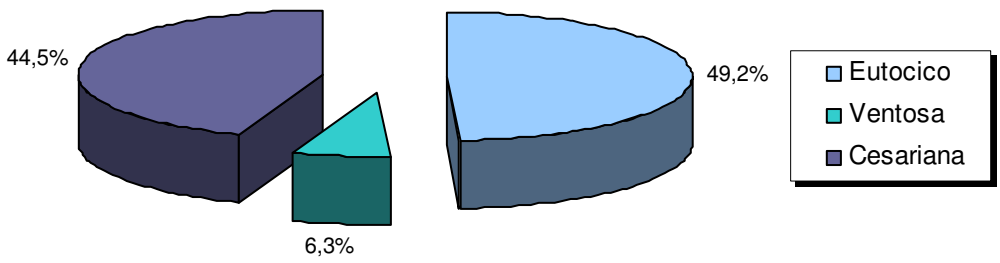
Patologia	n	%
Ameaça de abortamento	12	29,3
Diabetes gestacional	7	17,1
Ameaça de parto pré-termo	6	14,6
Hipertensão arterial	6	14,6
Oligoâmnios	4	9,8
Outras	6	14,6
Total	41	

Tipo de parto:

Em 130 (50,8%) das participantes no estudo o parto foi distócico. Destes, 16 (6,3%) foram por ventosa e 114 (44,5%) por cesariana.

Para 126 participantes o parto foi eutócico, valor correspondente a 49,2% da amostra (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição das participantes pelo tipo de parto.



Paridade:

Das 256 participantes no estudo, 147 (57,4%) eram primíparas e 109 (42,6%), tinham já um ou mais filhos.

2.3 - ATITUDES FACE AO ALEITAMENTO MATERNO

Decisão de amamentar:

Do total de participantes no estudo 241 (94,1%) decidiram amamentar por iniciativa própria, em apenas 12 (4,7%) participantes esta decisão resultou da indicação de profissionais de saúde: (2,3%) médico e (2,3%) enfermeiro (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição das participantes sobre a decisão de amamentar.

Decisão	n	%
Iniciativa própria	241	94,1
Indicação médica	6	2,3
Indicação de enfermeiro	6	2,3
Conselho da mãe	2	0,8
Conselho de marido/companheiro	1	0,4
Total	256	

Para 167 (65,2%) das participantes a decisão de amamentar foi anterior à gravidez e para 24 (9,4%) esta decisão foi tomada após o parto (Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição das participantes pelo momento da decisão de amamentar.

Momento da decisão	n	%
Antes da gravidez	167	65,2
Durante a gravidez	63	24,6
No parto	2	0,8
Após o parto	24	9,4
Total	256	

Formação/informação sobre aleitamento materno

Do total da amostra, metade das participantes não recebeu formação/informação sobre aleitamento materno durante a gravidez.

Para as restantes 128 participantes no estudo, 64 (50,0%) referiram os profissionais de saúde como a principal fonte de formação/informação, sendo o enfermeiro indicado por 32 (25,0%) participantes.

Os livros e revistas foram a principal fonte de formação/informação para 42 (32,8%) participantes e 4 (3,1%) referiram as aulas de preparação para o parto (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das participantes pela principal fonte de formação/informação.

Principal fonte	n	%
Médico	30	23,4
Enfermeiro	32	25,0
Outros profissionais de saúde	2	1,6
Mãe	14	10,9
Irmãos/Irmãs	2	1,6
Amigos/Amigas	0	0
Livros/Revistas	42	32,8
Meios de comunicação social	2	1,6
Outros	4	3,1
Total	128	

Quando questionadas sobre o momento em que deveria ser realizada formação/informação sobre aleitamento materno, apenas 4 (1,6%) das participantes do estudo responderam que esta deveria ser realizada durante a vigilância periódica da criança.

Para 135 (52,7%) das participantes, esta formação/informação deveria ser realizada durante a gravidez (Quadro 8).

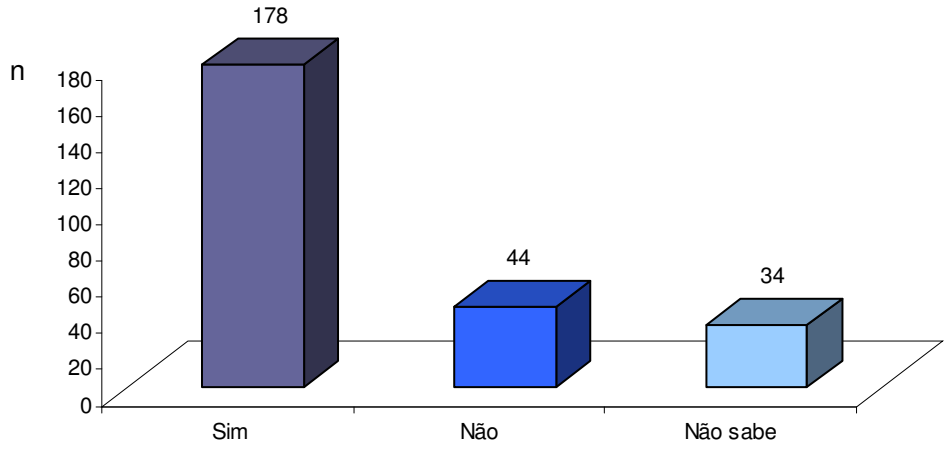
Quadro 8 – Distribuição das participantes pelo momento indicado para a realização de formação/informação sobre aleitamento materno.

Realização formação/informação	n	%
Antes da gravidez	60	23,4
Durante a gravidez	135	52,7
No parto	12	4,7
Após o parto (puerpério)	45	17,6
Durante a vigilância periódica da criança	4	1,6
Total	256	

Vivências maternas de amamentação:

Das 256 participantes no estudo, 227 (88,7%) já tinham observado outras mães a amamentar e 178 (69,5%) referiram ter sido amamentadas pela própria mãe (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição das participantes pelo facto de terem sido amamentadas pela própria mãe.



Experiências anteriores de amamentação:

Das 256 participantes no estudo 109 tinham já um ou mais filhos.

Quando questionadas sobre a alimentação dos outros filhos aos 4 meses, 86 (78,9%) das 109 inquiridas amamentavam e destas 51 (46,8%) fizeram aleitamento materno exclusivo, valor que desceu para 14 (12,8%) aos 6 meses (Quadro 9 e Quadro 10).

Quadro 9 – Distribuição das participantes pelo modo como alimentaram outros filhos até aos 4 meses

Alimentação até aos 4 meses	n	%
Aleitamento Materno Exclusivo	51	46,8
Leite Artificial	13	11,9
Aleitamento Misto	35	32,1
Outros	10	9,2
Total	109	

Quadro 10 – Distribuição das participantes pelo modo como alimentaram outros filhos até aos 6 meses

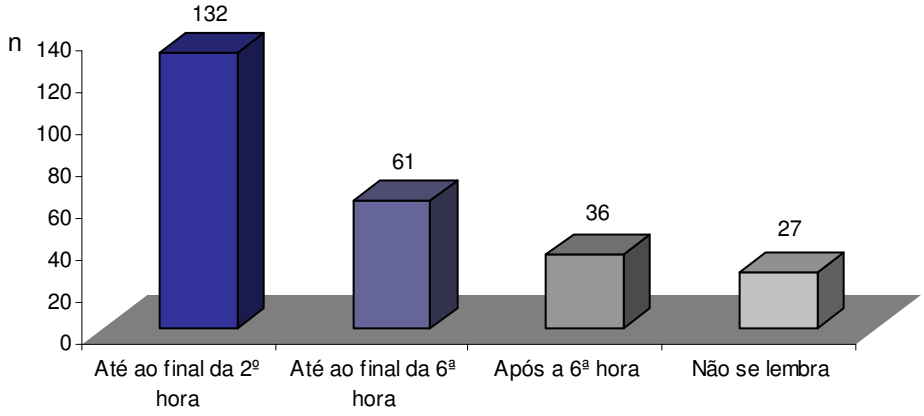
Alimentação até aos 6 meses	n	%
Aleitamento Materno Exclusivo	14	12,8
Leite Artificial	21	19,3
Aleitamento Misto	11	10,1
Outros	63	57,8
Total	109	

Colocação do recém-nascido à mama após o nascimento:

Quando questionado o momento em que o recém-nascido foi colocado pela primeira vez à mama, 132 (51,6 %) referiram o período "até ao final da 2ª hora de vida" e 36 (14,1%) referiram ter colocado o recém-nascido à mama "após a 6ª hora de vida".

Não se lembravam de quando o recém-nascido foi colocado à mama 27 (10,5%) das participantes no estudo (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição das participantes pelo tempo de colocação do recém-nascido à mama após o nascimento.



Motivos invocados para amamentarem:

Quando questionadas sobre o porquê de se encontrarem a amamentar, as participantes no estudo referiram razões maioritariamente relacionadas com o bebé, salientando-se destas, " mais saudável para o bebé" (130) e " melhor leite" (72) (Quadro 11).

Os benefícios da amamentação para a mãe foram referidos nas expressões: " mais saudável para a mãe" (15), "porque quero/porque gosto" (7) e "favorece a ligação mãe/filho" (3).

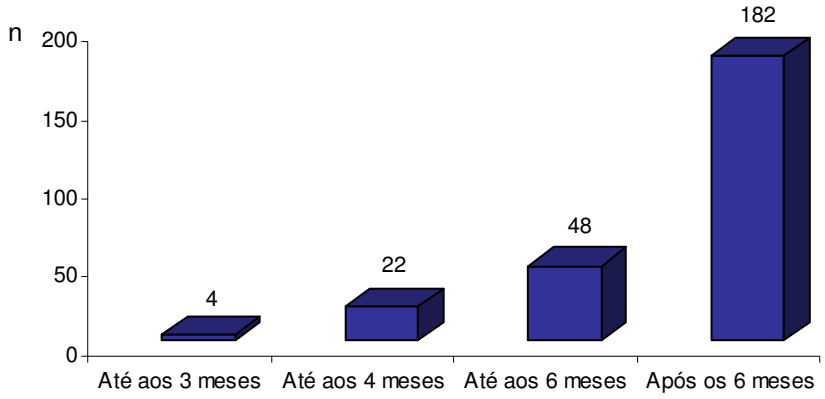
Quadro 11 – Distribuição das participantes pelos motivos invocados para amamentarem.

Motivos para amamentar	n
"É mais saudável para o bebé"	130
"É o melhor leite"	72
"Porque tenho leite"	46
" Confere imunidade ao RN"	19
"É mais saudável para a mãe"	15
"Porque quero/Porque gosto"	7
" É mais económico"	7
" Favorece a ligação mãe/filho"	3
" É mais prático"	3
"Porque é necessário"	2
"Porque me aconselharam"	2
"Porque é muito importante"	1
"Porque o leite materno o satisfaz"	1

Duração planeada para o aleitamento materno:

Quando questionadas sobre quanto tempo planearam fazer o aleitamento materno, 182 (71,1%) referiram mais de seis meses, apenas 4 (1,6%) das participantes no estudo planearam amamentar "até aos 3 meses" (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição das participantes pelo período planeado para a duração do aleitamento materno.



Motivos invocados para a continuação do aleitamento materno:

Quando questionadas sobre o porquê da continuação do aleitamento materno, as razões relacionadas com o bebé foram também as mais referidas destacando-se: " mais saudável para o bebé" (144) e " melhor leite" (71) (Quadro 12).

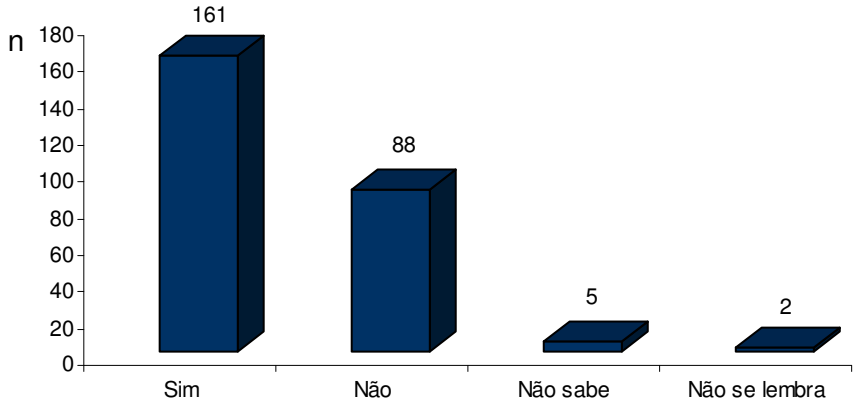
Quadro 12 – Distribuição das participantes pelo motivo indicado para a continuidade do aleitamento materno.

Motivos para continuação da amamentação	n
" É mais saudável para o bebé"	144
" É o melhor leite"	71
" Confere imunidade ao RN"	29
" É mais económico"	16
"É mais saudável para a mãe"	14
" Enquanto tiver leite"	10
"É mais prático"	7
"Porque tenho leite"	5
" Favorece a ligação mãe/filho"	4
"Está sempre pronto"	4
"Porque quero/Porque gosto"	3
"Porque é um bem precioso"	2
"Porque é necessário"	1

Administração de leite artificial durante o internamento hospitalar:

Embora todas as participantes no estudo se encontrassem a amamentar às 24/36 horas após o parto quando inquiridas, 161 (62,9%) referiram que neste período o seu filho já tinha sido alimentado com leite artificial (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Distribuição das participantes pela possibilidade de o bebé ter sido alimentado com leite artificial durante o internamento hospitalar.



Quando questionado o motivo da administração de Leite Artificial durante o período de internamento hospitalar, 61,5% (99) respondeu " porque estava no Bloco Operatório", seguido do motivo " dificuldades na pega" invocado por 18,4% (29) das participantes (Quadro 13).

Quadro 13 – Motivos referidos pelas participantes para a administração de Leite Artificial após o nascimento.

Motivo introdução Leite Artificial	n
Mãe estava no bloco operatório	99
Dificuldades na pega	29
RN não ficava satisfeito	5
Mamilos gretados	4
Pouco leite	4
Suplemento	4
RN estava sempre a mamar	4
Leite fraco	2
Outros	10
Total	161

2.4 – ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Os resultados recolhidos respeitantes à adesão ao aleitamento materno são apresentados nos diferentes momentos definidos para a recolha de dados após a alta hospitalar: 1º, 4º e 6º mês após o parto.

Avaliação ao 1º Mês:

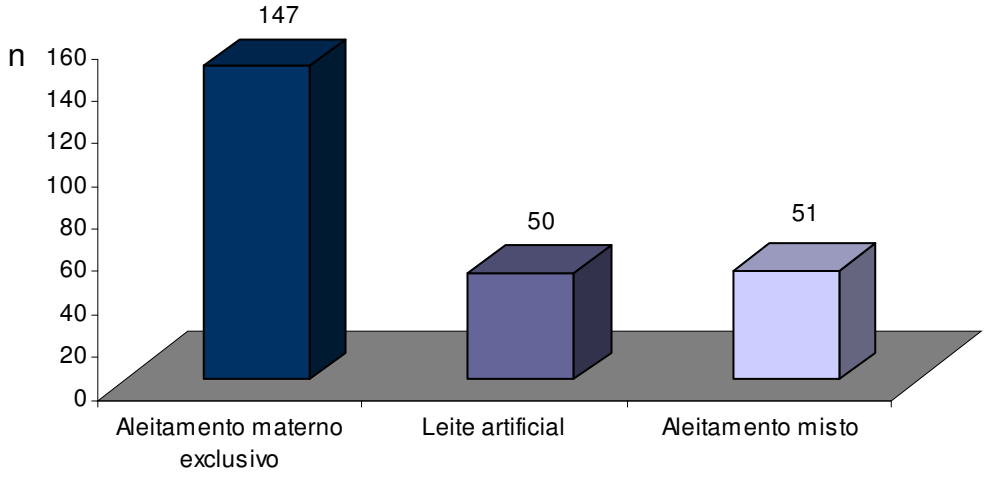
Do total de inquiridas no final do 1º mês, 50 (20,2%) já não amamentavam (Gráfico 11), tendo a maioria destas (74,0%) abandonado o aleitamento materno nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido (Quadro 14).

Os motivos mais invocados para a introdução de Leite Artificial neste período foram: " RN chorava com fome" (22) e " leite fraco" (20) (Quadro 15).

Das 198 participantes que se encontravam a amamentar, 7 usavam bico artificial e 3 administravam o leite materno ao recém-nascido através de biberão. As participantes que usavam bico artificial faziam-no por terem "mamilos gretados" (3), "não ter mamilo formado" (1), dificuldades na preensão (2) e porque "o bebé estava habituado ao mamilo artificial" (1).

As participantes que administravam o leite materno ao recém-nascido através de biberão faziam-no porque o "bebé estava habituado" (2) e "recusa do peito" (1).

Gráfico 11 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 1º mês de vida.



Quadro 14 – Distribuição das participantes pela duração do aleitamento materno.

Duração do aleitamento materno	n	%
Até ao final da 1ª semana	14	28,0
Até ao final da 2ª semana	23	46,0
Até ao final da 3ª semana	11	22,0
Até ao final da 4ª semana	2	4,0
Total	50	

Quadro 15 – Distribuição dos motivos referidos pelas participantes para a introdução de Leite Artificial na alimentação infantil/da criança.

Motivos de introdução de leite artificial no domicílio	n	%
RN chorava com fome	22	21,8
Leite fraco	20	19,8
Pouco leite	14	13,9
RN não ficava satisfeito	12	11,9
RN emagreceu/RN não engordava	12	11,9
Diminuição da quantidade de leite	6	5,9
Dificuldades na pega	5	5,0
Doença materna	3	2,9
Outros	7	6,9
Total	101	

Dificuldades/Problemas com o aleitamento materno:

Da amostra inquirida no final do 1º mês, 129 (52,0%) das participantes afirmaram ter tido dificuldades ou problemas com a prática do aleitamento materno, salientando-se as dificuldades decorrentes da subida do leite com os seios túrgidos (14,0%), e a situação de mamilos gretados (17,8%).

O choro do recém-nascido foi a dificuldade/ problema referida por 22 (17,1%) (Quadro 16).

Quadro 16 – Distribuição das dificuldades/problemas referidos pelas participantes durante o 1º mês após o parto.

Dificuldades/problemas com o Aleitamento materno no domicílio	n	%
Mamilos gretados	23	17,8
RN chorava (com fome)	22	17,1
Seios túrgidos/subida do leite	18	14,0
Diminuição da quantidade de leite	13	10,1
RN não ficava satisfeito	9	7,0
Leite fraco	8	6,2
RN não engordava/emagreceu	7	5,4
Dificuldades na pega	7	5,4
Leite secou	6	4,7
RN "mama muito"	5	3,9
Dúvidas	5	3,9
Mastite	4	3,1
Outros	2	1,6
Total	129	

Recursos utilizados:

Quando questionadas sobre o recurso utilizado para solucionar as dificuldades/problemas sentidos no 1º mês após o parto, 60 participantes afirmaram terem recorrido a profissionais de saúde, sendo o pediatra o profissional mais referido (30). Os serviços de saúde (Centro de Saúde e Hospital) foram indicados por 18 participantes que não referiram o profissional de saúde envolvido.

Para 22 participantes a farmácia foi o recurso utilizado para solucionar as dificuldades/problemas sentidos no 1º mês após o parto (Quadro 17).

De referir que 13 participantes não indicaram qual o recurso utilizado, apesar de terem referido a existência de dificuldades/problemas com a prática do aleitamento materno.

Quadro 17 – Distribuição dos recursos utilizados.

Recursos utilizados	n	%
Pediatra	30	25,9
Farmácia	22	19,0
Hospital	14	12,1
Médico de família	12	10,3
Enfermeira do Centro de Saúde	10	8,6
Enfermeira do Hospital	6	5,2
Enfermeira particular	6	5,2
Mãe	5	4,3
Outros familiares	4	3,4
Centro de Saúde	4	3,4
Outros	3	2,6
Total	116	

Duração planeada para a amamentação:

No final do 1º mês, 152 (76,8%) das participantes planeavam amamentar após os 6 meses e apenas 3 (1,5%) planeavam amamentar até aos 3 meses (Quadro 18).

Quadro 18 – Distribuição das participantes pela duração planeada para o Aleitamento materno.

Duração planeada para o aleitamento materno	n	%
Até aos 3 meses	3	1,5
Até aos 4 meses	22	11,1
Até aos 6 meses	21	10,6
Após os 6 meses	152	76,8
Total	198	

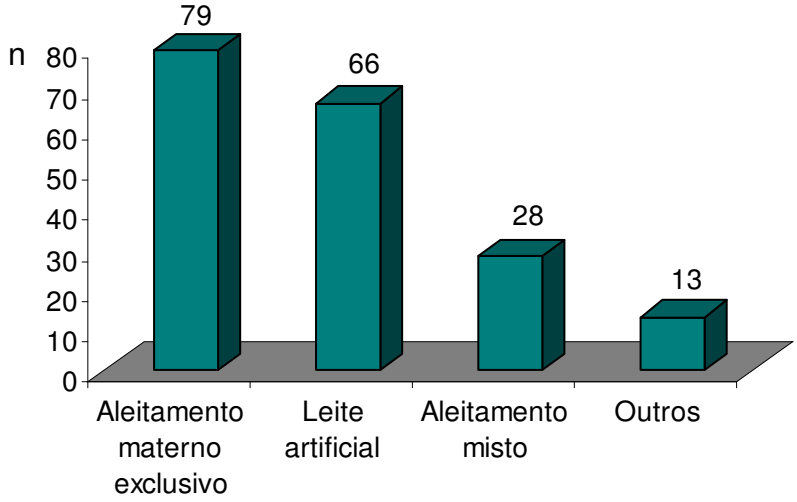
4º Mês após o parto:

Ao 4º mês a amostra foi constituída por 186 participantes.

Encontravam-se a amamentar 120 (64,5%) participantes. Em aleitamento materno exclusivo 79 (42,5%) e 13 (7%) tinham já introduzido outros alimentos na dieta infantil (sopa, papa e fruta) (Gráfico 12 e Quadro 19).

Uma participante usava o biberão para administração pela ama de leite materno no período em que se encontrava a trabalhar e outra usava o bico artificial porque "o bebé não agarrava no mamilo".

Gráfico 12 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 4º mês de vida



Quadro 19 – Alimentação do lactente ao 4º mês.

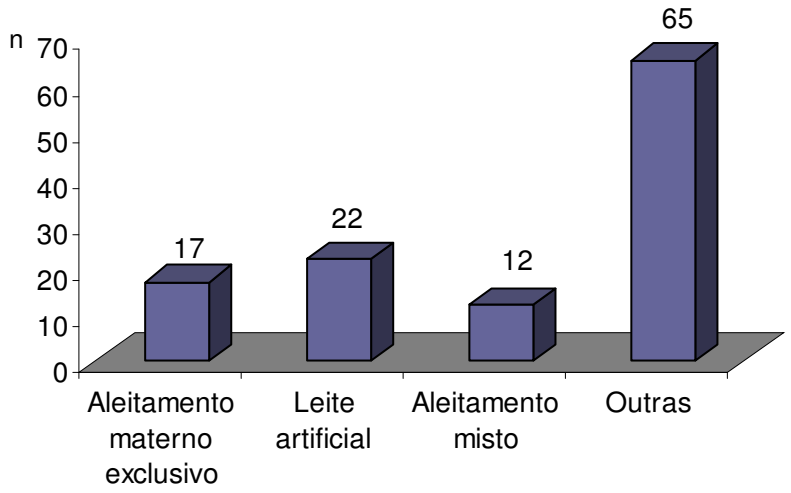
Alimentação do lactente	n	%
Aleitamento materno exclusivo	79	42,5
Leite artificial	66	35,5
Aleitamento misto	28	15,1
LM + Papa	10	5,4
LM + Sopa	1	0,5
LM + Papa + Sopa	1	0,5
LM + Papa + Fruta	1	0,5
Total	186	

<u>6º Mês após o parto:</u>

Ao 6º mês a amostra foi constituída por 116 participantes.

Encontrava-se a amamentar 94 (81,0%) participantes. Em aleitamento materno exclusivo 17 (14,7%) e 65 (56,0%) tinham já introduzido outros alimentos na dieta infantil (sopa, papa e fruta) (Gráfico 13 e Quadro 20).

Gráfico 13 – Distribuição das participantes pelo tipo de alimentação realizada pela criança no final do 6º mês de vida



Quadro 20 – Alimentação do lactente ao 6º mês.

Alimentação do lactente	n	%
Aleitamento materno exclusivo	17	14,7
Leite artificial	22	19,0
Aleitamento misto	12	10,3
LM + Papa	21	18,1
LM + Sopa	6	5,2
LM + Papa + sopa	7	6,0
LM + Papa + fruta	31	26,7
Total	116	

2.5 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO.

A partir da descrição por parte das participantes do estudo, foram identificadas as competências e intervenções dos enfermeiros na adesão ao aleitamento materno, sendo identificadas as duas áreas de intervenção de enfermagem: promoção e apoio ao aleitamento materno.

Ao longo da exposição, recorremos às expressões de discurso de algumas participantes, as quais ilustram as unidades de sentido que emergiram da análise efectuada às respostas das participantes, e que são apresentadas em quadros de frequência de respostas.

2.5.1 - Papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno

Foram identificadas 7 unidades de sentido nas respostas das participantes relativamente à questão: "*Qual acha que deve ser o papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno?"* (Quadro 21).

A expressão de discurso que surgiu mais relevante, mencionada por 124 participantes foi **informar***:*

- "*Acho que o papel do enfermeiro é informar as mães sobre as vantagens do aleitamento materno tanto para o bebé quanto para a mãe*" (A75).
- "*Deve informar sobre as vantagens em dar o leite materno"* (A76).
- "*Deve destacar os benefícios para a mãe e o bebé, em todos os níveis (saúde, nutrição, afectivo, financeiro, etc.) e desfazer mitos ridículos como por exemplo os ligados às questões estéticas*" (A11)

A informação deveria incidir sobretudo nas vantagens do aleitamento materno e em esclarecer crenças e mitos pré existentes.

Para 48 participantes a informação deveria ser fornecida de forma sistematizada e sob a forma de **ensino**:

- " *Dar aulas, ensinar como se deve fazer, não sabemos quando o leite é fraco ou não, acho que temos muitas dificuldades nisso*" (A67).

Para 34 participantes a intervenção de enfermagem seria de **aconselhamento**:

- "*Aconselhar a amamentar, porque podem não querer ou não querer ter trabalho*" (A5).
- "*Aconselhar, é a pessoa mais indicada, nós não percebemos muito disso*" (A22).
- "*Aconselhar todas as mães a dar o peito*"(A27).
- "*Aconselhar a dar o leite materno*" (A111).

Para 27 participantes, a intervenção do enfermeiro passaria por uma orientação antecipada e uma explicação que tornasse mais compreensíveis e claros aspectos futuros da amamentação:

- "*Explicar o que devemos fazer quando se inicia a amamentação*"(A66).
- "*Explicar à mãe a melhor maneira para ele agarrar no peito*" (A 126).

- "*Ensinar e explicar as medidas a ser tomadas na amamentação. Muitas vezes somos inexperientes e mesmo é bom continuarmos a aprender para melhorar a qualidade de vida dos nossos filhos*" (A 234).
- "*Eu acho que o enfermeiro devia falar mais sobre as vantagens que o LM dá ao bebé, e qual a melhor forma de o fazer*" (A 233).

O início da amamentação, a forma como o bebé agarra o mamilo e medidas de higiene com os mamilos foram algumas das dificuldades apontadas pelas mães que mereciam uma orientação por parte das enfermeiras

Para 11 participantes a intervenção do enfermeiro seria também de **incentivo** à prática do aleitamento materno:

- "*O enfermeiro deve incentivar a dar o leite materno*" (A39).
- "*Incentivar, porque é a melhor coisa que nós temos, o leite materno*"(A107).

Com menor expressão encontramos a intervenção ***tirar dúvidas*** expressa por 4 participantes:

- "*Acho que devem tirar dúvidas que temos*" (A79).

Não sei foi a resposta dada por 22 participantes à questão colocada, tendo 1 participante expressado a ausência de contacto com o enfermeiro:

- "*Não lidamos directamente com o enfermeiro, no meu caso fui seguida por um médico*" (A106).

Quadro 21 – Frequências das respostas à questão – Qual acha que deve ser o papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno?

Papel do enfermeiro na formação/informação	n
Informar sobre as vantagens do AM	124
Ensinar técnica da amamentação	48
Aconselhar a dar o LM	34
Explicar técnica da amamentação	27
Não sei	22
Incentivar a dar LM	11
Tirar dúvidas	4

2.5.2 - Papel do enfermeiro no apoio ao aleitamento materno

A partir da questão colocada às participantes: *"Relativamente ao aleitamento materno, qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?"*, questão colocada em dois momentos do estudo (entre as 24 e as 36 horas após o parto e final do1º mês), identificamos nas respostas das participantes as expressões de sentido, que nos indicassem a intervenção do enfermeiro no domicílio.

No primeiro momento de recolha de dados foram identificadas 11 unidades de sentido no discurso das participantes (Quadro 22).

A expressão de discurso que surgiu mais relevante, mencionada por 52 participantes foi ***não sei***, tendo 5 participantes referido a inexistência de visita domiciliária. Para 2 participantes a visita foi considerada necessária:

- "*O enfermeiro não vai ao domicílio* " (A 50).
- "*Penso que seria uma boa ideia! Mas seria essa ideia possível?*" (A108).
- "*Desconheço o papel do enfermeiro no domicílio, mas seria um papel bastante necessário*" (A122).
- "*O enfermeiro não vai a casa, não sei o que responder*" (A125).

Para 17 participantes o papel do enfermeiro no domicílio foi considerado ***desnecessário***:

- "*Se a mãe sair do hospital com todas as indicações suficientes e importantes já dadas, penso que é desnecessário*" (A37).
- "*Não vai fazer nada, devia ser antes*" (A45).
- "*Não acho necessário*" (A56).
- "*Acho que não é preciso*" (A68).
- "*Acho que não tem interesse*" (A73).
- "*Nenhum, não necessita de ir a casa*" (A76).
- "*Na minha opinião, se as mães forem devidamente informadas na instituição, não há necessidade de o enfermeiro se deslocar ao domicílio*" (A200).

Para 40 participantes a intervenção do enfermeiro no domicílio seria **ajudar**:

- "*O papel do enfermeiro no domicílio é ajudar-nos a amamentar o nosso filho nos primeiros dias de vida*" (A 62).

- "*Ajudar como me estão a ajudar aqui*" (A 104).
- "*Continuar a ajudar a mãe sempre que p*recisar" (A 107).
- "*Ajudar a mãe a dar o peito, nomeadamente ajudar a que a mãe consiga ter uma posição adequada*" (A112).
- "*Eu acho bem, porque com a experiência deles ajudam muito mas primeiras semanas de vida do bebé* "(A165).

Para 31 participantes o papel do enfermeiro no domicílio seria **informar**:

- "*Dar a conhecer que é o melhor leite*" (A5).
- "*Divulgar que é o melhor para a criança*" (A17).
- "*Informar porque há bebés que são complicados e isso ajuda muito*" (A 92).

Esta informação poderia segundo 2 participantes ter uma orientação de prevenção de prováveis problemas:

- "*Dar informação sobre os problemas para não haver complicações, cuidar dos bicos, dos peitos*" (A147).
- "*Informar sobre o que pode acontecer com o peito (gretas, dores, etc.) e informar os cuidados e prevenção para que isso não aconteça*" (A75).

Para 28 participantes, a intervenção do enfermeiro seria **tirar dúvidas**:

- "*Tirar dúvidas que uma pessoa possa ter*" (A28).
- "*Muita coisa, tirar dúvidas sobretudo quando é o primeiro filho porque não tem experiência*" (A69).
- "*Nas primeiras semanas muita coisa. Não era necessário deslocar-se ao Posto médico, em relação ao AM, não faria muita coisa porque já estávamos ensinadas, mas temos sempre dúvidas e poderia tirá-las*" (A74).
- "*Penso que deve sempre existir quando existir dúvidas por parte dos pais em todos os aspectos*" (A117).

Aconselhar a dar LM e não desistir (14), **explicar** (13) e **ensinar técnica de amamentação** (13) foram actividades também indicadas pelas participantes.

Com menor expressão foram referidas as actividades **vigiar** (9), **avaliar** (8), **apoiar** (8), **incentivar a dar LM** (5) e **observar mamadas** (3).

Quadro 22 – Frequências das respostas à questão – *Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?* (24/36 horas).

Papel do enfermeiro no domicílio	n
Não sei	52
Ajudar	40
Informar	31
Tirar dúvidas	28
Desnecessário	17
Aconselhar a dar LM, a não desistir	14
Explicar	13
Ensinar técnica da amamentação	13
Vigiar	9
Avaliar	8
Apoiar	8
Incentivar a dar LM	7
O enfermeiro não vai ao domicílio	5
Observar mamadas	3

Quando questionado no segundo momento de recolha de dados, o papel do enfermeiro no domicílio, a resposta ***não sei*** foi dada por 69 participantes (52 no 1º momento), tendo 27 considerado ***desnecessário*** a intervenção do enfermeiro no domicílio (17 no 1º momento).

A intervenção **tirar dúvidas** foi referida por 58 participantes (28 no 1º momento).

Ajudar foi a actividade expressa por 19 participantes (40 no 1º momento) e com menor expressão foram também referidas as actividades: **aconselhar a dar LM** (12), **apoiar** (10), **ensinar técnica de amamentação** (7), **explicar** (5), **avaliar** (5) e **vigiar** (4).

Quadro 23 – Frequências das respostas à questão – *Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?* (final 1º mês)

Papel do enfermeiro no domicílio	n
Não sei	69
Tirar dúvidas	58
Desnecessário	27
Ajudar	19
Aconselhar a dar LM	12
Apoiar	10
Ensinar técnica da amamentação	7
Explicar	5
Avaliar as mamadas	5
Vigiar mamadas	4

2.6 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA DE ALGUMAS QUESTÕES POSTERIORES

Com vista a aprofundar os nossos conhecimentos, sentimos necessidade de efectuar uma prospecção de possíveis associações entre algumas variáveis, numa tentativa de explicação de várias opções de resposta.

Assim, para responder às questões que surgiram durante a leitura dos resultados, efectuamos associações entre variáveis que poderiam justificar o sentido das respostas das participantes, com base na bibliografia disponível sobre a temática estudada.

Embora actualmente ainda sejam parcialmente conhecidos os factores envolvidos na decisão de amamentar e na sua manutenção, encontram-se descritas na bibliografia associações entre alguns factores, que se associam a um maior ou menor sucesso do aleitamento materno e que procuramos investigar no estudo realizado (ver tabelas em anexo IV).

Para analisar as associações de que falamos anteriormente, começaremos por falar da idade. Entre as diversas associações realizadas com a <u>idade</u> destacamos:

- A associação entre a idade e a duração do aleitamento materno no 1º e 4º mês após o parto, em que observamos existir uma associação estatisticamente significativa (χ^2 = 10,738, P = 0,013 em relação ao primeiro mês e χ^2 = 8,116, P=0,044 em relação ao 4º mês). A associação entre a idade e a duração do aleitamento materno no 6º mês não obteve resultados estatisticamente significativos (χ^2 = 1,418 e P = 0,701).
- A associação entre a idade e o tipo de alimentação realizada pelo lactente no final do 1º mês, na qual se observou um χ^2 = 16,850 e P = 0,010, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa. Esta associação não se observou ao 4º mês (χ^2 = 12,994 e P = 0,792) e 6º mês (χ^2 = 11,645 e P = 0,805).
- A associação entre a idade e o local de realização do maior número de consultas, na qual se observou um χ^2 = 18,061 e P = 0,034, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a idade e o momento da decisão de amamentar, na qual se observou um χ^2 = 29,656 e P = 0,001, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a idade e a paridade, na qual se observou um χ^2 = 51,913 e P = 0,000, que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

No que respeita ao estado civil, entre as diversas associações realizadas, destacamos:

- A associação entre o estado civil e o ter efectuado vigilância da gravidez na qual se observou um χ^2 = 25,014 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação estatisticamente significativa entre o estado civil e o local de realização do maior número de consultas na qual se observou um χ^2 = 32,440 e P = 0,001.
- A associação entre o estado civil e a decisão de amamentar, na qual se observou um χ^2 = 42,848 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre o estado civil e o momento da decisão de amamentar, na qual se observou um χ^2 = 23,723 e P = 0,022, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre o estado civil e a paridade, na qual se observou um χ^2 = 20,289 e P = 0,000, que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

Em relação à escolaridade, de entre as associações realizadas destacamos as associações:

- A associação entre a escolaridade e local de realização do maior nº consultas, na qual se observou um χ^2 = 35,917 e P = 0,007, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a escolaridade e a formação/informação sobre aleitamento materno, na qual se observou um χ^2 = 12,71 e P = 0,048, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a escolaridade e a principal fonte de formação/informação sobre aleitamento materno, na qual se observou um χ^2 = 76,560 e P = 0,001, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a escolaridade e o momento da decisão de amamentar, na qual se observou um χ^2 = 82,992 e P = 0,00, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a escolaridade e o ter sido amamentada pela mãe, na qual se observou um χ^2 = 22,847 e P = 0,029, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

- A associação entre a escolaridade e a paridade, na qual se observou um χ^2 = 31,873 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a escolaridade e as dificuldades com o aleitamento materno sentidas durante o 1º mês após o parto, na qual se observou um χ^2 = 31,170 e P = 0,040, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

Em relação à <u>área de residência</u>, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a área de residência e o tipo de alimentação do lactente ao 1º mês após o parto (χ^2 = 9,887; P = 0,042). Esta associação não se observou ao 4º mês (χ^2 = 19,292 e P = 0,082) e 6º mês (χ^2 = 7,441 e P = 0,827).

Em relação à <u>actividade profissional</u>, de entre as associações realizadas destacamos as associações:

- A associação entre a actividade profissional e o início da vigilância pré-natal, na qual se observou um χ^2 = 6,431 e P = 0,040, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre a actividade profissional e o tipo de alimentação do lactente no1º mês após o parto, na qual se observou um χ^2 = 8,427 e P = 0,015, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa. Esta associação não se observou ao 4º mês (χ^2 = 3,875 e P = 0,694) e 6º mês (χ^2 = 4,464 e P = 0,614).

Em relação ao <u>local de exercício da actividade profissional</u>, de entre as associações realizadas destacamos:

A associação entre o local de exercício da actividade profissional e a decisão de amamentar, na qual se observou um χ^2 = 49,274 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

- A associação entre o local de exercício da actividade profissional e quando deve ser realizada a formação/informação sobre aleitamento materno, na qual se observou um χ^2 = 58,450 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

Em relação ao <u>tipo de parto</u>, observaram-se as seguintes associações:

- A associação entre o tipo de parto e o tempo de colocação do bebé à mama após o nascimento, na qual se observou um χ^2 = 205,613 e P = 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.

- A associação entre o tipo de parto e o ter sido alimentado com LA durante o internamento, na qual se observou um χ^2=92,604 e P= 0,000, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre o tipo de parto e a alimentação do lactente ao 4ºmês após o parto, na qual se observou um χ^2 = 21,725 e P = 0,041, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa. Esta associação não se observou ao 1º mês (χ^2 = 7,077 e P = 0,132) e 6º mês (χ^2 = 6,701 e P = 0,877).

Em relação ao <u>momento da decisão de amamentar</u> observaram-se as seguintes associações:

- A associação entre o momento da decisão de amamentar e a principal fonte de formação/informação sobre aleitamento materno, na qual se observou um χ^2 = 9,887 e P = 0,042, o que nos indica uma associação estatisticamente significativa.
- A associação entre o momento da decisão de amamentar e a duração do aleitamento materno no 1º e 6º mês após o parto, na qual observamos uma relação estatisticamente significativa (χ^2 = 13,154, P = 0,004 em relação ao primeiro mês e χ^2 = 14,699, P = 0,002 em relação ao 6º mês). A associação entre o momento da decisão de amamentar e a duração do aleitamento materno ao 4º mês não obteve resultados estatisticamente significativos (χ^2 = 5,466 e P = 0,141).

Em relação à <u>duração planeada para o aleitamento materno</u> salientamos os resultados das seguintes associações:

- A associação entre a duração planeada para o aleitamento materno (quando questionada no primeiro momento de recolha de dados entre as 24 e as 36 horas de vida) e a duração planeada para o aleitamento materno (quando questionada no segundo momento da recolha de dados ao 1º mês após o parto) na qual observamos uma associação estatisticamente significativa χ^2 = 100,258 e P = 0,000.
- A associação entre a duração planeada para o aleitamento materno e a duração do aleitamento materno não obteve resultados estatisticamente significativos (χ^2 = 4,940, P = 0,176 em relação ao 1 mês, χ^2 = 7,665, P = 0,053 em relação ao 4º mês e χ^2 = 0,970, P = 0,809 em relação ao 6º mês).

Em relação ao <u>ter sido amamentada pela mãe</u> salientamos:

- Uma associação estatisticamente significativa entre ter sido amamentada pela mãe e a duração do aleitamento materno ao 1º mês após o parto (χ^2 = 7,008; P =

0,030). Esta associação não se observou ao 4º mês (χ^2 = 5,575 e P = 0,062) e ao 6º mês (χ^2 = 0,884 e P = 0,643).

Em relação à paridade salientamos:

- A associação entre e a paridade e a duração do aleitamento materno não obteve resultados estatisticamente significativos (χ^2 = 2,135, P = 0,144 em relação ao 1 mês, χ^2 = 0,419, P = 0,518 em relação ao 4º mês e χ^2 = 0,057, P = 0,812 em relação ao 6º mês).
- A associação entre e a paridade e o tipo de alimentação realizada pelo lactente ao 1º, 4º e 6º mês não obteve resultados estatisticamente significativos (χ^2 = 4,635, P=0,099 em relação ao 1 mês, χ^2 = 3,614, P = 0,729 em relação ao 4º mês e χ^2 = 6,266, P = 0,394 em relação ao 6º mês).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo efectuado no anterior capítulo uma apresentação dos resultados do estudo que incluía alguma interpretação dos mesmos, procederemos neste capítulo a uma análise crítica dos resultados.

Dada a extensão dos dados tratados, procuraremos evidenciar os resultados que julgamos de maior relevância, de forma a permitir uma reflexão crítica do seu significado e implicações, procurando discutir os resultados face à bibliografia de que dispomos sobre a temática em estudo.

Das 256 participantes que integraram a amostra inicial, 23 participantes situavam-se nos extremos da amostra: 17 tinham idade igual ou inferior a 20 anos e apenas 6 tinham idade igual ou superior a 40 anos, sendo a média de idades da amostra de 28,5 anos.

A idade média ao nascimento do primeiro filho foi de 26,4 anos, valor inferior à média nacional de 27,8 anos apresentada pelo INE relativa ao ano de 2005.

No estudo que realizamos observamos uma associação entre a idade e a duração do aleitamento materno ao 1º e 4º mês após o parto, associação que não foi observada ao 6º mês.

De igual modo observamos uma associação entre a idade e o tipo de alimentação realizada pelo lactente no final do 1º mês, associação que não se observou ao 4º e 6º mês.

Estes resultados não são concordantes com os resultados do estudo realizado por Batalha (2004) com 112 lactentes da Região do Baixo Mondego em que se determinou a prevalência do aleitamento materno nos primeiros quatro meses de vida. Neste estudo, não há associação entre a idade e o tipo de aleitamento realizado pelo lactente no 1º, 2º e 4º mês.

Nos resultados de um estudo prospectivo realizado na região da Grande Lisboa envolvendo 200 recém nascidos (Sarafana [*et al.*], 2006), em que se avaliou a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, com avaliações realizadas no dia da alta da maternidade, 1º, 3º e 6º mês, verificou-se que as mães mais jovens (entre os 15 e os 19 anos) apresentaram taxas de aleitamento materno inferiores. Com excepção do 1º mês, foram as mães com mais de 34 anos que apresentaram taxas superiores.

No presente estudo a quase totalidade da amostra (99,2%) era composta por mulheres de raça caucasiana, casadas ou a viver em união de facto (92,2%) e residentes na sua maioria em área rural (57,0%).

Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre o estado civil e a duração do aleitamento materno ou entre o estado civil e o tipo de alimentação do lactente ao 1º,4º e 6º mês após o parto.

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a área de residência e o tipo de alimentação do lactente ao 1º mês após o parto, associação que não se observou ao 4º e 6º mês.

No estudo descritivo realizado por Galvão (2005) com 607 pares mãe/bebé avaliados durante três meses, as mães residentes em meio rural foram as que mais prolongaram a amamentação dos seus filhos.

No presente estudo, apenas 9,4% das participantes possuía formação académica superior e 43% da amostra não tinha a escolaridade mínima obrigatória.

Desde 1993[71] a escolaridade mínima obrigatória no nosso país é de 9 anos. No entanto, Portugal detém ainda um dos mais baixos níveis de escolaridade e qualificação da Europa. Dados do INE relativos ao 1º trimestre de 2006 revelam que 71% da população empregada tinha apenas o ensino básico ou menos.

Segundo Almeida (1996) o maior nível de escolaridade nos países industrializados encontra-se associado ao sucesso do aleitamento materno, dado que as mães amamentam mais e durante mais tempo, situação inversa à verificada nos países em desenvolvimento.

No nosso estudo não se observou uma associação entre a escolaridade e a duração do aleitamento materno, resultado concordante com o estudo de Batalha (2004) e com o estudo descritivo transversal efectuado por Lopes, Marques (2004) com uma amostra constituída por 197 mulheres, em que se determinou a prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo à data da alta da maternidade e durante os primeiros seis meses de vida do lactente.

Os resultados do nosso estudo não são concordantes com o estudo de Sarafana, [*et al.*] (2006), no qual se observou uma relação estatisticamente significativa entre a amamentação e a escolaridade, com as mães de escolaridade superior a amamentarem mais e durante mais tempo, bem como no estudo de Galvão (2005) em que foram as mães com maiores habilitações literárias que mais prolongaram a amamentação. De

[71] Decreto-lei nº301/93 de 31 de Agosto.

igual modo no estudo prospectivo realizado por Branco [*et al.*]·(2004) com o objectivo de avaliar a eficácia de práticas/atitudes de suporte do aleitamento materno bem como a prevalência da amamentação no 1º, 3º e 6º mês e foram as mães possuidoras de curso médio que amamentaram mais tempo.

Em Portugal, a taxa de actividade feminina ultrapassa a média europeia, com um dos valores mais elevados da Europa Comunitária. O nosso país é também o estado membro da União Europeia (UE) onde as mães com filhos até aos 10 anos trabalham mais horas.

A modalidade de trabalho predominante na população feminina portuguesa em relação a outras realidades europeias, é o trabalho a tempo inteiro, que atinge valores da ordem dos 80%. Salienta-se ainda a fraca taxa de emprego feminino a tempo parcial com um valor de apenas 8,2%, quando a média da UE é de 17,2%.

No presente estudo a maioria (75,8%) das participantes exercia uma actividade profissional e destas, 84,0% trabalhava fora de casa e a tempo inteiro.

Não foram observadas associações entre o exercício de actividade profissional e a duração do aleitamento materno, bem como entre o local de exercício da actividade profissional e a duração do aleitamento materno.

No entanto, observou-se uma associação entre a actividade profissional e o tipo de alimentação do lactente no 1º mês após o parto, associação que não se verificou ao 4º e 6º mês.

Em virtude de não se ter efectuado uma caracterização da amostra por níveis profissionais, não foi avaliada a associação entre o nível profissional e a duração do aleitamento materno, o que consideramos poder ser uma limitação do estudo.

No entanto, na bibliografia consultada não se observou uma associação entre o nível profissional e a duração do aleitamento materno (Lopes, Marques, 2004).

Do total de 256 participantes no estudo, 146 situavam-se no grupo 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares e grupo 9 -Trabalhadores não qualificados da Classificação Nacional de profissões.

Esta realidade poderá ser explicada pela incidência de situações de saída precoce do sistema de educação e formação para o mercado do trabalho, originando uma realidade de emprego menos qualificado[72].

[72] Em 2005 o abandono escolar prematuro da população portuguesa com idade compreendida entre os 18 e os 24 anos foi de 38,6%, superior à média comunitária de 15,2%.

A área geográfica servida pelo Centro Hospitalar Médio Ave compreende o Vale do Ave, região industrial por tradição, com elevado número de pequenas e médias empresas do sector têxtil, vestuário e calçado, que ocupa o 2º lugar na região Norte relativamente ao número de empresas, possuindo uma taxa de população activa de 51,8%, taxa mais alta que a da região Norte e superior à média nacional.

Os grandes empregadores da mão-de-obra feminina (têxtil, vestuário e calçado) encontram-se hoje fortemente ameaçados ou em claro declínio por factores conjecturais, o que se traduz numa realidade particularmente difícil para o emprego feminino, visível na população estudada.

No estudo realizado a taxa de desemprego é de 16%, quase o dobro da taxa nacional de desemprego do sexo feminino apresentada pelo INE de 8,6% e relativa ao 1º trimestre de 2005, o que nos parece revelador do anteriormente exposto.

A prioridade atribuída à Saúde Materna e Infantil pelo Ministério da Saúde, determinou a publicação por este organismo de documentos normativos que visam promover a qualidade dos cuidados nesta área.

A realização de esquemas de vigilância da gravidez considerados adequados é um dos indicadores na área da saúde materna que se tem revelado responsável pela redução da mortalidade materna e perinatal, juntamente com a melhoria do nível sócio económico e dos cuidados de saúde disponíveis (Ministério da Saúde, 2002).

No nosso estudo, a quase totalidade da população em estudo (99,2%) efectuou vigilância da gravidez, e a maioria das participantes do estudo (89,0%) iniciou a vigilância pré natal no 1º trimestre.

Os valores são superiores à realidade nacional apresentada pelo Ministério da Saúde, o que nos parece revelar uma sensibilidade da população em estudo para a importância da vigilância da gravidez.

Salienta-se ainda nos resultados encontrados o facto de a maioria das participantes (61,8%) ter efectuado o maior número de consultas em estabelecimentos de saúde privados, em relação a estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (Centro de Saúde e Consulta Hospitalar).

Embora não se tenham verificado associações entre o local de realização da vigilância pré natal e a duração do aleitamento materno e entre o local de realização da vigilância pré natal e o tipo de alimentação realizada pelo lactente ao 1º, 4º e 6º mês após o parto, os resultados são no entanto em nosso entender merecedores de reflexão.

Os estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm horários de atendimento ao público que dificultam a conciliação dos horários laborais com os horários das consultas, e embora a legislação de protecção à maternidade conceda dispensas para as consultas de vigilância pré-natal, a precariedade do emprego pode dificultar a sua realização durante o horário laboral.

De igual modo, o marido pode ter dificuldade em abandonar o emprego para estar presente na consulta e frequentemente os serviços públicos não permitem a sua presença.

Em serviços privados de saúde, os horários podem ser mais facilmente conciliados com os interesses do casal e a presença do marido é permitida e até encorajada.

Poderemos assim questionar se os Centros de Saúde e Hospitais públicos estarão a adaptar os seus serviços às necessidades das famílias que servem.

As consultas durante o período pré natal têm para além de outros objectivos a promoção da educação para a saúde, constituindo momentos ideais para a realização de intervenções educativas e de sensibilização para o aleitamento materno (Direcção Geral da Saúde, 1993).

Sendo a preparação para a amamentação parte integrante da educação para a saúde a realizar pelos profissionais de saúde durante a gravidez (Direcção Geral da Saúde, 1993), os resultados do estudo não deixam de ser preocupantes e merecem por isso uma reflexão.

Dado que metade das participantes afirmou não ter recebido formação/ informação sobre aleitamento materno (embora a maioria tenha realizado e iniciado as consultas de vigilância pré natal no 1º trimestre da gravidez), questionamo-nos se estes resultados poderão indicar que os profissionais de saúde envolvidos na vigilância pré natal não a efectuaram, ou se as participantes não se recordavam de a ter recebido.

Os resultados do presente estudo são superiores aos resultados obtidos por Figueiredo (2001) num estudo realizado na região Norte do país com 247 puérperas, em que 21,4% referiu não ter recebido informação sobre aleitamento materno durante a gravidez/parto e aproximados dos resultados obtidos por Sarafana [*et al.*], (2006), em que 49% da amostra obteve algum tipo de orientação pré natal para a amamentação.

Segundo Sharron, Hill, Spiegelberg, citados por Marinho, Leal, (2004) assiste-se actualmente a uma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe

para filha, para um papel cada vez mais relevante dos profissionais de saúde como principais fontes de informação sobre o aleitamento materno.

Quando questionada a principal fonte de formação/informação sobre aleitamento materno, 50% das 128 participantes que responderam positivamente à questão, referiram os profissionais de saúde como a principal fonte de formação/informação, sendo o enfermeiro, o profissional de saúde indicado por 25%, tendo 10,9% das participantes indicado a mãe como a principal fonte de formação/ informação.

Estes resultados são inferiores aos resultados do estudo realizado por Sarafana [*et al*], (2006) em que 50% das mães que tiveram algum tipo de orientação pré natal para a amamentação referiram o enfermeiro como o principal agente da acção educativa sobre aleitamento materno.

Sendo reconhecido o papel essencial dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno (OMS, 1989) os resultados indicam uma claro peso dos estabelecimentos de saúde privados na vigilância pré-natal, locais onde os profissionais de enfermagem se encontram em número excessivamente reduzido.

Segundo dados da Ordem dos enfermeiros relativos ao ano de 2007, exercem a sua actividade no sector privado 2469.enfermeiros em comparação com os 41900 enfermeiros do sector público.

Por outro lado, nos estabelecimentos do SNS onde é efectuada a vigilância pré natal (Centro de Saúde e Consulta Externa Hospitalar), frequentemente estas consultas são efectuadas apenas por médicos, e sem a presença de um enfermeiro.

Quando presentes, a sua actividade é centrada em actividades que não deixam espaço para intervenções na área da educação para a saúde[73].

A existência de espaços formais de educação para a saúde a realizar antes da gravidez, durante a gravidez e após o parto não se encontra disponível em muitos serviços públicos, sendo habitualmente oferecidos apenas em serviços privados.

No estudo realizado, apenas 3,1% das participantes referiu a frequência de aulas de "preparação para o parto", prática que na realidade estudada é desenvolvida habitualmente por enfermeiros e a título particular.

Salienta-se que 42 participantes (32,8%) referiram os livros/revistas como a principal fonte de formação/informação sobre aleitamento materno, valor apenas ultrapassado pelos profissionais de saúde.

[73] Em Portugal 7586 enfermeiros exercem a sua actividade em centros de saúde.
Em 2005 o número de enfermeiros por cada 100 000 habitantes era de 447,9.

Estes resultados não são concordantes com os resultados do estudo de Sarafana [*et al*], (2006), onde os livros e revistas foram referidos como o principal agente da acção educativa apenas por 2% da amostra.

Os resultados do estudo são no entanto concordantes com os resultados encontrados no estudo de Figueiredo (2001), em que a informação obtida sobre aleitamento materno durante e após a gravidez através de livros e revistas foi considerada mais satisfatória do que a obtida junto do profissional de saúde (médico particular).

Segundo Pinto, Pereira, Martins (1995), a acção dos profissionais de saúde parece ser insuficiente e mesmo inferior à exercida por amigos, família e *mass-media* na modulação de comportamentos em prol do aleitamento.

No presente estudo não se observou associação entre o local de realização do maior número de consultas e a principal fonte de formação/informação sobre aleitamento materno.

Resultados de um estudo transversal realizado por Oliveira, Valente (1999) com 50 recém nascidos, com o objectivo de avaliar a adesão ao aleitamento materno no período neonatal (avaliação efectuada na 3ª semana de vida), mostraram que informação prévia sobre aleitamento materno tinha sido fornecida a 75,0% e 62,0% das mães que tinham efectuado a sua vigilância pré natal respectivamente no Hospital e médico particular. Das mães que efectuaram a sua vigilância pré natal no Centro de saúde apenas 38,0% referiu ter recebido informação prévia sobre aleitamento materno.

Investigação citada por Marinho e Leal (2004) revela que as atitudes dos técnicos de saúde exercem influência na decisão de amamentar (Kistin [*et al*], 1990; Reifff, Essock-Vitale, 1985).

Os resultados do presente estudo indicam que 94,1% das participantes decidiu amamentar por iniciativa própria, tendo a maioria (65,2%) decidido amamentar antes da gravidez, resultados concordantes com a bibliografia consultada (Almeida, 1996; Royal College of Midwives, 1994).

Não se observou uma associação entre o momento da decisão de amamentar e a duração do aleitamento materno ao 4º mês, observando-se no entanto esta associação ao 1º e 6º mês.

Num estudo exploratório realizado por Coutinho e Leal (2005) com 460 mulheres sobre as atitudes das mulheres em relação à amamentação, 82,7% das participantes

revelou não ter recebido qualquer influência quanto à decisão de amamentar e 93,5% afirmou mesmo não ter estado nunca indecisa sobre a decisão de amamentar.

No presente estudo apenas 4,7% das participantes decidiu amamentar por indicação dos profissionais de saúde, resultados que reforçam o sentido da decisão pessoal de amamentar.

Quando questionadas sobre os motivos de se encontrarem a amamentar, as razões relacionadas com os benefícios do leite materno para a criança foram maioritariamente salientadas pelas participantes.

O bem-estar da criança e a sua saúde foram as justificações encontradas: " é mais saudável para o bebé", "é o melhor leite" ou " confere imunidade ao RN", expressões que indicam que o foco da amamentação está centrado nas necessidades da criança. Algumas participantes verbalizaram mesmo a amamentação como "a maior prova de amor" que estariam a dar ao seu filho.

No estudo realizado por Figueiredo (2001), a amamentação foi considerada uma obrigação social pelas mães pertencentes a um nível educacional mais baixo, tendo as mães licenciadas considerado que as mulheres que não amamentavam eram socialmente discriminadas.

No estudo de Coutinho e Leal (2005), 85,0% das mulheres revelaram uma atitude positiva em relação à amamentação, considerando haver benefícios para mãe e criança. Ainda que para as mulheres da amostra a amamentação não fosse compatível com a vida profissional da mulher, e a considerassem condicionante da sua liberdade, a maioria considerou que todas as mulheres deveriam amamentar.

Resultados de um estudo realizado por Bastos e Rocha (2000) com 218 adolescentes a fim de investigar os conhecimentos e atitudes dos adolescentes escolarizados face ao aleitamento materno, identificaram uma elevada percentagem de factores centrados na criança, verbalizados pelos adolescentes como susceptíveis de influenciar positivamente a decisão futura de amamentar.

No nosso estudo os motivos invocados para a continuação da amamentação encontraram-se também centrados no bem-estar da criança.

Face ao conhecimento actual das vantagens da amamentação para a saúde da mulher, não deixa de surpreender que apenas 29 participantes tenham referido que se encontravam a amamentar ou pretendiam continuar a amamentar porque "é mais saudável para a mãe".

Os resultados do estudo revelaram ainda que a maioria das participantes (88,7%) já tinha observado outras mães a amamentar e 69,5% tinha sido amamentada pela própria mãe.

Observamos uma associação entre o ter sido amamentada pela mãe e a duração do aleitamento materno ao 6º mês após o parto, associação que não se verificou ao 4º e 6º mês.

No estudo de Galvão (2005) o ter sido amamentada influenciou positivamente a duração da amamentação aos 3 meses de idade.

Não se verificaram no nosso estudo associações entre a duração planeada para o aleitamento materno e a duração do aleitamento materno.

Ainda que a maioria das participantes (71,1%) pretendesse amamentar após os seis meses, face aos resultados do estudo, questionamo-nos se esta intenção era de facto verdadeira ou se reflectia apenas uma reposta esperada, dado que a recolha de dados foi efectuada em contexto hospitalar e por um profissional de saúde.

Verificamos contudo uma associação entre a duração planeada para o aleitamento materno entre o primeiro momento de recolha de dados (entre as 24 e as 36 horas de vida) e o segundo momento (1º mês após o parto).

A introdução de um biberão de leite artificial ainda na maternidade, continua a ser uma prática frequente, que no presente estudo ocorreu em 62,9% dos recém nascidos.

Resultados concordantes com o presente estudo embora com valores variáveis foram encontrados nos estudos de Albuquerque [*et al*], 1996 (48,0%); Rocha, Gomes, 1998 (45,0%); Alves [*et al.*], 1999 (74,0%); Pereira, 2002 (12,0%); Branco [*et al.*],2004 (52,1%); Galvão, 2005 (11,9%); Sarafana [*et al*], 2006 (34,0%).

Resultados do estudo prospectivo realizado por Albuquerque [*et al.*], (1996) envolvendo 300 díadas mãe-filho, revelaram que a introdução de LA durante o período de internamento após o parto foi em 59,7% dos casos da responsabilidade da enfermeira, em 25,7% da responsabilidade do médico e em 14,6% por insistência materna.

Nos resultados do estudo realizado por Sarafana [*et al.*], (2006), em 16% das situações que ocorreram de introdução de LA na maternidade, as mães não perceberam o motivo de introdução de LA, tendo no entanto referido ter-se tratado de decisão da enfermeira.

No estudo realizado não nos foi possível identificar o profissional responsável pela introdução de LA, mas apenas o motivo da sua introdução. No entanto, e dado que as

participantes se encontravam em ambiente hospitalar, a responsabilidade foi sobretudo dos profissionais de saúde envolvidos na assistência a mães e recém nascidos.

Para a OMS (1989), os cuidados ao recém-nascido durante os primeiros dias de vida e sobretudo a sua forma de alimentação influenciam fortemente o desempenho da lactação materna. A introdução de leites artificiais na alimentação infantil poderão originar a sensibilização da criança às proteínas do leite de vaca, pelo que a norma deveria ser o aleitamento materno exclusivo.

Observamos no nosso estudo uma associação entre o tipo de parto e o recém-nascido ter tomado LA durante o internamento hospitalar e entre o tipo de parto e o tempo de colocação do recém-nascido à mama após o nascimento.

O tempo de colocação do RN à mama foi para 97 recém nascidos excessivamente longo: 36 foram colocados à mama após a 6ª hora de vida, e 61 até ao final da 6ª hora após o nascimento. Salienta-se contudo que a maioria (51,6%) foi colocada à mama no período até ao final da 2ª hora de vida.

Estes resultados são superiores aos resultados do estudo de Albuquerque [*et al.*], 1996, em que apenas 14,5% dos recém-nascidos foram colocados à mama nas primeiras 2 horas de vida.

Dada a elevada percentagem de partos por cesariana, pensamos ser importante rever procedimentos que possibilitem uma alteração das práticas assistenciais que permitam a colocação precoce do recém-nascido à mama nestas situações.

Este motivo prende-se sobretudo com questões assistenciais que dependem exclusivamente dos próprios profissionais de saúde, dado que habitualmente a realização de cesariana não é impeditiva da amamentação precoce.

A elevada percentagem de partos distócicos do presente estudo e nomeadamente a percentagem de cesarianas (44,5%) é superior ao dobro da percentagem recomendada pela OMS (15% -20%) para práticas de assistência ao parto.

Os partos distócicos e nomeadamente as cesarianas podem dificultar o contacto precoce e a prática precoce da amamentação (OMS, 1989), pelo que os números do estudo devem merecer uma reflexão não só dos motivos que estarão na sua origem, bem como das suas consequências para as mães e recém-nascidos.

Dados disponíveis de 2005[74] mostram que a realidade portuguesa se encontra acima da média preconizada pela OMS, com uma taxa de cesarianas de 34,7%, havendo

[74] Entre 2001 e 2005 a taxa de nascimentos por cesariana aumentou 44,6%.

grandes diferenças entre unidades do sector público e privado, com estes últimos a ter valores superiores ao dobro das instituições de saúde públicas.

Ainda que o tipo de parto não se tenha associado à duração do aleitamento materno, resultados concordantes com o estudo de Lopes, Marques (2004), observamos uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e o tipo de alimentação do lactente ao 4º mês.

Das 256 participantes no estudo, 42,6% tinha já um ou mais filhos. Quando questionadas sobre a alimentação realizada por esses filhos aos 4 e 6 meses de vida, obtiveram-se valores de aleitamento materno exclusivo aos 4 meses de 46,8%, valor que desceu para 12,8% aos 6 meses.

Nestes resultados há a possibilidade de viés de memória, pelo facto de serem condicionados pela memória das participantes. No entanto, pensamos que serão todavia esclarecedores sobre a temática estudada.

Não se observaram associações entre a paridade e a duração do aleitamento materno nem entre a paridade e o tipo de alimentação realizada pelo lactente ao 1º, 4º e 6º mês.

Estes resultados não são concordantes com o estudo realizado por Lopes, Marques (2004) no qual se observou uma associação entre a paridade e a duração do aleitamento, sendo a duração da amamentação superior nas mulheres com um ou mais filhos. No estudo de Branco [*et al*], (2004) foram as mães primíparas que amamentaram durante mais tempo.

Os resultados da adesão ao aleitamento materno do presente estudo são concordantes com os resultados de diferentes estudos portugueses, indicando uma elevada incidência do aleitamento materno ao nascimento ocorrendo uma diminuição acentuada no final do 1º mês com introdução precoce de LA, situação que se iniciou em elevado número ainda no período de internamento hospitalar.

No final do 1º mês, 20,5% (50) já não amamentava, tendo a maioria destas participantes (37), abandonado o aleitamento materno nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido.

Quando questionados ao 1º mês após o parto os motivos para a introdução de LA no domicílio, as participantes no estudo referiram como principais motivos: “RN chorava com fome”, “leite fraco” ou “pouco leite” e “RN não ficava satisfeito”.

Resultados concordantes com os resultados encontrados nos estudos de Pinto, Pereira, Martins, (1995); Albuquerque [*et al.*], (1996), Alves [*et al.*], (1999); Pereira, (2002); Coutinho, Leal, (2005) e Sarafana [*et al.*], (2006);

Quando questionadas ao 4º mês sobre a introdução de LA, os principais motivos foram:"lactente não ficava satisfeito", "diminuição da quantidade de leite" e leite secou". Salienta-se ainda que apenas 7 participantes referiram o trabalho materno como motivo para a introdução de LA na alimentação do lactente.

Os motivos invocados no nosso estudo relacionam-se com percepções maternas, que originam insegurança na puérpera, sendo questionável a efectiva necessidade da introdução do leite artificial.

Segundo McLennan citado por Coutinho, Leal, (2005), as mulheres podem sentir-se culpabilizadas pelo abandono precoce da amamentação, sendo por isso mais aceitável para elas basear a sua atitude em razões não pessoais mas independentes da sua vontade e controlo.

Para Almeida (1996) é importante que a mãe tenha a percepção do controlo sobre a amamentação e confiança nas suas capacidades em amamentar.

Segundo a OMS (1989), uma das razões mais comuns para que as mães não consigam iniciar o aleitamento materno, o interrompam prematuramente ou iniciem alimentação complementar antes de esta ser nutricionalmente necessária, prende-se com a ansiedade associada ao medo não fundamentado de não ter leite suficiente.

Salienta-se ainda a elevada percentagem de participantes (52,0%) que afirmou ter tido dificuldades/problemas associados ao aleitamento materno durante o primeiro mês após o parto.

As principais dificuldades/problemas invocados relacionaram-se com: "mamilos gretados", "recém-nascido chorava com fome", "seios túrgidos/subida do leite" e "diminuição da quantidade de leite", dificuldades que geram insegurança na capacidade materna em amamentar.

Quando questionado o recurso utilizado para solucionar as dificuldades/problemas sentidas pelas participantes salienta-se a figura do pediatra como o profissional de saúde mais referido pelas participantes.

Os enfermeiros foram referidos por 22 participantes. Destes, 10 enfermeiros exerciam funções no Centro de Saúde e 6 no Hospital, tendo as participantes referido contacto com estes últimos em situações de recurso ao Serviço de Urgência de Obstetrícia.

No estudo de Sarafana [*et al*·], (2006) as razões invocadas pelas mães para a introdução de LA foram maioritariamente relacionadas com percepções maternas: “RN fica com fome”, “mãe com pouco leite” e mãe com leite fraco”. O aconselhamento para a introdução de LA foi efectuado em 28,15% das participantes pelo médico particular, 24,4% pelo pediatra assistente e em 22,96% na farmácia. A enfermeira indicou em 8,89% das participantes a introdução de LA.

No estudo por nós realizado, a farmácia foi o recurso utilizado por 19% das participantes para resolver as dificuldades/problemas com o aleitamento materno. Dadas as características inerentes a este tipo de estabelecimento, pensamos que estes dados merecem uma reflexão.

Salienta-se ainda que 6 participantes referiram o recurso a uma enfermeira particular, que efectuou uma visita domiciliária após o parto.

Embora considerada fundamental na vigilância e promoção da saúde de mãe e recém-nascido, principalmente nos primeiros dias após a alta hospitalar, a visita domiciliária na área geográfica servida pelo CHMA, é ainda realizada pelos Centros de saúde em número reduzido.

Em estudos citados por Pereira (2004) verificou-se uma associação positiva entre o apoio dos enfermeiros e o sucesso do aleitamento materno (Hall, 1978; Izatt, 1997; Hillenbrand e Larsen, 2002 e Hong,Callister e Schwartz,2003).

Graça (1999) efectuou um estudo experimental no distrito de Viana do Castelo, tendo concluído da importância da visita domiciliária de carácter formativo, responsável pela diminuição significativa das dificuldades das primíparas estudadas. Os resultados do estudo indicam ainda a valorização e satisfação das primíparas que receberam visita domiciliária para com os profissionais de enfermagem envolvidos.

O mesmo estudo revela ainda que os enfermeiros que efectuaram a visita domiciliária eram mobilizados significativamente pelas participantes, em relação a outros profissionais de saúde e a familiares.

No estudo realizado por Galvão (2004) intitulado “*Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*”, ainda que a maioria das mães não tivesse beneficiado de qualquer contacto após a alta hospitalar, este revelou ser influente na duração da amamentação. Também as mães que beneficiaram de algum contacto após a alta hospitalar, aos 3 e 6 meses sentiram-se mais satisfeitas com a amamentação.

No estudo descritivo longitudinal realizado por Ferreira (2005) utilizando o método fenomenológico, o suporte fornecido pela equipa de saúde e nomeadamente pela enfermeira como profissional mais referido, foi considerado pelas participantes facilitador do aleitamento materno. No entanto, ainda que o suporte proporcionado pela enfermeira tivesse sido considerado positivo e importante, algumas participantes percepcionaram-no com menos positivo e até inadequado, lamentando que a ajuda dada por estes profissionais não tivesse sido mais prática.

Quando questionado no nosso estudo o papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno, as participantes indicaram um papel essencialmente de educador: informando, ensinando e explicando aspectos relacionados com a amamentação e aconselhando a prática do aleitamento materno.

A resposta "*não sei*" expressa por 22 participantes poderá indicar o desconhecimento da intervenção deste profissional (por ausência de contacto com o enfermeiro) ou traduzir apenas dificuldades na expressão escrita, justificada pelo grau de escolaridade da amostra.

Em relação à questão sobre o papel do enfermeiro no domicílio as respostas das participantes traduzem uma maior dispersão de opiniões em relação à questão anterior.

Salienta-se nas respostas dadas o elevado número de respostas "*não sei*" expressas nos dois momentos em que a questão foi colocada às participantes, e o aumento do número de respostas *não sei* do primeiro para o segundo momento de recolha de dados.

De igual modo, observou-se um aumento da frequência da resposta "*desnecessário*" do primeiro para o segundo momento de recolha de dados.

Pensamos que as respostas dadas podem ter traduzido quase sempre uma situação idealizada pelas participantes na ausência real de visita domiciliária de enfermagem, o que poderá explicar o aumento da frequência de respostas do primeiro para o segundo momento de recolha de dados. Por outro lado, quando colocada a questão no segundo momento de recolha de dados esta foi efectuada por inquérito telefónico, o que poderá ter condicionado as respostas dadas.

Explicar estes resultados afigura-se uma tarefa especulativa, no entanto pensamos que os resultados justificam a necessidade de posteriores estudos com o objectivo de esclarecer a intervenção específica deste grupo profissional.

No estudo "*Uma observação sobre aleitamento materno"* realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA, 2003) em que se exploraram os dados sobre aleitamento materno obtidos nos inquéritos nacionais de saúde de 95/96 e 98/99 referentes a crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, embora se tivesse verificado um aumento de 3,5% no número de crianças que iniciaram o aleitamento materno entre os dois períodos avaliados, no final das 11 semanas eram amamentadas respectivamente 59,0% e 63,2% das crianças que iniciaram aleitamento materno.

No mesmo estudo, a introdução de leite artificial verificou-se antes dos 3 meses em ambos os inquéritos, ocorrendo no entanto uma redução entre os dois períodos (67,4% e 65,6%). Os resultados indicam ainda uma diminuição de 40,1% para 19,2% de crianças que introduziram o biberão antes das 4 semanas.

Embora animadores, estes resultados revelam contudo que em relação ao aleitamento materno exclusivo os números da realidade portuguesa se encontram ainda afastados da recomendação da OMS (2001) para a prática do aleitamento materno exclusivo e que a introdução precoce de LA embora tenha sofrido uma redução, é ainda hoje uma prática a necessitar de ser corrigida.

No estudo realizado salienta-se o acentuado abandono do aleitamento materno verificado no 1º mês (20,2%) e principalmente nos primeiros quinze dias após o parto, resultado concordante com a bibliografia consultada que indicava este período como crítico para o abandono do aleitamento materno (King, 1991) bem como a introdução precoce de LA que ocorreu após o parto durante o período de internamento hospitalar.

Com base nos dados recolhidos no período determinado para a recolha de dados a introdução de LA ocorreu no mínimo ao 1º dia de vida do recém-nascido e no máximo aos 171 dias de vida do lactente

Ainda que no final do 1º mês a maioria das participantes planeasse amamentar após os seis meses, ao 4º mês encontravam-se a amamentar 64,5%, e destas apenas 42,5% em aleitamento materno exclusivo, percentagem que desceu para 14,7% ao 6º mês.

Ao 6º mês, 56,0% alimentava o lactente com LM e alimentos complementares da dieta infantil (papa, sopa e fruta), número que poderá ser explicado pelo facto de aos seis meses as mães já se encontrarem a trabalhar após o gozo da licença de maternidade, conseguindo no entanto conciliar emprego e amamentação, introduzindo alimentos complementares na dieta infantil.

Embora os resultados do nosso estudo sejam em relação ao aleitamento materno superiores ao valor da meta traçada pelo Ministério da Saúde para 2010, são contudo em

relação ao aleitamento materno exclusivo inferiores à recomendação da OMS (2001) para a sua duração, pelo que pensamos ser necessário um esclarecimento de profissionais e população em geral sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo.

CONCLUSÕES

Perante os resultados do estudo afigura-se importante questionar as intervenções educativas e de sensibilização para o aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde durante a vigilância pré natal, considerando a possibilidade de falhas na forma como foram efectuadas as actividades educativas e de promoção do aleitamento materno.

De igual modo, o facto de a maioria das participantes referir razões maioritariamente relacionadas com o bebé como justificativa da sua opção de amamentar o seu filho/a e de pretender continuar a fazê-lo, poderão indicar que as participantes do estudo desconheciam as vantagens associadas ao aleitamento materno para a mãe, ou traduzirão apenas a carga de responsabilidade materna na saúde da criança que a amamentação ainda carrega?

Dado que as futuras mães são o alvo das acções educativas a realizar durante a gravidez, o conhecimento dos benefícios maternos da amamentação poderá sensibilizar as grávidas para a sua prática, porque associa o aleitamento materno a uma relação de benefício também para a mãe.

Assim, é importante que se integrem estes conceitos nas acções de educação para a saúde a realizar durante a vigilância pré natal, ou ainda noutros contextos de formação nomeadamente em contexto escolar, com a inclusão nos currículos escolares de informação sobre aleitamento materno numa perspectiva de educação para a saúde.

À semelhança de outros estudos nacionais os resultados do estudo realizado revelaram uma elevada incidência do aleitamento materno ao nascimento. No entanto, salienta-se pela negativa a introdução precoce de LA, que ocorreu durante o período de internamento hospitalar.

Embora a introdução de leite artificial possa ter ocorrido no presente estudo como medida temporária dadas as razões maioritariamente apontadas para a sua justificação, segundo a OMS (1989) esta atitude acaba por ter uma acção potente contra o início da lactação e frequentemente as mães que iniciaram o biberão na maternidade são de algum modo estimuladas a continuar com esta prática no domicílio.

Os tempos de colocação do recém-nascido à mama após o nascimento revelaram-se excessivamente longos em relação à recomendação da OMS (1989).

Pensamos que na ausência de motivos clínicos que justifiquem estes números, é necessário que os profissionais de saúde questionem procedimentos e modifiquem rotinas assistenciais para uma defesa efectiva do aleitamento materno.

De igual modo os profissionais que exercem a sua actividade no sistema privado de saúde devem também estar comprometidos na defesa do aleitamento materno, dado que os resultados do estudo realizado revelam a maior procura destes serviços em relação aos estabelecimentos do SNS.

Estes resultados são também na nossa opinião um desafio que se coloca aos enfermeiros na área da saúde materna e infantil, dado que o primeiro contacto com estes profissionais poderá apenas acontecer no momento da admissão da grávida/parturiente no serviço de Obstetrícia/Bloco de partos.

Salienta-se ainda nos resultados do estudo o abandono do aleitamento materno verificado no 1º mês após o parto e ocorrido maioritariamente nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido, bem como a elevada percentagem de participantes que referiu dificuldades/problemas associados ao aleitamento materno neste período.

As dificuldades/problemas referidos e os motivos para a introdução de LA no domicílio foram maioritariamente resultantes de percepções maternas, revelando-se a insegurança e a falta de confiança da mãe na sua capacidade de amamentar.

Em relação ao papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno as expressões de discurso das participantes permitiram identificar um papel essencialmente de educador. Em relação ao papel do enfermeiro no domicílio verificou-se uma maior dispersão de opiniões nas expressões de discurso das participantes, pelo que se sugere a realização de estudos que permitam um melhor esclarecimento da intervenção destes profissionais de saúde.

Os enfermeiros foram o recurso utilizado apenas por 19,0% das participantes para solucionar as dificuldades sentidas no 1º mês após o parto, tendo sido mobilizados em diferentes contextos de atendimento (centro de saúde e consulta hospitalar).

Os resultados revelaram a ausência de visita domiciliária efectuada pelos serviços do SNS, medida que consideramos um desafio para os enfermeiros face aos resultados do estudo, pelo que se sugere a implementação da visita domiciliária de enfermagem de apoio ao aleitamento materno. De igual modo sugere-se a realização de estudos após a sua implementação que avaliem a sua importância no sucesso do aleitamento materno, nomeadamente em relação às recomendações da OMS.

Em estudos internacionais citados por Pereira (2004) os cuidados no pós – parto, o encorajamento pessoal de enfermeiros na área da residência das mães e a visita domiciliária relacionam-se positivamente com a duração da amamentação (Porteous; Kaufman; Usch, 2000).

O apoio dado às mães através de contacto telefónico efectuado por uma enfermeira poderá ser também na nossa opinião uma medida a desenvolver no pós parto, sendo importante a realização de estudos posteriores que avaliem a sua eficácia no sucesso do aleitamento materno.

Pensamos também que é imperativo que os profissionais destacados para os serviços de assistência materna e infantil possuam os conhecimentos necessários em amamentação para poderem efectivamente apoiar a sua prática.

Em relação aos enfermeiros e face a uma realidade de trabalho em muitos serviços do país com rotatividade e situações de substituição de enfermeiros em períodos de férias ou licenças, é importante que em todos os turnos, pelo menos um enfermeiro possua formação avançada em aleitamento materno. Pensamos que é um erro pensar que qualquer um é capaz de apoiar a prática do aleitamento materno.

Esta capacitação adquire-se com formação e com experiência, pelo que os serviços de saúde devem investir na formação dos seus profissionais, incentivando a frequência de cursos de aconselhamento em aleitamento materno preconizados pela OMS e tornando-os obrigatórios para quem deseja trabalhar em serviços de assistência materna e infantil.

É também importante que todos os profissionais envolvidos (obstetras, pediatras, anestesistas, enfermeiros e auxiliares de acção médica) tenham uma atitude activa de promoção e apoio ao aleitamento materno.

Não basta que apenas alguns se empenhem na sua defesa. Nos serviços de saúde a uniformidade das mensagens transmitidas às mães, bem como o posicionamento de todos os serviços envolvidos na assistência a mães e recém-nascidos (Consulta externa, Bloco Operatório, Bloco de partos, Serviços de internamento de Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria e Centros de Saúde) tem que ser necessariamente consonante com o apoio ao aleitamento materno.

Embora indicadores da sensibilização dos profissionais de saúde para a promoção e apoio à prática do aleitamento materno, os resultados revelam a necessidade de questionar práticas, procedimentos e atitudes profissionais com o objectivo de melhorar o apoio fornecido por estes profissionais e nomeadamente pelos enfermeiros à prática do aleitamento materno.

Pensamos que a realidade portuguesa de apenas dois hospitais possuidores do certificado *Hospital Amigo dos Bebés*, traduz bem o longo caminho que ainda é necessário percorrer…

BIBLIOGRAFIA

- ABDELMALEK, Ali Ait; GÉRARD, Jean-Louis – *Ciências humanas e cuidados de saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN 972-771-060-3.
- ALBUQUERQUE [*et al.*] – Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos seis meses de vida. *Nascer e Crescer*. Vol. 5, nº 2 (Junho, 1996), p. 107-111.
- ALMEIDA, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d´ – *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica.* Lisboa: [s.n], 1996, Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa.
- ALVES, Ana Dias [*et al.*] – Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra. Porquê o abandono precoce. *Saúde Infantil*. Vol. 21, nº1, 1999, p.43-50.
- ALVES, Ana Maria Neto, ALMEIDA, Maria Daniel Vaz – Aleitamento materno: Breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição.* Lisboa. Vol. IV, nº2, (Abr. /Jun. 1992), p.8-33
- ANDRADE, Liliete – Puerpério e lactação. In: GRAÇA, Luís Mendes da [*et al.*] - *Medicina Materno fetal.* 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2000. Vol. 1, cap. 30 p. 423-429. ISBN 972-757-139-5.
- BADINTER, Elisabeth – O a*mor incerto: história do amor maternal do século XVII ao Século XX.* Lisboa: Relógio D´Água Editores, 1998.
- BARBAUT, Jacques – *O nascimento através dos tempos e dos povos.* Lisboa: Terramar, 1990. ISBN 972-710-040-6.
- BARROS, João C. R. B; FERRARI, Vera P. M. – Nutrição do Recém-nascido de termo normal – papel do pediatra. Papel do psicólogo In: FEFERBAUM, Rubens; FALCÃO, Mário Cícero – *Nutrição do Recém-nascido.* São Paulo: Editora Ateneu, 2003. ISBN 85-7379-568-9, Cap.18, p. 229-241.
- BASTOS, Vítor; ROCHA, Alberto – Atitudes e conhecimentos dos estudantes escolarizados face ao aleitamento materno. *Saúde Infantil.* Vol. 22, nº1, 2000, p.41-52.

- BATALHA, Luís Manuel Cunha – Aleitamento materno na região do Baixo Mondego. *Revista Sinais Vitais.* Nº 56, (Set. / 2004), p. 19-22. ISSN 0872-0844.
- BEHRMAN, Richard E.; LIEGMAN, Robert M.; JENSON, Hal B. - Nelson tratado de Pediatria. 16ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85-277-0700-4.
- BISCAIA, Jorge – Nascer no hospital. *Servir*. Lisboa. Vol. 50, nº2 (Mar. / Abril 2002), p.69-74.
- BOWLBY, John – Apego e Perda. Vol. 1. S. Paulo: Martins Fontes, 1984.
- BRANCO, Ana Sofia [*et al.*] – Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Acta pediátrica portuguesa.* Vol.35, nº 5 e 6 (Set. /Dez.2004)
- BRAZÃO, Rui – Analgesia e anestesia no parto. In: GRAÇA, Luís Mendes da [*et al.*] - *Medicina Materno fetal 1.* 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2000. Vol. 1. Cap. 28, p.399-412. ISBN 972-757-139-5.
- BRAZELTON, Berry T – *A maternidade e a vida profissional.* Barcarena: Editorial Presença, 2005. ISBN 972-23-3306-2.
- BRAZELTON, Berry T.; CRAMER, Bertrand G. – *A Relação mais precoce.* Lisboa: Terramar, 1989. ISBN 972-710-083-X.
- BRAZELTON, Berry T; SPARROW, Joshua D. – A *criança e a alimentação: o método Brazelton.* 2ªed. Lisboa: Editorial Presença, 2006. ISBN 972-23-3258-9.
- BURROUGHS, Arlene. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-059-5.
- CALIL, Valdenise L.M.T.; FALCÃO; Mário C. – Composição do Leite humano In: FEFERBAUM, Rubens; FALCÃO, Mário Cícero – *Nutrição do Recém-nascido.* São Paulo: Editora Ateneu, 2003. Cap.17,p. 215-227. ISBN 85-7379-568-9.
- CHEN, A., ROGAN, W.J. – Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics.* Nº113, 2004, p. 435-439.
- COLMAN, Libby L.; COLMAN, Arthur D. *Gravidez: a experiência psicológica.* Lisboa: Edições Colibri, 1994. ISBN 972-8047-78-9.
- COUTINHO, Joana; LEAL, Isabel Pereira – Atitudes das mulheres em relação à amamentação: estudo exploratório. *Análise psicológica.* Vol. XXIII, nº 3, 2005, p. 277-282.

- CUNNINHHAM [*et al.*] – *Williams Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003. ISBN 0-8385-9638-X.
- CUSHING, A. H. [*et al.*] – Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. *AMJ. Epidemiology*. Nº147, 1998,p. 863-870.
- DÍAZ GÓMEZ, Marta [*et al.*] – Lactancia y estancia hospitalaria. *Revista rol de enfermeria.* Barcelona. Ano XX, n. º231 (Nov.), 1997, p.11-14.
- FERREIRA, Maria Helena Bértolo Pereira Gomes – Aleitamento materno: experiência de mães pela primeira vez. *Enfermagem Agora*.Nº40 (Out. /Dez), 2005, p.15-18.
- FERRIS, Ann M.; REECE, E. Albert – The puerperium and lactation. In: REECE, Albert [*et al.*] *Medicine of the fetus & mother.* Philadelphia: Lippincott Company, 1992. Cap. 91. p. 1494-1511. ISBN 0-397-51013-6.
- FIGUEIREDO, Aldina Manuela Gonçalves – *Aleitamento materno: uma questão de educação para a saúde.* Braga: [s.n.], 2001. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho.
- FIGUEIREDO, Bárbara – Perturbações psicopatológicas do puerpério. In: CANAVARRO, Maria Cristina – *Psicologia da gravidez e maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. Cap.6, p.161-188. ISBN 972-8535-77-5.
- FODDY, William – *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora, 1996. ISBN 972-8027-54-0.
- FORTIN, Marie-Fabienne – O *processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.
- FRANCO, João José – Orientação antecipada para a amamentação. *Revista Sinais Vitais*. Nº 47 (Mar.), 2003, p. 57-59.
- FRANCO, João José – Preparação pré-natal para a amamentação. *Revista da Associação portuguesa dos enfermeiros Obstetras.* Nº4,2003, p.13-15.
- FREUDENHEIM, J. L. [*et al.*] – Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology*. Nº5,1994, p. 324-331.
- GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – Acompanhamento da implementação das orientações sobre amamentação num hospital amigo do bebé: perspectiva da mãe. Repercussões na manutenção da amamentação aos três meses. *Revista Investigação em enfermagem*. Nº 12 (Agosto), 2005, p. 52-56.

- GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Porto: [s.n.] , 2002. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto,
- GIGLIONE, Rodolphe ; MATALON, Benjamin – *O inquérito: teoria e prática.* 4ªed. Oeiras: Celta Editora, 2001. ISBN 972-774-120-7.
- GIUGLIANI, Elsa R.J. – Amamentação exclusiva e sua promoção In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. – *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. Cap.2, p.11-24. ISBN 85-277-0680-6.
- GOMES-PEDRO, João – *A criança e a nova Pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. ISBN 972-31-0827-5.
- GONZÁLEZ-MERLO, J. ; GONZÁLEZ-BOSQUET, E. – Evolución histórica y advenimiento de la especialidad. Concepto actual de obstetricia y ginecología: criterio unitario. Contenido. Características y evolución actual. In: CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana,2003. Cap. 1, p.1-12. ISBN 84-7903-754-7.
- GRAÇA, Luís Carlos Carvalho – Chegou a cegonha…E agora? – Estudo experimental sobre dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido. Vila Real: [s.n.], 1999. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- GUYTON, Arthur C. – *Tratado de Fisiologia Médica.* 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85-277-0713-6.
- HANSON, L.A. – The mother-offspring dyad and the imune system. *Acta Paediatric.* Nº 89,2000,p. 252-258.
- HAWKES, J.S.; NEUMANN, M.A. ; GIBSON, R.A. – The effect of breastfeeding on lymphocyte subpopulations in healthy term infants at 6 months of age. *Pediatric Res*. Nº 45,1999, p. 648-651.
- HILL, Manuela Magalhães, HILL, Andrew – *Investigação por questionário.*
- Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 972-618-233-9.

- ISSLER, Hugo – Orientação clínica da lactação. In: FEFERBAUM, Rubens; FALCÃO, Mário Cícero – *Nutrição do Recém-nascido.* São Paulo: Editora Atheneu, 2003. Cap.19,p. 243-249. ISBN 85-7379-568-9.
- JÚNIOR, Wilson de Mello; ROMUALDO, Genair Silva – Anatomia e fisiologia da lactação. In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. – *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.3,p.25-36. ISBN: 85-277-0680-6.
- KENNER, Carole – *Enfermagem Neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. ISBN 85-87148-43-5.
- KING, F. Savage – *Como ajudar as mães a amamentar.* Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.
- KRAMER, M.S. [*et al.*] – Promotion of breastfeeding intervention trial: A randomized trial in the republic of Belarus. Journal of the American Medical Association. Nº285, 2001, p. 413-420.
- LABBOCK, M.H. – Health sequelae of breastfeeding for the mother. Clinical Perinatology. Nº26,1999, p.491-503.
- LEI nº 357/2004, de 29 de Julho. Regulamenta a Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto.
- LEI nº99/2003, de 27 de Agosto. Aprova o Código do Trabalho.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena, – *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa, 2002.
- LISSAUER, Tom; CLAYDEN, Graham – *Manual ilustrado de Pediatria.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0793-4.
- LOPES, Bernardete; MARQUES, Patrícia – Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de clínica geral*. Nº 20,2004, p. 539-544.
- LÓPEZ-ALARCON, M. VILLALPANDO S., FAJARDO, A. – Breast-feeding lowers the frequency andduration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. Journal of Nutricion. Nº 127,1997,p.436-443.
- LOTHROP, Hannah – *O livro da amamentação*. Lisboa: Paz Editora, 2000. ISBN 972-8416-13.

- LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E; BOBAK, Irene M. – *O cuidado em enfermagem materna.* 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-787-5.
- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia – *Krause: alimentos, nutrição & dietoterapia.* 9ª ed. São Paulo: Roca, 1998. ISBN 85-7241-240-9.
- MARINHO, Carla; LEAL, Isabel Pereira – Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, saúde & doenças.* Vol.5, nº1,2004, p. 93-105.
- MÁRQUEZ RAMIREZ, M.; ORDI MAJÁ, J. – Histologia de los órganos genitales y de la mama In: CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana,2003. Cap. 6 p. 39-49. ISBN 84-7903-754-7.
- MARTÍN CALAMA, J.; DÍAZ GÓMEZ, N.M. ; LASARTE VELILLAS, J.J. - Técnica de la lactancia materna. In: CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana,2003. Cap. 56 p. 472-483. ISBN 84-7903-754-7.
- MARTÍN, R. M. [*et al*] - Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. American Journal Epidemiology. Nº161,2005,p.15-26.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro (REPE) – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.
- MOLEIRO, A.; GOMES,A.; NONA, M. – *Aleitamento materno.* In: Consensos em Neonatologia Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.113-116.
- MORENO MANZANARES, Lourdes., CABRERA SANZ, Maria Teresa, GARCIA LÓPEZ, Librada – Lactância Materna. *Revista Rol de Enfermerí*a. Barcelona. Ano XX, n.º 227/228 (Jul. / Ago.), 1997, p. 79-84.
- NEWCOMB, Polly [*et al.*] – A lactação e o menor risco de cancro mamário pré-menopáusico. *Revista Obstetrícia e Ginecologia* Vol. XVII, nº 11 (Dezembro), 1994, p.429-431.
- NYLANDER, Gro – *Mãe pela primeira vez: crianças felizes com o leite materno.* Porto: Asa editores, 2006. ISBN 972-41-4498-4.
- O´DOWD, Michael J.; PHILIPP, Elliot E. – *Historia de la Ginecologia y Obstetricia*. Barcelona: Edika Med, 1995. ISBN 84-7877-114-X.

- OLIVEIRA, Dulce; VALENTE, Carlos – Adesão ao aleitamento materno. *Nascer e crescer*. Vol. 8, n º 1 (Março) 1999, p.31-33.
- ONSA – *Uma observação sobre aleitamento materno: relatório*. Lisboa: Instituto Ricardo Jorge, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas*. São Paulo: James Akré Editor, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF* Genebra: 1989. ISBN 92806 00419.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – *Nutrición del lactante y del niño pequeño: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.* 2002.
- PAMPLONA, Vitória – Aspectos psicológicos na lactação In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. – *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. Cap.8, p.96-105 ISBN 85-277-0680-6.
- PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. Porto: [s.n.], 2004. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- PEREIRA, Maria Adriana – Mãe adolescente-aleitamento materno: uma amostra de Trás – os – Montes e alto Douro. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº6, 2002, p.18-31.
- PINTO, Fátima; PEREIRA, Silva; MARTINS, José Resende – Aleitamento materno em Vila do Conde. *Saúde infantil*. Nº 17,1995, p. 53-58.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 ISBN:
- PORTUGAL. Direcção Geral Da Saúde. Divisão de Saúde materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação.* 2ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002.ISBN 972-675-084-9.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAUDE – Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna e Planeamento familiar. Vigilância pré natal e revisão do puerpério. Lisboa: Direcção Geral Saúde, 1993.

- PORTUGAL. Ministério Da Saúde – Ganhos de saúde em Portugal: Ponto de situação. Lisboa: Direcção geral da Saúde, 2002.
- PORTUGAL. Ministério Da Saúde – *Plano Nacional de saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010 Mais saúde para todos.* Lisboa: Direcção Geral Saúde, Fevereiro, 2004.
- PORTUGAL. Ministério Da Saúde – *Plano Nacional de saúde: Prioridades para 2004-2010 Mais saúde para todos.* Lisboa: Direcção Geral Saúde, Fevereiro, 2004.
- RAMÍREZ GARCIA, O; MARTÍN MARTÍNEZ, A.; GARCIA HERNANDÉZ,J.A. - Duración del embarazo. Modificaciones de los órganos genitales y de las mamas. Molestias comunes del embarazo normal. In: CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana, 2003, cap. 25 p. 232- 248. ISBN 84-7903-754-7.
- REA, Marina Ferreira – A mulher trabalhadora e a prática de amamentar In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. – *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. Cap. 16, p. 204 – 207. ISBN 85-277-0680-6.
- Rede de cuidados de saúde primários: modelos de gestão dos Centros de saúde In: Ordem dos Enfermeiros – Supl. Nº 13, (Julho), 2004.
- REDMAN, Barbara Klug – *A prática da educação para a saúde*. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-39-8.
- RESENDE, Jorge de – *Obstetrícia.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85-277-0685-7.
- REYES, H. [*et al.*] – Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan*. Nº12 ,1997 p. 214-223.
- ROCHA, Luísa Martins; GOMES, António – Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil*. Vol 20, nº3,1998.
- RODRIGUEZ GARCIA, Rosalia; SCHAEFER, Lois A. Lactancia materna – antigua prática o nueva tecnica? *Revista Rol de Enfermería.* Barcelona. Nº 161 (Jan.), 1992, p.73-77.
- ROY, J. Le – O aleitamento materno. *Servir.* Lisboa. Vol.48, nº 4 (Jul./ Ago),2000, p. 203-208.

- ROYAL COLLEGE OF MIDWIFE – Lactancia materna: Manual para profesionales.Barcelona:Associació Catalana Pró Alletament Matern, 1994. ISBN 84-605-0229-5.
- RUIZ FERRÓN, Cecília [*et al.*] - Promocionando la lactancia materna. *Revista Rol de Enfermería.* Barcelona. Nº 26 (Jul./Agost.), 2003, p. 22- 30.
- SANTONJA LUCAS, J.J. ; SANZ de GALDEANO, E. – Establecimiento y mantenimiento de la lactancia. In:CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana,2003. Cap. 55, p. 462-471. ISBN 84-7903-754-7.
- SARAFANA, Sofia [*et al.*] – Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica portuguesa*. Vol. 37, nº1 (Jan. Fev.), 2006, p.9-14.
- SILVA, Diana Veloso; FONSECA, Sandra – *Aleitamento materno: uma alimentação ecológica e inteligente.* Porto: Editor Norberto Teixeira dos Santos, 1997.
- SINGHAL, A. [*et al.*] – Lactancia materna y el perfil de lipoproteínas en los adolescentes. *The Lancet.* Nº363,2004,p. 1571-1578.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *Consensos em Neonatologia*. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 1995.
- SPEROFF, Leon; GLASS, Robert H. ; KASE, Nathan G.– *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade.* 4ª ed. São Paulo: Manole, 1991. ISBN 85-204-00-18-3.
- TERUYA, Keiko ; COUTINHO, Sónia Bechara – Sobrevivência infantil e aleitamento materno In: REGO, José D. – *Aleitamento materno.* São Paulo: Editora Atheneu, 2002. Cap. 2 p.5-19. ISBN: 85-7379-348-1.
- TORTAJADA MARTÍNEZ, M.; GIRONÉS SORIANO, R – Puerperio fisiológico In: CABRERO ROURA [*et al*] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Médica Panamericana,2003. Cap. 54 p. 456 – 461. ISBN 84-7903-754-7.
- UK Childhood Cancer study Investigators – Breastfeeding and childhood cancer. Br J Cancer Nº85,2001, p. 1685-1694.

- VIEIRA, Laíses B. – Pré e pós-natal In: CARVALHO, Marcus Renato; TAMEZ, Raquel N. – *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. Cap. 9, p. 106-114. ISBN 85-277-0680-6.
- WONG, Donna L. – Enfermagem *Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.* 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Indicators for assessing breastfeeding practices.* Geneva: WHO,1991.
- YALOM, Marilyn – *História do seio.* Lisboa: Editorial Teorema, 1997. ISBN: 972-695-344-8.

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento informado

Sou uma enfermeira desta Instituição que se encontra a realizar um estudo sobre "A adesão ao aleitamento materno", necessitando da sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Este questionário é dirigido a todas as mães que voluntariamente queiram participar no estudo e o seu preenchimento requer apenas alguns minutos.

As respostas dadas serão confidenciais.

É importante que responda a todas as questões com o máximo de rigor, e espontaneidade.

Peço-lhe que responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do questionário, assinalando com um X a resposta ou respostas que escolher.

A fim de dar continuidade a este trabalho, vai tornar-se necessário contactá-la novamente, solicitando-lhe para o efeito o favor de fornecer o seu contacto no final deste questionário.

Se concordar participar neste estudo, assine no espaço abaixo.

Tomei conhecimento do objectivo do estudo, tendo sido esclarecida sobre todos os aspectos que considerei importantes e obtido resposta às questões por mim colocadas.

Fui informada que tenho direito a recusar participar e a retirar-me do estudo a qualquer momento, não tendo por isso qualquer consequência.

Declaro assim, que aceito participar neste estudo.

_____ Data ____/ ___/____

Obrigado pela sua colaboração,

Enfermeira Maria José Maia.

ANEXO II – Questionário A

QUESTIONÁRIO A ☐ ☐ ☐

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1– Idade: _____ anos

1.2 – Raça/Etnia:

Branca (Caucasiana) ☐

Negra ☐

Cigana ☐

Outra ☐ _____

1.3 Estado civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

Viúva ☐

Outra ☐ _____

1.4 – Com quem habita? (assinale os elementos que compõem o seu agregado familiar)

Mãe ☐

Pai ☐

Marido ☐

Filho/Filhos ☐

Outros ☐ _____

1.5 – Escolaridade:

Básico – 1º Ciclo (4ª classe) ☐

Básico – 2º Ciclo (6º ano) ☐

Básico – 3º Ciclo (9º ano) ☐

Secundário (12º ano) ☐

Curso Técnico Profissional ☐

Bacharelato/Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

1.6 – Área de residência:

Rural ☐

Suburbana ☐

Urbana ☐

2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 – Profissão: _____

2.2 – Exerce a sua actividade profissional?

Sim ☐

Não ☐

2.2.1 – Se NÃO, porque:

Está desempregada ☐

Abandonou o emprego quando engravidou ☐

É doméstica ☐

É estudante ☐

Outro ☐ _____

2.3 – Local e forma de exercício da actividade profissional:

Fora de casa a tempo inteiro ☐

Fora de casa a tempo parcial ☐

Em casa a tempo inteiro ☐

Em casa a tempo parcial ☐

3. HISTÓRIA OBSTÉTRICA ACTUAL:

3.1 – Efectuou vigilância da gravidez?

Sim ☐

Não ☐

3.1.1 – Se SIM, quando iniciou a vigilância da gravidez?

No 1º trimestre ☐

No 2º trimestre ☐

No 3º trimestre ☐

3.1.2 – Se SIM, onde efectuou o maior número de consultas?

Centro de Saúde ☐

Hospital Público ☐

Hospital/Clínica Privada ☐

Outro ☐ _____

3.2 – Teve complicações na gravidez actual?

Sim ☐ Qual/Quais? _____

Não ☐

3.3 – Durante esta gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno?

Sim ☐

Não ☐

3.3.1 – Se SIM, junto de quem obteve essa formação/informação:
(Pode assinalar mais do que uma opção se assim o desejar. Neste último caso referir qual a principal fonte)

Médico ☐

Enfermeiro ☐

Outros profissionais de saúde ☐

Mãe ☐

Irmãos/Irmãs ☐

Amigos/Amigas ☐

Livros/Revistas ☐

Meios de comunicação social ☐

Outros ☐ _____

Principal Fonte: _____

3.4 - Tipo de parto:

Eutócico (normal) ☐

Ventosa ☐

Fórceps ☐

Cesariana ☐

3.5 - O bebé foi colocado à mama:

Até ao final da 2ª hora de vida ☐

Até ao final da 6ª hora de vida ☐

Após a 6ª hora de vida ☐

Não se lembra ☐

3.6 – O bebé tomou alguma vez leite artificial?

Sim ☐ Porquê? _____

Não ☐

Não sabe ☐

Não se lembra ☐

4 - <u>ATITUDES FACE À AMAMENTAÇÃO</u>:

4.1 - A decisão sobre amamentar ou não amamentar foi tomada por:

Iniciativa própria ☐

Indicação do médico ☐

Indicação do enfermeiro ☐

A conselho da mãe ☐

A conselho do marido/companheiro ☐

A conselho de outros ☐

4.2 – Quando tomou esta decisão?

Antes da gravidez ☐

Durante a gravidez ☐

No parto ☐

Após o parto ☐

4.3 - Encontra-se a amamentar o seu filho. Porquê?

_____

4.4 – Tem intenção de continuar a amamentar, porquê?

_____

4.5 – Até quando pensa amamentar?

Até aos 3 meses ☐

Até aos 4 meses ☐

Até aos 6 meses ☐

Após os 6 meses ☐

4.6 - Antes de ter o seu filho, viu alguém a amamentar?

Sim ☐ Quem? _____

Não ☐

4.7 – Foi amamentada ao peito pela sua mãe?

Sim ☐

Não ☐

Não sabe ☐

4.8 –Tem mais filhos?

Sim ☐

Não ☐

4.9 - Se tem outros filhos, como os alimentou até aos 4 meses?

_____

_____

_____

_____

4.10 - Se tem outros filhos, como os alimentou até aos 6 meses?

_____

_____

_____

_____

4.11 – Qual acha que deve ser o papel do enfermeiro na formação/informação sobre aleitamento materno?

_____

_____

_____

_____

4.12 - Quando deve ser realizada essa formação/informação pelo enfermeiro?

Antes da gravidez ☐

Durante a gravidez ☐

No parto ☐

Após o parto (puerpério) ☐

Durante a vigilância periódica da criança ☐

4.13 - Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?

_____

_____

_____

_____

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.
A fim de poder ser novamente contactada, por favor deixe o seu contacto.

Obrigado, felicidades!

Nome: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Morada: _____

Data do Parto: _____/_____/_____

ENTREVISTA B1 ☐ ☐ ☐

1 – Neste momento, encontra-se a amamentar o seu filho?

Sim ☐

Não ☐ Porquê? _____

1.1 - <u>Se NÃO amamenta</u>, até quando amamentou? ____ dias.

2 - De que forma alimenta o seu filho?

Aleitamento materno exclusivo ☐

Leite artificial ☐

Aleitamento misto ☐

2.1 - Quando iniciou Leite artificial? ____dias Porquê _____

3 – Até quando pensa amamentar?

Até aos 3 meses ☐

Até aos 4 meses ☐

Até aos 6 meses ☐

Após os 6 meses ☐

4 - Teve dificuldades/problemas com o Aleitamento materno?

Sim ☐ _____

Não ☐

4.1 - A quem recorreu? _____

5 – O seu leite é dado ao bebé:

Directamente do peito ☐

Através do uso de bico artificial no mamilo ☐ Porquê? _____

Através de biberão ☐ Porquê? _____

6 - Relativamente ao aleitamento materno qual pensa ser o papel do enfermeiro no domicílio?

_____

_____

_____

***Obrigado, felicidades*!**

☐ ☐ ☐

ENTREVISTA B2

1 – Neste momento encontra-se a amamentar o seu filho?

Sim ☐

Não ☐ Porquê? _____

1.1 - <u>Se NÃO amamenta</u>, até quando amamentou? _____ dias/meses

2 - De que forma alimenta o seu filho:

Aleitamento materno exclusivo ☐

Leite artificial ☐

Aleitamento misto ☐

Outro ☐ _____

3 – O seu leite é dado ao bebé:

Directamente do peito ☐

Através do uso de bico artificial no mamilo ☐ Porquê? _____

Através de biberão ☐ Porquê? _____

***Obrigado, felicidades*!**

Idade * Onde efectuou o maior número de consultas

			Onde efectuou o maior número de consultas				Total
			Centro de saúde	Hospital publico	Hospital ou clinica privada	Consultório médico privado	Centro de saúde
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	4	6	6	0	16
		% of Total	1,6%	2,4%	2,4%	,0%	6,3%
	De 21 a 30 anos	Count	37	20	86	13	156
		% of Total	14,6%	7,9%	33,9%	5,1%	61,4%
	De 31 a 40 anos	Count	10	18	47	1	76
		% of Total	3,9%	7,1%	18,5%	,4%	29,9%
	Mais de 40	Count	1	1	3	1	6
		% of Total	,4%	,4%	1,2%	,4%	2,4%
Total		Count	52	45	142	15	254
		% of Total	20,5%	17,7%	55,9%	5,9%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,061 (a)	9	,034
Likelihood Ratio	19,267	9	,023
Linear-by-Linear Association	1,618	1	,203
N of Valid Cases	254		

Idade* Quando tomou esta decisão?

			Quando tomou esta decisão?				Total
			Antes da gravidez	Durante a gravidez	No parto	Após o parto	Antes da gravidez
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	7	7	0	3	17
		% of Total	2,7%	2,7%	,0%	1,2%	6,6%
	De 21 a 30 anos	Count	100	42	1	14	157
		% of Total	39,1%	16,4%	,4%	5,5%	61,3%
	De 31 a 40 anos	Count	57	12	0	7	76
		% of Total	22,3%	4,7%	,0%	2,7%	29,7%
	Mais de 40	Count	3	2	1	0	6
		% of Total	1,2%	,8%	,4%	,0%	2,3%
Total		Count	167	63	2	24	256
		% of Total	65,2%	24,6%	,8%	9,4%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,656 (a)	9	,001
Likelihood Ratio	15,725	9	,073
Linear-by-Linear Association	2,275	1	,131
N of Valid Cases	256		

Idade * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	8	8	16
		% of Total	3,2%	3,2%	6,5%
	De 21 a 30 anos	Count	28	125	153
		% of Total	11,3%	50,4%	61,7%
	De 31 a 40 anos	Count	14	59	73
		% of Total	5,6%	23,8%	29,4%
	Mais de 40	Count	0	6	6
		% of Total	,0%	2,4%	2,4%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,738(a)	3	,013
Likelihood Ratio	10,128	3	,018
Linear-by-Linear Association	4,129	1	,042
N of Valid Cases	248		

Idade * Tem mais filhos?

			Tem mais filhos?		Total
			Não	Sim	Não
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	16	1	17
		% of Total	6,3%	,4%	6,6%
	De 21 a 30 anos	Count	109	48	157
		% of Total	42,6%	18,8%	61,3%
	De 31 a 40 anos	Count	22	54	76
		% of Total	8,6%	21,1%	29,7%
	Mais de 40	Count	0	6	6
		% of Total	,0%	2,3%	2,3%
Total		Count	147	109	256
		% of Total	57,4%	42,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,913(a)	3	,000
Likelihood Ratio	56,856	3	,000
Linear-by-Linear Association	50,615	1	,000
N of Valid Cases	256		

Idade * De que forma alimenta o seu filho

			De que forma alimenta o seu filho			Total
			Aleitamento materno exclusivo	Leite artificial	Aleitamento misto	Aleitamento materno exclusivo
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	3	8	5	16
		% of Total	1,2%	3,2%	2,0%	6,5%
	De 21 a 30 anos	Count	99	28	26	153
		% of Total	39,9%	11,3%	10,5%	61,7%
	De 31 a 40 anos	Count	41	14	18	73
		% of Total	16,5%	5,6%	7,3%	29,4%
	Mais de 40	Count	4	0	2	6
		% of Total	1,6%	,0%	,8%	2,4%
Total		Count	147	50	51	248
		% of Total	59,3%	20,2%	20,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,850(a)	6	,010
Likelihood Ratio	17,418	6	,008
Linear-by-Linear Association	,086	1	,769
N of Valid Cases	248		

Idade * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Idade	Até 20 anos, inclusive	Count	6	2	8
		% of Total	3,2%	1,1%	4,3%
	De 21 a 30 anos	Count	44	73	117
		% of Total	23,7%	39,2%	62,9%
	De 31 a 40 anos	Count	14	41	55
		% of Total	7,5%	22,0%	29,6%
	Mais de 40	Count	2	4	6
		% of Total	1,1%	2,2%	3,2%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,116(a)	3	,044
Likelihood Ratio	7,977	3	,046
Linear-by-Linear Association	5,080	1	,024
N of Valid Cases	186		

Estado Civil * Efectou vigilância da gravidez

			Efectou vigilância da gravidez		Total
			Não	Sim	Não
Estado Civil	Casado	Count	0	229	229
		% of Total	,0%	89,5%	89,5%
	Solteiro	Count	1	14	15
		% of Total	,4%	5,5%	5,9%
	Divorciado	Count	0	3	3
		% of Total	,0%	1,2%	1,2%
	Viuva	Count	0	2	2
		% of Total	,0%	,8%	,8%
	União de facto	Count	1	6	7
		% of Total	,4%	2,3%	2,7%
Total		Count	2	254	256
		% of Total	,8%	99,2%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,014(a)	4	,000
Likelihood Ratio	10,303	4	,036
Linear-by-Linear Association	18,488	1	,000
N of Valid Cases	256		

Estado Civil * Onde efectuou o maior número de consultas

			Onde efectuou o maior número de consultas				Total
			Centro de saúde	Hospital publico	Hospital ou clinica privada	Consultório médico privado	Centro de saúde
Estado Civil	Casado	Count	49	32	133	15	229
		% of Total	19,3%	12,6%	52,4%	5,9%	90,2%
	Solteiro	Count	2	8	4	0	14
		% of Total	,8%	3,1%	1,6%	,0%	5,5%
	Divorciado	Count	0	2	1	0	3
		% of Total	,0%	,8%	,4%	,0%	1,2%
	Viuva	Count	0	2	0	0	2
		% of Total	,0%	,8%	,0%	,0%	,8%
	União de facto	Count	1	1	4	0	6
		% of Total	,4%	,4%	1,6%	,0%	2,4%
Total		Count	52	45	142	15	254
		% of Total	20,5%	17,7%	55,9%	5,9%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,440(a)	12	,001
Likelihood Ratio	26,386	12	,009
Linear-by-Linear Association	,572	1	,449
N of Valid Cases	254		

Estado Civil * A decisão de amamentar foi tomada por?

			A decisão de amamentar foi tomada por?					Total
			Iniciativa própria	Indicação médica	Indicação de enfermeiro	Conselho da mãe	Conselho de marido/companheiro	Iniciativa própria
Estado Civil	Casado	Count	217	4	6	2	0	229
		% of Total	84,8%	1,6%	2,3%	,8%	,0%	89,5%
	Solteiro	Count	14	1	0	0	0	15
		% of Total	5,5%	,4%	,0%	,0%	,0%	5,9%
	Divorciado	Count	3	0	0	0	0	3
		% of Total	1,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,2%
	Viuva	Count	2	0	0	0	0	2
		% of Total	,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%
	União de facto	Count	5	1	0	0	1	7
		% of Total	2,0%	,4%	,0%	,0%	,4%	2,7%
Total		Count	241	6	6	2	1	256
		% of Total	94,1%	2,3%	2,3%	,8%	,4%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,848(a)	16	,000
Likelihood Ratio	12,782	16	,689
Linear-by-Linear Association	6,472	1	,011
N of Valid Cases	256		

Estado Civil * Quando tomou esta decisão?

			Quando tomou esta decisão?				Total
			Antes da gravidez	Durante a gravidez	No parto	Após o parto	Antes da gravidez
Estado Civil	Casado	Count	151	54	1	23	229
		% of Total	59,0%	21,1%	,4%	9,0%	89,5%
	Solteiro	Count	8	6	0	1	15
		% of Total	3,1%	2,3%	,0%	,4%	5,9%
	Divorciado	Count	3	0	0	0	3
		% of Total	1,2%	,0%	,0%	,0%	1,2%
	Viuva	Count	2	0	0	0	2
		% of Total	,8%	,0%	,0%	,0%	,8%
	União de facto	Count	3	3	1	0	7
		% of Total	1,2%	1,2%	,4%	,0%	2,7%
Total		Count	167	63	2	24	256
		% of Total	65,2%	24,6%	,8%	9,4%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,723(a)	12	,022
Likelihood Ratio	13,455	12	,337
Linear-by-Linear Association	,006	1	,937
N of Valid Cases	256		

Estado Civil * Tem mais filhos?

			Tem mais filhos?		Total
			Não	Sim	Não
Estado Civil	Casado	Count	130	99	229
		% of Total	50,8%	38,7%	89,5%
	Solteiro	Count	15	0	15
		% of Total	5,9%	,0%	5,9%
	Divorciado	Count	0	3	3
		% of Total	,0%	1,2%	1,2%
	Viuva	Count	0	2	2
		% of Total	,0%	,8%	,8%
	União de facto	Count	2	5	7
		% of Total	,8%	2,0%	2,7%
Total		Count	147	109	256
		% of Total	57,4%	42,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,289(a)	4	,000
Likelihood Ratio	27,602	4	,000
Linear-by-Linear Association	2,067	1	,151
N of Valid Cases	256		

Escolaridade * Onde efectuou o maior número de consultas

			Onde efectuou o maior número de consultas				Total
			Centro de saúde	Hospital publico	Hospital ou clinica privada	Consultório médico privado	Centro de saúde
Escolaridade	1º Ciclo	Count	8	9	6	1	24
		% of Total	3,1%	3,5%	2,4%	,4%	9,4%
	2º Ciclo	Count	18	19	44	4	85
		% of Total	7,1%	7,5%	17,3%	1,6%	33,5%
	3º Ciclo	Count	14	7	22	1	44
		% of Total	5,5%	2,8%	8,7%	,4%	17,3%
	Secundário	Count	9	4	43	5	61
		% of Total	3,5%	1,6%	16,9%	2,0%	24,0%
	Curso técnico profissional	Count	2	2	9	3	16
		% of Total	,8%	,8%	3,5%	1,2%	6,3%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	1	4	16	1	22
		% of Total	,4%	1,6%	6,3%	,4%	8,7%
	Mestrado	Count	0	0	2	0	2
		% of Total	,0%	,0%	,8%	,0%	,8%
Total		Count	52	45	142	15	254
		% of Total	20,5%	17,7%	55,9%	5,9%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,917(a)	18	,007
Likelihood Ratio	36,883	18	,005
Linear-by-Linear Association	15,034	1	,000
N of Valid Cases	254		

Escolaridade * Durante a gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno

			Durante a gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno		Total
			Não	Sim	Não
Escolaridade	1º Ciclo	Count	14	11	25
		% of Total	5,5%	4,3%	9,8%
	2º Ciclo	Count	53	32	85
		% of Total	20,7%	12,5%	33,2%
	3º Ciclo	Count	23	21	44
		% of Total	9,0%	8,2%	17,2%
	Secundário	Count	24	38	62
		% of Total	9,4%	14,8%	24,2%
	Curso técnico profissional	Count	6	10	16
		% of Total	2,3%	3,9%	6,3%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	7	15	22
		% of Total	2,7%	5,9%	8,6%
	Mestrado	Count	1	1	2
		% of Total	,4%	,4%	,8%
Total		Count	128	128	256
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,710(a)	6	,048
Likelihood Ratio	12,870	6	,045
Linear-by-Linear Association	9,890	1	,002
N of Valid Cases	256		

Escolaridade * Qual a principal fonte

			Qual a principal fonte								Total
			Médico	Enfermeiro	Outros profissionais de saude	Mãe	Irmãos Irmãs	Livros revistas	Meios de comunicação social	Outros	Médico
Escolaridade	1º Ciclo	Count	2	4	0	0	0	4	0	1	11
		% of Total	1,6%	3,1%	,0%	,0%	,0%	3,1%	,0%	,8%	8,6%
	2º Ciclo	Count	7	10	0	7	2	6	0	0	32
		% of Total	5,5%	7,8%	,0%	5,5%	1,6%	4,7%	,0%	,0%	25,0%
	3º Ciclo	Count	7	6	0	2	0	6	0	0	21
		% of Total	5,5%	4,7%	,0%	1,6%	,0%	4,7%	,0%	,0%	16,4%
	Secundário	Count	12	5	1	4	0	14	1	1	38
		% of Total	9,4%	3,9%	,8%	3,1%	,0%	10,9%	,8%	,8%	29,7%
	Curso técnico profissional	Count	1	5	1	1	0	2	0	0	10
		% of Total	,8%	3,9%	,8%	,8%	,0%	1,6%	,0%	,0%	7,8%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	1	2	0	0	0	10	1	1	15
		% of Total	,8%	1,6%	,0%	,0%	,0%	7,8%	,8%	,8%	11,7%
	Mestrado	Count	0	0	0	0	0	0	0	1	1
		% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%	,8%
Total		Count	30	32	2	14	2	42	2	4	128
		% of Total	23,4%	25,0%	1,6%	10,9%	1,6%	32,8%	1,6%	3,1%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76,560(a)	42	,001
Likelihood Ratio	53,983	42	,102
Linear-by-Linear Association	6,967	1	,008
N of Valid Cases	128		

Escolaridade * Quando tomou esta decisão?

			Quando tomou esta decisão?				Total
			Antes da gravidez	Durante a gravidez	No parto	Após o parto	Antes da gravidez
Escolaridade	1º Ciclo	Count	16	5	1	3	25
		% of Total	6,3%	2,0%	,4%	1,2%	9,8%
	2º Ciclo	Count	51	23	0	11	85
		% of Total	19,9%	9,0%	,0%	4,3%	33,2%
	3º Ciclo	Count	24	15	0	5	44
		% of Total	9,4%	5,9%	,0%	2,0%	17,2%
	Secundário	Count	43	14	0	5	62
		% of Total	16,8%	5,5%	,0%	2,0%	24,2%
	Curso técnico profissional	Count	13	3	0	0	16
		% of Total	5,1%	1,2%	,0%	,0%	6,3%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	20	2	0	0	22
		% of Total	7,8%	,8%	,0%	,0%	8,6%
	Mestrado	Count	0	1	1	0	2
		% of Total	,0%	,4%	,4%	,0%	,8%
Total		Count	167	63	2	24	256
		% of Total	65,2%	24,6%	,8%	9,4%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,992(a)	18	,000
Likelihood Ratio	32,555	18	,019
Linear-by-Linear Association	6,289	1	,012
N of Valid Cases	256		

Escolaridade * Foi amamentada ao peito pela sua mãe?

			Foi amamentada ao peito pela sua mãe?			Total
			Sim	Não	Não sabe	Sim
Escolaridade	1º Ciclo	Count	14	3	8	25
		% of Total	5,5%	1,2%	3,1%	9,8%
	2º Ciclo	Count	59	10	16	85
		% of Total	23,0%	3,9%	6,3%	33,2%
	3º Ciclo	Count	29	11	4	44
		% of Total	11,3%	4,3%	1,6%	17,2%
	Secundário	Count	50	9	3	62
		% of Total	19,5%	3,5%	1,2%	24,2%
	Curso técnico profissional	Count	10	5	1	16
		% of Total	3,9%	2,0%	,4%	6,3%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	15	5	2	22
		% of Total	5,9%	2,0%	,8%	8,6%
	Mestrado	Count	1	1	0	2
		% of Total	,4%	,4%	,0%	,8%
Total		Count	178	44	34	256
		% of Total	69,5%	17,2%	13,3%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,847(a)	12	,029
Likelihood Ratio	21,572	12	,043
Linear-by-Linear Association	4,301	1	,038
N of Valid Cases	256		

Escolaridade * Tem mais filhos?

			Tem mais filhos?		Total
			Não	Sim	Não
Escolaridade	1º Ciclo	Count	7	18	25
		% of Total	2,7%	7,0%	9,8%
	2º Ciclo	Count	41	44	85
		% of Total	16,0%	17,2%	33,2%
	3º Ciclo	Count	27	17	44
		% of Total	10,5%	6,6%	17,2%
	Secundário	Count	38	24	62
		% of Total	14,8%	9,4%	24,2%
	Curso técnico profissional	Count	13	3	16
		% of Total	5,1%	1,2%	6,3%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	21	1	22
		% of Total	8,2%	,4%	8,6%
	Mestrado	Count	0	2	2
		% of Total	,0%	,8%	,8%
Total		Count	147	109	256
		% of Total	57,4%	42,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,873(a)	6	,000
Likelihood Ratio	36,809	6	,000
Linear-by-Linear Association	21,362	1	,000
N of Valid Cases	256		

Escolaridade * Teve dificuldades com o aleitamento materno

			Teve dificuldades com o aleitamento materno		Total
			Não	Sim	Não
Escolaridade	1º Ciclo	Count	9	14	23
		% of Total	3,6%	5,6%	9,3%
	2º Ciclo	Count	37	44	81
		% of Total	14,9%	17,7%	32,7%
	3º Ciclo	Count	25	19	44
		% of Total	10,1%	7,7%	17,7%
	Secundário	Count	36	26	62
		% of Total	14,5%	10,5%	25,0%
	Curso técnico profissional	Count	5	10	15
		% of Total	2,0%	4,0%	6,0%
	Bacharelato/Licenciatura	Count	5	16	21
		% of Total	2,0%	6,5%	8,5%
	Mestrado	Count	2	0	2
		% of Total	,8%	,0%	,8%
Total		Count	119	129	248
		% of Total	48,0%	52,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,170(a)	6	,040
Likelihood Ratio	14,270	6	,027
Linear-by-Linear Association	,084	1	,772
N of Valid Cases	248		

Area de residência * De que forma alimenta o seu filho

			De que forma alimenta o seu filho			Total
			Aleitamento materno exclusivo	Leite artificial	Aleitamento misto	Aleitamento materno exclusivo
Area de residência	Rural	Count	71	35	34	140
		% of Total	28,6%	14,1%	13,7%	56,5%
	Sub-urbana	Count	30	6	7	43
		% of Total	12,1%	2,4%	2,8%	17,3%
	Urbana	Count	46	9	10	65
		% of Total	18,5%	3,6%	4,0%	26,2%
Total		Count	147	50	51	248
		% of Total	59,3%	20,2%	20,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,887(a)	4	,042
Likelihood Ratio	10,051	4	,040
Linear-by-Linear Association	6,619	1	,010
N of Valid Cases	248		

Exerce actividade profissional * Quando iniciou a a vigilância

			Quando iniciou a a vigilância			Total
			1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	1º Trimestre
Exerce actividade profissional	Não	Count	53	4	4	61
		% of Total	20,9%	1,6%	1,6%	24,0%
	Sim	Count	173	18	2	193
		% of Total	68,1%	7,1%	,8%	76,0%
Total		Count	226	22	6	254
		% of Total	89,0%	8,7%	2,4%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,431(a)	2	,040
Likelihood Ratio	5,348	2	,069
Linear-by-Linear Association	1,936	1	,164
N of Valid Cases	254		

Exerce actividade profissional * De que forma alimenta o seu filho

			De que forma alimenta o seu filho			Total
			Aleitamento materno exclusivo	Leite artificial	Aleitamento misto	Aleitamento materno exclusivo
Exerce actividade profissional	Não	Count	29	10	20	59
		% of Total	11,7%	4,0%	8,1%	23,8%
	Sim	Count	118	40	31	189
		% of Total	47,6%	16,1%	12,5%	76,2%
Total		Count	147	50	51	248
		% of Total	59,3%	20,2%	20,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,427(a)	2	,015
Likelihood Ratio	7,778	2	,020
Linear-by-Linear Association	6,541	1	,011
N of Valid Cases	248		

Local onde erxerce a sua actividade profissional * A decisão de amamentar foi tomada por?

			A decisão de amamentar foi tomada por?				Total
			Iniciativa própria	Indicação médica	Indicação de enfermeiro	Conselho da mãe	Iniciativa própria
Local onde erxerce a sua actividade profissional	Fora de casa a tempo inteiro	Count	154	3	5	1	163
		% of Total	79,4%	1,5%	2,6%	,5%	84,0%
	Fora de casa a tempo parcial	Count	22	1	0	0	23
		% of Total	11,3%	,5%	,0%	,0%	11,9%
	Em casa a tempo inteiro	Count	6	0	0	0	6
		% of Total	3,1%	,0%	,0%	,0%	3,1%
	Em casa a tempo parcial	Count	1	0	0	1	2
		% of Total	,5%	,0%	,0%	,5%	1,0%
Total		Count	183	4	5	2	194
		% of Total	94,3%	2,1%	2,6%	1,0%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,274(a)	9	,000
Likelihood Ratio	9,805	9	,366
Linear-by-Linear Association	2,859	1	,091
N of Valid Cases	194		

Local onde erxerce a sua actividade profissional * Quando deve ser realizada essa formação/informação

			Quando deve ser realizada essa formação/informação					Total
			Antes da gravidez	Durante a gravidez	No parto	Após o parto	Durante a vigilância periódica da criança	Antes da gravidez
Local onde erxerce a sua actividade profissional	Fora de casa a tempo inteiro	Count	33	88	5	34	3	163
		% of Total	17,0%	45,4%	2,6%	17,5%	1,5%	84,0%
	Fora de casa a tempo parcial	Count	8	10	1	4	0	23
		% of Total	4,1%	5,2%	,5%	2,1%	,0%	11,9%
	Em casa a tempo inteiro	Count	1	2	2	0	1	6
		% of Total	,5%	1,0%	1,0%	,0%	,5%	3,1%
	Em casa a tempo parcial	Count	0	0	2	0	0	2
		% of Total	,0%	,0%	1,0%	,0%	,0%	1,0%
Total		Count	42	100	10	38	4	194
		% of Total	21,6%	51,5%	5,2%	19,6%	2,1%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,450(a)	12	,000
Likelihood Ratio	26,253	12	,010
Linear-by-Linear Association	,153	1	,695
N of Valid Cases	194		

Tipo de parto * O bebé foi colocado à mama

			O bebé foi colocado à mama				Total
			Até ao final da 2º hora	Até ao final da 6ª hora	Após a 6ª hora	Não se lembra	Até ao final da 2º hora
Tipo de parto	Eutocico	Count	115	4	2	5	126
		% of Total	44,9%	1,6%	,8%	2,0%	49,2%
	Ventosa	Count	15	1	0	0	16
		% of Total	5,9%	,4%	,0%	,0%	6,3%
	Cesariana	Count	2	56	34	22	114
		% of Total	,8%	21,9%	13,3%	8,6%	44,5%
Total		Count	132	61	36	27	256
		% of Total	51,6%	23,8%	14,1%	10,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	205,613(a)	6	,000
Likelihood Ratio	257,180	6	,000
Linear-by-Linear Association	129,245	1	,000
N of Valid Cases	256		

Tipo de parto * O bebé tomou alguma vez leite artificial?

			O bebé tomou alguma vez leite artificial?				Total
			Sim	Não	Não sabe	Não se lembra	Sim
Tipo de parto	Eutocico	Count	49	77	0	0	126
		% of Total	19,1%	30,1%	,0%	,0%	49,2%
	Ventosa	Count	8	7	1	0	16
		% of Total	3,1%	2,7%	,4%	,0%	6,3%
	Cesariana	Count	104	4	4	2	114
		% of Total	40,6%	1,6%	1,6%	,8%	44,5%
Total		Count	161	88	5	2	256
		% of Total	62,9%	34,4%	2,0%	,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	92,604(a)	6	,000
Likelihood Ratio	110,566	6	,000
Linear-by-Linear Association	38,223	1	,000
N of Valid Cases	256		

Tipo de parto * De que forma alimenta o seu filho

			De que forma alimenta o seu filho							Total
			Aleitamento materno exclusivo	Leite artificial	Aleitamento misto	LM + Papas	LM + Sopa	LM + Papas + sopas	LM + papas + fruta	Aleitamento materno exclusivo
Tipo de parto	Eutocico	Count	40	37	11	6	1	0	1	96
		% of Total	21,5%	19,9%	5,9%	3,2%	,5%	,0%	,5%	51,6%
	Ventosa	Count	5	3	1	1	0	1	0	11
		% of Total	2,7%	1,6%	,5%	,5%	,0%	,5%	,0%	5,9%
	Cesariana	Count	34	26	16	3	0	0	0	79
		% of Total	18,3%	14,0%	8,6%	1,6%	,0%	,0%	,0%	42,5%
Total		Count	79	66	28	10	1	1	1	186
		% of Total	42,5%	35,5%	15,1%	5,4%	,5%	,5%	,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,725(a)	12	,041
Likelihood Ratio	12,221	12	,428
Linear-by-Linear Association	,182	1	,670
N of Valid Cases	186		

Quando tomou esta decisão? * Qual a principal fonte

			Quando tomou esta decisão?				Total
			Antes da gravidez	Durante a gravidez	No parto	Após o parto	Antes da gravidez
Qual a principal fonte	Médico	Count	19	9	0	2	30
		% of Total	14,8%	7,0%	,0%	1,6%	23,4%
	Enfermeiro	Count	22	9	0	1	32
		% of Total	17,2%	7,0%	,0%	,8%	25,0%
	Outros profissionais de saude	Count	2	0	0	0	2
		% of Total	1,6%	,0%	,0%	,0%	1,6%
	Mãe	Count	6	4	0	4	14
		% of Total	4,7%	3,1%	,0%	3,1%	10,9%
	Irmãos/Irmãs	Count	1	1	0	0	2
		% of Total	,8%	,8%	,0%	,0%	1,6%
	Livros/revistas	Count	32	8	0	2	42
		% of Total	25,0%	6,3%	,0%	1,6%	32,8%
	Meios de comunicação social	Count	1	0	0	1	2
		% of Total	,8%	,0%	,0%	,8%	1,6%
	Outros	Count	2	1	1	0	4
		% of Total	1,6%	,8%	,8%	,0%	3,1%
Total		Count	85	32	1	10	128
		% of Total	66,4%	25,0%	,8%	7,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,454(a)	21	,000
Likelihood Ratio	22,710	21	,360
Linear-by-Linear Association	,001	1	,969
N of Valid Cases	128		

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	2	1	3
		% of Total	,8%	,4%	1,2%
	Até aos 4 meses	Count	5	17	22
		% of Total	2,0%	6,9%	8,9%
	Até aos 6 meses	Count	7	40	47
		% of Total	2,8%	16,1%	19,0%
	Após os 6 meses	Count	36	140	176
		% of Total	14,5%	56,5%	71,0%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,940(a)	3	,176
Likelihood Ratio	4,005	3	,261
Linear-by-Linear Association	,410	1	,522
N of Valid Cases	248		

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,5%	,5%
	Até aos 4 meses	Count	10	6	16
		% of Total	5,4%	3,2%	8,6%
	Até aos 6 meses	Count	9	28	37
		% of Total	4,8%	15,1%	19,9%
	Após os 6 meses	Count	47	85	132
		% of Total	25,3%	45,7%	71,0%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,665(a)	3	,053
Likelihood Ratio	7,826	3	,050
Linear-by-Linear Association	,630	1	,427
N of Valid Cases	186		

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,9%	,9%
	Até aos 4 meses	Count	2	4	6
		% of Total	1,7%	3,4%	5,2%
	Até aos 6 meses	Count	5	22	27
		% of Total	4,3%	19,0%	23,3%
	Após os 6 meses	Count	16	66	82
		% of Total	13,8%	56,9%	70,7%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,970(a)	3	,809
Likelihood Ratio	1,079	3	,782
Linear-by-Linear Association	,063	1	,802
N of Valid Cases	116		

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	33	108	141
		% of Total	13,3%	43,5%	56,9%
	Sim	Count	17	90	107
		% of Total	6,9%	36,3%	43,1%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,135(b)	1	,144		
Continuity Correction(a)	1,694	1	,193		
Likelihood Ratio	2,174	1	,140		
Fisher's Exact Test				,154	,096
Linear-by-Linear Association	2,127	1	,145		
N of Valid Cases	248				

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	39	65	104
		% of Total	21,0%	34,9%	55,9%
	Sim	Count	27	55	82
		% of Total	14,5%	29,6%	44,1%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,419(b)	1	,518		
Continuity Correction(a)	,243	1	,622		
Likelihood Ratio	,420	1	,517		
Fisher's Exact Test				,541	,312
Linear-by-Linear Association	,417	1	,519		
N of Valid Cases	186				

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	13	50	63
		% of Total	11,2%	43,1%	54,3%
	Sim	Count	10	43	53
		% of Total	8,6%	37,1%	45,7%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,057(b)	1	,812		
Continuity Correction(a)	,000	1	,997		
Likelihood Ratio	,057	1	,812		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,056	1	,813		
N of Valid Cases	116				

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	25	138	163
		% of Total	10,1%	55,6%	65,7%
	Durante a gravidez	Count	14	45	59
		% of Total	5,6%	18,1%	23,8%
	No parto	Count	0	2	2
		% of Total	,0%	,8%	,8%
	Após o parto	Count	11	13	24
		% of Total	4,4%	5,2%	9,7%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,154(a)	3	,004
Likelihood Ratio	11,847	3	,008
Linear-by-Linear Association	11,557	1	,001
N of Valid Cases	248		

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	39	89	128
		% of Total	21,0%	47,8%	68,8%
	Durante a gravidez	Count	19	25	44
		% of Total	10,2%	13,4%	23,7%
	No parto	Count	1	1	2
		% of Total	,5%	,5%	1,1%
	Após o parto	Count	7	5	12
		% of Total	3,8%	2,7%	6,5%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,466(a)	3	,141
Likelihood Ratio	5,311	3	,150
Linear-by-Linear Association	5,292	1	,021
N of Valid Cases	186		

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	11	75	86
		% of Total	9,5%	64,7%	74,1%
	Durante a gravidez	Count	9	16	25
		% of Total	7,8%	13,8%	21,6%
	No parto	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,9%	,9%
	Após o parto	Count	3	1	4
		% of Total	2,6%	,9%	3,4%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,699(a)	3	,002
Likelihood Ratio	12,596	3	,006
Linear-by-Linear Association	12,670	1	,000
N of Valid Cases	116		

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	30	145	175
		% of Total	12,1%	58,5%	70,6%
	Não	Count	15	28	43
		% of Total	6,0%	11,3%	17,3%
	Não sabe	Count	5	25	30
		% of Total	2,0%	10,1%	12,1%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,008(a)	2	,030
Likelihood Ratio	6,302	2	,043
Linear-by-Linear Association	,923	1	,337
N of Valid Cases	248		

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	44	94	138
		% of Total	23,7%	50,5%	74,2%
	Não	Count	15	12	27
		% of Total	8,1%	6,5%	14,5%
	Não sabe	Count	7	14	21
		% of Total	3,8%	7,5%	11,3%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,575(a)	2	,062
Likelihood Ratio	5,342	2	,069
Linear-by-Linear Association	1,038	1	,308
N of Valid Cases	186		

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	19	72	91
		% of Total	16,4%	62,1%	78,4%
	Não	Count	1	10	11
		% of Total	,9%	8,6%	9,5%
	Não sabe	Count	3	11	14
		% of Total	2,6%	9,5%	12,1%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,884(a)	2	,643
Likelihood Ratio	1,039	2	,595
Linear-by-Linear Association	,062	1	,803
N of Valid Cases	116		

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	2	1	3
		% of Total	,8%	,4%	1,2%
	Até aos 4 meses	Count	5	17	22
		% of Total	2,0%	6,9%	8,9%
	Até aos 6 meses	Count	7	40	47
		% of Total	2,8%	16,1%	19,0%
	Após os 6 meses	Count	36	140	176
		% of Total	14,5%	56,5%	71,0%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,940(a)	3	,176
Likelihood Ratio	4,005	3	,261
Linear-by-Linear Association	,410	1	,522
N of Valid Cases	248		

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,041	,072	,639	,523(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,005	,066	,076	,939(c)
N of Valid Cases		248			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,5%	,5%
	Até aos 4 meses	Count	10	6	16
		% of Total	5,4%	3,2%	8,6%
	Até aos 6 meses	Count	9	28	37
		% of Total	4,8%	15,1%	19,9%
	Após os 6 meses	Count	47	85	132
		% of Total	25,3%	45,7%	71,0%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,665(a)	3	,053
Likelihood Ratio	7,826	3	,050
Linear-by-Linear Association	,630	1	,427
N of Valid Cases	186		

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,058	,077	,793	,429(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,023	,075	,316	,753(c)
N of Valid Cases		186			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Até quando pensa amamentar? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Até quando pensa amamentar?	Até aos 3 meses	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,9%	,9%
	Até aos 4 meses	Count	2	4	6
		% of Total	1,7%	3,4%	5,2%
	Até aos 6 meses	Count	5	22	27
		% of Total	4,3%	19,0%	23,3%
	Após os 6 meses	Count	16	66	82
		% of Total	13,8%	56,9%	70,7%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,970(a)	3	,809
Likelihood Ratio	1,079	3	,782
Linear-by-Linear Association	,063	1	,802
N of Valid Cases	116		

a 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,023	,095	,250	,803(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,019	,095	,204	,839(c)
N of Valid Cases		116			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	33	108	141
		% of Total	13,3%	43,5%	56,9%
	Sim	Count	17	90	107
		% of Total	6,9%	36,3%	43,1%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,135(b)	1	,144		
Continuity Correction(a)	1,694	1	,193		
Likelihood Ratio	2,174	1	,140		
Fisher's Exact Test				,154	,096
Linear-by-Linear Association	2,127	1	,145		
N of Valid Cases	248				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,57.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,093	,062	1,462	,145(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,093	,062	1,462	,145(c)
N of Valid Cases		248			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	39	65	104
		% of Total	21,0%	34,9%	55,9%
	Sim	Count	27	55	82
		% of Total	14,5%	29,6%	44,1%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,419(b)	1	,518		
Continuity Correction(a)	,243	1	,622		
Likelihood Ratio	,420	1	,517		
Fisher's Exact Test				,541	,312
Linear-by-Linear Association	,417	1	,519		
N of Valid Cases	186				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,10.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,047	,073	,644	,520(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,047	,073	,644	,520(c)
N of Valid Cases		186			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Tem mais filhos? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Tem mais filhos?	Não	Count	13	50	63
		% of Total	11,2%	43,1%	54,3%
	Sim	Count	10	43	53
		% of Total	8,6%	37,1%	45,7%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,057(b)	1	,812		
Continuity Correction(a)	,000	1	,997		
Likelihood Ratio	,057	1	,812		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,056	1	,813		
N of Valid Cases	116				

a Computed only for a 2x2 table
b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,51.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,022	,093	,236	,814(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,022	,093	,236	,814(c)
N of Valid Cases		116			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	25	138	163
		% of Total	10,1%	55,6%	65,7%
	Durante a gravidez	Count	14	45	59
		% of Total	5,6%	18,1%	23,8%
	No parto	Count	0	2	2
		% of Total	,0%	,8%	,8%
	Após o parto	Count	11	13	24
		% of Total	4,4%	5,2%	9,7%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,154(a)	3	,004
Likelihood Ratio	11,847	3	,008
Linear-by-Linear Association	11,557	1	,001
N of Valid Cases	248		

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,216	,073	-3,475	,001(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,189	,068	-3,021	,003(c)
N of Valid Cases		248			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	39	89	128
		% of Total	21,0%	47,8%	68,8%
	Durante a gravidez	Count	19	25	44
		% of Total	10,2%	13,4%	23,7%
	No parto	Count	1	1	2
		% of Total	,5%	,5%	1,1%
	Após o parto	Count	7	5	12
		% of Total	3,8%	2,7%	6,5%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,466(a)	3	,141
Likelihood Ratio	5,311	3	,150
Linear-by-Linear Association	5,292	1	,021
N of Valid Cases	186		

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,71.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,169	,075	-2,328	,021(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,165	,075	-2,270	,024(c)
N of Valid Cases		186			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Quando tomou esta decisão? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Quando tomou esta decisão?	Antes da gravidez	Count	11	75	86
		% of Total	9,5%	64,7%	74,1%
	Durante a gravidez	Count	9	16	25
		% of Total	7,8%	13,8%	21,6%
	No parto	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	,9%	,9%
	Após o parto	Count	3	1	4
		% of Total	2,6%	,9%	3,4%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,699(a)	3	,002
Likelihood Ratio	12,596	3	,006
Linear-by-Linear Association	12,670	1	,000
N of Valid Cases	116		

a 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,332	,105	-3,757	,000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,311	,103	-3,493	,001(c)
N of Valid Cases		116			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	30	145	175
		% of Total	12,1%	58,5%	70,6%
	Não	Count	15	28	43
		% of Total	6,0%	11,3%	17,3%
	Não sabe	Count	5	25	30
		% of Total	2,0%	10,1%	12,1%
Total		Count	50	198	248
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,008(a)	2	,030
Likelihood Ratio	6,302	2	,043
Linear-by-Linear Association	,923	1	,337
N of Valid Cases	248		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,05.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,061	,062	-,960	,338(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,094	,065	-1,484	,139(c)
N of Valid Cases		248			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	44	94	138
		% of Total	23,7%	50,5%	74,2%
	Não	Count	15	12	27
		% of Total	8,1%	6,5%	14,5%
	Não sabe	Count	7	14	21
		% of Total	3,8%	7,5%	11,3%
Total		Count	66	120	186
		% of Total	35,5%	64,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,575(a)	2	,062
Likelihood Ratio	5,342	2	,069
Linear-by-Linear Association	1,038	1	,308
N of Valid Cases	186		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,45.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,075	,074	-1,019	,310(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,109	,075	-1,487	,139(c)
N of Valid Cases		186			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.

Foi amamentada ao peito pela sua mãe? * Encontra-se a amamentar

Crosstab

			Encontra-se a amamentar		Total
			Não	Sim	Não
Foi amamentada ao peito pela sua mãe?	Sim	Count	19	72	91
		% of Total	16,4%	62,1%	78,4%
	Não	Count	1	10	11
		% of Total	,9%	8,6%	9,5%
	Não sabe	Count	3	11	14
		% of Total	2,6%	9,5%	12,1%
Total		Count	23	93	116
		% of Total	19,8%	80,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,884(a)	2	,643
Likelihood Ratio	1,039	2	,595
Linear-by-Linear Association	,062	1	,803
N of Valid Cases	116		

a 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,18.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,023	,094	,248	,804(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,041	,090	,442	,659(c)
N of Valid Cases		116			

a Not assuming the null hypothesis.
b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c Based on normal approximation.