

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM-PEDIATRIA

INTENÇÃO DE AMAMENTAR

FACTORES QUE A INFLUENCIAM

MARIA HELENA PIRES RODRIGUES

2002

Maria Helena Pires Rodrigues

INTENÇÃO DE AMAMENTAR

FACTORES QUE A INFLUENCIAM

Dissertação de Mestrado

Orientadora: Professora Doutora Hercília Guimarães

2002

A minha Mãe
e nela a todas as mães.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o meu reconhecimento à Professora Doutora Hercília Guimarães pela sua preciosa orientação, ensinamentos e autonomia de actuação que sempre me permitiu.

À Senhora Doutora Clara Tavares o meu agradecimento pela sua ajuda na avaliação estatística dos dados.

Ao meu amigo e colega Manuel Fernando Azevedo agradeço a disponibilidade e apoio constantes.

Às colegas de trabalho o meu reconhecimento pelas palavras de incentivo nos momentos de desalento.

Aos meus colegas da Escola de Enfermagem de Vila Real, Professora Maria do Carmo e Professor José Manuel, expresso igualmente a minha gratidão pelo apoio disponibilizado.

Ao Senhor Doutor Manuel Fráguas, da Maternidade de Júlio Dinis , agradeço o seu empenhamento na viabilização deste projecto.

Aos meus familiares e amigos, pela sua preciosa ajuda, compreensão, amizade e incentivo, sem os quais me teria sido difícil ultrapassar esta etapa, a minha gratidão.

A realização deste trabalho não teria sido exequível sem a disponibilidade e colaboração das enfermeiras e das mães que participaram no estudo. A todas o meu muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMAAM – Aliança Mundial para a Acção em Aleitamento Materno.

EUA – Estados Unidos da América.

DGCSP – Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

FAO – Food and Agriculture Organization.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund.

WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	9
2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA DA AMAMENTAÇÃO	14
2.2 - ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO	18
2.3 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO	19
2.4 - BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO	20
2.5 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO DE AMAMENTAR	31
2.5.1 - <i>Motivação para Amamentar</i>	31
2.5.2 - <i>Factores culturais, sociais, económicos e familiares</i>	32
2.5.3 - <i>Publicidade</i>	36
2.5.4 - <i>Auto-imagem materna</i>	37
2.5.5 - <i>Retorno ao trabalho</i>	37
2.5.6 - <i>Práticas hospitalares</i>	39
2.5.7 - <i>Factores fisiológicos</i>	39
2.6 - CONTRA-INDICAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO	42
2.7 - EDUCAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO	44
2.8 – LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE	48
2.9 - COMO PROCEDER PARA GARANTIR A PROTECÇÃO DA MATERNIDADE	49
3 - POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS.....	50
3.1 – POPULAÇÃO	50
3.2 –METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS	51
3.3 - MÉTODOS ESTATÍSTICOS	54
4 - RESULTADOS	56
5 - DISCUSSÃO	85
5.1 – ACTUALIDADE E IMPORTÂNCIA DO TEMA	85
5.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	85
5.3 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	86
6 – CONCLUSÕES	98

7 – SUGESTÕES..... 100

8 - RESUMO 101

8.1 - ABSTRACT..... 103

9 – BIBLIOGRAFIA..... 105

10 - ANEXOS 118

INDICE DE TABELA E DE QUADROS

	Pág
Tabela - Composição do Leite Humano.....	21

QUADROS

Quadro 1- Instituições de saúde onde foram efectuados os inquéritos.....	56
Quadro 2.a - Frequências e percentagens relativas à área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião, das 1159 puérperas inquiridas.....	57
Quadro 2.b - Frequências e percentagens das 1159 mães inquiridas, relativas à paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e a sua mãe ter-lhe dado de mamar.....	58
Quadro 2.c - Frequências e percentagens relativas à amamentação e amamentação exclusiva e sua duração, das 1159 mães inquiridas.....	59
Quadro 2.d - Frequências e percentagens relativas ao intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o recém-nascido foi colocado à mama, ao seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, das 1159 mães inquiridas.....	59
Quadro 3.a - Distribuição das 1159 mães inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião, relativamente à amamentação e sua duração.....	60
Quadro 3.b - Distribuição das 1159 mães inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e ter sido amamentada relativamente à amamentação e sua duração.....	63

Quadro 3.c - Distribuição das 1159 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o recém-nascido foi colocado à mama, o seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, relativamente à amamentação e sua duração.....	66
Quadro 4.a - Distribuição das 1159 mulheres inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião relativamente à amamentação exclusiva e sua duração.....	68
Quadro 4.b - Distribuição das 1159 mulheres inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e o ter sido amamentada pela sua mãe, relativamente à amamentação exclusiva e sua duração.....	72
Quadro 4.c - Distribuição das 1159 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o bebé é colocado a mamar, seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, em relação com a amamentação exclusiva e sua duração.....	75
Quadro 5.a - Distribuição das 149 mães inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião relativamente à duração da amamentação exclusiva antes dos 3 meses.....	76
Quadro 5.b - Distribuição das 149 mães inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e o ter sido amamentada pela sua mãe, em relação com a duração da amamentação exclusiva antes dos 3 meses.....	79
Quadro 5.c - Distribuição das 149 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª mamada (1ª vez que pôs o bebé a mamar), seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto relativamente à duração da amamentação exclusiva antes dos 3 meses.....	81
Quadro 6 - Frequências e percentagens das razões da intenção de não amamentar este filho antes do parto das 25 gestantes.....	82

Quadro.7 - Frequências e percentagens das razões que levaram as 23 mães a não amamentar.

.....83

Quadro.8 - Frequências e percentagens das razões que levaram as 317 mães(inclusive as que fizeram amamentação exclusiva) a deixar de amamentar antes dos três meses.....84

1 – INTRODUÇÃO

A decisão de efectuar um estudo que abordasse o problema da amamentação foi ganhando contornos no decurso da frequência do Mestrado de Ciências de Enfermagem – Pediatria, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, embora desde sempre este tema tivesse sido alvo da nossa atenção por observarmos, na prática quotidiana, ser uma questão comum a quase todas as mães e aquela com que a enfermagem dispense grande parte do seu tempo.

Outro motivo foi a sensação de que muitas mulheres, apesar de amamentarem o seu filho durante o período de internamento com o apoio e incentivo da equipa de enfermagem, o deixariam de fazer após a alta hospitalar.

Embora haja alguma disparidade nos estudos publicados, a percentagem de mães que em Portugal amamentam durante o internamento é elevada. Em Beja, entre 1980-81, a prevalência da amamentação rondava os 88%,¹ enquanto no Hospital de S. João, no Porto, em 1985, era de 92,9%,² na Maternidade de Júlio Dinis, também no Porto, de 100% em 1988³ e no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, no mesmo ano, de 80%.⁴

Na década de 90, um estudo efectuado pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários em seis distritos do Continente, revelou que a prevalência da amamentação exclusiva durante o internamento era em média de 79,5%.⁵ Um outro estudo⁶, incidindo na população servida pela Unidade de Saúde dos Carvalhos, em Vila Nova de Gaia, nos anos de 1990 e de 1991 mostrou uma prevalência de 100%, enquanto um terceiro trabalho, realizado no Centro de Saúde Viseu 2, em 1991 deu um valor de 93%.⁷ Estas taxas sofrem uma queda acentuada após a alta hospitalar e vão diminuindo ao longo dos seis meses do período de amamentação considerado ideal, sendo semelhantes às encontrados em países em desenvolvimento. Segundo dados do Departamento de Estudos e planeamento da Saúde em 1995/96, a prevalência da amamentação era de 81,4% à nascença, de 57% ao mês de vida, de 36% ao 3º mês de idade e de 20% aos seis meses de vida⁸.

Este abandono precoce tanto pode advir do facto do nascimento de uma criança determinar alterações permanentes na vida da mãe, como da adaptação desta ao seu novo papel ser

grandemente afectada pela sua relação com o companheiro, com a sua mãe, com a família e com o meio sociocultural e económico em que está inserida.

O aleitamento materno constitui uma base importante para o primeiro relacionamento humano e tem persistido através dos tempos, apesar de fortemente influenciado, quer por valores morais e sociais, quer por conceitos mais ou menos científicos, ou por modismos.^{9,10}

Falar de amamentação é mais do que fornecer alimento. Implica uma interacção entre duas pessoas, a mãe com a sua personalidade, cultura, costumes, valores e mitos, e o filho totalmente dependente dela, em permanente tentativa de adaptação pois as influências ambientais não cessam.¹¹

De realçar que a lactação e o aleitamento podem ser observados em todos os mamíferos já que são o complemento lógico da gestação e do parto.¹² À semelhança das fêmeas de outros mamíferos que nutrem os filhos com o seu leite, na espécie humana isso deveria ser também natural e espontâneo, uma vez que o recém-nascido não atingiu ainda um patamar que lhe permita subsistir sózinho.

A preparação para amamentar surge já durante a gestação, com o início da produção de colostro pela glândula mamária, procurando assegurar desta forma a subsistência do recém-nascido.¹³

No entanto, muitas vezes isto não se observa porque os costumes e as modas alteram as leis da Natureza. Já Aulus Gellius, filósofo romano do séc. II D.C., afirmava que “somente a mulher secou as fontes sagradas em que o género humano deve beber a subsistência, como se ela só tivesse recebido esses dois globos de alabastro de que é tão orgulhosa, para lhe servir de frívolo ornato e não para aceder ao mais grato dos deveres”.^{14,15}

Considerar a amamentação apenas como um acto instintivo da espécie humana parece-nos redutor, porque o seu sucesso implica a transmissão de uma experiência acumulada, o saber tradicional e um processo educativo/informativo veiculado por fontes diversas e dirigido a grupos específicos e à sociedade em geral.¹⁶

A duração da amamentação depende de condições socioculturais e económicas, trabalho da mulher fora de casa, recursos alimentares e gratificação psico-afectiva.

Os principais factores de desmame precoce podem ser classificados em dificuldades circunstanciais e em dificuldades culturais. Entre estas últimas, podem contar-se as transformações ocorridas na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas, os diversos papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna, a apresentação das mamas como símbolo sexual, contribuindo, em conjunto com outros hábitos sociais, para que as mulheres não gostem de amamentar em público. À propaganda de produtos lácteos para alimentação de bebés e à perda da tradicional transmissão de mãe para filha da experiência em amamentação podem ser acrescentadas práticas dos serviços de maternidade, como a demora em levar o bebé ao seio após o nascimento e a administração de água glicosada ou alimento complementar.

Se o conjunto da sociedade não interiorizar as relações existentes entre amamentação, saúde da criança e seu desenvolvimento, as medidas sociais visando promover o aleitamento materno têm pouca probabilidade de serem eficazes.

Compete assim, a todos os profissionais de saúde na área materno-infantil, nos centros de saúde, nas maternidade e nas escolas, motivar e sensibilizar para a promoção do aleitamento materno. O abandono precoce da amamentação deve sensibilizar os educadores para efectuarem uma recolha dos condicionantes que se terão de enfrentar na hora de realizar actividades educativas motivadoras. Ignorar as circunstâncias culturais, sociais, familiares, laborais e pessoais da mulher que amamenta, pode ocasionar falhas estratégicas no planeamento de acções de educação para a saúde que consigam a promoção e a prática mais frequente da amamentação.^{17,18}

Os profissionais de saúde poderão ainda alertar as entidades governamentais para os benefícios que os currículos escolares dos ensinos básico e secundário trariam, se nos temas de saúde leccionados fosse dado o relevo adequado às medidas que visam aumentar a adesão e a duração da amamentação

Ciente desses constrangimentos socioculturais que obstam ao aleitamento materno ou que encurtam a sua duração, na maioria das vezes fruto de ignorância das mães das suas vantagens, a que frequentemente se alia um menor empenhamento dos médicos e das enfermeiras no incentivo dessa prática, por não lhes ter sido dada uma formação adequada. Nesse âmbito, decidimos realizar um estudo que incidisse sobre parturientes da região Norte, procurando averiguar das intenções de amamentar e das razões que podem levar ao seu abandono precoce.

Este tema foi considerado pertinente pelo reconhecimento crescente, fundamentado em conhecimentos científicos irrefutáveis, da importância da prática da amamentação na promoção da saúde e na prevenção de situações que podem comprometer o desenvolvimento e o bem estar do indivíduo, quer nas idades infantis, quer enquanto adulto.

Estudos efectuados no nosso país apontam para uma incidência elevada da amamentação e uma baixa prevalência já ao mês de idade com descida até aos três meses e mais.^{5,115,164} Estes acontecimentos sugerem que uma grande parte das mães decide amamentar desistindo de o fazer precocemente. Interessa a este estudo identificar algumas das razões do abandono da amamentação que para que se possam aplicar medidas correctivas e atingir o preconizado pela estratégia de Saúde para 1998-2002, proposta pelo Ministério da Saúde, que tem como meta que pelo menos 50% dos recém-nascidos beneficiem do aleitamento materno até aos três meses de idade.²⁰

Pretendemos com o presente trabalho atingir os seguintes objectivos:

Identificar a prevalência da intenção de amamentar no internamento.

Identificar a taxa da amamentação exclusiva ao mês de vida do bebé.

Identificar a taxa da amamentação aos três meses após o parto.

Identificar a taxa da amamentação exclusiva aos três meses após o parto.

Identificar alguns factores que influenciam o abandono da amamentação antes dos três meses de idade dos lactentes.

Arriscando-nos a ser ambiciosos, é nosso desejo que este seja o início de um projecto mais amplo que vise implementar nas instituições de saúde consultas de enfermagem de amamentação, bem como uma linha telefónica aberta com a finalidade de esclarecer dúvidas, aconselhando e também, prestando cuidados, com vista à prevenção e tratamento de problemas relacionados com a amamentação, contribuindo desta forma para o cumprimento das recomendações da OMS, da UNICEF e da FAO neste domínio¹⁹

Os indicadores que resultem deste estudo poderão servir também para a elaboração de um programa de intervenção junto das mães que amamentam, de modo a que esta seja uma prática mais eficaz, mais longa e afectivamente mais gratificante, tanto para a mãe como para o filho, uma vez que o aumento de conhecimentos traz a quem os adquire mais segurança e auto-confiança, e por consequência permite uma vivência mais plena da amamentação.

2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 – PERSPECTIVA HISTÓRICA DA AMAMENTAÇÃO

Na Antiguidade, muitas sociedades cultural e socialmente diferentes encaravam as crianças e os métodos de as criar de um modo muito semelhante, existindo testemunhos pictóricos e epigráficos referentes ao ano 3000 A.C., que nos mostram que as crianças eram então cuidadosamente amamentadas,1 atitude que se manteve constante durante muitos séculos. As sociedades matriarcais do Egipto e da Babilónia cuidavam bem dos seus filhos e para os Hebreus era uma dádiva de Deus a possibilidade de criar e amamentar os filhos.¹⁵

No Génesis é feita referencia a Rebeca que, sendo de uma classe elevada, não recusou dar de mamar a seu filho Jacob. Também a mãe dos Machabeus recorda-lhes, no momento do seu martírio, que “os alimentou com o seu próprio leite”.¹⁵

A riqueza de imagens de deusas segurando ao colo ou amamentando uma criança, sugere que o povo hebreu considerava a amamentação um dever sagrado. Os hebreus reconheciam ainda ao leite humano propriedades curativas, como o prova o facto de papiros o recomendarem para tratar certas mazelas, tais como eczemas, queimaduras e até cataratas.¹⁵

No Antigo Egipto são também conhecidas representações da deusa egípcia Ísis amamentando o seu filho Hórus.¹⁵

Homero, na *Íliada*, diz que Hecuba amamentou o seu filho Hector e que a mãe de Aquiles “o criou ao seu peito” e na *Odisseia*, Penélope aparece como uma jovem noiva com um filho varão ao seio.¹⁵

Em Esparta as mulheres amamentavam os seus filhos e a esposa do rei também amamentava o primogénito, uma vez que se o não fizesse este não poderia ascender ao trono real. Esta atitude mostra a importância que o aleitamento materno tinha nessa sociedade.¹⁶

As mulheres romanas nos primeiros tempos da República criavam os seus filhos, costume que se alterou no tempo dos Césares, o que levou Júlio César, ao voltar da Gália, a exclamar surpreendido "porventura as mulheres romanas não têm, como outrora, filhos a nutrir e a trazer nos braços? Não vejo por toda a parte senão cães e macacos". É nesta época que se torna habitual confiar a amamentação dos filhos a camponesas.¹⁵

Durante os séculos XVI e XVII, os estudiosos discutiram entusiasticamente as diferenças entre o leite materno e o dos outros animais, e as vantagens dos lactentes serem alimentados pelo leite materno.¹⁰ Aconselhava-se também o aleitamento materno pelo facto de fortalecer a relação mãe-filho.¹⁵

Em meados do século XVIII as preocupações em relação à saúde das crianças mantiveram-se, tendo contudo mudado a vertente sobre a qual passou a incidir a argumentação da importância da amamentação: esta deixou de incidir sobre o binómio mãe-filho, passando a valorizar-se mais a saúde da mãe.¹⁵

Os problemas relacionados com a amamentação são tão antigos quanto o próprio acto de amamentar. Em várias escavações arqueológicas foram encontrados recipientes ao lado de corpos de lactentes, pelo que se deduz que o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana.¹⁵

A decisão de não amamentar os filhos prende-se com razões sociais, como acontecia com as damas da alta nobreza, que mostravam a sua condição social superior pagando ou coagindo outras mulheres de mais baixa condição a fazê-lo por elas. Era também frequente não amamentar por receio de perder a beleza dos seios, não poder vestir-se à moda ou não poder ter relações sexuais.¹⁵

Em Inglaterra, do século XVI ao século XVIII, observou-se uma descida na taxa de amamentação, devido às mulheres de então acreditarem que a amamentação envelhecia o

corpo e que as suas silhuetas se deteriorariam rapidamente, apesar do conhecimento de que a amamentação atrasava nova gestação. Também nessa época, em França, se verificou um decréscimo da amamentação pelas mesmas razões. Por isso, no fim do século XVIII, foram criadas em França as “amas de leite”, que por lei não poderiam amamentar simultaneamente mais do que duas crianças, além do seu próprio filho.¹⁴

Razões relacionadas com problemas de saúde da mãe eram frequentes e motivo aceite para entregar a tarefa da amamentação a uma ama, pois não era raro haver mastites e outras doenças graves relacionadas com o parto, e também mulheres com múltiplas gestações, em que as carências nutricionais eram factor impeditivo.^{14,15,18}

Em Portugal o recurso a amas era também privilégio das casas nobres, porém assistiu-se em simultâneo a outro fenómeno, a alta taxa de filhos ilegítimos, o que levou à criação, no último quartel do século XVIII, de lares para crianças abandonadas, denominados “roda dos expostos” ou simplesmente “roda”, onde os bebés eram deixados, mantendo-se o anonimato dos pais. Este facto levava à necessidade de aleitamento artificial, o que conseqüentemente acarretava uma maior mortalidade causada por doenças gastrointestinais.¹⁴

Com a descoberta da esterilização por Pasteur, a utilização do leite animal e dos biberões esterilizados levou a uma explosão do aleitamento artificial e a uma diminuição do aleitamento materno, já que as complicações infecciosas se reduziram.

Após as mudanças ocorridas na prática da amamentação no decurso da segunda metade do século XX, em que atingiu valores muito baixos, com resultados desastrosos principalmente nos países mais desenvolvidos, assiste-se presentemente a um retorno à prática da amamentação, que se deve ao contributo de investigações sobre a composição do leite materno, a relação entre os seus constituintes e a eventual prevenção de determinadas patologias na criança.

Nos Estados Unidos, uma directriz do “General Surgeon”, emitida em 1978 e reactivada em 1989, estabelecia como objectivo para o ano 2000, que 75% das puerperas tenham alta amamentando o seu filho e que, pelo menos, 35% continuem a amamentação até aos seis

meses.¹² Na Austrália, a “Nutrition Taskforce of the Better Health Commission” recomendou também como objectivo para o ano 2000, que 90% das mães amamentassem os filhos aquando da alta hospitalar e que 80% dos lactentes fossem ainda amamentados aos três meses; em 1984-85 a taxa era de 80% no momento da alta e de 50% aos três meses.¹²

Exemplo curioso dessa mudança de atitude, é o facto de nos países nórdicos, o mercado de fabricação de brinquedos ter chegado ao ponto de deixar de fazer biberões de bonecas e criar novas bonecas mães que permitem simular a amamentação dos filhos.¹³

Vê-se assim a importância que a amamentação assume e o relevo que actualmente é dado ao seu incentivo, desde logo pretendendo-se motivar para o acto de amamentar as raparigas de hoje, que serão as mães de amanhã.

2.2 - ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação depende da acção de hormonas e de reflexos, e do comportamento da mãe e do recém-nascido. Consiste na lactogénese, na produção e na ejeção do leite²¹. Enquanto a lactogénese se inicia durante a última fase da gestação, a primeira secreção mamária, o colostro, surge como resultado da estimulação das células alveolares mamárias pela hormona lactogénica placentar. A produção do leite continua após o parto como um processo automático, à medida que o leite é retirado da mama.²¹

A persistência da secreção do leite está relacionada com a produção de prolactina e com a remoção eficiente de leite através da sucção da criança. O estado nutricional, a qualidade da alimentação e a ingestão hídrica são factores que contribuem para a quantidade e qualidade do leite produzido.²²

O movimento do leite do alvéolo para a boca da criança é um processo activo no interior da glândula mamária, dependente do reflexo de ejeção, que é uma resposta da mama à sucção da criança. A sucção estimula a secreção de ocitocina pela hipófise posterior, a qual, por contracção dos ácinos, impulsiona o leite através dos ductos mamários até à boca da criança.²³

A produção da ocitocina também é influenciada pelo estado psicológico da mãe: o cansaço, o nervosismo, a ansiedade e a insegurança podem diminuir os níveis de produção desta hormona, levando à inibição total ou parcial do reflexo de ejeção, com a consequente retenção láctea, podendo então causar congestão e dor. O choro da criança e a tensão da mãe podem originar um ciclo vicioso que pode levar ao fracasso da amamentação.²⁴

O estímulo da sucção é amplamente aceite como o meio mais eficaz de manutenção de uma lactação adequada, ainda maior do que o reflexo de ejeção de leite.²⁴

2.3 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA AMAMENTAÇÃO

O ser mãe implica grandes mudanças na vida de uma mulher, já que ela não poderá continuar a dispor do seu tempo como anteriormente, nem a planejar as actividades exclusivamente em função das suas conveniências, pois terá que as conciliar com o exercício das suas obrigações maternas.

Este período de mudança pode ser gerador de tensões, uma vez que transcorre entre o abandono da situação anterior e a adaptação à nova, sendo caracterizado por uma sensação de instabilidade e de desajuste, porém transitória.²⁵

É durante a gravidez que a futura mãe deve reflectir e procurar informação acerca das exigências do seu novo papel, de forma a poder assumir as suas responsabilidades e ultrapassar mais facilmente as dificuldades.²⁶

A amamentação poderá ser vivida pela mulher com grandes variações nos sentimentos e atitudes.¹¹ As mulheres que sentem intenso desejo de amamentar os seus filhos passam por períodos de insegurança perante as exigências da nova experiência, apesar do seu desejo e entusiasmo. Da mesma forma as mulheres que rejeitam a ideia de amamentar também sentem às vezes vontade de tentar.²⁵

Deste modo deverá ser durante o período da gestação que se deverá despertar ou incutir a motivação para a amamentação.

O comportamento maternal é, segundo alguns autores, o efeito combinado de mecanismos fisiológicos não apreendidos e de características resultantes da aprendizagem, pelo que as mulheres tem de aprender a cuidar dos seus filhos e a saber como amamentá-los.¹¹

2.4 - BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO

O leite materno não é hoje indispensável para manter o recém-nascido em bom estado nutricional, nem para assegurar a sua sobrevivência, como acontecia antes do desenvolvimento satisfatório de alimentos destinados à nutrição do lactente. Biologicamente, as diferenças essenciais entre o leite de vaca e o leite materno têm sido progressivamente atenuadas com a introdução de leites dietéticos adaptados. Nestes, a taxa de proteínas e de sais foi reduzida, bem como foi corrigida a excessiva relação caseína/albumina e a carência de lactose e de ácidos gordos poli-insaturados. Também a adição de vitamina D e de ferro tornou menos provável o raquitismo e a anemia ferropénica que frequentemente acompanhavam o aleitamento artificial.²⁷ No entanto, por muito que a indústria alimentar infantil tenha evoluído na preparação de leites e de alimentos destinados ao lactente e à criança, nada pode substituir completamente e na perfeição o leite materno, pois este está perfeitamente adaptado à imaturidade do recém-nascido e à sua insuficiência digestiva, e disponibiliza todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento nos primeiros meses de vida.²⁸

Como sucede com os restantes mamíferos, o leite humano é pois, um nutriente específico, sendo uma mistura altamente complexa de compostos orgânicos e inorgânicos, e tendo ainda um conjunto de factores que a tecnologia moderna não foi ainda capaz de integrar nos leites dietéticos industriais.²⁹ Alguns autores aconselham contudo, a suplementação com vitamina K administrada à nascença, com o objectivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido, e de vitamina D, particularmente útil nos países com menor insolação.^{30,31,32}

A composição do leite humano difere de uma mulher para outra, bem como ao longo da mamada e do dia. O seu teor proteico varia entre 0,7 e 2 g /dl, o de lactose entre 6,2 a 7,2 g/dl e o lipídico entre 1,3 a 8,9 g/dl (Tabela). O leite inicial, armazenado nos galactóforos, é muito mais pobre em lípidos do que o final, o que poderá ter a ver com a indução da sensação de saciedade do recém-nascido amamentado.

Tabela - Composição do Leite Humano

	Leite maduro (15 dias – 15 meses pós-parto)	Leite transicional (6-10 dias pós-parto)	Colostro (primeiros 5 dias pós-parto)
	Média	Média	Média
Calorias (Kcal/l)	747	735	671
Proteínas (g/l)			
Total	10,6	15,9	22,9
Caseína	3,7	5,1	24,9
α -lactalbumina	3,6	7,8	-
β -lactoglobulina	-	5	2,5
Nitrogênio não proteico (mg/l)	324	479	910
Carboidratos totais (g/l)	71	64	57
Lipídeos, total (g/l)	45,4	35,2	38
Colesterol (mg/l)	139	241	280
Colesterol livre (% do total)	76,1	76,5	79,5
Minerais:			
Sódio (g/l)	0,172	0,294	0,501
Potássio (g/l)	0,512	0,636	0,745
Cálcio (g/l)	0,344	0,464	0,481
Magnésio (g/l)	0,035	0,035	0,042
Fósforo (g/l)	0,141	0,198	0,157
Cloro (g/l)	0,375	0,457	0,586
Oligoelementos:			
Ferro (mg/l)	0,50	0,59	1
Zinco (mg/l)	1,18	3,82	5,59
Iodo (mg/l)	0,061	-	-
Vitaminas:			
A (mg/l)	0,61	0,88	1,61
D (UI /l)	-	-	-
C (mg/l)	52	71	72
Tiamina (mg/l)	0,142	0,059	0,019
Riboflavina (mg/l)	0,373	0,369	0,302
Ácido Fólico (μ g/l)	1,4	0,2	0,5
B12 (μ g/l)	-	0,36	0,45

Adaptado de Nelson W E, Behrman R E, Kliegman R M, Avin A M *Tratado de Pediatria*, Editora Guanabara Koogan, 1997 Rio de Janeiro. Vol. I, 5ª Edição – pp.182-83.

O leite da manhã é também mais rico em lipídeos do que o da tarde. Estas variações estão de acordo com uma regra básica da alimentação, isto é, evitar a monotonia do regime. Entre outros, são ainda factores que influenciam a composição do leite, a idade gestacional, a paridade e a alimentação.^{33,34,35,36}

Foi também observado que o leite materno contém mais colesterol do que o leite de vaca e ainda mais do que as fórmulas infantis comercializadas, sendo sugerido um efeito benéfico desse nível elevado de colesterol sobre o sistema nervoso central, que está em rápido crescimento, favorecendo a síntese de mielina, e ainda sobre a produção de enzimas necessárias para a degradação do colesterol. Também as lipases, presentes no leite materno, contribuem para a hidrólise dos triglicerídeos lácteos, facilitando desta forma a digestão das gorduras, sendo por isso que as crianças amamentadas podem desejar uma nova mamada a intervalos menores do que aquelas que estão a ser aleitadas com leites adaptados^{23,24}.

O recém-nascido de baixo peso (de pré-termo) tem necessidades energéticas e proteicas superiores às do recém-nascido de termo, proporcionais à sua maior velocidade de crescimento. Para compensar naturalmente essas necessidades o leite da mãe de filho prematuro contém também maior teor de proteínas do que o leite de mães com filhos de termo.^{34,35,36,37,38}

A água é o constituinte presente em maior quantidade no leite materno, todos os outros estando nela dissolvidos, dispersos ou suspensos. A criança amamentada não necessita de suplemento de água, pois em cada mamada é-lhe disponibilizada toda a água que o seu organismo necessita, tendo sido mesmo demonstrado que nos países quentes e húmidos a água necessária ao lactente pode ser totalmente providenciada pelo leite materno.^{16,23,24}

A maioria dos sais minerais necessários ao recém-nascido são satisfatoriamente fornecidos pelo leite materno, encontrando-se os principais minerais, potássio, cálcio e fósforo, nas proporções necessárias à manutenção do equilíbrio hidroelectrolítico do lactente.^{16,17}

O leite materno é também muito rico em vitaminas, tendo capacidade para suprir as necessidades do lactente em relação às vitaminas do complexo B, niacina e ácido fólico.¹⁶ É ainda uma boa fonte de vitamina A e dos seus precursores, embora a sua concentração no leite humano seja influenciada pela qualidade e quantidade da dieta materna, sendo por isso mais baixa em países em desenvolvimento.^{24,39} Um estudo efectuado no Bangladesh,⁴⁰ em crianças em idade pré-escolar com dificuldades visuais nocturnas, residentes em áreas rurais e urbanas, mostrou que as crianças amamentadas não eram tão afectadas como as crianças não amamentadas, daqui se concluindo ter sido a amamentação um factor de protecção. Nesse país sub-desenvolvido, o leite materno é geralmente, a maior, se não a única, fonte de vitamina A durante o período da amamentação, já que o facto de as vacas serem aí um animal sagrado, obsta a que o seu leite seja comercializado.

O colostro é a primeira secreção mamária, ocorrendo durante a primeira semana de pós-parto, sendo marcadamente diferente do leite maduro quer na sua composição, quer na sua natureza e proporção. O colostro facilita o estabelecimento de bífidos na população intestinal e favorece a passagem do mecónio, que contém um factor essencial ao povoamento intestinal, o *Lactobacillus bifidus*, o primeiro a surgir no lúmen intestinal estéril da criança recém-nascida.^{16,24} O teor de lactose no leite das mães de recém-nascidos

de pré-termo segue o mesmo padrão de maturação verificado no colostro das mães de bebês de termo, embora sempre com concentrações mais baixas.^{16,24} Também a elevada concentração de sais pode representar um meio de contrabalançar a aumentada excreção renal de sódio, cujo balanço é negativo nos primeiros dias de vida, ou ter algo a ver com a manutenção da isosmolaridade do leite humano, assim corrigindo o baixo teor de lactose.⁴¹ Os valores de cálcio e de fósforo, relativamente baixos no leite de recém-nascidos de pré-termo, em relação com os valores encontrados no leite de recém-nascidos de termo, são também compensados, pois a fracção de cálcio ionizado, aquela que é fisiologicamente activa, é mais elevada nos recém-nascidos de pré-termo do que nos recém-nascidos de termo.⁴¹

As características dos leites dos diferentes mamíferos parecem depender da relação mãe-filho que se realiza na infância. Um baixo teor de gordura é observado no leite dos mamíferos que amamentam com frequência, como é o caso da mulher e dos marsupiais, animais cujos filhos mamam constantemente. Devido a este facto, o lactente deverá mamar sempre que tiver fome, sem horário rígido. Com o tempo, a convivência e a inter-acção, a mãe irá aprender a aperceber-se, a interpretar e a distinguir esta necessidade de outras. Repare-se que em muitas partes do mundo, a mãe transporta o filho consigo para todo o lado, possibilitando desse modo a amamentação frequente.^{16,24}

Salvo no caso de subnutrição grave, a composição do leite humano parece ser em grande parte independente do estado de nutrição da mãe, embora possam registar-se algumas diferenças no teor de gordura e de vitaminas.^{9, 21,24}

O leite materno tem ainda a seu favor o estar sempre à temperatura ideal para a criança, permitir economizar tempo com a sua preparação, ser de fácil transporte, poder ser oferecido à criança em qualquer local e não ser veículo de agentes patogénicos.

No que respeita à amamentação prolongada e à sua repercussão no estado nutricional da criança, estudos publicados apresentam resultados discordantes provavelmente por uso de metodologias diferentes.^{27 42}

De um modo geral, concluiu-se contudo, que as mulheres devem ser encorajadas a amamentar o mais tempo possível, embora com a adição de outras formas alimentares, completando assim as necessidades nutricionais que não são estáticas no tempo, já que o leite materno parece não ser suficiente para o crescimento saudável da criança após os seis meses de idade.^{43,44,45}

As principais proteínas presentes no leite materno são a lactoalbumina e a caseína, correspondendo a primeira a cerca de 60% e a segunda a cerca de 40%. A lactalbumina confere ao leite materno um alto valor biológico, constituindo um factor decisivo na síntese da lactose. A caseína, além de possuir uma função predominantemente nutricional, tem também um papel protector contra as infecções gastrointestinais, dado favorecer o crescimento do *Lactobacillus bifidus*.^{16,24} A glândula mamária parece também regular a migração de alguns aminoácidos da mãe para a criança.⁴¹

A lactoferrina, presente em grande quantidade no leite humano, é uma proteína fixadora do ferro, com capacidade para inibir o crescimento de certas bactérias no tubo gastrointestinal, o que ajudaria também, a proteger contra as infecções entéricas.⁴¹ Além dessa acção bacteriológica, a lactoferrina possui ainda capacidade de fixar e libertar o ferro, de forma a este ser absorvido na sua quase totalidade, desse modo não sendo necessários suplementos de ferro durante o período de aleitamento materno exclusivo.^{16,24,41}

Foram detectados no leite humano linfócitos T diferentes dos linfócitos T circulantes, bem como linfócitos B diferentes dos sanguíneos. Estes linfócitos B seriam linfócitos B intestinais sensibilizados pelos germes enteropatogénicos que se localizariam nas glândulas mamárias onde segregariam IgA-S, suporte de anticorpos contra virus entéricos e respiratórios, e contra a *Escherichia coli* enteropatogénica.^{41,45} Estes anticorpos não são absorvidos, actuando apenas no lúmen intestinal, e são dirigidos contra os germes entéricos da mãe, potencialmente patogénicos, o que permite uma colonização entérica controlada e uma estimulação imunológica com riscos mínimos, mantendo assim o aparelho digestivo e o respiratório do lactente protegido de agressões infecciosas graves e deste modo, reduzindo o número de episódios infecciosos.^{41,46,47} (Os macrófagos do leite humano, que são as células mais abundantes aí existentes, produzem lisozima numa concentração mais de trezentas vezes superior à do leite de vaca.^{16,22,24} A lisozima do leite materno, resistente em

meio ácido, tem uma acção bacteriolítica, impedindo o crescimento de *Enterobacteriaceae* e de bactérias gram-positivas, assim contribuindo para o desenvolvimento e manutenção da população intestinal.^{16,41}

O leite humano potencializa assim a protecção contra agentes infecciosos, tendo sido encontrados títulos mais elevados de anticorpos nas crianças amamentadas.⁴⁸ Também foi achada uma melhor resposta imunitária ao BCG nas crianças amamentadas, em comparação com a observada nas crianças alimentadas com leites fórmula.^{49,50}

Refira-se a propósito, que nas populações dos países em vias de desenvolvimento, onde são extremas as carências das condições higiénicas, a amamentação exclusiva parece também conferir protecção contra o aparecimento da sepsis neonatal.^{51,52,53,58} Vários estudos relacionam o prolongamento da amamentação com a redução da gravidade das diarreias intercorrentes, a sua cura mais precoce, bem como um efeito terapêutico na diarreia persistente.^{45,51,52} Apesar da polémica entre a comunidade científica se esta capacidade protectora deve ser atribuída à prática da amamentação, que evitaria a contaminação dos alimentos por germes enteropatogénicos, ou a factores presentes no leite materno, é real esse benefício.^{36,54,55,56,57} Compreende-se assim, que no seu programa de controlo das doenças diarreicas, a OMS recomende a promoção da amamentação como medida profilática, principalmente nos países em que a principal causa da morbilidade e da mortalidade infantis são as gastroenterites infecciosas.^{45,51,52,55,58,59,60} Realce-se ainda que os bebés amamentados têm menor risco de contrair enterocolite necrotizante.⁶¹

A IgA secretora, a lactoferrina, a lisozima e oligossacarídeos presentes no leite materno, poderão também contribuir para o menor risco de infecção urinária, tendo sido observado que a presença de oligossacarídeos na urina de lactentes alimentados com leite materno inibe a adesividade da *Escherichia coli* às células uroepiteliais.⁶²

O papel do leite humano na prevenção das doenças respiratórias tem gerado controvérsia entre os investigadores. No entanto, a hospitalização de crianças por infecções respiratórias é mais frequente nas alimentadas com leites fórmula do que em crianças amamentadas.^{55,63,66} Este internamento parece dever-se contudo à prática do aleitamento por mamadeira. Algumas mães dão o biberão com os filhos ditados no berço o que favorece o refluxo gastro-esofágico e consequentemente infecções respiratórias baixas. A prática da

amamentação pode contribuir para a diminuição das infecções respiratórias⁶³

A otite média é também três a quatro vezes mais frequente nas crianças amamentadas com biberão do que nas alimentadas ao seio.^{55,64,65}

Os benefícios da amamentação não se limitam apenas à prevenção destas situações agudas durante a infância, mas também à redução da morbidade associada a algumas doenças crônicas^{54,66,67}

Assim, vários estudos epidemiológicos puseram em evidência que a duração do aleitamento materno exclusivo nos primeiros tempos de vida parece promover um efeito protector contra o aparecimento de factores de risco relacionados com as doenças cardiovasculares na idade adulta. Sabe-se que o leite materno tem mais colesterol que as fórmulas usadas em sua substituição e que os lactentes amamentados têm valores de colesterol mais elevados até à diversificação alimentar, parecendo pois que a amamentação do lactente vai modular permanentemente as actividades enzimáticas que intervêm no metabolismo do colesterol.^{16,68}

Está ainda por esclarecer em definitivo se o leite humano protege ou atrasa a ocorrência de alergias na infância, embora o aparecimento de dermatites atópicas pareça relacionar-se com a ausência da amamentação.^{69,70} Alguns estudos, comparando crianças amamentadas com crianças alimentadas artificialmente, verificaram menor ocorrência de dermatite atópica até ao ano de vida nas crianças amamentadas do que nas crianças alimentadas artificialmente,⁷¹ razão por que se aconselha que as crianças com história familiar de atopia sejam amamentadas por um período mínimo de seis meses, pois o risco de contrair a doença aumenta se não for respeitada essa indicação.⁷²

Estudos preliminares efectuados na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, indicam que crianças amamentadas apresentam também menor probabilidade de contrair artrite juvenil do que crianças alimentadas com outros leites.⁷³

Em relação à incidência da obesidade em crianças amamentadas, os estudos publicados fornecem dados divergentes, não sendo por isso possível estabelecer qualquer associação.⁷⁴ Refira-se no entanto, que os resultados de uma investigação na Finlândia

sugerem que a introdução precoce de leite de vaca aumenta o risco de a criança desenvolver diabetes do tipo I.⁷⁵

De referir finalmente, que segundo certos trabalhos, o aumento da incidência da esclerose múltipla pode estar ligado à falta de amamentação.⁷⁶

Há alguma controvérsia no seio da comunidade científica quanto ao papel da amamentação no desenvolvimento psico-motor, embora Baumgartner tenha encontrado uma relação positiva entre o desenvolvimento psico-motor e social dos bebés amamentados⁷⁷ Lucas e colaboradores tenham igualmente sugerido que a amamentação promove um melhor desenvolvimento psico-motor das crianças, que parece beneficiar com a duração da amamentação.^{77,78,79}

Estes estudos enfermam no entanto, de não relacionarem a influência de outras variáveis, como a interacção dos pais com os filhos e o ambiente que envolve a criança.⁸⁰ Também uma pesquisa efectuada na Nova Zelândia durante 18 anos com mais de 1000 crianças afirma que aquelas que foram amamentadas eram mais inteligentes e tinham maior sucesso na escola e na universidade.⁸¹

A amamentação proporciona um contacto físico e íntimo entre a mãe e o filho, e é um mecanismo essencial no apoio ao fenómeno da ligação que os une. É através deste contacto que a criança estabelece as suas primeiras relações com o mundo, relações que se manifestam ao nível sensorial e são a base da interacção, o tocar, o olhar, o pegar ao colo, o falar, contacto que é também a génese da vinculação, designa uma ligação de afecto específica de um indivíduo ao outro, e do desenvolvimento social infantil precoce.

Os estudos de Bowlby⁸² e Hofer⁸³ revelaram que as interacções mãe-filho, constituintes fundamentais da vinculação, são elas próprias reguladoras de diversos sistemas fisiológicos e comportamentais nas fases precoces da vida. A presença do recém-nascido precocemente junto da mãe, imediatamente após o parto, acciona este mecanismo complexo responsável pelo estabelecimento do vínculo no dia a dia da mãe e do filho. Da qualidade desta interacção, da qual a mamada é um momento óptimo, parece depender a ligação entre a diade.

O sucesso da amamentação também influencia de forma positiva a auto-estima materna e por consequência, aumenta o bem estar do bebé, proporcionando interacções de qualidade.

Estudos efectuados em várias espécies de mamíferos demonstraram ainda que o cuidar maternal do recém-nascido, incluindo a amamentação, é baseado numa função cerebral.⁸⁴ A interacção inicial entre a mãe e filho depende da activação de uma complexa rede de neurónios espalhados por toda a estrutura cerebral, principalmente no hipotálamo. A libertação de hormonas características do período em que decorre o parto, influenciam a activação desta rede, o que leva á manifestação de comportamentos previsíveis tanto na mãe como no filho.⁸⁵

O controlo neuronal e hormonal dos cuidados maternos da amamentação demonstra uma certa estabilidade entre as várias espécies, enquanto os comportamentos inatos se adaptam às necessidades da cada espécie. A alteração dos circuitos neuronais que comandam os comportamentos inatos pode provocar desequilíbrio na amamentação e noutras interacções.⁸⁵

Klaus e Kennell⁸⁶ estudaram a influência dos cuidados hospitalares no comportamento materno durante o parto e nas primeiras horas e dias após o nascimento, tendo concluído que estes podem modificar profundamente o comportamento maternal no que se refere à amamentação e à interacção mãe-filho.

Imediatamente após o parto, quando o recém-nascido é colocado à mama, ele manifesta um comportamento estereotipado de pré-alimentação, que consiste na procura do mamilo através do olfacto, com consequente início da sucção.⁸⁷

O contacto corporal entre a mãe e o bebé durante os primeiros trinta a sessenta minutos após o nascimento prolonga a duração do momento da amamentação. Tem-se verificado também, que quando o recém-nascido está em íntimo contacto com a mãe durante os primeiros noventa minutos de vida se mostra mais calmo, enquanto um bebé que se separa da mãe durante igual período de tempo manifesta persistentes crises de choro. Também o facto da criança tocar na auréola mamilar da mãe durante as primeiras duas horas após o nascimento parece torná-la mais desperta para as necessidades do filho⁸⁸.

A amamentação, mais especificamente o sugar no seio, promove no lactente o desenvolvimento de uma estrutura maxilo-facial adequada. Bebés que mamam têm de usar sessenta vezes mais energia para conseguir o alimento do que aqueles que mamam pelo biberão, sendo pois, um excelente exercício para proporcionar o crescimento saudável de mandíbulas bem formadas⁸⁹.

Dada a associação entre lactação e supressão da ovulação, o aleitamento materno tem ainda implicações em termos demográficos e económicos, sendo assim um método natural de espaçamento dos nascimentos.⁹⁰ As mulheres que amamentam apresentam períodos de infecundidade mais prolongados do que aquelas que não o fazem, o que resulta em intervalos intergestacionais maiores, de cerca de ²⁴ meses, período de tempo necessário para que a mulher recupere do parto anterior e possa ter nova gestação com condições mínimas de saúde.⁹¹ Alguns autores atribuem a este método contraceptivo uma eficácia de 98% nos primeiros seis meses de vida, desde que a amamentação seja exclusiva, sem recurso a suplementos nem a intervalos nocturnos⁹².

Embora os métodos actuais de planeamento familiar pareçam tornar obsoletos estes métodos naturais, são no entanto as comunidades tradicionais, que menos utilizam os serviços de saúde, as que mais necessitam de um planeamento familiar barato e eficaz. Segundo a OMS, o aleitamento materno pode evitar maior número de gestações do que todos os programas de planeamento familiar do mundo⁹³.

Amamentar é também a forma mais económica de alimentar as crianças, apesar dos gastos acrescidos com a qualidade da alimentação materna durante esse período.⁹⁴ Se todas as crianças fossem alimentadas com leites fórmula durante os primeiros meses de vida, os gastos seriam provavelmente incomportáveis para os orçamentos de muitos dos países do Terceiro Mundo, visto os rendimentos das famílias nessas áreas serem muitas vezes baixos e elevado o seu preço de aquisição⁹⁴.

As famílias também economizam porque gastam menos em cuidados de saúde, já que os bebés alimentados com leite materno são mais saudáveis.⁴¹ Os hospitais que fomentam o aleitamento materno poupam ainda em tetinas, biberões e leites artificiais e com o menor internamento de bebés doentes. Os empregadores beneficiam também porque o absentismo diminui, aumentando assim, a produtividade das trabalhadoras. Os governos também

economizam nas verbas atribuídas à importação e compra de leites adaptados, e ainda porque os cidadãos são mais saudáveis^{17,95}.

A nível fisiológico o acto de amamentar é também benéfico para a mãe, já que o aumento transitório de ocitocina favorece uma involução uterina mais rápida, o que diminui o risco de infecção pós-parto e de hemorragias, prevenindo-se assim a anemia.^{17,21,96} Também há ganhos para a silhueta, pois o volume abdominal diminui e a mulher adquire mais precocemente o perfil que tinha antes de engravidar.

É ainda atribuído à amamentação um efeito protector relativamente ao risco de a mulher desenvolver cancro da mama^{97,98,99} do ovário¹⁰⁰ e do endométrio¹⁰¹.

2.5 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO DE AMAMENTAR

A prática da amamentação poderá ser um sucesso para a maioria das mães desde que devidamente esclarecidas, apoiadas e encorajadas na sua prática.

O tempo ideal de duração do aleitamento materno em Portugal, tendo em conta as orientações do Ministério da Saúde no programa de saúde em Portugal: uma estratégia no virar do século 1998-2002,²⁰ as leis sociais de protecção à maternidade e as directrizes de organizações internacionais, como a OMS e a UNICEF, deve sempre que possível ser de três a seis meses, pois a prática do aleitamento exclusivo para além dos quatro meses de vida da criança pode ser difícil para as mães que trabalham fora de casa a tempo inteiro¹⁹.

O tempo de duração da amamentação é determinado pelo desejo da mãe em continuar a amamentar, a sua necessidade de voltar ao emprego, o volume de leite produzido e por condicionantes sociais e culturais .

Segundo Burroughs,¹⁰² alguns dos factores que podem interferir na duração do aleitamento materno são tabus relacionados com a amamentação, factores emocionais, como o medo, a ansiedade e a dor, o uso de contraceptivos que podem inibir a produção de leite, a alimentação e a hidratação materna. Também factores como a classe sócio-económica e cultural, a raça, o estado civil, a paridade, o ter anteriormente amamentado e o tipo de parto estão associados a um maior ou menor sucesso do aleitamento materno¹⁰³.

2.5.1 - Motivação para Amamentar

A decisão de amamentar o futuro filho é o resultado de uma longa socialização materna, sendo consequência da experiência de vida de uma mulher. São ainda hoje só parcialmente compreendidos os factores envolvidos na decisão materna de amamentar o filho, bem como a sua manutenção¹⁰⁴.

A amamentação, apesar de vantagens inegáveis quer para a mãe quer para o filho, só será uma experiência satisfatória e gratificante se a mãe tiver vontade de o fazer. Segundo

Fisher, a decisão de amamentar é o primeiro requisito para o sucesso da amamentação.¹⁰⁵ É necessário informar e apoiar adequadamente a mãe, mas a opção final sobre o tipo de aleitamento deve ser assumida por ela própria, sem pressões nem obrigações. Desta forma a mãe poderá sentir-se mais satisfeita e estabelecer com o filho uma relação óptima.

A decisão de amamentar, apesar de poder ser partilhada, é pois uma escolha individual, e geralmente quando a mulher decidiu conscientemente não amamentar, não há argumentos que a demovam¹⁰⁶.

A preparação física e psíquica para amamentar deverá iniciar-se já nas consultas pré-natais e deve levar a grávida a sentir-se motivada para dar a mama ao filho que vai nascer, pois a maior parte das gestantes decide acerca do tipo de alimentação que vai disponibilizar ao filho, antes do parto ou mesmo antes da gestação, relacionando-se a precocidade dessa escolha com o sucesso da amamentação, o que coloca a questão da oportunidade da educação para a saúde em termos de aleitamento materno^{107,108}.

Uma gravidez planeada ou desejada poderá contribuir de forma positiva para a prática da amamentação. Nesta linha de pensamento será lícito concluir que a frequência das consultas pré-natais possa influenciar a opção pelo aleitamento materno, pelo menos nas mães indecisas, facto que alguns estudos parecem ter comprovado, ao encontrar uma influência positiva entre a frequência de consultas pré-natais e a decisão de amamentar¹⁰⁹.

A mulher que deseja amamentar necessita também de muito apoio e estímulo do seu companheiro e dos parentes, amigos e pessoal de saúde durante vários momentos, nomeadamente quando a lactação se inicia e o bebé está a aprender a mamar^{110,111}.

2.5.2 - Factores culturais, sociais, económicos e familiares.

As crenças e as práticas culturais são determinantes no comportamento dos pais, influenciando todas as interacções com o bebé, pois todas as culturas possuem normas de comportamento e expectativas para cada estadio do ciclo perinatal. Adoptando a definição de cultura de Helman, citado por Bobak, Lowdermilk e Jensen,²¹ a cultura é um conjunto de directrizes que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, que

orientam as pessoas na sua visão do mundo e no seu relacionamento com os outros, com as forças sobrenaturais e com o ambiente natural. Podemos inferir daqui que o conhecimento cultural inclui crenças e valores sobre cada faceta da vida, que provêm de origens religiosas ou étnicas e que podem ser ou não seguidas por famílias com diferentes origens culturais.

Tradicionalmente, as mulheres indianas e as do Mali, não davam o colostro aos seus filhos por acreditarem que ele era impuro e prejudicial, resultando daqui que a amamentação só se iniciava após a subida do leite.¹¹² Em sociedades multirraciais parece existir influência da raça ou da etnia da mãe na duração da amamentação, embora não se possa esquecer que esta duração é indissociável de outros factores¹¹³.

O tamanho das mamas da mulher é outra crença relacionada com o aleitamento, sendo frequente acreditar-se que as mamas grandes fornecem maior quantidade de leite do que mamas pequenas, o que não é verdadeiro, pois o tamanho e a consistência são determinados pela quantidade de estroma mamário.²⁹ Esta é uma preocupação constante de toda a mãe que amamenta, pois em todas as civilizações se dá grande importância à abundância de leite materno.

Após a revolução industrial, mas sobretudo a seguir à II Guerra Mundial, as alterações sociais relativas ao estilo de vida da mulher, tiveram como consequência um declínio do aleitamento materno e um aumento da utilização dos leites dietéticos para lactentes¹¹⁴.

Uma das causas para esta mudança foi a evolução da família de tipo rural, alargada e tradicionalista, para a família urbana, nuclear e isolada. Deu-se o desaparecimento do apoio das gerações mais velhas e da comunidade tradicional, que preparava as jovens para a maternidade de forma lenta e continuada. A amamentação deixou de ter o apoio que era tanto emocional e educativo como físico, nos cuidados a outros filhos e nas actividades domésticas. A economia familiar passou a contar com o salário da mulher e a sua actividade fora do lar condicionou fortemente a diminuição da amamentação⁴¹.

A aparente incompatibilidade entre a função da mãe e de mulher no mundo de hoje pode ser um factor de peso no sucesso ou no fracasso da amamentação. Com efeito, paralelamente à organização da sociedade, que obriga a mulher a trabalhar fora de casa por razões económicas, criaram-se uma série de solicitações exteriores, ao qual não falta a

desvalorização do papel da mulher que trabalha em casa. A mulher aspira assim, a uma independência e a uma liberdade de movimentos, incompatíveis com o horário das mamadas¹¹.

Citando Dias Cordeiro, a nossa sociedade, da forma como está organizada, não protege suficientemente a grávida nem a jovem mãe, não lhe dando condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe¹³.

Tem-se contudo, verificado nos últimos dez anos um aumento do número de mulheres que escolhem amamentar, variação mais frequentemente registada na classe média e em casais instruídos.^{115,116} Vários investigadores verificaram também haver relação positiva entre classe social, grau de escolaridade e amamentação, quanto mais elevada sendo a escolaridade materna ou a sua classe social, maior é a frequência e a duração do aleitamento materno^{117,118}.

Um estudo publicado no nosso país também encontrou relação entre a escolaridade materna e a duração da amamentação, não tendo no entanto sido observada qualquer influência do nível sócio-económico¹¹⁹.

Por outro lado a sociedade voltou os cuidados de saúde para a vertente individual em detrimento da comunitária. A supremacia da medicina curativa sobre a preventiva e a ignorância das vantagens do aleitamento materno, aliadas ao progressivo aperfeiçoamento dos leites dietéticos para lactentes, tiveram como consequência o quase esquecimento de todos os aspectos respeitantes à lactação por parte dos responsáveis pelo ensino médico.

O pessoal de saúde multiplicou as regras, prescrições e impedimentos, tomando como modelo o aleitamento artificial, esquecendo-se de indicar às mães as regras de preparação e manutenção da lactação, e as medidas que tomadas a tempo previnem dificuldades e contratempos^{119,120}.

Também opções políticas no âmbito da melhoria das condições de saúde da população infantil, como a distribuição gratuita de leites dietéticos nos centros de saúde, apesar de serem bem intencionadas, contribuíram para o progressivo abandono do aleitamento materno, reflectindo-se negativamente na saúde do grupo populacional que visava proteger.⁴¹ Assim, como anteriormente já se referiu, nem sempre a sociedade tem facilitado

a prática do aleitamento materno. Para além de culpabilizar a mulher por não amamentar, a sociedade interfere sobre o parto, instrumentalizando-o e medicamentando-o, cria estruturas hospitalares incompatíveis com a aproximação da mãe ao bebé, uso de bercários, não promove ou não respeita leis para o amparo à maternidade, não obriga as companhias produtoras de alimentos para bebés a compromissos éticos que regulem a publicidade aos seus produtos e não capacita os profissionais de saúde dos conhecimentos necessários ao apoio e aconselhamento da mulher que deseja amamentar^{121,122}.

Convém referir a este propósito o compromisso recentemente assumido pelo Governo em legislar sobre a produção, a comercialização e a publicidade de produtos dietéticos para crianças menores de um ano, tendo em vista o incremento da amamentação¹²³.

O nível de educação das mães é um elemento a ter também em conta na adesão e na duração do aleitamento materno, uma vez que uma correcta informação acerca do processo de amamentação pode contribuir de uma forma positiva para a sua duração facto suportado por estudos, incidindo em populações bem informadas.^{124,125} A percentagem de mães mais informadas sobre os benefícios da sua atitude que amamentava era superior à das mães menos informadas¹²⁶.

Um estudo realizado pela OMS demonstrou que 20% a 30% das mães residentes em meios urbanos da Guatemala e das Filipinas, não tinham amamentado o seu filho recém-nascido, tendência particularmente mais elevada na população com maior nível de educação e mais rica.¹²⁷ A maioria das vezes é a influência daqueles que nos rodeiam que determina, directa ou indirectamente, a decisão de amamentar.

Até algumas décadas atrás, o “saber” do aleitamento era transmitido de geração em geração. As nossas avós e bisavós eram informadas desde a mais tenra idade e reproduziam, quando chegava a sua vez, os gestos que tinham visto fazer à sua própria mãe ou às pessoas com quem conviviam. As dificuldades das primeiras semanas resolviam-se muito naturalmente entre mulheres¹¹⁹.

Hoje infelizmente tudo mudou. Muitas mães nunca viram uma mulher dar o seio, nem na família, nem em público, onde esta prática se vai perdendo cada vez mais. Segundo Maryse Damiens, uma filha tem sempre tendência para repetir o que a mãe fez. De facto, se esta

amamentou, ela também o fará. Pelo contrário, se durante toda a sua vida lhe falarem do aleitamento em termos de fracasso, de dificuldade, de dor, ela hesitará em optar pela amamentação.¹²⁷

Um outro aspecto importante é o papel do pai na amamentação. Este, ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para manter o equilíbrio e serenidade fundamental para o desenvolvimento da amamentação. O papel do pai na prática da amamentação parece pois ser relevante, embora a maioria pareça não saber como apoiar as mães e frente a esta brusca mudança na sua vida, reaja frequentemente com inconformismo, raiva e até ciúme. Para colmatar este desconhecimento parece ser de interesse a inclusão dos pais nas consultas pré-natais e nas classes de preparação para o parto, devendo o profissional de saúde dar atenção ao futuro pai e estimulá-lo a participar neste período vital para a família.¹²⁶

2.5.3 - Publicidade

A publicidade ocupa actualmente um lugar de relevo nas nossas vidas. Quer queiramos, quer não, invade-nos a casa, indo influenciar a nossa forma de agir. A publicidade dos leites fórmula constitui pois um factor de grande peso, na medida que estes produtos prometem concorrer para um maior conforto e comodidade do aleitamento, o que tem como consequência, a redução da amamentação. A publicidade aos leites dietéticos, enquadrada em técnicas sofisticadas de “marketing”, utilizando mesmo os serviços de saúde, com sensibilização dos respectivos profissionais e indirectamente da população, valorizando de modo exagerado as qualidades dos leites substitutos, tem também contribuído para o desinteresse pela amamentação, pese embora o contributo positivo na suporte nutricional a muitas crianças que de outra forma não teriam sobrevivido.

Mas uma publicidade bem dirigida também pode contribuir para a promoção da amamentação. Yvette Pratte-Marchessault refere, por exemplo, que estudos feitos no Quebec mostraram que a mulher actualmente amamenta mais do que há alguns anos, resultado das campanhas de divulgação feitas no decorrer dos cursos de preparação pré-natal.²⁹ Dias Cordeiro afirma também que nos últimos anos surgiu uma campanha a nível

mundial com ponto de partida nos países desenvolvidos, no sentido de incentivar o aleitamento materno.¹³ Um exemplo positivo da utilização da publicidade neste sentido foi observado nos Estados Unidos, onde a maciça campanha feita em prol da amamentação, fez subir de 40% o número de crianças alimentadas ao peito.¹³

2.5.4 - Auto-imagem materna

A forma como a nova mãe se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante o puerpério pode afectar também o seu comportamento e adaptação à maternidade.

Citando uma vez mais Dias Cordeiro, os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer da mamada, podem levar a mãe a recusar amamentar o seu filho.¹³ Com efeito, o prazer que uma mãe pode experimentar ao dar o peito, representa para algumas mulheres um sério conflito, o que não é de estranhar, pois o mamilo é simultaneamente uma zona altamente erógena e o órgão que veicula o alimento à criança, sendo ainda este conflito uma consequência da sexualização dos seios que se verifica na nossa sociedade.

Algumas mulheres chegam ainda, a considerar o acto de amamentar uma animalidade, achando-o sujo e repugnante, sentindo-se até sugadas e devoradas pelos próprios filhos, sensação a que acresce ainda o temor de uma alteração da forma dos seus seios, com eventuais reacções dos seus companheiros. Esta atitude negativa pode observar-se já em adolescentes, tornando pois necessária uma acção pedagógica adequada.²¹

2.5.5 - Retorno ao trabalho

A luta das mulheres por direitos iguais aos dos homens, nos quais se incluem o direito ao trabalho, teve como consequência relegar para segundo plano aspectos em que são insubstituíveis, como a gravidez e a amamentação.¹²⁸

Nesta decisão a mulher que trabalha é influenciada pelo tipo de relações que mantém com a entidade patronal, sendo em nosso entender o vínculo laboral um dos factores mais importantes. Contratos de trabalho com vínculo precário obrigam as mulheres a retomar o

trabalho antes de estarem completamente recuperadas. Esta situação, para além de diminuir o tempo em que a mãe e filho podem estar juntos, contribui para o aparecimento de alterações psicológicas na mãe que amamenta, com graves repercussões na sua saúde e na do seu filho, bem como no seu trabalho.

Apesar da legislação actual ser explícita, dizendo-se no Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio, no ponto 2 do seu Artigo 14º, que “a mãe que comprovadamente amamenta o seu filho tem direito a ser dispensada durante todo o tempo que durar a amamentação”, muitas entidades patronais quando têm uma gestante ao seu serviço com contrato de trabalho precário, logo que possível dispensam-na das suas funções.

Hoje considera-se que a amamentação é compatível com a sociedade moderna e industrializada, desde que haja uma sensibilização social adequada às necessidades da mãe e da criança. Contudo, muitas vezes, as mães vêm-se obrigadas a ir precocemente trabalhar, deixando o filho ao cuidados de um infantário ou de uma ama, porque as leis de protecção à amamentação nem sempre são cumpridas pela entidade empregadora.¹²⁹

As circunstâncias do trabalho da mulher como condicionante da maternidade e do aleitamento materno, acompanham-na pois desde o seu ingresso na actividade laboral.

A despeito de existir uma legislação em que a filosofia é proteger a mãe que trabalha, com especial referência ao que se relaciona com o aleitamento materno, os problemas laborais são uma das principais razões apresentadas pelas mulheres para o abandono precoce da amamentação. A disponibilidade de tempo, durante o dia de trabalho, para fazer a expressão do leite e assim manter a lactação, é outro dos problemas com que se debatem as mulheres que amamentam.¹²⁸

É compreensível que as mulheres que trabalham em casa por conta própria amamentem os seus filhos mais tempo do que as que trabalham por conta de outrém, pois o que parece estar em causa não é o trabalho, mas as relações laborais de dependência.¹³⁰

Alguns estudos apontam o trabalho da mãe fora do lar como um das dificuldades à prática da amamentação, sobretudo nos grandes meios urbanos.^{131,132}

2.5.6 – Práticas hospitalares

Nas últimas décadas, o incremento do parto hospitalar e o desenvolvimento da Neonatologia conduziram à prática de separar os recém-nascidos das mães, colocando-os em berçários, que em principio facilitariam a vigilância pelo pessoal de saúde e permitiriam um melhor repouso das mães.

Este processo de levar o bebé junto da mãe com intervalos de acordo com um horário mais ou menos rígido, durante a sua estada na maternidade, foi também uma das causas do declínio do aleitamento materno, pois está demonstrado haver uma associação entre o facto de o lactente dormir no mesmo quarto que a mãe e uma maior duração da amamentação.

A reacção a esta prática pode ser observada em muitos países, onde as novas maternidades foram já construídas tendo em conta o alojamento conjunto ou seja a permanência do recém-nascido junto da mãe desde o nascimento.⁴¹

Infelizmente entre nós, a prática do berçário ainda se mantém em muitas maternidades. Há no entanto que envidar todos os esforços para evitar a separação da mãe do recém-nascido, contribuindo desta forma para o prolongamento da amamentação.

2.5.7 - Factores fisiológicos

Algumas alterações na fisiologia da amamentação, bem como na anatomia da mama, podem dificultar à mulher a tarefa de amamentar.

A configuração anatómica dos mamilos, como mamilos planos ou invertidos, pode ser dificultadora do aleitamento do recém-nascido, principalmente se não for corrigida, quando possível, através da estimulação manual durante a gestação.²⁸

Após o parto, para ultrapassar esta dificuldade, a lactante poderá ter de utilizar mamilos artificiais ou fazer uso de bombas de expressão de leite ou de outro dispositivo de sucção suave para exteriorizar o mamilo.⁹⁵

O período imediatamente a seguir ao parto é crítico para a amamentação com sucesso, pois o começo da lactogénese geralmente ocorre nas primeiras 32 a 40 horas e é sentida cerca de um dia mais tarde, quando a manifestação de uma copiosa secreção de leite materno se torna evidente. O estado nutricional e hormonal da mãe, o tipo de parto e a frequência de sucção do lactente podem controlar este processo fisiológico complexo¹³³.

O ingurgitamento mamário surge com relativa frequência quando a produção de leite é superior à quantidade de leite ingerida pelo recém-nascido, sendo mais comum em primíparas e entre as 48 e as 96 horas após o parto, resultado da acumulação de leite, da congestão vascular e do edema das mamas.²² Nestas condições, o recém-nascido não consegue realizar uma boa sucção, há estase láctea mamária, com dor e desconforto para a mãe e frustração para o bebé, formando-se um ciclo vicioso que leva com frequência ao abandono da amamentação¹³³.

É de extraordinária importância estabelecer um equilíbrio estável entre a produção e a drenagem do leite. Dar de mamar após o parto, amamentar com frequência, fazer uso correcto da técnica de amamentação, são acções essenciais na prevenção do ingurgitamento mamário.

Uma situação que surge com frequência é a hipersensibilidade dos mamilos, que poderá estar aumentada nos primeiros dias após o parto, sendo comum também o aparecimento de eritema e de edema. Esta reacção está relacionada com a adaptação do mamilo à sucção do recém-nascido, sendo por isso transitória.

Para prevenir estes desconfortos e viabilizar a amamentação deverão evitar-se mamadas prolongadas, não permitindo que o recém-nascido faça do mamilo chupeta. Um lactente com boa vitalidade ingere cerca de 90% da quantidade de leite materno que necessita, nos primeiros três a cinco minutos de sucção.⁴¹

As rágadas também podem ser dificultadoras da amamentação e habitualmente aparecem em concomitância com a estase mamária, associada a uma má técnica de amamentação, a cuidados de higiene inadequados ou à interrupção brusca da mamada. Na maioria das vezes, essas rágadas são a porta de entrada para agentes infecciosos causadores de mastite, situação que compromete o estado geral da mulher, provocando dor local, hipertermia e

mal estar, situação que não sendo atempadamente diagnosticada e tratada, pode levar à interrupção da amamentação.²⁴

A hipogalactia é outra das queixas mais frequentes durante a amamentação e uma das grandes causas para o seu abandono precoce. Está relacionada com a insegurança materna quanto à sua capacidade de nutrir o filho, fazendo com que o choro do bebé e as mamadas frequentes sejam interpretados como sinais de fome.

A ansiedade gerada na mãe e na família por esta situação pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro. O complemento com leites artificiais alivia a tensão materna que se vai repercutir no comportamento do bebé, chorando menos e desta forma reforçando a ideia de que estava realmente com fome. Se o bebé mamar pelo menos oito vezes por dia, parecer satisfeito depois das mamadas, urinar no mínimo seis vezes e aumentar de peso adequadamente, é improvável que a mãe esteja a produzir pouco leite.¹³¹

2.6 - CONTRA-INDICAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

São muito poucas as contra-indicações da amamentação, na maioria das vezes temporárias. Como contra-indicação absoluta que se prende com o lactente encontramos algumas doenças metabólicas graves, como a galactosemia.^{41,136} A fenilcetonúria tem por vezes sido também referida como contra-indicação, mas estudos e recomendações recentes aconselham o aleitamento materno exclusivo ou parcial nesta aminoacidopatia em virtude do seu baixo teor em fenilalanina.^{41,137}

Algumas doenças infecciosas com eventual excreção vírica pelo leite, embora escassa, poderão obstar à indicação de amamentar, ou pelo menos requerer particulares cuidados.

Refira-se em primeiro lugar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).¹³⁸ A despeito da transmissão vertical ocorrer principalmente durante a gestação e no peri-parto, e de depender de vários factores, em especial do tipo de vírus, da carga vírica da mãe e do tipo de parto, a transmissão pelo leite pode ser observada em cerca de 12% dos casos de transmissão vertical.¹³⁸ Repare-se no entanto, que a transmissão vertical da infecção pelo VIH-1 está actualmente muito reduzida pela introdução da terapêutica anti-retrovírica na gestação e no recém-nascido, baixando de cerca de 30% a 40% para menos de 5%.¹³⁹ No entanto, é ainda aceite ser uma contra-indicação para a amamentação, podendo apenas ser encarada essa decisão nos países sub-desenvolvidos, onde o leite materno é uma fonte de nutrição e de fornecimento de protecção contra doenças infecciosas principal causa de morbilidade e de mortalidade no primeiro ano de vida.¹⁴⁰

Não parece contra-indicação absoluta as mulheres portadoras crónicas do vírus da hepatite B (VHB) amamentarem, devendo a avaliação do risco de transmissão ter em consideração o grau de contagiosidade da mãe, na maioria das vezes muito baixo, a vacinação universal do recém-nascido, iniciada em Janeiro de 2000, mais suporta esta atitude.¹⁴¹ Em relação à hepatite C, a baixa viremia presente nas portadoras crónicas do vírus, justifica a sua não contra-indicação.¹⁴²

De referir, a propósito, os quadros infecciosos com contágio por via oral, como por exemplo certas doenças víricas agudas, que naturalmente requerem que a amamentação seja feita com o uso de máscara facial, protegendo assim o filho dum possível contágio.

A tuberculose pulmonar, em fase de excreção bacilífera, contra-indica temporariamente a amamentação.¹⁴³

Há ainda a considerar as situações de doença mental grave da mãe, que podem colocar em risco a vida da criança, doenças caquetizantes, com conseqüente debilidade da mãe.⁴¹

O uso de medicamentos cuja eliminação se dá também pelo leite materno pode ser contra-indicação absoluta ou motivo para a suspensão temporária do aleitamento materno.¹⁴⁴ Deve por isso respeitar-se certos princípios ao administrar fármacos à lactante, só os administrando em caso de absoluta necessidade e sob vigilância médica rigorosa do lactente, escolhendo sempre princípios activos que se saiba serem inofensivos para o lactente, limitar ao indispensável a duração do tratamento e ponderar a eventualidade do desmame quando for inevitável a prescrição de medicamentos que contra-indiquem em absoluto a amamentação.¹⁴⁴

Poucos fármacos têm contra-indicação absoluta na lactação. Segundo o Comité de Fármacos da Academia Americana de Pediatria, são contra-indicadas durante a amamentação, entre outras, drogas que possam causar dependência e depressão respiratória, como anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e nicotina, fenindiona e outros anti-cumarínicos, citostáticos, como a ciclofosfamida, o metrotexato e a doxorubicina, ciclosporina, lítio, bromocriptina, que inibe a secreção láctea, ergotamina e fenciclidina.

145,146,147

Outro tipo de substâncias que podem ser prejudiciais ao lactente, apesar da sua toxicidade não estar ainda completamente determinada, são certos pesticidas, contaminantes e poluentes, particularmente os organoquímicos halogenados, pelo que o seu manejo está contra-indicado. A utilização de produtos radioactivos em exames de diagnósticos requer a interrupção temporária da amamentação.¹⁴⁸

As situações de agalactia ou de hipogalactia embora raras, obrigam naturalmente à introdução de leites artificiais.⁴¹

2.7 - EDUCAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO.

O papel do profissional de saúde é fundamental para a lactação bem sucedida, já que devido a alteração do tipo de família verificado nas últimas décadas, as jovens mães podem nunca ter observado uma mãe a amamentar o seu filho. Estas jovens mães necessitam pois de apoio individualizado, instrução e acompanhamento por parte destes profissionais, tanto durante a gestação, como após o parto e no puerpério.¹⁴⁹

A formação de recursos humanos para o incentivo ao aleitamento materno e assistência à mulher que deseja ou que está a amamentar, é pois de crucial importância,¹⁵⁰ sendo mesmo uma das incumbências especiais do Estado.¹⁵¹

O conhecimento das vantagens da amamentação motiva a mãe para amamentar o seu filho, ultrapassando os obstáculos que possam surgir. Assim, a preparação psicológica, o ensino à mãe das vantagens e dificuldades da amamentação durante as consultas de vigilância pré-natal, podem ser factores determinantes do seu sucesso. Esta preparação deverá incluir, além da motivação e da confiança, conhecimentos claros acerca do processo da amamentação, a actuação em cada uma das etapas e dificuldades que poderão surgir, com vista a diminuir o nervosismo, a ansiedade e o medo do desconhecido, enfrentando com serenidade as novas experiências.^{19,23,152}

O enfermeiro por ser o profissional de saúde que tem mais possibilidade de contacto com os grupos sociais a quem a educação para a amamentação deve dirigir-se, deverá por isso dominar as técnicas educativas de divulgação e promoção da amamentação, e estar sensibilizado para as implementar no contexto do seu trabalho.¹⁵¹

O processo informativo/educativo com vista à sensibilização e motivação para o aleitamento materno deverá ser incentivado a vários níveis. A todas as gestantes, principalmente as primigestas, o mais cedo possível ou pelo menos a partir do 6º mês de gestação, nas consultas de cuidados de saúde primários, às mães durante a permanência na instituição de saúde onde tiveram o parto, incidindo especialmente sobre técnicas de amamentação, ajudando-as a superar as dificuldades que forem surgindo e esclarecendo as suas dúvidas, e

mesmo à população em geral, sensibilizando-a para a importância da amamentação na saúde da criança.⁴¹

Esta sensibilização é conseguida pela acção conjunta de todos os serviços que trabalham com a população com especial relevo para as instituições de saúde e de educação. As acções de educação/informação deveriam iniciar-se já na adolescência com objectivo de realçar os seios e as suas funções. Nesta prática deveriam incluir-se os rapazes, pois o sucesso da amamentação passa também pelo apoio que o companheiro disponibiliza.¹⁵¹

Como se referiu anteriormente, a promoção da amamentação é também uma prioridade mundial, hoje plenamente reconhecida, e organizações como a OMS, a UNICEF e a AMAAM têm desenvolvido inúmeros esforços com o objectivo de aumentar a prática do aleitamento materno.^{19,153}

Realça-se o papel desempenhado pela Aliança Mundial para a Acção em Aleitamento Materno, que é constituída por uma rede internacional de organizações e de indivíduos e se dedica a promover, proteger e apoiar a amamentação, actuando no cumprimento da Declaração de Innocenti, pois defende que esse acto é um direito de todos os filhos e mães.¹⁵³

A despeito de estes esforços terem tido resultados positivos, verificados pelo aumento de mulheres que iniciam a amamentação imediatamente a seguir ao parto, tem-se no entanto observado o abandono precoce desta prática, o que faz com que as metas preconizadas por estes organismos estejam ainda longe de ser atingidas.¹⁵⁵

Os governantes para colmatarem esta lacuna devem organizar programas de promoção da amamentação de acordo com as orientações dadas pelas organizações citadas, que em reunião havida em 1990, elaboraram políticas de apoio e de manutenção da amamentação, adoptadas pelos participantes nessa reunião - Declaração de Innocenti.¹⁵⁶

Estes organismos preconizam que todas as mulheres devem ser capazes de praticar o aleitamento exclusivo e que todas as crianças devem ser amamentadas exclusivamente com leite materno desde o nascimento até aos quatro meses no mínimo e até aos seis de preferência. Após este período de tempo e até aos dois anos ou mais, as crianças deverão continuar a ser amamentadas, sendo contudo a alimentação complementada com produtos

adequados.

A declaração de Innocenti reforça os benefícios para a saúde da mãe que a prática do aleitamento exclusivo acarreta. No nosso País, por se partilhar dessas preocupações, criou-se a Comissão Nacional "Hospitais Amigos dos Bebés", de forma a programar, desenvolver, implementar e envidar todos os esforços relacionados com este tema, sendo objectivo dos hospitais que aderiram a esse programa, a redução das taxas de abandono precoce da amamentação.^{19,157}

Os dez passos estipulados para a promoção do aleitamento materno preconizados por esta Comissão e a implementar em todos os estabelecimentos que tenham serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos, são: 1) ter uma norma escrita sobre aleitamento que deveria ser transmitida a toda a equipa de saúde; 2) treinar toda a equipa de saúde para implementar esta norma; 3) informar todas as grávidas sobre as vantagens e o manuseamento do aleitamento materno; 4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida do recém-nascido; 5) mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que venham a ser separadas dos filhos; 6) não dar a nenhum recém-nascido outro tipo de bebida ou alimento, além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja absolutamente necessário e prescrito pelo médico; 7) praticar o alojamento conjunto, para permitir que as mães permaneçam junto dos filhos as 24 horas do dia; 8) encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9) não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas; 10) encorajar a formação de grupos de apoio, para os quais as mães deverão ser encaminhadas após a alta hospitalar. Para que estes dez passos possam ser cumpridos é necessário que haja uma grande interacção na equipa de saúde e também que se verifique determinação política para que as instituições aufram o título de Hospital Amigo do Bebê.

Alguns estudos sustentam que alguns países que aderiram a este programa conseguiram taxas de sucesso das mais altas da Europa.^{149,157}

Uma outra organização voluntária internacional, a Liga do Leite ("Liga de la Leche"), possui dados informativos sobre a amamentação que podem servir a investigações nesta área, tendo os seus membros preparação específica para prestar ajuda à mãe que amamenta.¹⁵⁰

Também a Semana Mundial da Amamentação, que se realiza anualmente, tem como objectivo o apoio à amamentação, é endossada pela UNICEF e pela OMS envolvendo mais de 120 países.¹⁵⁰

Existe ainda em alguns países, nomeadamente nos Estados Unidos, um serviço de visitaçã domiciliária, efectuado por enfermeiras, que provou também contribuir para o sucesso e duração da amamentação.¹⁵⁷

Os benefícios da amamentação são pois inegáveis e estão bem documentados pela investigação, faltando no entanto uma conjugação de esforços que nos permitam ultrapassar as barreiras impostas ao seu sucesso.

2.8 – LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE.

A assistência à mãe, à criança e à grávida, tem merecido atenção por parte de organizações internacionais e do poder político nacional, através da publicação de legislação apropriada.

Consignado no Anexo ao Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio, no seu Artigo 10º, Capítulo III, está o direito da mulher trabalhadora ter uma licença por maternidade de 120 dias consecutivos, 90 dos quais obrigatoriamente a seguir ao parto, os restantes podendo ser gozados antes ou depois do parto, na sua totalidade ou parcialmente.

A lactante tem ainda direito, sem perda de regalias ou de remuneração, a dois períodos com a máxima duração de uma hora cada, durante todo o tempo que durar a amamentação (idem, Artigo 14º).

A trabalhadora lactante tem direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, não devendo executar tarefas que prejudiquem ou tenham qualquer repercussão na amamentação. Se for necessário, dever-lhe-ão ser atribuídas outras tarefas ou, no caso de tal não ser possível, serem dispensadas das tarefas que lhes sejam prejudiciais, sem perda de remuneração ou de qualquer outra regalia (idem, Artigo 21º).

As mulheres trabalhadoras que amamentam podem também ser dispensadas de prestar trabalho nocturno, se for apresentado certificado médico que ateste que tal é necessário para preservar a sua saúde e a da criança (idem, Artigo 22º).

O despedimento da mulher trabalhadora que amamenta presume-se feito sem justa causa (idem, Artigo 24º).

2.9 - COMO PROCEDER PARA GARANTIR A PROTECÇÃO DA MATERNIDADE.

Em face de qualquer violação de normas que protegem a maternidade a trabalhadora pode:

Dirigir-se ao Sindicato representativo da sua actividade, para que, perante o caso concreto, este a informe e a aconselhe acerca dos meios mais eficazes de fazer cumprir a Lei e garantir o respeito pelos seus direitos, podendo prestar-lhe a assistência jurídica necessária;

Exigir, junto da entidade patronal, o cumprimento da Lei. Se a entidade patronal não cumprir; solicitar a intervenção da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE), para que esta emita parecer no caso concreto;

Solicitar a intervenção da Inspeção do Trabalho, nomeadamente a deslocação aos locais de trabalho, com a finalidade de comprovar quaisquer práticas ilegais;

Apresentar queixa à Inspeção do Trabalho, com vista ao levantamento de processos de contra-ordenação e à eventual aplicação de coimas punindo práticas contrárias à Lei;

Intentar uma acção no Tribunal de Trabalho;

Apresentar, no exercício do direito de petição, queixas quer por acções ou omissões dos poderes públicos, ao Provedor de Justiça, que as aprecia sem poder decisório, dirigindo aos órgãos competentes as recomendações necessárias para prevenir ou reparar injustiças.

Em caso de despedimento ilícito, a trabalhadora deve sempre recorrer ao Tribunal de Trabalho para requerer a declaração de nulidade do despedimento, a sua reintegração no posto de trabalho ou, em opção, o pagamento de uma indemnização.

Em todos os casos de recurso ao Tribunal, a trabalhadora tem direito a informação e consulta jurídicas gratuitas e apoio jurídico - dispensa de pagamento de preparos e custas, e patrocínio judiciário gratuito em caso de comprovada insuficiência económica (rendimento mensal mínimo inferior a uma vez e meia o salário mínimo nacional).¹⁵⁸

3 - POPULAÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS

As pesquisas exploratórias têm como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses¹⁸³. Traduz-se pela procura descritiva, que se encaminha principalmente para a descrição dos fenómenos¹⁸⁴.

Efectuámos um estudo exploratório descritivo correlacional¹⁸⁵ pois pretendemos descrever as relações entre as variáveis seleccionadas.

3.1 – POPULAÇÃO

A população foi constituída pelas puérperas internadas nos Serviços de Puerpério de alguns hospitais situados na margem direita do rio Douro que aceitaram ser incluídos no estudo. Estas instituições foram escolhidas pelo elevado número anual de partos registados, permitindo assim a obtenção, num curto espaço de tempo, de uma amostra significativa da população que se pretendia estudar. Seleccionamos sistematicamente todas as mulheres que deram entrada nos hospitais referidos que aceitaram responder ao questionário.

A amostra foi constituída por todas as puérperas hospitalizadas durante os meses de Abril, Maio e Junho de 2001, nos seguintes hospitais: Hospital Distrital de Mirandela, Hospital Distrital de Chaves, Hospital Distrital de Vila Real, Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães, Hospital Padre Américo, em Paredes, Maternidade de Júlio Dinis e Hospital de S. João, estes dois últimos na cidade do Porto. O estudo foi autorizado pelas Direcções dos Hospitais indicados, após parecer favorável das respectivas Comissões de Ética. (Anexo II)

Foi ainda pedida autorização para efectuar o estudo às Direcções do Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, e do Hospital Distrital de Braga, que indeferiram o pedido, aduzindo indisponibilidade de tempo e de pessoal. Um pedido idêntico feito à Direcção do Hospital de Bragança, apesar de autorizado pela respectiva Comissão de Ética e pela Direcção de Enfermagem, não foi possível ser concretizado por recusa de colaboração dos profissionais médicos e de enfermagem do Serviço de Obstetrícia.

A população alvo foi constituída por todas as mulheres hospitalizadas que aceitaram participar no inquérito, após terem sido informadas, por escrito e verbalmente, das condições e objectivos do estudo, bem como do carácter voluntário, sem qualquer repercussão no seu acompanhamento e tratamento. A inclusão no estudo foi apenas feita após assinatura da Declaração de Consentimento. Foram enviados às instituições 4000 questionários tendo sido recebidos aproximadamente 3564 da 1ª fase do estudo. A amostra ficou composta por 1159 puérperas, que foram as que foi possível contactar na 2ª fase, sendo desta forma, uma amostra sistemática de conveniência.

3.2-METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS

A estratégia metodológica utilizada para a recolha da informação foi o questionário auto-aplicado, entregue pelo pessoal de enfermagem em envelope aberto, a cada puépera no momento da admissão nos serviços de puerpério, e recolhido em envelope fechado antes do abandono do serviço. Optámos por esta técnica por se entender ser esta a que melhor se adaptava à disponibilidade de tempo para este estudo, pois admite o seu preenchimento pelos inquiridos de forma impessoal, tem uma apresentação uniformizada, tem uma ordem de questões idêntica para todos os sujeitos e permite que as respondentes se possam sentir mais seguras relativamente ao anonimato das respostas e assim exprimir livremente as opiniões que consideram mais pessoais.

A recolha de dados foi feita em duas fases, tendo a primeira fase transcorrido durante os meses de Abril, Maio e Junho nas instituições de saúde já referidas e a segunda fase efectuada telefonicamente durante os meses de Outubro e Novembro seguintes. O atraso no deferimento de alguns dos pedidos de parecer solicitados às Comissões de Ética e o tempo

disponível para a elaboração da dissertação foram as razões que condicionaram a colheita de dados aos meses indicados.

Apesar das desvantagens inerentes ao método utilizado, baixas taxas de resposta e grande número de questões não assinaladas, considerou-se ser este o mais adequado, por permitir manter o anonimato das inquiridas, dada a ausência de entrevistador, não influenciar as respostas e obter um número de respostas elevado em pouco tempo.

O questionário foi pré-testado em cinquenta puérperas de uma unidade hospitalar que não fez parte da amostra, tendo sido necessário introduzir uma alteração ao local onde se efectuava o registo do número telefónico, que passou da primeira folha para a última, permitindo deste modo que um maior número de mulheres respondesse às últimas questões, já que só então era solicitado o número de telefone.

O primeiro questionário (Anexo I) foi constituído por duas partes. Na primeira parte as perguntas do grupo um, dirigiram-se à vertente sócio-demográfica com questões sobre a área de residência, o estado civil, a vivência, o trabalho, a profissão, a actividade profissional, o rendimento, a escolaridade, a nacionalidade e a religião. No grupo dois, as perguntas foram direccionadas para factores maternos como a paridade, o número de filhos, a experiência anterior de amamentação, a intenção de amamentar, a frequência e o número de consultas ocorridas durante a gestação, a influência do pai na decisão de amamentar

A segunda parte do primeiro questionário constituída por possíveis motivos de recusa de amamentação, destinou-se às puérperas que referiam não pretender amamentar.

No segundo questionário, realizado telefonicamente três meses após ter sido efectuado o primeiro, as perguntas eram voltadas para as práticas hospitalares como o momento em que o recém-nascido foi colocado à mama, a suplementação e o tipo de parto e ainda uma questão dirigida à actual mãe no sentido de saber se tinha sido amamentada pela sua mãe. Havia ainda perguntas cujo objectivo era saber quanto tempo durou a amamentação exclusiva e quais as causas do seu abandono.(Anexo I)

Os questionários foram elaborados com respostas fechadas, a uma aberta que se reportava à actividade profissional.

O estatuto sócio-económico foi avaliado a partir da profissão materna, cuja informação foi obtida através de uma pergunta aberta e posteriormente agrupada em classes de acordo com a Classificação Nacional das Profissões do Ministério do Emprego e da Segurança.

Este guia distribui as profissões por nove grandes grupos:

- 1 – Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas.
- 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.
- 3 – Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.
- 4 – Pessoal Administrativo e Similares.
- 5- Pessoal dos Serviços e Vendedores.
- 6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.
- 7- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.
- 8 – Operários de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem.
- 9 – Trabalhadores não Qualificados.

Acrescentámos ainda cinco grupos, as domésticas, as estudantes, as desempregadas, as reformadas e as industriais, por não aparecerem contemplados no citado guia.

O estatuto sócio-económico calculado com base nas profissões foi classificado em três sectores: “primário” (que engloba os indivíduos classificados nos grupos 6,7,8,9 domésticas, estudantes, desempregadas e reformadas), secundário (grupo 5) e terciário (grupos 1,2,3,4 e industriais).

Em relação à escolaridade formaram-se duas classes: com formação superior, que inclui mulheres com cursos superiores(bacharelatos) e universitários(licenciaturas) e com formação média, que inclui a frequência do ensino primário, preparatório e secundário.

A questão 2.3-que se prende com o número de consultas durante a gestação, também foi convertida em frequência de pelo menos cinco consultas ou mais de cinco. Os peritos

consideram a gravidez mal vigiada quando a gestante frequenta menos que cinco consultas durante a gestação.

Variáveis em estudo

Tempo de amamentação.

Tempo de amamentação exclusiva.

A definição dos conceitos usados no nosso estudo têm por base os adoptados pela OMS^{168a}.

O conceito de amamentação quer significar a acção de amamentar; o criar o bebé com leite da mãe podendo ser complementado com outro tipo de leite ou alimento.

Por amamentação exclusiva entende-se o dar ao bebé só leite materno embora por vezes a criança possa receber vitaminas, minerais e água.

Questões orientadoras do estudo:

A área de residência, o estado civil, a vivência, a actividade profissional, o rendimento familiar, a escolaridade, a nacionalidade e a religião influenciam a duração da amamentação?

A paridade, o facto da mulher já ter amamentado, o número de consultas frequentadas durante a gestação, a precocidade da decisão de amamentar e o facto da decisão ter sido assumida com o cônjuge, o ter sido amamentada pela sua mãe, o ter colocado o bebé à mama nas duas horas a seguir ao parto, o bebé ter tomado leite fórmula na maternidade e o tipo de parto influenciam a duração da amamentação?

3.3 - MÉTODOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico dos resultados foi efectuado pelo Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com recurso ao "The Statistical Package for Social Science" (SPSS), versão 9.0 para Windows.

A comparação entre a amamentação, a duração da amamentação (< 3 meses, = 3 meses), amamentação exclusiva e sua duração (<1 mês =1mês; <3 meses, = 3 meses) relativamente à área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade, religião, paridade, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho, ter sido amamentada pela sua mãe, intervalo de tempo entre o parto e a 1ª mamada, ter o seu filho tomado biberão no hospital e tipo de parto foi efectuada utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou o teste exacto de Fisher quando os valores esperados da associação o permitiam.

Nota:

Nos Quadros, a soma dos totais parciais não é, por vezes, igual ao total, facto devido à existência de não respostas a algumas variáveis ou a casos não aplicáveis;

Não foi possível analisar a idade dos progenitores devido à má percepção desta questão (algumas puérperas confundiram a sua idade e a do seu marido ou companheiro, com a idade da sua mãe ou do pai).

4 - RESULTADOS

Responderam ao questionário da 1ª fase da pesquisa 3564 puérperas. Na nossa amostra só foram incluídas as mulheres que responderam aos questionários da 1ª e da 2ª fase num total de 1159 (32,5%).

Foram questionadas 1159, mulheres que estiveram internadas nas diferentes instituições: 356 (31%) no Hospital de S. João, 284 (24%) na Maternidade de Júlio Dinis, 184 (16%) no Hospital de N.ª. Sra. da Oliveira, 127 (11%) no Hospital Distrital de Vila Real, 90 (8%) no Hospital Distrital de Mirandela, 71 (6%) no Hospital Distrital de Chaves e 47 (4%) no Hospital Padre Américo (Quadro 1).

Quadro 1 – Instituições de saúde onde foram efectuados os inquéritos

	n	(%)
Hospital de S. João	356	(31)
Maternidade de Júlio Dinis	284	(24)
Hospital de N.ª. Sra. da Oliveira	184	(16)
Hospital Distrital de Vila Real	127	(11)
Hospital Distrital de Mirandela	90	(8)
Hospital Distrital de Chaves	71	(6)
Hospital Padre Américo	47	(4)

Quadro 2.a - Frequências e percentagens relativas à área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião, das 1159 mães inquiridas.

	n	(%)
Área de residência		
Urbana	530	(53)
Semi-urbana/rural	465	(47)
Estado civil		
Casada/União de facto	1030	(89)
Solteira/Divorciada/Viúva	124	(11)
Vive com o pai da criança?		
Sim	1049	(92)
Não	93	(8)
Trabalha?		
Sim	793	(70)
Não	345	(30)
Profissão		
Sector Primário	254	(50)
Sector Secundário	60	(12)
Sector Terciário	189	(38)
Actividade profissional		
Fora de casa a tempo inteiro	482	(43)
Fora de casa a tempo parcial	341	(31)
Em casa a tempo inteiro	284	(26)
Rendimento mensal		
Até 69 contos	428	(43)
70 a 199 contos	351	(36)
>=200 contos	210	(21)
Escolaridade		
Média	959	(84)
Superior	178	(16)
Nacionalidade		
Portuguesa	1083	(95)
Outra	60	(5)
Religião		
Católica	1102	(99)
Outra	15	(1)

A zona urbana é área de residência de 53% das puérperas questionadas, 11% são solteiras, divorciadas ou viúvas, 92% vivem com o pai da criança, 70% trabalham, sendo 50% delas no sector primário, 43% têm uma actividade profissional fora de casa a tempo inteiro e 43% têm o rendimento mínimo. Somente 16% têm escolaridade superior, 95% são de nacionalidade portuguesa e 99% são católicas (Quadro 2.a).

Quadro 2.b - Frequências e percentagens das 1159 mães inquiridas, relativas à paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e ter sido amamentada pela sua mãe.

	n	(%)
Tem outro(s) filhos?		
Sim	517	(45)
Não	631	(55)
Quantos filhos teve?		
Um	214	(42)
Dois ou mais	301	(58)
Amamentou algum deles?		
Sim	453	(90)
Não	52	(10)
Frequentou consultas durante a gravidez?		
Sim	1078	(98)
Não	20	(2)
Quantas?		
< 5 consultas	81	(8)
>= 5 consultas	881	(92)
Vai amamentar este filho?		
Sim	1111	(98)
Não	25	(2)
Em que mês decidiu amamentar?		
1º mês	884	(91)
Depois do 1º mês	90	(9)
Essa decisão foi tomada com o pai do seu filho?		
Sim	851	(81)
Não	194	(19)
A sua mãe deu-lhe de mamar?		
Sim	631	(80)
Não	155	(20)

Para 517(45%) das puérperas esta não foi a sua primeira experiência como mãe, 58% destas já tinham tido pelo menos 2 filhos e 90% amamentaram. Noventa e oito por cento das gestantes frequentaram consultas durante a gravidez, 92% destas tinham tido pelo menos 5 consultas. A quase totalidade (98%) tinha intenção de amamentar este filho e 91% tomou essa decisão no primeiro mês de gravidez; essa decisão foi partilhada com o pai da criança em 81% das gestantes. Oitenta por cento das puérperas tinham sido amamentadas pela mãe. (Quadro 2.b)

Quadro 2.c - Frequências e percentagens relativas à amamentação, e amamentação exclusiva e sua duração, das 1159 mães inquiridas.

	n	(%)
Deu de mamar a este filho?		
Sim	897	(98)
Não	23	(2)
Quanto tempo deu de mamar?		
< 3 meses	317	(35)
= 3 meses	580	(65)
Deu exclusivamente mama?		
Sim	558	(68)
Não	268	(32)
Quanto tempo deu exclusivamente mama?		
<3 meses	149	(29)
=3 meses	369	(71)

Somente 23(2%) das mães não deram de mamar; das que amamentaram, 35% cessaram antes dos 3 meses e 68% deram exclusivamente de mamar. Setenta e um por cento das mães deram de mamar exclusivamente pelo menos 3 meses. (Quadro 2.c)

Quadro 2.d - Frequências e percentagens relativas ao intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o recém-nascido foi colocado à mama, ao seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, das 1159 mães inquiridas.

	n	(%)
Quando pôs a bebé a mamar?		
Imediatamente após o parto	651	(73)
Algumas horas após o parto	241	(27)
O seu filho tomou biberão no hospital?		
Sim	282	(34)
Não	559	(66)
Tipo de parto		
Eutócico	636	(70)
Cesariana	269	(30)

Setenta e três por cento dos bebés começaram a mamar imediatamente após o parto, 34% tomaram biberão no hospital e 30% nasceram por cesariana. (Quadro 2.d)

Quadro 3.a - Distribuição das 1159 mães inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião, relativamente à amamentação e sua duração.

	Amamentou este filho?					Quanto tempo deu de mamar?				
	Não (n=23)		Sim (n=897)		p	< 3 meses (n=317)		= 3 meses (n=580)		p
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Área de residência					0.103*					0.370*
Urbana	6	(33)	416	(53)		139	(51)	277	(54)	
Semi-urbana/rural	12	(67)	373	(47)		136	(49)	237	(46)	
Estado civil					0.500**					0.075*
Casada/União de facto	19	(86)	801	(89)		275	(87)	526	(91)	
Solteira/Divorciada/Viúva	3	(14)	94	(11)		41	(13)	53	(9)	
Vive com o pai da criança?					0.431**					0.563*
Sim	20	(87)	816	(92)		286	(90)	530	(91)	
Não	3	(13)	73	(8)		31	(10)	50	(9)	
Trabalha?					0.587*					0.376*
Sim	14	(64)	616	(69)		211	(67)	405	(70)	
Não	8	(36)	276	(31)		103	(33)	173	(30)	
Profissão					0.860*					0.308*
Sector Primário	4	(44)	248	(52)		82	(54)	166	(51)	
Sector Secundário	1	(11)	57	(12)		13	(9)	44	(14)	
Sector Terciário	4	(44)	169	(36)		55	(37)	114	(35)	
Actividade profissional					0.009*					0.346*
Fora de casa a tempo inteiro	4	(18)	376	(44)		126	(41)	250	(46)	
Fora de casa a tempo parcial	13	(59)	256	(30)		100	(32)	156	(28)	
Em casa a tempo inteiro	5	(23)	228	(26)		84	(27)	144	(26)	
Rendimento mensal					0.297*					0.343*
Até 69 contos	12	(57)	329	(43)		122	(45)	207	(42)	
70 a 199 contos	7	(33)	274	(35)		98	(36)	176	(35)	
> = 200 contos	2	(10)	167	(22)		51	(19)	116	(23)	
Escolaridade					0.037**					0.006*
Média	23	(100)	745	(84)		275	(89)	470	(82)	
Superior	0	(0)	141	(16)		35	(11)	106	(18)	
Nacionalidade					0.361**					0.056*
Portuguesa	20	(91)	839	(94)		291	(92)	548	(95)	
Outra	2	(9)	50	(6)		24	(8)	26	(5)	
Religião					1.000**					0.509**
Católica	22	(100)	856	(99)		309	(99)	547	(99)	
Outra	0	(0)	10	(1)		2	(1)	8	(1)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

Como se pode observar no Quadro 3.a, 23 mulheres não amamentaram este filho, tendo-o feito 897. Em relação ao tempo de amamentação, 317 mulheres deram a mama menos de três meses e 580 amamentaram pelo menos três meses.

Das mulheres residentes em áreas urbanas, 416 (99%) amamentaram e 6 (1%) não o fizeram. Também amamentaram 373(97%) das mulheres oriundas de meios semi-urbanos e rurais, não o tendo feito 12 (3%). Quanto ao tempo de amamentação e área de residência amamentaram menos de três meses 139 (33%) mulheres de meios urbanos e 136 (36%) das

mulheres de meios semi-urbanos e rurais. Cinquenta e quatro por cento das mulheres que amamentaram pelo menos três meses eram de meios urbanos. A diferença encontrada não apresenta significado estatístico.

Em relação ao estado civil, amamentaram este filho 89% das mulheres casadas ou a viver em união de facto, não o tendo feito 86%. Onze por cento de mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas amamentaram e 14% não o fizeram. Deram de mamar menos de três meses 87% de mulheres casadas ou a viver em união de facto e 13% de mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas. Deram de mamar pelo menos três meses 91% de mulheres casadas ou a viver em união de facto e 9% de mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas. Estas diferenças não apresentam significado estatístico.

No que diz respeito à vivência, 92% das mulheres que amamentaram este filho vivem com o pai da criança e 8% não vivem. Das que não amamentaram, 87% vivem com o pai da criança e 13% não vivem. Deram de mamar menos de três meses 90% das mulheres que vivem com o pai da criança e 10% das que não vivem. Das mulheres que amamentaram por três meses, 9% não vivem com o pai da criança e 91% vivem. As diferenças encontradas não são significativas(Quadro 3.a).

Em relação ao trabalho, 69% das mulheres que amamentaram este filho trabalhavam. Sessenta e sete por cento das mulheres que amamentaram menos de três meses trabalhavam,. Amamentaram três meses 30% das mulheres que não trabalhavam e 70% das mulheres que trabalhavam. As diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

Quanto à profissão, das mulheres que amamentaram este filho , 52% pertenciam ao sector primário, 12% ao secundário e 36% ao terciário.44%. Das mulheres que deram de mamar menos de três meses, 54% trabalhavam no sector primário, 9% no sector secundário e 37% no sector terciário. Cinquenta e um por cento das mulheres que deram de mamar três meses pertenciam ao sector primário, 14% ao sector secundário e 35% ao sector terciário. As diferenças encontradas não são também significativas.

Em relação à actividade profissional, das mulheres das mulheres que amamentaram este filho, 44% trabalhavam fora de casa a tempo inteiro, 30% trabalhavam fora de casa em tempo parcial e 26% trabalhavam em casa a tempo inteiro. Quanto ao tempo de amamentação das mulheres que deram de mamar menos de três meses, 41% trabalhavam

fora de casa a tempo inteiro, 32% fora de casa em tempo parcial e 27% em casa a tempo inteiro. Das mulheres que deram de mamar três meses 46% trabalhavam fora de casa a tempo inteiro, 28% fora de casa a tempo parcial e 26% em casa a tempo inteiro.

Em relação ao rendimento mensal, das mulheres que não amamentaram 57% usufruia do ordenado mínimo mensal, 33% recebia mais do que o ordenado mínimo mas menos de 199 contos e 10% tinha um vencimento igual ou superior a 200 contos mensais. Das mulheres que amamentaram, 43% recebia o ordenado mínimo, 35% menos de 199 contos e 22% 200 ou mais de 200 contos. Quarenta e cinco por cento das mulheres que amamentaram menos de três meses recebia o ordenado mínimo mensal, 36% menos de 199 contos e 19% 200 ou mais de 200 contos. Das mulheres que deram de mamar por três meses, 42% recebia o ordenado mínimo, 35% recebia menos de 199 contos e 23% 200 ou mais de 200 contos mensais. Também aqui não foram encontradas diferenças significativas (Quadro 3.a).

Quanto à escolaridade, todas as mulheres que não amamentaram possuíam escolaridade média. Das que deram de mamar, 84% possuíam escolaridade média e 16% escolaridade superior. Das mulheres que deram de mamar menos de três meses, 87% possuía escolaridade média e 11% escolaridade superior. Deram de mamar três meses 82% das mulheres com escolaridade média e 18% das mulheres com escolaridade superior. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

Noventa e um por cento das mulheres que não amamentaram eram de nacionalidade portuguesa e 9% tinham outra nacionalidade. Das mulheres que deram de mamar, 94% eram de nacionalidade portuguesa e 6% não. Noventa e dois por cento das mulheres que deram de mamar menos de três meses eram de nacionalidade portuguesa. Das que amamentaram por três meses, 95% tinham nacionalidade portuguesa e 5% outra nacionalidade. As diferenças encontradas não são significativas.

Em relação à religião, das mulheres que amamentaram, 99% também professavam a religião católica, seguindo outra religião 1% das mulheres. Das mulheres que amamentaram menos de três meses, 99% eram católicas e 1% seguiam outra religião. Deram de mamar três meses igual percentagem de mulheres católicas. As diferenças encontradas não são significativas.

Quadro 3.b - Distribuição das 1159 mães inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e ter sido amamentada por sua mãe, relativamente à amamentação e sua duração.

	Amamentou este filho?				p	Quanto tempo deu de mamar?				p
	Não (n=23)		Sim (n=897)			< 3 meses (n=317)		= 3 meses (n=580)		
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
É o seu primeiro filho?					0.242*					0.045*
Sim	10	(43)	499	(56)		191	(60)	308	(53)	
Não	13	(57)	396	(44)		126	(40)	270	(47)	
Quantos filhos teve?					0.629*					0.421*
Um	6	(46)	156	(39)		53	(42)	103	(38)	
Dois ou mais	7	(54)	239	(61)		72	(58)	167	(62)	
Amamentou algum deles?					0.044**					<0.001*
Sim	9	(69)	347	(90)		101	(81)	246	(94)	
Não	4	(31)	40	(10)		24	(19)	16	(6)	
Frequentou consultas durante a gravidez?					1.000**					0.221*
Sim	21	(100)	835	(98)		294	(97)	541	(99)	
Não	0	(0)	16	(2)		8	(3)	8	(1)	
Quantas?					0.056**					0.300*
< 5 consultas	4	(21)	56	(8)		23	(9)	33	(7)	
>= 5 consultas	15	(79)	684	(92)		234	(91)	450	(93)	
Vai amamentar este filho?					<0.001*					0.003**
Sim	14	(64)	871	(99)		303	(97)	568	(99)	
Não	8	(36)	13	(1)		10	(3)	3	(1)	
Em que mês decidiu amamentar?					0.612**					0.961*
1º mês	11	(100)	698	(90)		240	(90)	458	(90)	
Depois do 1º mês	0	(0)	75	(10)		26	(10)	49	(10)	
Essa decisão foi tomada com o pai do seu filho?					0.263**					0.364*
Sim	9	(69)	681	(82)		243	(84)	438	(82)	
Não	4	(31)	145	(18)		46	(16)	99	(18)	
A sua mãe deu-lhe de mamar?					0.395**					<0.001*
Sim	18	(90)	613	(80)		187	(67)	426	(87)	
Não	2	(10)	153	(20)		92	(33)	61	(13)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

No Quadro 3.b, pode verificar-se em relação à paridade, que para 57% das mulheres que não amamentaram esta não era a sua primeira experiência como mãe. Em relação ao tempo de amamentação, 40% das mulheres que deram de mamar menos de três meses tinham já sido mães, assim como 47% das que amamentaram três meses. Para 56% das mulheres que amamentaram, esta era a primeira vez que eram mães e para 53% das que deram de mamar três meses, esta foi também a sua primeira experiência. As diferenças encontradas para o tempo de amamentação são significativas.

Em relação ao número de filhos, 46% das mulheres que não amamentaram tinham um filho e 54% dois ou mais filhos. Das que amamentaram, 39% tinham um filho e 61% dois ou

mais. Amamentaram menos de três meses 42% das mulheres com um filho e 58% das mulheres com dois ou mais. Deram de mamar três meses 38% das mulheres com um filho e 62% com dois ou mais filhos. As diferenças estatísticas encontradas não se revestem de significado (Quadro3.b).

Quanto ao facto de ter amamentado algum dos filhos, 31% das mulheres que não amamentaram não possuíam experiência de amamentar e 69% já tinham dado de mamar. Noventa por cento das mulheres que deram de mamar já tinham amamentado. Deram de mamar menos de três meses 19% das mulheres que nunca amamentaram e 81% das que já tinham experiência de amamentação. Amamentaram três meses 6% das mulheres sem experiência de amamentação e 94% das mulheres com experiência prévia de amamentação. Foram encontradas diferenças significativas quer para o facto de terem amamentado, quer para a duração da amamentação .

Em relação à frequência de consultas durante a gestação, todas as mulheres que não amamentaram frequentaram consultas durante a gestação. Das que amamentaram 2% não frequentaram consultas durante a gestação e 98% frequentaram. Deram de mamar menos de três meses 3% das mulheres que não frequentaram consultas durante a gravidez e 97% das que frequentaram. Também amamentaram três meses 99% das mulheres que frequentaram consultas durante a gestação. No entanto as diferenças encontradas não são significativas, embora quanto ao facto de terem amamentado, o valor de “p” se aproxime do significativo.

Quanto ao número de consultas efectuadas durante a gestação, 21% das mulheres que não amamentaram tiveram menos do que cinco consultas. Das que deram de mamar, 92% frequentou cinco ou mais consulta. Amamentaram menos de três meses 9% das mulheres que frequentaram menos de cinco consultas e 91% das que tiveram cinco ou mais. Deram de mamar três meses 7% das mulheres com frequência de menos de cinco consultas e 93% com cinco ou mais consultas. As diferenças encontradas não são significativas(Quadro3.b).

No que se relaciona com a intenção de amamentar, 36% das mulheres que não amamentaram não tinham intenção de fazê-lo; as outras 64% que não amamentaram tinham essa intenção. Das mulheres que deram de mamar 1% não pretendia fazê-lo, enquanto 99% tinham essa intenção. Como podemos confirmar, 3% das mulheres que amamentaram menos de três meses não tinham intenção de fazê-lo, enquanto 97% tinham. Das mulheres

que deram de mamar três meses, 1% não tinha intenção de fazê-lo e 99% tinham decidido amamentar. As diferenças encontradas são significativas (Quadro 3.b).

Em relação ao mês em que foi tomada a decisão, todas as mulheres que não amamentaram tomaram essa decisão no primeiro mês de gestação; das que deram de mamar, 90% decidiram fazê-lo no primeiro mês e 10% após o primeiro mês. Deram de mamar menos de três meses, 90% das mulheres que decidiram amamentar no primeiro mês e 10% das que o fizeram após o primeiro mês. Noventa por cento das mulheres que amamentaram menos de três meses, decidiu fazê-lo no primeiro mês as restantes 10% tomaram a decisão depois do primeiro mês. Das mulheres que amamentaram três meses, 90% decidiram fazê-lo no primeiro mês de gestação e 10% posteriormente. As diferenças encontradas não são significativas (Quadro 3,b).

Quanto à partilha da decisão de amamentar, 69% das mulheres que amamentaram tomaram a decisão com o pai da criança. Das mulheres que amamentaram, 18% tomou essa decisão sem o pai da criança e 82% com o pai. Das mulheres que deram de mamar menos de três meses, 16% tomou a decisão sem o pai da criança e 84% fê-lo conjuntamente. Das mulheres que amamentaram três meses, 18% tomou a decisão sem o pai da criança e 82% fê-lo de acordo com o pai da criança. As diferenças estatísticas encontradas não são significativas.

Em relação a ter sido amamentada pela sua mãe, 2% das mulheres que não amamentaram este filho não tinham sido amamentadas pela mãe e 69% foram-no. Das mulheres que deram de mamar a este filho, 20% não foram amamentadas pela sua mãe e 80% foram. Das mulheres que deram a mama menos de três meses, 33% não foram amamentadas e 67% foram. Das que amamentaram três meses, 13% não foram amamentadas e 87% foram. As diferenças estatísticas encontradas em relação ao tempo de amamentação são significativas (Quadro 3.b).

Quadro 3.c - Distribuição das 1159 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o recém-nascido foi colocado à mama, o seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, relativamente à amamentação e sua duração.

	Amamentou este filho?				<i>p</i>	Quanto tempo deu de mamar?				<i>p</i> *
	Não (n=23)		Sim (n=897)			< 3 meses (n=317)		= 3 meses (n=580)		
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Quando pôs a bebé a mamar?					0.007**					<0.001*
Imediatamente após o parto	6	(40)	645	(74)		188	(60)	457	(81)	
Algumas horas após o parto	9	(60)	232	(26)		124	(40)	108	(19)	
O seu filho tomou biberão no hospital?					<0.001*					<0.001*
Sim	14	(93)	268	(32)		131	(47)	137	(25)	
Não	1	(7)	558	(68)		150	(53)	408	(75)	
Tipo de parto					0.010*					<0.001*
Eutócico	10	(45)	626	(71)		195	(63)	431	(75)	
Cesariana	12	(55)	257	(29)		115	(37)	142	(25)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

Como se pode observar no Quadro 3.c, quanto ao tempo de demora entre o nascimento e o colocar o bebé a mamar pela primeira vez, 40% das mulheres que não deram de mamar colocaram o recém-nascido ao seio imediatamente após o parto e 60% mais do que duas horas após o parto. Das mulheres que amamentaram, 74% colocaram o bebé à mama nas primeiras duas horas após o parto e 26% após mais de duas horas. Deram de mamar menos de três meses 60% das mães que colocaram o bebé a mamar nas primeiras duas horas após o parto e 40% fizeram-no após mais de duas horas. Das mulheres que amamentaram por três meses, 81% colocaram o recém-nascido a mamar nas primeiras duas horas após o parto e 19% mais do que duas horas após. As diferenças encontradas, em relação a ter ou não amamentado e ao tempo de duração da amamentação são significativas.

Em relação ao facto do bebé ter ou não tomado biberão no hospital, 7% das mulheres que não amamentaram referiram que os seus filhos não tomaram biberão no hospital e 93% que os seus filhos tomaram. Das que amamentaram, 68% referiram que os seus filhos não tomaram biberão e 32% que tomaram. Deram de mamar menos de três meses 53% das mulheres cujos filhos não tomaram biberão no hospital e 47% dos que tomaram. Deram de mamar três meses 75% das mulheres cujos filhos não tomaram biberão no hospital. As diferenças encontradas são significativas.

Quanto ao tipo de parto, 45% das mulheres que não amamentaram pariram por parto eutócico e 55% por cesariana. Das que amamentaram, 71% tiveram o filho por parto eutócico e 29% por cesariana. Das mulheres que deram de mamar menos de três meses, 63% pariu por parto eutócico e 37% por cesariana. Amamentaram três meses 75% das mulheres que pariram por parto eutócico e 25% das que tiveram o filho por cesariana. As diferenças encontradas são significativas (Quadro3.c).

Quadro 4.a - Distribuição das 1159 mulheres inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião relativamente à amamentação exclusiva e sua duração.

	Amamentou exclusivamente?				Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?					
	Não (n=268)		Sim (n=558)		p	< 3 meses (n=149)		= 3 meses (n=369)		p
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Área de residência					0.516*					0.823*
Urbana	116	(50)	264	(53)		70	(53)	178	(54)	
Semi-urbana/rural	115	(50)	236	(47)		63	(47)	153	(46)	
Estado civil					0.383*					0.082*
Casada/União de facto	235	(88)	504	(90)		130	(87)	340	(92)	
Solteira/Divorciada/Viúva	31	(12)	54	(10)		19	(13)	29	(8)	
Vive com o pai da criança?					0.123*					0.941*
Sim	238	(90)	514	(93)		12	(8)	29	(8)	
Não	27	(10)	39	(7)		137	(92)	340	(92)	
Trabalha?					0.235*					0.206*
Sim	178	(67)	394	(71)		98	(67)	266	(72)	
Não	88	(33)	161	(29)		49	(33)	102	(28)	
Profissão					0.677*					0.686*
Sector Primário	60	(50)	182	(54)		48	(57)	125	(55)	
Sector Secundário	15	(12)	41	(12)		7	(8)	26	(12)	
Sector Terciário	46	(38)	114	(34)		30	(35)	74	(33)	
Actividade profissional					0.390*					0.289*
Fora de casa a tempo inteiro	108	(42)	242	(45)		56	(39)	165	(46)	
Fora de casa a tempo parcial	71	(28)	159	(30)		50	(35)	103	(29)	
Em casa a tempo inteiro	76	(30)	135	(25)		37	(26)	87	(25)	
Rendimento mensal					0.175*					0.151*
Até 69 contos	101	(44)	202	(42)		62	(48)	126	(39)	
70 a 199 contos	72	(31)	184	(38)		47	(36)	123	(39)	
>= 200 contos	56	(25)	97	(20)		20	(16)	71	(22)	
Escolaridade					0.370*					0.001*
Média	215	(82)	470	(85)		137	(93)	298	(81)	
Superior	46	(18)	84	(15)		10	(7)	70	(19)	
Nacionalidade					0.840*					0.157*
Portuguesa	252	(95)	522	(94)		135	(92)	348	(95)	
Outra	14	(5)	31	(6)		12	(8)	18	(5)	
Religião					1.000**					1.000**
Católica	255	(99)	533	(99)		144	(99)	350	(99)	
Outra	2	(1)	6	(1)		1	(1)	4	(1)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

Como podemos observar no Quadro 4.a quanto à amamentação exclusiva, não deu de mamar igual percentagem de mães de áreas urbanas e rurais. Deram de mamar exclusivamente menos de três meses 53% de mulheres de áreas urbanas. Amamentaram exclusivamente por três meses 54% de mulheres de áreas urbanas e 46% de áreas rurais. As diferenças estatísticas encontradas não têm contudo significado.

No que diz respeito ao estado civil, não amamentaram exclusivamente 88% das mulheres casadas. Das que deram de mamar exclusivamente, 90% eram casadas ou em união de facto e 10% solteiras, divorciadas ou viúvas. Deram de mamar exclusivamente menos de três meses, 87% das mulheres casadas e 13% das solteiras. Das que amamentaram por três meses, 92% eram casadas. As diferenças estatísticas encontradas não são significativas embora quanto ao tempo de duração da amamentação exclusiva os valores encontrados se aproximem de significado estatístico (Quadro 4.a).

Quanto á vivência, não amamentaram exclusivamente 90% das mulheres que não vivem com o pai da criança. Amamentaram exclusivamente 93% das mulheres que vivem com o pai da criança. Deram de mamar menos de três meses 8% das mulheres que não vivem com o pai da criança e 92% das que vivem. Amamentaram exclusivamente três meses, 8% das mulheres que não coabitam com o pai da criança e 92% das que coabitam. As diferenças encontradas não são também estatisticamente significativas.

Em relação ao trabalho, não amamentaram exclusivamente 33% das mulheres que não trabalham e 67% das que referiram trabalhar. Das que afirmaram ter dado de mamar exclusivamente, 29% não trabalhavam e 71% faziam-no. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente 33% das mulheres que referiram não trabalhar e 67% das que trabalhavam. Amamentaram por três meses 92% das que afirmaram trabalhar. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

No que se relaciona com o sector profissional, não amamentaram exclusivamente 50% das mulheres do sector primário, 12% do sector secundário e 38% do sector terciário. Deram de mamar exclusivamente, 54% das mulheres que trabalham no sector primário, 12% das que trabalham no sector secundário e 34% das do sector terciário. Deram a mama menos de três meses, 57% de mulheres do sector primário, 8% das do sector secundário e 35% das do sector terciário. Amamentaram por três meses 55% das mulheres que trabalham no sector primário, 12% das que o fazem no sector secundário e 33% das que trabalham no sector terciário. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Quanto à actividade profissional, não amamentaram exclusivamente 42% das mulheres que trabalham fora de casa a tempo inteiro, 28% das que trabalham fora de casa a tempo parcial e 30% das que referiram trabalhar em casa a tempo inteiro. Amamentaram exclusivamente 45% das mulheres que trabalham fora de casa a tempo inteiro, 30% das que trabalham fora

de casa a tempo parcial e 25% das que trabalham em casa a tempo inteiro. Deram de mamar exclusivamente menos de três meses, 39% das mulheres que trabalham fora de casa a tempo inteiro, 35% das que trabalham fora de casa a tempo parcial e 26% das que trabalham em casa a tempo inteiro. Amamentaram por três meses 46% das mulheres das mulheres que trabalham fora de casa a tempo inteiro, 29% das que trabalham fora de casa a tempo parcial e 25% das que trabalham em casa a tempo inteiro. As diferenças encontradas não são igualmente significativas (Quadro 4.a).

No que se relaciona com o rendimento mensal, não amamentaram exclusivamente 44% das mulheres com o rendimento mínimo, 31% das que têm um rendimento mensal inferior a 199 contos e 25% das que recebem 200 ou mais de 200 contos. Deram de mamar exclusivamente 42% das mulheres com o rendimento mínimo, 38% das que têm um rendimento mensal inferior a 199 contos e 20% das que recebem 200 contos ou mais. Quarenta e oito por cento das mulheres que amamentaram menos de três meses usufruíam do ordenado mínimo, 36% de menos de 199 contos e 16% 200 ou mais de 200 contos. Amamentaram por três meses 39% das mulheres com o rendimento mínimo, 39% das que têm um rendimento mensal inferior a 199 contos e 22% das que recebem 200 contos ou mais. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Quanto à escolaridade, não amamentaram exclusivamente 18% das mulheres que possuem ensino superior. Fizeram amamentação exclusiva 85% das mulheres com escolaridade média e 15% das com ensino superior. Amamentaram exclusivamente menos de três meses, 93% das mulheres com escolaridade média e 7% com ensino superior. Deram de mamar por três meses 81% das mulheres com escolaridade média e 19% com ensino superior. As diferenças estatísticas encontradas quanto ao tempo de duração da amamentação exclusiva são significativas.

Em relação à nacionalidade, 95% das mulheres que não amamentaram exclusivamente eram de nacionalidade portuguesa. Das mulheres que amamentaram exclusivamente 94% eram de nacionalidade portuguesa. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente 92% das mulheres de nacionalidade portuguesa e 8% das mulheres com outra nacionalidade. Amamentaram por três meses exclusivamente 95% das mulheres de nacionalidade portuguesa e 5% das mulheres com outra nacionalidade. Deram de mamar exclusivamente

menos de três meses 92% das mulheres de nacionalidade portuguesa e 8% das mulheres com outra nacionalidade. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Quanto à religião, 99% das mulheres que não amamentaram exclusivamente professavam a religião católica. Das mulheres que amamentaram exclusivamente, também 99% professavam a religião católica. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente 99% das mulheres que professavam a religião católica e 1% das que professavam outra religião. Amamentaram exclusivamente três meses 99% das mulheres que professavam a religião católica e 1% das que professavam outra religião. As diferenças encontradas não são igualmente significativas (Quadro 4.a).

Quadro 4.b - Distribuição das 1159 mulheres inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e o ter sido amamentada pela sua mãe, relativamente à amamentação exclusiva e sua duração.

	Amamentou exclusivamente?		p	Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?					
	Não (n=268)			Sim (n=558)		< 3 meses (n=149)		= 3 meses (n=369)	
	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)
É o seu primeiro filho?									
Sim	159	(59)	298	(54)	90	(60)	184	(50)	0.115*
Não	109	(41)	259	(46)	59	(40)	184	(50)	0.032**
Quantos filhos teve?									
Um	48	(44)	97	(37)	25	(42)	66	(36)	0.212*
Dois ou mais	60	(56)	162	(63)	34	(58)	118	(64)	0.369*
Amamentou algum deles?									
Sim	91	(85)	233	(92)	49	(83)	170	(96)	0.042*
Não	16	(15)	20	(8)	10	(17)	8	(4)	0.004**
Frequentou consultas durante a gravidez?									
Sim	255	(98)	517	(98)	136	(99)	345	(99)	0.768**
Não	5	(2)	8	(2)	2	(1)	4	(1)	0.678**
Quantas?									
< 5 consultas	14	(6)	37	(8)	15	(12)	21	(7)	0.419*
>= 5 consultas	208	(94)	423	(92)	108	(88)	284	(93)	0.073*
Vai amamentar este filho?									
Sim	254	(97)	547	(99)	143	(97)	364	(100)	0.033**
Não	8	(3)	5	(1)	4	(3)	1	(0)	0.026**
Em que mês decidiu amamentar?									
1º mês	204	(89)	435	(90)	113	(92)	291	(90)	0.574*
Depois do 1º mês	25	(11)	46	(10)	10	(8)	32	(10)	0.566*
Essa decisão foi tomada com o pai do seu filho?									
Sim	216	(89)	404	(78)	106	(79)	267	(78)	0.001*
Não	28	(11)	111	(22)	29	(21)	74	(22)	0.958*
A sua mãe deu-lhe de mamar?									
Sim	172	(74)	393	(84)	86	(66)	293	(91)	0.001*
Não	62	(26)	77	(16)	44	(34)	28	(9)	<0.001*

* Teste do qui-quadrado
 ** Teste exacto de Fisher

Em relação à primiparidade, para 41% das mulheres que não amamentaram exclusivamente este não era o primeiro filho, sendo-o para 59% dessas mulheres. Deram de mamar exclusivamente 46% das mulheres para quem este não era o primeiro filho e 54% das mulheres para quem este o era. Amamentaram menos de três meses exclusivamente, 40% das mulheres para quem este não era o primeiro filho e 60% das mulheres para quem este era o primeiro filho. Deram de mamar exclusivamente por três meses 50% das mulheres para que este não era o primeiro filho e 50% das mulheres para quem este era o primeiro filho. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (Quadro 4.b).

Quanto ao número de filhos, das mulheres que não amamentaram exclusivamente 44% tinha, um filho e 56% dois ou mais. Deram de mamar exclusivamente 37% das mulheres com um filho e 63% das mulheres com dois ou mais filhos. Amamentaram menos de três meses exclusivamente 42% das mulheres com um filho e 58% daquelas que tinham dois ou mais filhos. Deram de mamar exclusivamente 36% das mulheres com um filho e 64% daquelas que tinham dois ou mais filhos. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (Quadro 4.b). No que se relaciona com o facto de ter ou não amamentado exclusivamente algum dos anteriores filhos, 15% das mulheres que não amamentaram também não amamentaram anteriormente nenhum dos seus filhos, tendo acontecido o mesmo com 85% das mulheres que amamentaram exclusivamente. Amamentaram menos de três meses exclusivamente, 17% das mulheres que nunca o fizeram e 83% das que tinham amamentado anteriormente. Das mulheres que amamentaram exclusivamente três meses, 4% nunca o tinha feito e 96% tinham já amamentado. As diferenças encontradas são significativas (Quadro 4.b).

Quanto à frequência de consultas para vigilância da gestação, a percentagem das mulheres que não amamentaram exclusivamente e não frequentaram consultas é a mesma que a percentagem de mulheres que o fizeram. As mulheres que deram de mamar menos de três meses exclusivamente e as que o fizeram por três meses, ambas não tendo frequentado consultas de vigilância da gravidez, apresentam igual percentagem. Os valores encontrados não apresentam pois significado estatístico.

Em relação ao número de consultas, 6% das mulheres que não deram de mamar exclusivamente frequentaram menos do que cinco consultas e 94% cinco ou mais. Das que amamentaram exclusivamente, 8% frequentaram menos de cinco consultas e 92% cinco ou mais. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente 12% das mulheres que frequentaram menos de cinco consultas e 88% das que tiveram cinco ou mais. Amamentaram por três meses exclusivamente 7% das mulheres que frequentaram menos de cinco consultas e 93% das que frequentaram cinco ou mais. As diferenças encontradas não apresentam significado estatístico (Quadro 4.b).

Quanto à intenção de amamentar, amamentaram exclusivamente 97% das mulheres que referiram pretender fazê-lo. Das que amamentaram exclusivamente, 99% referiu pretender fazê-lo. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente 3% das mulheres que

disseram não pretender amamentar e 97% das que responderam afirmativamente. Amamentaram por três meses exclusivamente todas as mulheres que responderam pretender fazê-lo. Os valores encontrados apresentam significado estatístico (Quadro 4.b).

Em relação ao mês em que a decisão foi tomada, 89% das mulheres que não amamentaram exclusivamente tomaram a decisão no primeiro mês. Das que deram de mamar exclusivamente, 90% decidiu fazê-lo no primeiro mês. Amamentaram menos de três meses exclusivamente 92% das mulheres que decidiram amamentar no primeiro mês de gestação e fizeram amamentação exclusiva três meses 90% das mulheres que decidiram fazê-lo no primeiro mês. As diferenças encontradas não têm significado estatístico.

Quanto ao facto da decisão de amamentar ter sido partilhada com o pai da criança, 11% das mulheres que não amamentaram em exclusivo responderam que a decisão não tinha sido partilhada e 89% que também não fez amamentação exclusiva responderam que a decisão foi tomada em conjunto. Deram de mamar exclusivamente 78% das mulheres que partilharam a decisão de amamentar com o pai da criança. Amamentaram menos de três meses exclusivamente 21% das mulheres que referiram não ter a decisão sido tomada conjuntamente e 79% das que responderam afirmativamente. Deram de mamar por três meses exclusivamente 22% das mulheres que disseram não ter sido a decisão tomada pelo casal e 78% das que afirmaram que sim. As diferenças encontradas apresentam significado estatístico para a variável ter ou não amamentado exclusivamente mas não para a duração da amamentação (Quadro 4.b).

No que se relaciona com o facto da mulher ter sido ou não amamentada pela sua mãe, 26% das mulheres que não amamentaram exclusivamente responderam não terem sido amamentadas e 74% respondem que sim. Das que deram de mamar exclusivamente, 16% responderam não terem sido amamentadas e 84% responderam que sim. Amamentaram menos de três meses exclusivamente, 34% das mulheres que afirmaram não terem sido amamentadas e 66% das que o foram. Deram de mamar três meses exclusivamente, 9% das mulheres que não foram amamentadas e 91% das que foram amamentadas. As diferenças encontradas têm significado estatístico(Quadro 4.b).

Quadro 4.c - Distribuição das 1159 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que o bebê é colocado a mamar, seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto, em relação com a amamentação exclusiva e sua duração.

	Amamentou exclusivamente?				p	Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?				
	Não (n=268)		Sim (n=558)			< 3 meses (n=149)		= 3 meses (n=369)		p
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
Quando pôs a bebê a mamar?					<0.001*					<0.001*
Imediatamente após o parto	110	(42)	470	(86)		104	(70)	337	(92)	
Algumas horas após o parto	149	(58)	79	(14)		44	(30)	30	(8)	
O seu filho tomou biberão no hospital?					<0.001*					----
Sim	268	(100)	0	(0)		0	(0)	0	(0)	
Não	0	(0)	558	(100)		149	(100)	369	(100)	
Tipo de parto					<0.001*					<0.001*
Eutócico	101	(38)	468	(85)		111	(77)	326	(89)	
Cesariana	164	(62)	82	(15)		34	(23)	39	(11)	

• Teste do qui-quadrado

No Quadro 4.c pode verificar-se que das mulheres que não amamentaram exclusivamente, 42% colocou o recém-nascido a mamar imediatamente após o parto e 58% fê-lo algumas horas mais tarde. Das mulheres que amamentaram exclusivamente, 86% fê-lo imediatamente a seguir ao parto e 14% algumas horas após. Deram de mamar exclusivamente menos de três meses 70% das mulheres que amamentaram imediatamente após o parto e 30% daquelas que o fizeram algumas horas após. Amamentaram exclusivamente três meses 92% das mulheres que colocaram o recém-nascido a mamar imediatamente após o parto e 8% das que o fizeram algumas horas após. As diferenças encontradas são significativas.

Em relação ao filho ter tomado biberão no hospital, todas as mulheres que não amamentaram exclusivamente deram biberão ao recém-nascido no hospital. Das mulheres que deram de mamar exclusivamente, todas afirmam não terem dado biberão ao filho no hospital. Deram de mamar menos de três meses exclusivamente todas as mulheres que não deram biberão ao recém-nascido no hospital, assim como amamentaram três meses exclusivamente todas as mulheres que não deram biberão no hospital. As diferenças encontradas são também significativas.

Quanto ao tipo de parto, 38% das mulheres que não amamentaram exclusivamente tiveram o filho por parto eutócico e 62% por cesariana. Das que amamentaram exclusivamente, 85% tiveram o filho por parto eutócico e 15% por cesariana. Amamentaram menos de três meses 77% mulheres cujo parto foi eutócico e 23 % das que foi por cesariana. Deram de

mamar três meses, 89% das mulheres que tiveram o filho por parto eutócico e 11% das que o tiveram por cesariana. As diferenças encontradas são significativas (Quadro 4.c).

Quadro 5.a - Distribuição das 149 mães inquiridas por área de residência, estado civil, vivência, actividade profissional, rendimento mensal, escolaridade, nacionalidade e religião relativamente à duração da amamentação exclusiva até ao mês.

	Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?				<i>p</i>
	< 1 mês (n=65)		1 mês (n=84)		
	n	(%)	n	(%)	
Área de residência					0.384*
Urbana	27	(48)	43	(56)	
Semi-urbana/rural	29	(52)	34	(44)	
Estado civil					0.886*
Casada/União de facto	57	(88)	73	(87)	
Solteira/Divorciada/Viúva	8	(12)	11	(13)	
Vive com o pai da criança?					0.453*
Sim	61	(94)	76	(90)	
Não	4	(6)	8	(10)	
Trabalha?					0.019*
Sim	36	(56)	62	(75)	
Não	28	(44)	21	(25)	
Profissão					0.280*
Sector Primário	18	(60)	30	(55)	
Sector Secundário	4	(13)	3	(5)	
Sector Terciário	8	(27)	22	(40)	
Actividade profissional					0.666*
Fora de casa a tempo inteiro	22	(36)	34	(41)	
Fora de casa a tempo parcial	21	(34)	29	(35)	
Em casa a tempo inteiro	18	(30)	19	(23)	
Rendimento mensal					0.060*
Até 69 contos	32	(61)	30	(40)	
70 a 199 contos	14	(26)	33	(43)	
>= 200 contos	7	(13)	13	(17)	
Escolaridade					0.745**
Média	58	(92)	79	(94)	
Superior	5	(8)	5	(6)	
Nacionalidade					0.931*
Portuguesa	58	(92)	77	(92)	
Outra	5	(8)	7	(8)	
Religião					0.441**
Católica	63	(98)	81	(100)	
Outra	1	(2)	0	(0)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

Como se pode observar no Quadro 5.a deram de mamar exclusivamente menos do que um mês 48% das mulheres residentes em áreas urbanas e 52% das residentes em áreas semi-

urbanas ou rurais. Amamentaram um mês exclusivamente, 56% das mulheres de áreas urbanas e 44% das de áreas semi-urbanas ou rurais. As diferenças não são significativas.

Em relação ao estado civil, 88% das mulheres que amamentaram exclusivamente menos do que um mês eram casadas ou viviam em união de facto. Das mulheres que amamentaram exclusivamente um mês, 87% eram casadas ou viviam em união de facto e 13% eram solteiras, divorciadas ou viúvas. As diferenças registadas não são significativas.

Quanto à vivência, 94% das mulheres que amamentaram exclusivamente menos do que um mês habitavam com o pai da criança. Deram de mamar exclusivamente um mês, 10% das mulheres que não viviam com o pai da criança e 90% das que viviam. As diferenças encontradas também não são significativas.

No que se relaciona com o trabalho, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 56% das que trabalhavam. Amamentaram um mês exclusivamente 25% das mulheres que disseram não trabalhar e 75% das que afirmaram fazê-lo. As diferenças encontradas são significativas.

Em relação à profissão, deram de mamar exclusivamente menos do que um mês 36% das mulheres do sector primário, 13% das mulheres do secundário e 27% do terciário. Amamentaram um mês exclusivamente 55% das mulheres do sector primário, 5% das mulheres do secundário e 40% do terciário. As diferenças encontradas não são significativas.

Quanto à actividade profissional, deram de mamar exclusivamente menos do que um mês 36% das mulheres que trabalhavam fora de casa a tempo inteiro, 34% das que trabalhavam fora de casa a tempo parcial e 30% das que trabalhavam em casa a tempo inteiro. Amamentaram um mês exclusivamente, 41% das mulheres que trabalhavam fora de casa a tempo inteiro, 35% das que trabalhavam fora de casa a tempo parcial e 23% das que trabalhavam em casa a tempo inteiro. As diferenças encontradas não são igualmente significativas (Quadro 5.a).

Quanto ao rendimento mensal, deram de mamar exclusivamente menos do que um mês 61% das mulheres com o salário mínimo, 26% com rendimento mensal inferior ou igual a 199 contos e 13% com um vencimento igual ou maior do que 200 contos. Amamentaram um mês exclusivamente, 41% das mulheres com o salário mínimo, 43% com rendimento

mensal inferior ou igual a 199 contos e 17% com um vencimento igual ou maior que 200 contos. As diferenças encontradas não são significativas, estando no entanto perto de um valor com significado ($p=0,06$ Quadro 5.a).

Em relação à escolaridade, deram de mamar exclusivamente menos do que um mês 92% das mulheres com escolaridade média e 8% das mulheres com ensino superior. Amamentaram um mês exclusivamente, 94% das mulheres com escolaridade média e 6% das mulheres com o ensino superior. As diferenças encontradas não são significativas.

Quanto à nacionalidade, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 92% das mulheres de nacionalidade portuguesa e 8% de mulheres de outra nacionalidade. Amamentaram exclusivamente um mês, 92% das mulheres de nacionalidade portuguesa e 8% de mulheres de outra nacionalidade. As diferenças encontradas não são significativas.

Em relação à religião, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 98% das mulheres com religião católica e 2% das mulheres como outra religião. Amamentaram um mês exclusivamente todas as mulheres que professavam a religião católica. As diferenças encontradas não são significativas.

Quadro 5.b - Distribuição das 149 mães inquiridas por paridade, aleitamento, consultas durante a gestação, intenção de amamentar este filho e o ter sido amamentada pela sua mãe, em relação com a duração da amamentação exclusiva até ao mês.

	Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?				p
	< 1 mês (n=65)		1 mês (n=84)		
	n	(%)	n	(%)	
É o seu primeiro filho?					0.557*
Sim	41	(63)	49	(58)	
Não	24	(37)	35	(42)	
Quantos filhos teve?					0.656*
Um	11	(46)	14	(40)	
Dois ou mais	13	(54)	21	(60)	
Amamentou algum deles?					1.000**
Sim	20	(83)	29	(83)	
Não	4	(17)	6	(17)	
Frequentou consultas durante a gravidez?					0.194
Sim	59	(97)	77	(100)	
Não	2	(3)	0	(0)	
Quantas?					0.062*
< 5 consultas	3	(6)	12	(17)	
>= 5 consultas	49	(94)	59	(83)	
Vai amamentar este filho?					0.034**
Sim	60	(94)	83	(100)	
Não	4	(6)	0	(0)	
Em que mês decidiu amamentar?					0.513**
1º mês	50	(94)	63	(90)	
Depois do 1º mês	3	(6)	7	(10)	
Essa decisão foi tomada com o pai do seu filho?					0.223*
Sim	50	(83)	56	(75)	
Não	10	(17)	19	(25)	
A sua mãe deu-lhe de mamar?					0.629*
Sim	39	(68)	47	(64)	
Não	18	(32)	26	(36)	

* Teste do qui-quadrado

** Teste exacto de Fisher

No Quadro 5.b quanto à paridade, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 37% das mulheres que disseram não ser este o primeiro filho e 63% das mulheres que disseram ser este o primeiro filho. Amamentaram um mês exclusivamente, 42% das mulheres que disseram não ser este o primeiro filho e 58% de mulheres que disseram sê-lo. As diferenças encontradas não são significativas.

Quanto ao número de filhos, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 46% das mulheres com um filho e 54% das com dois ou mais filhos. Amamentaram um mês

exclusivamente 40% das mulheres com um filho e 60% das mulheres com dois ou mais filhos. As diferenças encontradas não são significativas (Quadro 5.b).

No que se relaciona com o facto de ter ou não amamentado algum dos filhos, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 17% das mulheres que responderam negativamente e 83% de mulheres que responderam afirmativamente. Amamentaram um mês exclusivamente uma percentagem de mulheres igual á anterior. As diferenças encontradas não apresentam significado estatístico.

Quanto à frequência ou não de consultas durante a gestação, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 3% das mulheres que não frequentaram consultas e 97% das mulheres que frequentaram. Amamentaram um mês exclusivamente todas as mulheres que frequentaram consultas durante a gestação. As diferenças encontradas não são significativas.

Quanto ao número de consultas, deram de mamar exclusivamente menos de um mês, 6% das mulheres com menos de cinco consultas de vigilância da gestação e 94% das mulheres com mais de cinco consultas. Amamentaram um mês exclusivamente 17% das mulheres com menos de cinco consultas e 83% de mulheres com mais de cinco. As diferenças encontradas não são significativas, situando-se contudo perto de um valor com significado ($p=0,062$).

Em relação à decisão de amamentar ou não, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 6% das mulheres que afirmaram não decidir fazê-lo e 94% das mulheres que disseram pretender amamentar. Amamentaram um mês exclusivamente todas as mulheres que disseram pretender amamentar. As diferenças encontradas revestem-se de significado estatístico.

Quanto ao mês em que a decisão foi tomada, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 94% das mulheres que decidiram amamentar no primeiro mês de gravidez e 6% das que decidiram amamentar após o primeiro mês. Amamentaram um mês exclusivamente, 90% das mulheres que decidiram amamentar no primeiro mês de gravidez e 10% das que decidiram depois. As diferenças encontradas não têm significado estatístico (Quadro 5.b).

Em relação à decisão de amamentar ter ou não sido partilhada com o pai da criança, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 17% das mulheres que afirmaram não ter

tomado a decisão com o pai do recém-nascido e 83% de mulheres que disseram ter a decisão sido partilhada. Amamentaram um mês exclusivamente, 25% das mulheres que disseram não ter tomado a decisão com o pai do recém-nascido e 75% das que afirmaram ter a decisão sido tomada em conjunto. As diferenças encontradas não têm contudo significado estatístico.

Quanto ao facto de a mulher ter sido ou não amamentada, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 32% das mulheres que responderam não terem sido amamentadas e 68% das mulheres que afirmaram tê-lo sido. Amamentaram um mês exclusivamente, 36% das mulheres que não foram amamentadas e 64% das que disseram terem-no sido. As diferenças encontradas não têm também significado estatístico(Quadro 5.b).

Quadro 5.c - Distribuição das 149 mães inquiridas por intervalo de tempo entre o parto e a 1ª vez que pôs o bebé a mamar, seu filho ter tomado biberão no hospital e tipo de parto relativamente à duração da amamentação exclusiva até ao mês.

	Quanto tempo deu de mamar exclusivamente?				p
	< 1 mês (n=65)		1 mês (n=84)		
	n	(%)	n	(%)	
Quando pôs a bebé a mamar?					0.332*
Imediatamente após o parto	43	(66)	61	(73)	
Algumas horas após o parto	22	(34)	22	(27)	
O seu filho tomou biberão no hospital?					-----
Sim	0	(0)	0	(0)	
Não	65	(100)	84	(100)	
Tipo de parto					0.202*
Eutócico	45	(71)	66	(80)	
Cesariana	18	(29)	16	(20)	

• . Teste do qui-quadrado*

No Quadro 5.c, quanto ao momento em que o recém-nascido foi colocado à mama, deram de mamar exclusivamente menos de um mês 66% das mulheres que colocaram o recém-nascido a mamar imediatamente após o parto e 34% das que disseram só o ter sido algumas horas após. Amamentaram um mês exclusivamente, 73% das mulheres que disseram ter sido

o recém-nascido colocado a mamar imediatamente após o parto e 27% das que disseram só o ter sido algumas horas após. As diferenças encontradas não são significativas.

Quanto ao facto do filho ter tomado biberão no hospital, todas as mulheres que deram de mamar exclusivamente menos de um mês afirmaram não ter o recém-nascido tomado biberão no hospital, verificando-se o mesmo para as mulheres que amamentaram um mês.

Em relação ao tipo de parto, deram de mamar menos de um mês 71% das mulheres que tiveram parto eutócico e 29% das mulheres que foram submetidas a cesariana. Das mulheres que amamentaram um mês, 80% tiveram parto eutócico e 20% foram submetidas a cesariana. As diferenças encontradas não são significativas (Quadro 5.c).

Quadro 6 - Frequências e percentagens das razões aduzidas pelas 25 gestantes que responderam não ter intenção de amamentar.

	nN*	(%)
Por indicação médica	8	(36)
Não tem mamilos formados	6	(27)
Tem de trabalhar	3	(14)
Tem receio de não ter leite	3	(14)
É diabética	2	(9)
É portadora do vírus da hepatite C	2	(9)
É portadora do vírus VIH	2	(9)
Não teve leite para os outros filhos	2	(9)
Já a sua mãe não amamentou	2	(9)
É portadora do vírus da hepatite B	1	(5)
É consumidora de drogas	1	(5)
Não quer amamentar	1	(5)
É cardíaca	0	(0)
Tem tuberculose	0	(0)
Não quer estragar os seios	0	(0)
O seu marido/companheiro não quer que amamente	0	(0)

*Algumas gestantes apresentaram mais do que uma razão.

Vinte e cinco das mães inquiridas (2%) não mostraram intenção de amamentar este filho, antes do parto, tendo somente 22 explicitado as suas razões. Os motivos mais frequentes foram: por indicação médica 8(36%), não ter os mamilos formados 6(27%) e ter de trabalhar ou ter receio de não ter leite 3 (14%) cada. (Quadro 6).

As três mães que justificaram a intenção de não amamentar por ter de trabalhar, fizeram-no; pelo contrário, as portadoras dos vírus da hepatite B ou da hepatite C, a que não queria amamentar e a consumidora de drogas não amamentaram (Quadro 6)..

Quadro 7 - Frequências e percentagens das razões que levaram as 21 mães a não amamentar.

	n*	(%)
Não teve leite	8	(38)
Teve pouco leite	2	(10)
O leite não alimentava	2	(10)
O bebé não mamava	1	(5)
Os seus mamilos gretaram	1	(5)
Outro motivo	11	(52)
Problemas de saúde da mãe	7	(64)
Problemas de saúde do bebé	4	(36)

*Algumas gestantes apresentaram mais do que uma razão.

No Quadro 7 estão enumeradas as razões que 21 mães explicitaram para não amamentar. Problemas de saúde, tanto da mãe como da criança, foram a razão mais frequente (52%), seguida de não ter leite (38%).

Quadro 8 - Frequências e percentagens das razões que levaram as 317 mães(inclusive as que fizeram amamentação exclusiva) a deixar de amamentar antes dos três meses.

	n*	(%)
O leite não alimentava	91	(31)
Teve pouco leite	73	(24)
Não teve leite	59	(20)
Teve de trabalhar	43	(14)
O bebé não mamava	30	(10)
Os seus mamilos gretaram	19	(6)
O bebé chorava muito	16	(5)
O bebé não aumentava de peso	10	(3)
Ficava com pouco tempo para si própria	7	(2)
O seu marido/companheiro não quis que amamentasse	3	(1)
Mãe/irmãs/tias achavam que o biberão era mais prático?	3	(1)
Achava embaraçoso dar de mamar em público	1	(0)
Outro motivo	12	(4)
Problemas de saúde por parte da mãe	5	(41)
Problemas de saúde por parte do bebé	2	(17)
O leite secou	2	(17)
Não tinha mamilos formados	2	(17)
O bebé queria mamar a toda a hora	1	(8)

*Algumas gestantes apresentaram mais do que uma razão.

Trezentas e dezassete (45%) das 897 mães que amamentaram deixaram de o fazer antes dos 3 meses de idade, tendo somente 298(94%) explicitado as suas razões. Os motivos mais frequentes foram: o leite não alimentava 91(31%), teve pouco leite 73(24%) e não teve leite 59(20%) e o leite secou duas das doze mães que referiram outros motivos (Quadro 8).

5 - DISCUSSÃO

5.1 – ACTUALIDADE E IMPORTÂNCIA DO TEMA

O declínio acentuado no aleitamento materno, ocorrido principalmente no ocidente, depois da Segunda Guerra Mundial, constitui um problema sério pelas graves consequências para a saúde da criança e da mãe. Embora se tenha assistido na última década a um incremento, a amamentação em Portugal é ainda uma prática de baixa prevalência principalmente a amamentação exclusiva aos três meses de idade, de acordo com dados estatísticos recentes⁸.

Apesar do valioso contributo dos trabalhos realizados nesta área no conhecimento dos factores envolvidos na tomada de decisão de amamentar e na sua duração, esta temática é ainda actualmente um campo de pesquisa importante dadas as implicações práticas dos resultados dos estudos e a concretização de metodologias na melhoria da qualidade em saúde pública..

5.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações da pesquisa prendem-se com as dificuldades encontradas para a obtenção das respostas das inquiridas o que condicionou o tamanho da amostra e ainda o reduzido espaço de tempo para a colheita de informação.

Entendemos poder ser vantajoso efectuar estudos, por nós ou por outros, dentro desta área com maior duração e amostragem, utilizando a visita domiciliária para recolha de

informação após a alta o que nos teria impedido de perder um número elevado de participantes na segunda fase do estudo (67,5%) que não possuíam ou não indicaram telefone e aquelas que não atenderam as várias tentativas efectuadas.

5.3 – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Quanto à intenção de amamentar, 1111 (98%) mães manifestaram esse desejo, sendo apenas 23 (2%) as que não tencionavam fazê-lo (Quadro 3.b), embora 13 destas tenham iniciado a amamentação após o nascimento. Um estudo efectuado na Nova Zelândia,¹³³ referente a 1995, obteve resultados idênticos aos nossos, já que a percentagem de mulheres que iniciaram a amamentação situava-se nos 90%. Também outros inquéritos realizados em Portugal, nomeadamente o de Fernandes *et al.*,² na maternidade do Hospital de S. João, em 1987, e o da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários,⁵ realizado em 1990, relativo às crianças que iniciaram a amamentação desde o nascimento, referem incidências de amamentação durante o internamento das mães, entre 92% e 94,5%. Leonor Levy²⁷ escreve na sua tese de doutoramento, que todas as mães que decidiram amamentar, o fizeram. Também a taxa de aleitamento à saída da maternidade do Hospital Garcia da Orta era em 1998 de 99,2%¹¹⁵.

As mulheres que afirmaram ter intenção de dar de mamar ao recém-nascido, fizeram-no em maior número-871(99%)-e durante mais tempo do que aquelas que afirmaram não pretender fazê-lo. Evidencia-se uma relação significativa entre a intenção de amamentar, a amamentação ($p < 0,001$) e a duração da amamentação ($p = 0,003$). Quadro 3.b)

Verificou-se também em relação à amamentação exclusiva (Quadro 4.b) que as mulheres que deram de mamar durante mais tempo foram as que decidiram fazê-lo. Todas as mulheres que amamentaram três meses tinham decidido fazê-lo ($p = 0,026$). Resultado idêntico foi encontrado para a amamentação exclusiva ao mês de idade ($p = 0,034$). Quadro 5.b).

Dos motivos apresentados pelas mães que não mostraram intenção de amamentar, o mais frequente foi “por indicação médica”, que se justifica pelo facto de algumas mães terem patologias não compatíveis com a amamentação, o segundo motivo foi o “não ter mamilos formados,” que pode ser associado a uma falha na informação durante a gestação sobre os cuidados com a preparação dos seios para a amamentação. O “ter de ir trabalhar” e o “ter receio de não ter leite” apontados, são dois motivos que se parecem estar relacionados com a menor duração da amamentação.^{5,27,164}

As razões que levaram as mães a não amamentar prendem-se de igual modo com motivos de saúde da mãe e do filho e com a produção insuficiente de leite o que vem reforçar a necessidade de apoio e estímulo pelo menos no período considerado de maior risco¹³¹.

Uma percentagem elevada de mães (90%) tomou a decisão de amamentar no primeiro mês de gestação e embora sem significado estatístico, as mães que amamentaram durante mais tempo, com ou sem exclusividade, foram as que tomaram a decisão mais cedo. Este poderá ser um factor preditivo da duração da amamentação, assim como o facto da decisão ter ou não sido tomada com o pai da criança. A decisão quando tomada juntamente com o pai contribuiu para o aumento e a duração da amamentação, tendo-se verificado uma diferença significativa ($p=0001$. Quadro 4.b) para o número de mães que fizeram amamentação exclusiva. Um estudo efectuado na Finlândia,¹⁵⁹ em 1983, concluiu também que a presença do pai no parto tinha um efeito positivo no iniciar da amamentação. Birenbaun *et al*¹¹⁰ encontraram igualmente uma associação positiva entre as mulheres que decidiram amamentar e a atitude positiva do pai face à amamentação. Parece-nos que os pais que são estimulados a ter um papel activo, quer na tomada de decisão, quer na ajuda prestada à mãe para iniciar a amamentação, contribuem para que a criança possa mamar durante mais tempo.

Ser casada ou estar a viver em união de facto são associados em alguns estudos com uma maior duração da amamentação,¹⁶⁰ não sendo encontrada essa relação em outros trabalhos.¹⁶¹ Pela análise dos nossos resultados não nos parece que o estado civil seja um predictor importante da duração da amamentação.

Também o facto de viver com o pai da criança parece não influenciar nem a escolha nem a duração da amamentação, pois as diferenças encontradas neste estudo não são significativas, embora se possa observar que a quase totalidade das mães que amamentavam viviam com o pai da criança. Pelos resultados obtidos quanto à tomada conjunta da decisão de amamentar, seria de esperar que a vivência com o pai da criança estivesse associada com a duração da amamentação. Tal não se verifica, o que pode dever-se ao pouco estímulo para colaborar dado ao pai pelos profissionais de saúde e também porque a maioria das mulheres continua a frequentar as consultas durante a gravidez sem o marido ou o seu companheiro.

Fitzpatrick e Kevarny¹⁶² sugerem que mães que amamentaram com sucesso uma criança são mais competentes para o fazer novamente. A probabilidade da amamentação ser mais frequente e sustentada por um período maior de tempo é maior nas múltiparas do que nas primíparas. Birenbaum *et al*¹¹⁰ também encontraram uma taxa mais elevada de mães que optaram por amamentar os seus filhos entre aquelas que já tinham amamentado em gestações anteriores. Um estudo efectuado na Tailândia,¹⁶³ que comparou mães com e sem experiência anterior de amamentação, não apresentou contudo diferenças, sendo os resultados das primíparas semelhantes aos das múltiparas. Devemos manter alguns cuidados ao fazer comparações pois factores inerentes à natureza dessa sociedade oriental, bem diferentes das sociedades ocidentais, podem explicar essas diferenças.

No nosso estudo os resultados encontrados vão no sentido dos referidos por Fitzpatrick e Birenbaum, pois as mães com experiência prévia de amamentação amamentaram em maior percentagem (90%) ($p=0,044$) e por mais tempo, três meses, do que as mães sem experiência ($p<0,001$. Quadro 3.b). O grupo de mães com experiência de amamentação também fez amamentação exclusiva em maior percentagem e durante mais tempo do que as mães que nunca amamentaram tendo as diferenças encontradas significado estatístico, respectivamente ($p=0,042$. e $p=0,004$. Quadro 4.b). Também amamentaram durante mais tempo, embora sem validade estatística, as mães que já tinham dois ou mais filhos (Quadro 5.b).

No nosso estudo 55% das mulheres eram puérperas que amamentaram por mais tempo e exclusivamente respectivamente ($p=0,045$. Quadro 3.b) e ($p=0,032$. Quadro 4.b) quando

comparadas com as mães que disseram não ser este o seu primeiro filho. Este resultado pode ter sido influenciado por práticas hospitalares como amamentar o bebé sem horário rígido, mantê-lo junto da mãe e apoio e disponibilidade dos profissionais de saúde. Embora não podendo justificar o resultado encontrado com a idade materna, pois esta variável não pôde ser analisada, dados recentes sugerem que as mulheres estão a protelar a maternidade para depois de estarem com uma carreira profissional estável,¹⁶⁴ o que remete a idade de ter filhos para mais tarde, facto que poderia justificar os resultados encontrados. Santos *et al*,¹⁶⁵ num estudo de 1984, encontraram taxas de prevalência de amamentação superiores nos grupos etários jovens mas com menor duração. Vogel¹³⁴ associa a idade materna inferior a 25 anos com a curta duração da amamentação, embora Alison¹⁶¹ não tenha verificado essa associação. Um estudo da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários⁵ não encontrou diferenças significativas entre a idade materna e a prevalência do aleitamento. Também Manzanares *et al*¹²⁹ encontraram relação positiva entre a primiparidade e a intenção de amamentar, a despeito da duração da amamentação ser mais curta. Martinez *et al*¹⁶⁶ referem igualmente um aumento da incidência do aleitamento materno no hospital, nas mães que tiveram o primeiro filho.

Podemos verificar pelos nossos resultados que a maioria das mulheres que amamentaram frequentou consultas durante a gestação e em número superior a cinco. Embora sem significado, as mães que amamentaram durante mais tempo tiveram o mesmo número de consultas do que as outras. Igual resultado se pôde verificar para todas as mães que não amamentaram. A análise dos resultados mostra-nos uma associação, embora ténue, entre a frequência de consultas pré-natais com a duração da amamentação. Uma investigação efectuada numa maternidade pública francesa¹⁶⁴ encontrou uma influência positiva entre a frequência de consultas pré-natais e a decisão de amamentar, o que não é confirmado por outros autores.¹¹⁰ O estudo de Fernandes *et al*² também verifica uma frequência elevada de consultas pré-natais 96%, mas uma informação deficiente quanto às vantagens do aleitamento materno em 42% das mães. A importância da informação foi demonstrada por vários autores entre os quais se encontra o estudo de Deena¹⁶⁷ que concluiu que os índices de amamentação das mães que receberam informação pré-natal e cuidados pós-parto, durante e no local onde o estudo foi efectuada, foram mais elevados do que os das mães

que receberam a informação pré-natal noutras ocasiões. Resultados idênticos nos índices de amamentação exclusiva foram também encontrados por Martens.¹⁴⁹

Não encontramos no nosso estudo diferença estatística significativa entre a percentagem de mães que foram amamentadas e que deram de mamar a este filho, assim como também não há diferença entre as mães que amamentaram exclusivamente menos do que um mês ou um mês. No entanto, a associação entre o ter sido amamentada e a duração da amamentação exclusiva ou não, é francamente positiva, pois as mulheres que foram amamentadas deram de mamar mais tempo ($p < 0,001$. Quadro 3.b) e também amamentaram exclusivamente em maior número ($p < 0,001$. Quadro 4.b) e durante mais tempo ($p < 0,001$). O facto da mãe ter sido amamentada parece-nos assim ser um factor preditor positivo, o que poderá dever-se à influência das experiências positivas relatadas por pessoas com significado para a gestante e à ajuda e incentivo disponibilizados por essas pessoas à mulher que amamenta. Uma pesquisa levada a cabo por Baum *et al*¹⁶⁹ verificou que as mães que amamentavam durante mais tempo após a alta da maternidade eram aquelas que na sua infância tinham sido amamentadas.

A maior parte das mães que não amamentaram (67%) vivia numa região semi-rural ou rural (Quadro 3.a). As mães de áreas urbanas amamentaram em maior percentagem e durante mais tempo, embora sem significado estatístico; a mesma tendência foi igualmente verificada em relação à amamentação exclusiva (Quadro 4.a). Deram de mamar um mês 56% das mães da região urbana (Quadro 5.a). Também as mães residentes em meio urbano que amamentaram menos do que um mês, foram em menor percentagem do que as residentes em meio semi-rural ou rural (Quadro 5.a).

Poder-se ia esperar que as comunidades rurais amamentassem em maior percentagem e por mais tempo do que as comunidades urbanas, porque as famílias rurais tinham tradicionalmente uma estrutura mais alargada, coabitavam na mesma casa pelo menos duas gerações, possibilitando que as mulheres mais velhas ensinassem e ajudassem as mais novas a cuidar da criança. Hoje, as mães da geração que está a procriar trabalham fora de casa, visto que a reforma só se atinge aos sessenta e cinco anos, não podendo deste modo prestar o apoio necessário às jovens mães na manutenção da amamentação. Por outro lado, as mães que vivem nas cidades podem ter acesso a maior quantidade de informação, dada por

peçoal especializado, enquanto as mães das comunidades rurais poderão ter mais dificuldade na obtenção e compreensão dessa informação. Um estudo europeu, recentemente publicado¹⁶⁴, abrangendo dez países, entre os quais Portugal, conclui serem de índole cultural, socio-económica e de falta de informação as causas mais frequentes das mulheres não frequentarem as consultas durante a gestação. Também não será de descartar a influência sobre o acto de amamentar de algumas práticas publicitárias, que mostram na propaganda aos leites adaptados, bebés risonhos, rosados e rechonchudos. Santos *et al*¹⁶⁵ referem também atitudes e práticas erradas das populações rurais e suburbanas como um factor com incidência negativa na amamentação materna.

Setenta por cento das mães da nossa amostra trabalhavam, 43% faziam-no fora de casa a tempo inteiro e 50% no sector primário. Não deram de mamar 64% das mães que trabalhavam, mas das que o fizeram 69% também trabalhavam. Não se encontraram diferenças estatisticamente válidas entre o trabalho e o tempo de amamentação com ou sem exclusividade. Verificou-se no entanto uma ligeira tendência a favor das mulheres que trabalham, tendo-se encontrado um valor significativo para a amamentação exclusiva durante o primeiro mês de vida do recém-nascido ($p=0,01$. Quadro 5.a), já que deram de mamar pelo menos um mês 75% das mães que trabalhavam.

As mães que trabalhavam no sector primário foram as que amamentaram em maior percentagem e por mais tempo, seguidas das que trabalhavam no sector terciário e por último as do sector secundário, tendo-se verificado igual tendência para a amamentação exclusiva sem haver contudo significado estatístico para esta diferença.

As diferenças encontradas no nosso estudo em relação ao trabalho, podem ter sido influenciadas pelo momento em que foi efectuada a colheita pois ao terceiro mês de pós-parto ainda quase todas as mães se encontram com licença de maternidade, com excepção das que optam por ir trabalhar. Contudo, Birenbaum *et al*¹¹⁰ encontraram uma taxa elevada de mães que optaram por amamentar os seus filhos entre as que trabalharam fora de casa durante a gravidez. A decisão e a duração da amamentação podem não ser afectadas pelo trabalho fora de casa, devido ao facto de no nosso país a licença para amamentar ser paga e após ter retomado o trabalho a mãe ter direito a uma interrupção para dar de mamar ou fazer a expressão do leite enquanto durar a amamentação¹³³. Alguns estudos portugueses

não encontraram relação entre trabalho materno e menor duração da amamentação^{5,165}. O trabalhar a meio tempo coincide com uma menor duração da amamentação. Este meio tempo pode ser um equívoco, pois a mulher pode estar à procura de trabalho a tempo inteiro ou não fazer um trabalho gratificante. Por outro lado, o tempo gasto nas deslocações e o cansaço estão associados com a menor duração da amamentação. Entre as que trabalham em casa a tempo inteiro, algumas poderão estar à procura de emprego ou a estudar.

A leitura dos nossos resultados sugere-nos que as mães que trabalham em sectores não qualificados, primário e as que exercem a sua actividade em sectores que exigem qualificação, terciário, são as que amamentam mais tempo com ou sem exclusividade. No entanto, o sector profissional parece não ter influência na decisão de amamentar nem na duração. O nosso achado pode justificar-se pela maior percentagem de inquiridas pertencer ao sector primário e nesse grupo estarem incluídas as domésticas, as estudantes, as desempregadas e as reformadas.

Das mães que decidiram não amamentar, 57% usufruíam do ordenado mínimo mensal. A maior percentagem de mulheres que também deram de mamar recebia igualmente o ordenado mínimo. A menor percentagem de mães que amamentaram coube às mulheres que recebiam ordenados iguais ou superiores a 200 contos. Embora se verifique uma percentagem ligeiramente mais elevada do tempo de amamentação e da amamentação exclusiva entre as mães que ganhavam o ordenado mínimo, ela não é significativa.

A associação da duração da amamentação com o usufruir de ordenados baixos poderá justificar-se porque no nosso país todos os ordenados são baixos, 125 mil portugueses vivem com o ordenado mínimo. Devido ao actual contexto económico uma grande parte das mulheres com ou sem formação superior têm contratos de trabalho precários. Os contratos são celebrados por tempo determinado, de três em três meses renováveis por um período de um ano. Neste tipo de contratos as mulheres só têm direito a licença de maternidade paga pela segurança social, daí que queiram voltar ao trabalho o mais precocemente possível. As que prestam serviço como trabalhadoras independentes, como é o caso de algumas profissionais de saúde e serviços, não têm direito a licença de

maternidade paga sendo uma das possíveis razões para a menor percentagem de mães que amamentam corresponder às que usufruem salários mais elevados. A competitividade e as pressões hoje observadas nas trabalhadoras que ocupam cargos passíveis de grande rotatividade, geradoras de níveis elevados de ansiedade funcionam como factores de inibição da produção de leite e podem justificar que amamentem menos. Por outro lado, o facto das mães que amamentam mais tempo serem as que usufruem o rendimento mínimo, poderá dever-se a serem também as que permanecem em casa a tempo inteiro, não estando assim pressionadas com o regresso ao trabalho em tempo pré-determinado.

Todas as mães que decidiram não amamentar possuíam escolaridade média, porém também se verificou que as mães com escolaridade média são as que amamentam em maior número, em comparação com as mães que possuem ensino superior, tendo a diferença significado ($p=0,037$. Quadro 3.a). Essas são ainda as que praticam a amamentação durante mais tempo ($p=0,006$), sem e com exclusividade ($p=0,001$. Quadro 4.a). Martinez *et al*¹⁶⁵ verificou num estudo efectuado entre 1971 e 1980, que a prática da amamentação aumentou de forma mais marcada nas mães que não chegavam a ter estudos superiores. Vogel *et al*¹³⁴ encontraram um resultado no sentido oposto, embora sem significado, já que as mães que possuíam somente educação secundária interromperam a amamentação mais cedo do que as mães com educação universitária.

No nosso estudo a nacionalidade e a religião não influenciaram a decisão nem a duração da amamentação. Este resultado é oposto ao encontrado por Birenbaum *et al*¹¹⁰, que observaram que a taxa mais elevada de mães que optaram por amamentar foi encontrada entre as que possuíam uma convicção religiosa marcada. Os nossos achados podem dever-se à uniformidade da amostra, pois todas as mães professavam a religião católica e quase todas (94%) eram de nacionalidade portuguesa.

O tempo de demora entre o nascimento e a primeira vez que o recém-nascido foi colocado à mama parece-nos um bom preditor do método escolhido para os alimentar. As mães que colocaram os bebés a mamar nas primeiras duas horas a seguir ao parto amamentaram em maior percentagem ($p=0,007$. Quadro 3.c) assim como também o fizeram durante mais tempo ($p<0,001$. Quadro 3.c). Observamos igual tendência para a amamentação exclusiva, já que a maior percentagem de mães que deu exclusivamente de mamar, colocou o filho à

mama nas primeiras duas horas, ($p < 0,001$. Quadro 4.c) tendo também prolongado este tipo de alimentação durante mais tempo ($p < 0,001$. Quadro 4.c). Embora neste estudo se possa observar a mesma tendência em relação à amamentação exclusiva ao mês de idade do bebé, a diferença encontrada não apresenta valor estatístico. Alguns estudos apresentam resultados semelhantes, associando a amamentação precoce com o seu sucesso e duração. Easton *et al*¹⁷⁰ encontraram uma relação positiva entre a amamentação precoce e a sua duração, já que as mães que colocaram o bebé a mamar mais cedo foram as que amamentaram mais tempo. Também Campbell *et al*¹⁷¹ observaram que os bebés que efectivamente mamavam durante o primeiro contacto, vieram a ter uma amamentação mais prolongada, particularmente os do sexo masculino. Elander *et al*¹⁷² chegaram a conclusões idênticas, tendo encontrado diferenças significativas na duração da amamentação entre as crianças que foram separadas das mães e aquelas em que não houve separação.

Os resultados da nossa pesquisa sugerem que a suplementação com leite adaptado está fortemente associada com a menor duração da amamentação ($p < 0,001$. Quadro 3.c). Os filhos da quase totalidade das mães (93%) que não amamentaram tomaram leite adaptado no hospital. As mães que não deram biberão também amamentaram durante mais tempo ($p < 0,001$. Quadro 3.c). Encontramos a mesma tendência em relação à amamentação exclusiva, também com significado estatístico, tanto em relação à duração ($p < 0,001$. Quadro 4.c) como à exclusividade ($p < 0,001$. Quadro 4.c).

Estudos vários encontraram resultados semelhantes aos nossos. Michaelsen *et al*¹⁷² fazem referência a uma associação negativa entre a duração da amamentação e a quantidade de leite adaptado dado na maternidade, Também Walker¹⁷³ relaciona a suplementação com o insucesso da amamentação. Uma pesquisa efectuada em Itália¹⁷⁴ chega a conclusões semelhantes acerca da relação entre a duração da amamentação e o uso de suplemento de leite adaptado durante o período de internamento, mas não encontrou relação entre a duração da amamentação e a frequência do uso de suplementação. Coreil e Murphy¹⁷⁵ sugerem que a falta de suporte de familiares e amigos pode ser um factor que contribui para a suplementação com leite industrializado.

No estudo efectuada a percentagem de crianças que nasceram por cesariana foi de 30%, em concordância com as registadas num inquérito nacional referente a 2000, que abrangeu 27

maternidades de centros urbanos e semi-urbanos, e que mostrou valores entre 16,9% e 40,7%¹⁸⁰, que em muito se afastam dos 15% recomendados pela OMS. Refira-se que em países industrializados, a taxa de cesarianas ronda os 10% a 20%, sendo de 12,2% na Suécia, de 15,1% na Finlândia, de 17% em França, de 22,5% em Itália, de 21,3% em Inglaterra e de 22% nos EUA.¹⁸², valores também muito superiores aos registados em Portugal.

Na nossa pesquisa, o tipo de parto está relacionado com a escolha e duração da amamentação, pois a percentagem de mães que deram de mamar e que tiveram parto eutócico é superior à das mães que amamentaram mas que foram submetidas a cesariana ($p=0,010$. Quadro 3.c). As mães que tiveram o parto por via vaginal também deram de mamar durante mais tempo ($p<0,001$. Quadro 3.c). Quanto à amamentação exclusiva, verificou-se igual tendência, sendo as mães que tiveram os filhos por via vaginal as que amamentaram durante mais tempo. Estes achados podem ser explicados por ser ainda prática corrente em algumas maternidades colocar a mãe que foi submetida a cesariana afastada do filho, enquanto não recupera da anestesia e neste intervalo ser com alguma frequência administrado pelo pessoal de saúde leite fórmula ou solução glicosada ao recém-nascido, pelo receio das hipoglicemias neonatais. Endersen *et al*¹⁷⁶ referem que na Noruega, em 1991, 30% das maternidades ainda utilizavam a fórmula infantil ou a água glicosada quando as mães não amamentavam ou em bebés prematuros.

Goransson *et al*¹⁷⁷ referenciam uma relação negativa entre a cesariana e a duração da amamentação. Também Victora *et al*¹⁷⁸ encontraram uma menor duração da amamentação em mulheres submetidas a cesariana de emergência, mas não em relação a cesarianas electivas. Grossman *et al*¹⁷⁹ acharam resultados semelhantes, pois mães cujos partos ocorreram por via vaginal amamentaram em maior número do que as mães que foram submetidas a cesariana.

Os motivos apresentados pela maioria das mães para o abandono precoce da amamentação relacionam-se com a produção de leite, pois algumas mulheres têm receio de não produzirem o leite necessário à satisfação dos seus filhos^{5,27}. Para as mães inexperientes, o choro do filho é sempre de fome, pelo que durante esta fase necessitam de grande apoio e acompanhamento até a lactação estar instituída e o bebé a ganhar peso. Chapman *et al*¹³³ avaliaram o impacto que tem a sensação de início da lactação sobre a duração da

amamentação e sugerem que o início tardio da sensação de ter leite se associa com uma duração mais curta da amamentação. Esta relação modifica-se quando se considera o tempo que a mulher planeou amamentar.

A percentagem de cesarianas encontrada na nossa pesquisa foi de 30%, valor que se posiciona entre os referidos num inquérito nacional que abrangeu 27 maternidades de centros urbanos e semi-urbanos, apresentando valores entre 16,9% e 40,7%¹⁸⁰.

Esta taxa é considerada alta pela OMS, que afirma não haver qualquer benefício associado a uma taxa de cesarianas superior a 15%¹⁸¹

Em países industrializados a taxa nacional de cesarianas ronda os 10-20%, nos países do norte da Europa a taxa situa-se entre os 12,2% da Suécia e os 15,1% da Finlândia inferior à de países como a França 17%, a Itália 22,5%, a Inglaterra 21,3% e os EUA com 22%¹⁸².

Os motivos apresentados por 75% das mães para o abandono precoce da amamentação relacionam-se com a produção de leite, algumas mulheres têm receio de não produzirem o leite necessário à satisfação dos seus filhos⁵. Para mães inexperientes o choro do filho é sempre de fome, necessitam durante esta fase de grande apoio e acompanhamento até a lactação estar instituída e o bebé a engordar.

O trabalho profissional foi o quarto motivo referido pelas mães para o abandono precoce a amamentação, razão que no entanto, não é unanimemente aceite pelos autores, já que, se alguns citam esse motivo¹³², outros não o consideram¹³⁴.

Trinta das mães desistiram de amamentar antes dos três meses, afirmando que o bebé não mamava. Algumas vezes há lactentes que se saciam mais depressa que outros porque efectuam uma sucção mais eficaz e mamam a mesma quantidade de leite em menos tempo do que bebés mais lentos. Além disso nenhuma mãe apontou a perda de peso como motivo para parar a amamentação.

A ocorrência de rágadas mamilares foi outro dos motivos apontado pelas mães para pararem a amamentação, o que denota deficiente informação e apoio prestados às mulheres, quer durante a gestação, quer no puerpério.

O choro do bebê e o não aumento de peso são factores importantes, pois podem ser geradores de grande ansiedade na mãe, que pode levar a uma diminuição da produção de leite e contribuir para criar um ciclo vicioso do qual a mulher só sairá dificilmente e com ajuda.

É ainda, de referir que para algumas mães a amamentação parece ser vista como uma prisão e simultaneamente uma obrigação que não lhe deixa tempo para outras actividades, nem para si próprias¹¹.

Para três mães o motivo de desistência de amamentar foi o marido não querer que amamentasse: estes pais, não sendo implicados no processo de vinculação, podem sentir ciúmes do tempo que a mãe passa a dedicar ao bebê e que anteriormente lhe pertencia.

Em três outros casos, a opinião de familiares próximos foi citada como causa da suspensão da amamentação. Essas mães fizeram alusão que as suas mães, irmãs ou tias achavam a prática do aleitamento por biberão mais fácil, aconselhando-as por isso ao abandono da amamentação. A experiência pessoal pode ter influenciado esse conselho dado às jovens mães, pois sabe-se que o ter sido amamentada é um preditor positivo para a escolha e manutenção da amamentação^{150,163,169}.

6 – CONCLUSÕES

Da análise dos dados recolhidos na nossa pesquisa pode-se concluir que:

No internamento, a prevalência da intenção de amamentar foi de 98%.

Ao terceiro mês a taxa de amamentação baixou para 66%.

A amamentação exclusiva foi de 47% aos três meses.

Das mães que amamentaram exclusivamente menos do que três meses, 9% fizeram-no menos do que um mês e 10% um mês ou mais.

Encontrou-se significado estatístico entre a decisão prévia de amamentar e a escolha e duração da amamentação.

Um número maior de mães pratica a amamentação exclusiva quando a decisão é tomada de comum acordo com o pai da criança.

Não se encontrou associação com significado estatístico entre a escolha ou a duração da amamentação exclusiva ou não, e o estado civil, a vivência, a área de residência, o trabalho, o sector profissional, a actividade, o rendimento mensal, a frequência de consultas durante a gestação, a nacionalidade e a religião professada.

A escolaridade está relacionada com a escolha e a duração da amamentação e da amamentação exclusiva. As mães com escolaridade média amamentaram em maior número e durante mais tempo do que as mães com escolaridade superior.

Também se encontrou uma relação positiva entre a primiparidade e a duração da amamentação, pois amamentaram mais tempo as mães primíparas. Já o número de filhos parece não estar associado nem com a escolha, nem com a duração da amamentação.

Verificou-se também significado estatístico entre o facto da mãe ter sido amamentada, a duração da amamentação, a escolha da amamentação exclusiva e a sua duração.

A experiência de amamentar está associada com escolha e a duração da amamentação.

O tempo decorrido entre a primeira vez que o bebé é colocado à mama também está associado com o sucesso da escolha e da duração da amamentação. Amamentaram em maior número e durante mais tempo as mães que colocaram o bebé a mamar dentro das primeiras duas horas de vida.

A administração de leite adaptado associa-se negativamente com a escolha e a duração da amamentação. As mães que optaram por amamentar em maior número foram aquelas que não deram biberão ao bebé durante o internamento e foram também as que praticaram a amamentação exclusiva durante mais tempo.

Verificou-se haver uma associação entre o tipo de parto, a escolha da forma de amamentar e a duração da amamentação. As mães que amamentaram em maior número e durante mais tempo foram as que tiveram parto eutócico. Encontrou-se igual tendência para a amamentação exclusiva. No entanto esta associação não foi observada na amamentação ao mês de idade.

7 – SUGESTÕES

Embora os resultados da pesquisa nos tenham permitido encontrar relação entre algumas variáveis não encontramos confirmação estatística para muitas delas. Poderia ser vantajoso efectuar estudos dentro desta área com maior duração e amostragem, utilizando a visita domiciliária para recolha de informação após a alta.

Os locais de trabalho deveriam voltar a ter infantários para acolher os filhos das trabalhadoras. Parece-nos que desta forma seria mais fácil prevenir algumas causas de desmame precoce, o absentismo, a ansiedade à criança e à mãe, a ausência do estímulo da sucção, o que permitiria aumentar o vínculo afectivo entre a mãe e o filho, e até aumentar a produtividade, pois desta forma a mãe trabalharia com mais afincio já que se sentiria segura e confiante.

Formação dos profissionais neste âmbito, realçando nos currículos das licenciaturas e da formação pós-graduada na área da Saúde a importância da amamentação, dada a carência de informação implícita nas causas apontadas como motivo do desmame precoce e na falta de relação entre a frequência de consultas pré-natais e a duração da amamentação.

Criação de consultas de amamentação nos hospitais e nos centros de saúde, efectuadas por profissionais com formação nessa área seguindo as directrizes do país, da OMS e da UNICEF.

Implementação de acções de educação para a Saúde a nível de agregados populacionais alvo, bem como promoção da formação de grupos de apoio, constituídos por mães motivadas e com experiência gratificante que a quisessem transmitir para assim fomentar a cultura da amamentação

Instituição de um programa de visitas domiciliárias durante todo o tempo de amamentação e sempre que a mãe exprimisse necessidade de ajuda.

Execução pelos órgãos de informação, de campanhas publicitárias alusivas à amamentação.

Obtenção de uma linha telefónica aberta direccionada às mães que amamentam e atendida por profissionais com formação neste âmbito.

8 - RESUMO

INTRODUÇÃO: A OMS recomenda a amamentação pelo menos nos primeiras seis meses vida, pois são-lhe reconhecidas enormes vantagens não só para a criança como para a mãe e para a própria sociedade, e aconselha que se mantenha até ao segundo ano de vida ou até quando as mães e filhos possam continuar, embora com introdução gradual de alimentos complementares adequados. Em Portugal a amamentação é aconselhada pelo menos até aos quatro meses de idade. Porém, a amamentação não é praticada com a frequência e a duração que deveria ser. Segundo a OMS, a prevalência da amamentação exclusiva nas crianças com menos de quatro meses é inferior a 50% na maioria dos países, percentagem idêntica à registada em Portugal.

OBJECTIVOS: Com este trabalho pretendeu-se determinar na amostra estudada a prevalência da intenção de amamentar no momento do nascimento e aos três meses de vida do bebé, bem como identificar alguns dos factores que contribuem para o desmame precoce.

POPULAÇÃO E MÉTODOS: Efectuou-se um estudo exploratório descritivo correlacional que abrangeu uma amostra sistemática de todas as mulheres que deram entrada em hospitais situados a norte do rio Douro, de Abril a Junho de 2001. Foram recebidos 3564 questionários referentes à primeira fase, ficando a amostra constituída, após a segunda fase, por 1159 (32,5%). A comparação entre as variáveis estudadas foi efectuada utilizando o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou o teste exacto de Fisher.

RESULTADOS: A prevalência da intenção de amamentar foi de 98% no internamento e a taxa da amamentação ao terceiro mês foi de 66%. Encontrou-se associação com significado estatístico entre o número de mães que amamentou com: escolaridade média ($p=0,037$), experiência anterior de amamentação ($p=0,044$), intenção de amamentar ($p<0,001$), amamentação do bebé nas primeiras duas horas de vida ($p=0,007$), não suplementação com leite fórmula ($p<0,001$) e parto por via vaginal ($p<0,001$). Todas estas mães foram também as que amamentaram durante mais tempo. Foi igualmente encontrada associação com

significado estatístico entre amamentação exclusiva e escolaridade média ($p=0,001$), experiência anterior de amamentação ($p=0,042$), intenção quanto à amamentação ($p=0,033$), tomada de decisão do casal ($p=0,001$), a mãe ter sido amamentada ($p>0,001$), amamentação do bebê nas primeiras duas horas de vida ($p<0,001$), não suplementação com leite adaptado ($p<0,001$) e parto por via vaginal ($p<0,001$). Não se encontraram associações com significado estatístico entre a amamentação exclusiva ao mês de idade do bebê e outras variáveis em estudo.

CONCLUSÕES: A prevalência da amamentação aos três meses de idade sugere que foi atingido o objectivo do Ministério da Saúde, sendo no entanto, a amamentação exclusiva pouco frequente. Os factores sócio-demográficos não se revelaram determinantes na duração da amamentação, embora sejam os que têm maior variabilidade. Intervenções de educação para a saúde neste domínio podem contribuir grandemente para o seu incremento. Alguns factores maternos mostraram-se passíveis de influenciar não só a duração como a escolha da forma de alimentar o recém-nascido. Também factores relacionados com as práticas hospitalares constituem importantes indiciadores da duração da amamentação, sendo susceptíveis de intervenção através de medidas que modifiquem as rotinas instituídas que estão fortemente associadas com o desmame precoce.

8.1 - ABSTRACT

INTRODUCTION: The WHO recommends breastfeeding during at least the first six months of the infant, as many benefits not only for the child and the mother, but also for the society itself are recognized, and advises to continue it until the second year or up to the wish of both mother and child, in combination with gradual introduction of adequate complementary food. In Portugal breastfeeding is advised at least until the fourth month of age. Nevertheless, the breastfeeding is frequently not followed as required. According to the WHO, exclusive breastfeeding in children under four months of age is not achieving the 50% in most of the countries, including Portugal.

GOALS: The aim of this study was to find out the importance of the intention to breastfeed after birth and in the first three months of age, as well as identifying the factors of early cessation of breastfeeding.

POPULATION AND METHODS: A cohort study was undertaken into explore the correlations among a sample of all the women who were admitted to several hospitals located in the north of the Douro river, between April and June of 2000. Regarding the first phase of this inquiry 3564 questionnaires were answered and received back, but after the second phase only 1159 were used for the studied-sample. The comparison between the variables studied were made using the Qui-Square Pearson's test and the accurate Fisher test.

RESULTS: The prevalence of the intention of breastfeeding during the hospital stay was reaching the 98%. When reaching the third month of age it had decreased to 66%. The results showed that many factors are associated with the intention and duration of breastfeeding among mothers: an outside full-time work ($p=0,009$), breastfeeding experience in the first two hours of life ($p=0,007$), medium education level ($p=0,037$), a previous experience with breastfeeding ($p<0,001$), the non use of supplementation with infant formula ($p<0,001$) and a vaginal birth ($p<0,001$), which concluded that those same mothers had the longest duration of breastfeeding. Regarding exclusive breastfeeding, also

many factors were associated, such as: a medium education level ($p=0,001$), multiparity ($p=0,042$), the intention of breastfeeding ($p<0,001$), the decision of the length of breastfeeding taken by the couple ($p=0,001$), the fact that the mother herself had been breastfed in her infancy ($<0,001$), the experience of breastfeeding the infant in first two hours of life ($p<0,001$), the non introduction of supplementation with infant formula ($p<0,001$) and a vaginal birth ($p<0,001$).

CONCLUSIONS: The fact that many mothers are now breastfeeding up to the third month at least, reveals that the goal which the Ministry of Health had set for breastfeeding is reached, nevertheless, the exclusive breastfeeding is still not common. Socio-demographic factors, although important and much variable, are not considered relevant for the duration of breastfeeding. Health care education should be implemented to develop it. There are many significant maternal factors that can influence the duration of breastfeeding or even determine the choice how to feed the infant. Also some practices within the hospitals are found to be a predictor of the duration of breastfeeding and some new developments in health care should be implemented in order to cease with the routines associated with early weaning.

9 – BIBLIOGRAFIA

- 1 - Moleiro AM - Alimentação ao peito e cuidados básicos. Rev Port Ped 1984; 15:245-256
- 2 - Fernandes A, Sousa A M, Guimarães H *et al* - Incidência do aleitamento materno na maternidade do Hospital de S. João. Jornal do Médico 1987;118:1028-1033
- 3 - Santos GN, Areias MA - Aleitamento materno - estudo realizado numa população de puérperas da Maternidade Júlio Dinis. Jornal do Médico 1990;128:395-397
- 4 - Queirós D, Couto L - Panorâmica da alimentação de crianças de uma área de Vila Nova de Gaia. Rev Port Clín.Geral 1988;34:1-16
- 5 - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários - Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente. Direcção Geral da Saúde. Lisboa 1990
- 6 - Teixeira AF - Aleitamento materno - motivação e prática. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do Curso Superior de Ciências da Nutrição. Porto 1990
- 7 - Nova AV - Promoção do aleitamento materno. Trabalho realizado no âmbito do estágio do 5º ano do Curso Superior de Ciências da Nutrição. Porto 1991
- 8 - Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde - Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Continente Dados gerais. Ministério da Saúde. Lisboa 1995 pp238-240
- 9 - Damiens M - Como bem amamentar os nossos filhos: seio ou biberão? Contexto Editora, Lisboa 1990 pp14-18 e 80-84
- 10 - Maher V - The anthropology of breast-feeding. Natural law or social construct. Oxford, Berg Publishers Limited 1992
- 11 - Serrano C - O aleitamento: diferentes caminhos para o mesmo fim. Informar 1997;2:8 15-20
- 12 - Roy JE - O aleitamento materno. Servir 2000;48(4):203
- 13 - Cordeiro JD - A saúde mental e a vida. Edições Salamandra; Lisboa 2ª ed ,1987 pp 113-119
- 14 - Alves AM, Almeida M - Aleitamento Materno – Breve Perspectiva Histórica. Rev Port de Nutrição 1992;4 (2): 8-20

- 15 - Fildes VA - Breast, bottles and babies – a history of infant feeding . Edinburgh University Press. Edinburgh 1986
- 16 - Lawrence, RA - Breastfeeding: a guide for the medical profession. The C.V. Mosby Company 3^a ed, USA 1989
- 17 - Nelson W E, Kliegman R M, Ardin A M - Tratado de Pediatria. Guanabara Koogan vol I, Rio de Janeiro 1997
- 18 - Barness LA - History of infant feeding practices. Am J Clin Nutr 1987;46:168-170
- 19 - WHO/UNICEF- Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneve 1989
- 20 - Ministério da Saúde - Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século 1998-2002
- 21 - Bobak IM, Lowdermilk L, Jensen MD - Enfermagem na Maternidade. Lusociência, 1999 4^a ed. Loures pp428-446
- 22 - Worthington BS, Vermeersh J, Williams SR - Nutrition During Pregnancy and Lactation. The C.V. Mosby Company 1997. Saint Louis pp
- 23 - Garrow JS, James WPT, Ralph A - Human Nutrition and Dietetics. Churchill Livingstone 10th ed, pp449-562. London 2000
- 24 - Worthington RB, Williams SR – Nutrition throughout the Life Cycle. Mosby 1996. London pp197-230
- 25 - Guerreiro, ME - A alegria de amamentar. Maltese pp15-17/49-55/95-97. S Paulo 1990
- 26 - Schraml WJ - Introdução á moderna psicologia do desenvolvimento para educadores. Escola Paulista Universitária. São Paulo 1977;3:35-50
- 27 - D' Almeida, L - O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa 1996, pp18-19
- 28 - Murahovschi J *et al* - Cartilha da Amamentação: doando amor. Almedia Editora. 2^a ed São Paulo 1997 pp14.
- 29 - Marchessault YP- Seio ou biberão? Biblioteca do homem e da mulher. Publicações Europa-América, Mem Martins 1977 pp 17-29.

- 30 - Greer FR, Marshall S, Cherry J, Suttie JW- Vitamin K status of lactating mothers, human milk, and breast-feeding infants. *Pediatrics* 1991; 88:751-756
- 31 - Levy L - A alimentação no primeiro ano de vida. *Rev Port Pediatr* 1994;25:119-120
- 32 - Tripp JH, Mcninch AW - O colapso da vitamina K: desfaz o nó górdico mas acima de tudo não faz mal. *Actualidade em Pediatria* 1998;6(6): 321-324
- 33 - Hamosh M, Peterson JA, Henderson TR, *et al* - Protective function of human milk: the milk fat globule. *Semin Perinatol* 1999; 26: 443-450
- 34 - Atkinson SA, Bryan MH, Anderson GH - Human milk: difference in nitrogen concentration in milk from mothers of term and premature infants. *J Pediatr* 1978; 93:67-69
- 35 - Atkinson S A, Radde IC, Anderson H - Macromineral balances in premature infants fed their own mother's milk or formula. *J Pediatr* 1983; 102:99-106
- 36 - Chessex P, Reichman B, Verellen G *et al* - Quality of growth in premature infants fed their own mother's milk. *J Pediatr* 1983; 102: 107-112
- 37 - Lefevre F - L'allaitement du nouveau né de petit poids de naissance. *Pédiatrie* 1991; 46:405-410
- 38 - Lucas A - Availability of preterm milk. *Lancet* 1983;i:1045-1046
- 39 - Birch E, *et al* - Breastfeeding and optimal visual development. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1993;30:33-38
- 40 - Bloem M, *et al* - The role of universal distribution of vitamin A capsules in combating vitamin a deficiency in Bangladesh. *Am J Epidemiol* 1995; 142(8):843-855
- 41 - Sousa JS, Carvalho CA - Nutrição em Pediatria. Publicação da Direcção Geral de Saúde 1983 pp7-54
- 44 - Levy AA, Duarte A, Sousa C - Inquérito sobre aleitamento materno. Distrito de Setúbal-1993. *Acta Ped Port* 1993;26:177-183
- 43 - Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J *et al* - Determinants of growth from birth to 12 months among breast feed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics* 1995; 96: 504-510
- 44 - Albuquerque M, Oliveira G, Abrantes M *et al* - Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Nascer e Crescer* 1996;2:107-111.

- 45 - Clemens J, Rao M, Ahmed F, Ward R, *et al* - Breast-feeding and the risk of life threatening rotavirus diarrhea: prevention or postponement. *Pediatrics* 1993; 92: 680-685
- 46 - Cruz JR, Gil L, Cano F *et al*. Breast milk anti - *Escherichia coli* heat-labile toxin IgA antibodies protect against toxin-induced infantile diarrhea. *Acta Paediatr Scand* 1988; 77: 658-662
- 47 - Glass RI, Svennerholm AM, Stoll BJ - Protection against cholera in breast fed children by antibodies in breast milk. *N Engl J Med* 1983; 308:1389-1392
- 48 - Pabst HF, Godel M, Spady DW - Effect of breast-feeding on immune response to BCG vaccination. *Lancet* 1989;334:295-297
- 49 - Goldman AS, Thorpe LW, Goldblum RM, Hanson LA - Anti-inflammatory properties of human milk. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 689-695
- 50 - Pabst HF, Spady DW - Effect of breast-feeding on antibody response to conjugate vaccine. *Lancet* 1990; 336: 269-270.
- 51 - Ho M, Glass RI, Pinsky PF, Anderson LJ - Rotavirus as a cause of diarrhoeal morbidity and mortality in the United States. *J Infect Dis* 1988; 158:1112-1116
- 52 - Ashraf RN, Jalil F, Zaman S *et al* - Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Arch Dis Child* 1991;66:448-450
- 53 - Victora CG, Huttly SRA, Barros FC, Vaughan JP - Breast feeding duration in consecutive offspring: a prospective study from southern Brazil. *Acta Paediatr* 1992; 81:12-14
- 54 - Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP - Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991;118:659-666
- 55 - Dewey KG, Heining MJ, Nommsen-Rivers JA - Differences in morbidity between breast fed and formula fed infants. *J Pediatr* 1995; 126:696-702
- 56 - Siigur U, Tamm A - Faecal short-chain fatty acids in breast-fed and bottle-fed infants. *Acta Paediatr* 1993;82:538-548
- 57 - Gunnlaugsson G, Silva MC, Smedman L - Does age at the start of breast feeding influence infantile diarrhoea morbidity? A case control study in periurban Guinea-Bissau. *Acta Paediatr* 1995;84:398-401
- 58 - Bernt KM, Walker WA - Human milk as a carrier of biochemical messages. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 430:27-41

- 59 - Brown KH - Dietary management of acute childhood diarrhea: Optimal timing of feeding and appropriate use of milks and mixed diets. *J Pediatr* 1991; 118: S92-98
- 60 - Lucas A, Cole TJ - Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet* 1990;336:519-523
- 61 - Prentice A - Breast feeding increases concentration of IgA in infants urine. *Arch Dis Child* 1987;62:792-795
- 62 - Parker SJ, Barret DE - Maternal type. A behaviour during pregnancy, neonatal crying and early infant temperament. A woman have type. A babies do type? *Pediatrics* 1992;89:474-479
- 63 - Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA *et al* - Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ* 1990;300:11-16
- 64 - Lefevre F - L'allaitement du nouveau né de petit poids de naissance. *Pédiatrie* 1991; 46:405-410
- 65 - Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL - Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *J Pediatr* 1995;126:105-111
- 66 - Newman J - How Breast Milk Protects Newborns. *Scientific American* December 1995:58-61
- 67 - Garza C, Butte NF, Golgman AS - Human milk and infant formula, *In*: RM Suskind and L Lewinter, edits. *Textbook of Pediatric Nutrition*. New York Suskind Raven Press 1993:pp 33-42
- 68 - Ravelli ACJ, Van der Meulen JHP, Osmond C *et al* - A alimentação do lactente e tolerância à glicose, perfil lipídico, pressão arterial e obesidade do adulto. *Atualidade em Pediatria* 2000;8:126-133
- 69 - Duchén K, Thorell L - Nucleotide and polyamine levels in colostrums and mature milk in relation to maternal atopy and atopic development in the children. 1999; 88:1338-1343
- 70 - Hide DW, Gant C - Hipoallergenic formula-have they a therapeutic role? Editorial. *Clin Exper Allergy* 1994; 24:3-4
- 71 - Lucas A, Brooke OG, Morley R *et al* - Early diet of preterm infants and sub development of allergic or atopic disease: randomized prospective study. *BMJ* 1990;300:837-840

- 72 - Chandra RK - Prospective studies of the effect of breast feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand* 1979; 68:691-694
- 73 - Duke University - Mother's Milk: An Ounce of Prevention? *Arthritis Today* 1994 May-June:21-24
- 74 - Yadav M, Akobery AK, Thomas AG - Breast-feeding and childhood obesity. *Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition* 2000; 30(3):345-346
- 75 - Virtanen *et al* - Diet Cow's milk protein antibodies and the risk of IDDM in Finnish children. Childhood Diabetes in Finland Study Group. *Diabetologia* 1994;37(4):381-387
- 76 - Dick G - The Etiology of Multiple Esclerosis. *Proc Roy Soc Med* 1989;69:611-615
- 77 - Lucas A, Morley R, Cole TJ - Breast milk and subsequent intelligence quotient children born preterm. *Lancet* 1992; 339:251-254
- 78 - Lucas A, Cole TJ, Gore SM *et al* - Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet* 1990; 335:1477-1481
- 79 - Vestergaard M, Obel C, Sorensen HT *et al* - Duration of breastfeeding and developmental milestone during the latter half of infancy. *Acta Paediatr* 1999; 88:1327-1332
- 80 - Britton H - Mother-infant interaction. Relationship to early infant nutrition. New York, Suskind Raven Press 1993:43-48
- 81 - Horwood and Fergusson - Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998;101(1):120-124
- 82 - Bowlby J - A natureza da ligação da criança com a mãe in Secozka Luis -As ligações infantis. Livraria Bertrand 1976 pp106
- 83 - Hofer MA - Early social relationships: a psychologist's view. *Child Dev* 1987;58:633-647
- 84 - Gomes-Pedro J - Intervenção precoce em pediatria. *Rev Port. Pediatria* 1991;22:43-52
- 85 - Winberg J - Examining breast-feeding performance: Forgotten influencing factors. *Acta Paediatr* 1995; 84:465-467
- 86 - Klaus MH, Kennell JH - An early maternal sensitive period? A theoretical analysis. *In: Strend D. ed. Intensive Care in the Newborn II*, 1979:584-587

- 87 - Whaley LF, Wong DL - Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva. Editora Guanabara. Rio de Janeiro 1989, 2ªed pp 100-146
- 88 - Montrone VG, de Rose JC - Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro 1996;12(1):61-68
- 89 - Cuidados Primários de Saúde à Criança Portuguesa: XII Curso de Actualização e Aperfeiçoamento da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa; Publicação da Direcção Geral da Saúde 1979.
- 90 - Perez A, Valdes V - Santiago breast-feeding promotion program: preliminary results of an intervention study. Am. J. Obstetr Gynecol 1991;165:2039-2044
- 91 - Kennedy KI, Visness CM - Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet 1992;339:227-230
- 92 - Campbell J - Breast-feeding and birth control. Lancet 1991;337:911
- 93 - World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. The World Health Organization Multinational Study of Breast feeding and Lactational Amenorrhoea,III. Pregnancy during breast-feeding. Fertil Steril 1999;72:431-440
- 94- Ball TM, Wright AL - Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-876
- 95 - Silva DV, Fonseca S - Aleitamento materno: uma alimentação ecológica e inteligente. Porto. Editor Norberto Teixeira dos Santos, 1997
- 96 - Montgomery AM - Breastfeeding and postpartum maternal care. Update in Maternity Care 2000;27(1):237-249
- 97 - Bernier MO, Plu-Bureau G, Bossard N et al - Amamentação e risco de cancro da mama: a meta-analysis dos estudos publicados. Human Reproduction Update 2000;6(4):374-386
- 98 - McCann M, Liskin L - La lactancia maternal, la fecundidad y la planificación familiar. Population Reports, Serie J nº24 Baltimore, Maryland: The John Hopkins University, Population, Information, Program, 1987
- 99 - Lipworth, L, Brailey R, Trichopoulos D - History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: A Review of the Epidemiologic Literature. J of the Nat Cancer Inst 2000; SI 92(4):302-312

- 100 - Hartge P *et al*- A case control study of epithelial ovarian cancer. Am J Obst Gynecol 1989;161:126-128
- 101 - Rosenblatt KA, Tomas DB - WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Int J Epidemiol 1993;22:192-97.
- 102 - Burroughs A - Enfermagem Materna. Artes Médicas, 1995. Porto Alegre. 6ª ed pp 362-415
- 103 - Filho JM - Como e porquê amamentar. São Paulo, Sarvier Editora de Livros Médicos 1984
- 104 - Ryan AS, Rush D, Krieger FW *et al* - Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. Pediatrics 1991; 88:719-727
- 105 - Fisher C - A midwife's view of the history of modern breastfeeding practices. Int J Gynecol Obstet 1990;31:47-50
- 106 - Cordeiro M - Panorama de Saúde Infantil em Portugal: Temas de Pediatria. Edições Sandoz-Wander, 1990 (1) Lisboa p 206
- 107 - Maher JC, Lizarraga JL, Wingard DL *et al* - A comparative study of adolescent and adult mothers who intend to breastfeed. J Adolescent Health 1993;14:435-437
- 108 - Hawthorne K - Intention and reality in infant feeding. Clinical Midwife 1994; 4: 25-28
- 109 - Giugliani ERJ, Bronner Y, Caiaffa WT, *et al* - Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers knowledge of breast feeding. Acta Paediatr 1994; 83:1127-1131
- 110 - Birenbaun E, Fuchs C, Reichman B - Demographic factors influencing the initiation of breast-feeding in a Israeli urban population. Pediatrics 1989;83:519-523.
- 111 - Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ - Attitudes of expectant fathers regarding breastfeeding. Pediatrics 1992; 90: 224-227
- 112 - Okolo SN, Adewunmi YB, Okonjic MC - Current breastfeeding knowledge, attitude and practices of mothers in five rural communities in the Savannah Region of Nigeria. Journal of Tropical Pediatrics 1999; 45:323-326
- 113 - Bee DE - Breast-feeding initiation in a triethnic population. American Journal DC 1991;145:306-309

- 114 - Cordeiro JG, Carvalho MC – Alimentação da Criança Saudável alguns aspectos. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários 1990 p4
- 115 - Rocha LM, Gomes A – Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Saúde Infantil 1998;20(3):59-66
- 116 - Serrano C – A enfermagem em pediatria e puericultura. Livraria Ateneu. Rio de Janeiro/S Paulo 1989 pp15-20
- 117 - Zimmerman, DR – You can make a difference: Increasing Breastfeeding rates in an inner-city clinic. J Hum Lact 1999;15(3):217-220
- 118 - Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G - The Copenhagen Cohort Study on Infant Nutrition and Growth: duration of breast feeding and influencing factors. Acta Paediatr 1994;83:565-571
- 119 - Santos NT, Azevedo JM, Guerra AJ *et al* - Amamentação no 1º ano de vida: estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. Arq Med 1988, 2:56-61
- 120 - Freed GL, Clark SJ, Sorenson J *et al* - National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training and experience. JAMA 1995;273(6): 472-476
- 121 - Freed GL, Clark SJ, Lhor JA, Sorenson JR - Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: a national study of residents and practitioners. Pediatrics 1995;96(3) Pt1:490-494
- 122 - Appebaum RM - Preparação para o aleitamento materno: técnicas que contribuem para o seu sucesso. Traduzido e compilado pelo serviço de Educação Sanitária da Direcção Geral de Saúde. Lisboa 1975 p2
- 123 - Diário da República número 103, 1ª série A Decreto-Lei nº70/2000 Artigo 33)
- 124 - Barron SP, Lane HW, Hannan TE *et al* - Factors influencing duration of breast feeding among low-income women. J Am Diet Assoc 1988;88(12): 1557-1561
- 125 - Jacobson SW, Jacobson JL, Freye KF - Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women Pediatrics 1991; 88:728-736
- 126 - Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC *et al* - Does Parental Breastfeeding Knowledge Increase Breastfeeding Rates? Birth 1999;26(3):149-156
- 127 - Damiens M – Como bem amamentar os seus filhos: seio ou biberão? Contexto Editora. Lisboa 1990 pp14-18/80-84

- 128 - Rodrigues C, Martín E, Muñoz R - Lactancia materna: retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. *Rol de Enfermería* 1998;234(XXI):61
- 129 - Manzanares LM, Sanz MT, López LG - Lactancia materna. *Rol de Enfermería* 1997;227-228(XX):79-82
- 130 - D'Almeida ML - o sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. *FML* 1996 p35
- 131 - Visness CM, Kennedy KI - Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health* 1997; 87(6): 945-950
- 132 - Greiner T - Factors associated with the duration of breast-feeding may depend on the extent to which mothers of young children are employed. *Acta Paediatr* 1999;88: 1311-1319
- 133 - Chapman DJ, Pérez-Escamilla R - Does Delayed Perception of the Onset of Lactation Shorten Breastfeeding Duration?. *J Hum Lact* 1999;15(2):107-111
- 134 - Vogel A, Hutchinson BL, Mitchell EA - Factors associated with the duration of breast-feeding. *Acta Paediatr* 1999;88:1320-1326
- 135 - Miura E, Procianoy RS - Neonatologia: Princípios e prática. *Artes Médicas* 1997. Porto Alegre 6ªed pp515-516
- 136 - Lawrence RA - A review of the medical benefits and contraindications to breast-feeding in the United States. *Maternal and Child Health Technical Information Bulletin*. Arlington: VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1997 pp 1-38
- 137 - Lawrence RA, Howard CR - Given the benefits of breast-feeding: are there any contraindications? *Clin Perinatol* 1999;26:479-490
- 138 - Marques R, Mota-Miranda A, Gomes MH, Lecour H - A Mulher Infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. *Arquivos de Medicina*;14(2):123-128
- 139 - Guay LA, Musoke P, Fleming T *et al* - Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802
- 140 - Fowler MG, Bertolli J, Nieburg P - When is breast-feeding not best? The dilemma facing HIV infected women in resource-poor settings. *JAMA* 1999;282:781-783
- 141 - Resende J - Obstetrícia. Guanabara Koogan 1991. Rio de Janeiro 6ª ed pp438-439

- 142 - Grupo de Estudo das Hepatites - Conferência de Consenso sobre Hepatite C. Centro de Gastroenterologia da Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Direcção Geral de Saúde 1999
- 143 - Tarantino AB - Doenças Pulmonares. Guanabara Koogan S.A.1990. Porto Alegre 3ª ed p279
- 144 - Howard CR, Lawrence RA - Drugs and breast-feeding. Clin Perinatol 1999;26:447-448
- 145 - Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemical into human milk. Pediatrics 1994;137-150
- 146 - Frank NJ, Snyder LJ, Kotansky BC - Breastfeeding and Over-the-Counter Medications. J Hum Lact 2000;16(4):319-33
- 147 - Auerbach KG - Breastfeeding and Maternal Medication Use. JOGNN 1999;28:554-563
- 148 - Bornmann PG, Ross GL - Using the Battery of Protect and Support Breastfeeding. J Hum Lact 2000;16(1):47-50
- 149 - Martens PJ - Does Breastfeeding Education Affect Nursing Staff Beliefs, Exclusive Breastfeeding Rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative Compliance? The Experience of a Small, Rural Canadian Hospital. J Hum Lact 2000;16(4):309-318
- 150 - Organização Mundial de Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância - Protección , Promocion, y Apoyo de la lactancia natural. Geneve, 1989
- 151 - Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio, Art 8º, j)
- 152 - Montgomery KS - Implementing Breastfeeding Education in the Academic Setting. J Hum Lact 1999;15(2):145-147
- 153 - WHO/UNICEF: Baby Friendly Initiative, Hospital Level Implementation, WHO/UNICEF Guidelines. Geneve and New York: WHO and UNICEF, 1992
- 156 - Grupo de trabalho para o aleitamento materno da Academia Americana de Pediatria. O aleitamento materno e a utilização do leite humano. Pediatrics 1997;11(5):641-646
- 157 - Johnson TS, Brennan RA, Flynn-Tymkow CD - A Home Visit Program for Breastfeeding Education and Support. JOGNN 1999;28(5):480-485

- 158 - Decreto-Lei N° 387-B/87, de 29 de Dezembro e Decreto-Lei N°. 391/88, de 26 de Outubro
- 158a - Labbok M, Krasovec K - Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21:221-230
- 159 - Goransson A, Saarikoski A, Tamminen T, *et al* - The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:9-12
- 160 - Starling J, Fergusson DM, Horwood LJ, Taylor B - Breast feeding success and failure. *Aust Paediatr J* 1979;15:271-274
- 161 - Alison L - Breastfeeding trends in New Zealand. Results from the Plunket National Child Health Study. *Plunket Nursing Newslines* September 1992
- 162 - Fitzpatrick C, Kevarny J - The duration of breast feeds. *J Irish Med Ass* 1997; 70:3
- 163 - Amatayakul K, Wongsawasdi L, Mangklabruks A, *et al* - Effects of parity on breastfeeding: A study in the rural setting in Northern Thailand. *J Hum Lact* 1999;15(2):121-124
- 164 - Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M - Barriers to pré-natal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001;21(1):52-59
- 165 - Santos NT, Guerra AJM, Lourenço L, Morais MR *et al* - Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais. *Ver Port Pediatr* 1984;15:3-48
- 166 - Martinez GA, Dood DA, Samartgedes JA - Milk feeding patterns in the United States during the first 12 months of life. *Pediatrics* 1981;68:863-868
- 167 - Guire L, Pibarot A, Blanc JF - Facteurs influençant le choix de l'allaitement par les mères. Résultats d'une enquête en maternités publiques. *Pédiatrie* 1989;44:53-58
- 168 - Deena RZ - You can make a difference: Increasing breastfeeding rates in an Inner-City Clinic. *J Hum Lact* 1999;15(3):217-220
- 169 - Baum JD, Mclean L, Sloper K - Factors influencing breast feeding. *Arch Dis Child* 1975;50:165-170
- 170 - Easton PM, Salariya EM - Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;25:141-143

- 171 - Campbell SB, Malono JA, Taylor FH, Taylor PM – Extra early mother-infant contact of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1985;316(s):15-22
- 172 - Elander G, Lindberg T – Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1984;73:237-240
- 173 - Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G – The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994;83:565-571
- 174 - Walker M, - A fresh look at the risks of artificial infant feeding. *Journal of Human Lactation* 1993;9:97-107
- 175 - Faldella G, Di Comite A, Marchiani E *et al* – Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy. *Acta Paediatr* 1999; 430(suppl):23-26
- 176 - Coreil J, Murphy J – Maternal commitment, lactation practices, and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1988;17:273-278
- 177 – Endersen EH, Helsing E – Changes in breastfeeding practices in Norwegian Maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr Scand* 1995;84:719-724
- 178 – Victora CG, Huntly SRA, Barros FC, Vauhan PJ – Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Arch Dis Child* 1990;65:632-634
- 179 – Grossman JK, Fitzsimmons SM, Larsen-Alexander JB *et al* – The infant feeding decision in low and upper income women. *Clin Pediatr* 1990;29:30-37
- 180 – Carvalho AM – Como se nasce em Portugal. *Revista Visão* nº 465 (31 de Janeiro a 6 de Fevereiro, 2002) pp 62-72.
- 181 - Conclusions of the WHO Consensus Conference, 1985
- 182 - The national sentinel caesarean section audit report RCOG 2001
- 183 – Gil AC – Como elaborar projectos de pesquisa. *Edições Atlas* 1992 São Paulo 3ªed p18
- 184 – Polit DF, Hungle BP – Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Lippincott Company 1993 Philadelphia 3ªed p117
- 185 - Fortin MF – O Processo de Investigação: Da concepção à realização. *Lusociência* 1999 Loures pp161-162/210-213.

10 - ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de recolha de dados

Questionário

INTENÇÃO DE AMAMENTAR – FACTORES QUE A INFLUENCIAM.

peço a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, pois dele podem resultar informações que permitam prestar-lhe melhores cuidados.

A colheita de dados será efectuada em duas fases .A1ª fase é a que agora se apresenta; a 2ª efectuar-se-á cerca de três meses após a primeira, sendo as mães inquiridas telefonicamente.

Objectivos do estudo:

Permitir a elaboração de uma investigação conducente à obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Pediatria, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Identificar qual a intenção de amamentar e a duração da amamentação.

Elaborar um programa de formação para as mulheres com base nos resultados obtidos.

As respostas são anónimas e confidenciais, devendo o questionário ser devolvido em envelope fechado. Os números de telefone serão codificados e os dados identificativos arquivados separadamente. Todos os dados serão destruídos após efectuado o estudo.

As puérperas são livres de responder ao inquérito, na sua totalidade ou apenas a algumas das questões A ausência de resposta(s) em nada prejudica os cuidados de saúde a prestar.

Se pretender conhecer os resultados contactar Maria Helena Rodrigues, pelo telefone 223325593, às quartas-feiras, entre as 20 e as 21 horas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a Declaração de Helsínquia, da Associação Médica Mundial(Helsínquia 1954; Tóquio 1975; Veneza 1988).

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: INTENÇÃO DE AMAMENTAR.FACTORES QUE A INFLUENCIAM

Eu, abaixo assinada (nome completo)-----

compreendi a explicação que me foi fornecida pelo questionário entregue acerca do estudo em que serei incluída, tendo-me sido dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia , a informação que me foi prestada versou também os objectivos, os métodos e os benefícios previstos. Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto participar no estudo proposto.

Porto,-----/-----/-----

Assinatura_____

Não escrever

(só o primeiro nome) _____

Código

Instituição iniciais

Factores sócio-demográficos

Área de residência Urbana ₁ Semi-urbana ₂ Rural ₃

1.1

Idade da mãe anos

1.2

Idade do pai anos

1.3

Estado civil da mãe: Solteira ₁ Casada ₂ União de facto ₃ Divorciada ₄ Viúva ₅

1.4

Religião Católica ₁ Protestante ₂ Testemunha de Jeová ₃ Judaica ₄

1.5

Vivência

1.6

Com o pai do bebé ₁ Com a família de origem ₂ Com a família do pai do bebé ₃ Com outra(s) pessoa(s) ₄
ou outra ₅

Actividade laboral. Mãe Pai

1.7

Empregada ₁ ₂

Empregada ₃ ₄

Doméstica ₅ ₆

Indigente ₇ ₈

Outra ₉

Qual a sua actividade profissional.

1.8

Em casa a tempo inteiro ₁ Fora de casa a tempo parcial ₂ Em casa a tempo inteiro ₃ Em casa a tempo parcial ₄ Nenhuma ₅

Qual a ocupação profissional do pai do seu filho _____

1.9

Desconhecida ₁

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM – PEDIATRIA

Que tipo de rendimento familiar tem. 1.10

	Pai	Mãe
lar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
ular	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
rança social, desemprego, invalidez	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
rendimento próprio	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Em média qual o seu rendimento mensal Ordenado mínimo 1 100. contos 2 150 contos 3 200 contos 4
contos 5 Igual ou mais de 300 contos 6 1.11

Nível mais alto de escolaridade que completou. 1.12

um 1 Primário 2 Preparatório 3 Secundário 4 Superior 5 Universitário 6

Qual a sua nacionalidade. 1.13

guesa 1 Outro país da União Europeia 2 Outro país Europeu 3 País africano de língua oficial
guesa 4 Outro país 5

Factores Maternos

É o seu primeiro filho? Sim 1 Não 2 2.

Se respondeu não quantos filhos tem ou teve? Um 1 Dois 2 Três 3 Quatro 4 Mais de quatro 5 2.2

Amamentou algum deles? Sim 1 Não 2 2.3

Frequentou consultas durante a gravidez? 2.4

1 Não 2 s? Quantas? Uma 1 Duas 2 Três 3 Quatro 4 Cinco 5 Mais de cinco 6

Vai amamentar este filho? Sim 1 Não 2 2.5

Em que mês decidiu amamentar. 1º 1 2º 2 3º 3 4º 4 5º 5 .6º 6 7º 7 8º 8 9º 9 2.6

Esta decisão foi tomada com o pai da criança Sim 1 Não 2 2.7

respondeu **SIM** muito obrigado pela colaboração prestada. Será contactada
efónicamente daqui a três meses aproximadamente.

Se respondeu **NÃO** porque é que não vai amamentar?

2.8

- Indicação médica 1
- Alérgica 2
- Cardíaca 3
- Portadora do vírus da hepatite B 4
- Portadora do vírus da hepatite C 5
- Portadora do vírus VIH 6
- Consumidora de drogas 7
- Tuberculose 8
- De ir trabalhar 9
- Não tem mamilos formados 10
- Não teve leite para os outro(s) filho(s) 11
- Medo de não ter leite 12
- Não quer amamentar 13
- Não quer estragar os seios 14
- A sua mãe não amamentou 15
- O marido/companheiro não quer que amamente 16

Obrigada pela sua colaboração.

A sua colaboração é importante se não se importar de voltar a ser contactada, deixe por favor:

Nome: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

Endereço: _____

Porto, _____ de _____ de/2000.

2º QUESTIONÁRIO

Ainda está a dar de mamar? Sim ₁

1- Se respondeu sim amamentou três meses (só leite materno)? Sim ₁ Não ₂

2 – Se respondeu não até que idade amamentou (só leite materno)?

______ dias _____ Meses _____

Deu de mamar aos outros filhos? Sim ₁ Não ₂

Porque deixou de dar de mamar?

1 - Teve de ir trabalhar

2 - Não teve leite

3 - Teve pouco leite

4 - O leite não alimentava

5 - O bebé chorava muito

6 - O bebé não mamava

7 - O bebé não aumentava de peso

8 - Ficava com pouco tempo para si própria

9 - O seu marido/companheiro não quis que amamentasse

10 - Os seus mamilos gretaram

11 - Achava embaraçoso dar de mamar em público

12 - A minha mãe/irmãs/tias achavam que o biberão era mais prático

- A sua mãe deu-lhe de mamar? sim ₁ não ₂ não sei ₃

- Quando pôs o bebé a mamar?

5.1 - Imediatamente após o parto (se a resposta se situar entre as 2 horas após o nascimento < 2 horas)

5.2 - Quantas horas após o parto (após as > 2 horas)

- O seu filho tomou biberão no hospital sim ₁ não ₂

- Tipo de parto eutócico (normal) ₁ cesariana ₂

- PROFISSÃO _____ (Sector Profissional)

Anexo II – Autorizações das Comissões de Ética e dos Conselho de Administração dos Hospitais

Ex.mo Sr. Director Clínico da Maternidade de Júlio Dinis,
Dr. Manuel Fráguas

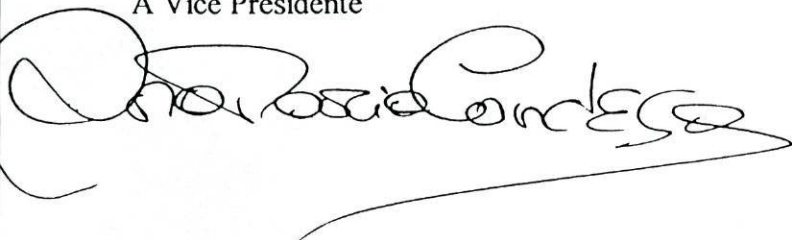
Em referência ao pedido para realização de Inquérito às Puérperas feito pela Ex.ma Sra. Enfermeira Maria Helena Pires Rodrigues, e tendo o parecer afirmativo da Comissão de Ética ficado dependente da apresentação, por parte da Ex.ma Sra. Enfermeira Helena Rodrigues, de algumas alterações ao protocolo do inquérito, sugeridas pela Ex.ma Sra. Professora Bárbara Figueiredo, e tendo sido cumpridas todas essas alterações e posteriormente avaliadas e aceites como razoáveis e suficientes (junto em anexo o respectivo Parecer dado pela Ex.ma Sra. Professora Bárbara Figueiredo), não vê a Comissão de Ética qualquer objecção a que o referido Inquérito seja realizado.

Com os melhores cumprimentos

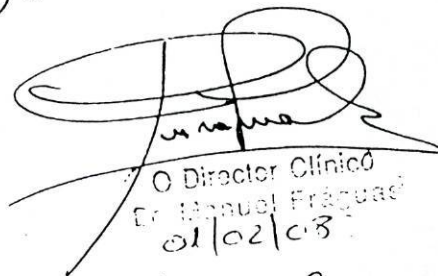
Porto, 8 de Fevereiro de 2001

Pel`A Comissão de Ética

A Vice Presidente

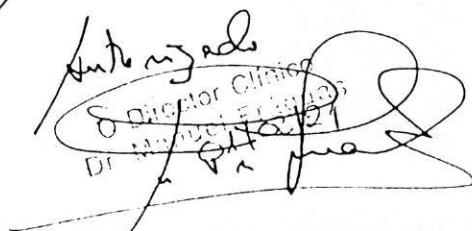


Deve ser autografado



O Director Clínico
Dr. Manuel Fráguas
01/02/03

Autografado



O Director Clínico
Dr. Manuel Fráguas
01/02/03

H. S. J.
Projecto nº 58
2000.11.28
ADMINISTRAÇÃO

Via de pedido de autorização

EX.º SENHOR
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO HOSPITAL DE S. JOÃO
Porto

*Dr. Manuel António
Pires
24.11.00
A.E.A.
Pires 11.01.0*

Assunto: Pedido de autorização para ser efectuado inquérito às puerperas, para efeito de Dissertação de Mestrado,

No âmbito do 2º Mestrado em Ciências de Enfermagem – Pediatria promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a mestranda Maria Helena Pires Rodrigues solicita a V. EXª autorização para efectuar a colheita de dados através de um questionário às puerperas dessa instituição para efeito de Dissertação de Mestrado subordinada ao tema "Intenção de Amamentar Factores que a Influenciam", junto envio o modelo de carta de autorização(Declaração de consentimento), bem como o modelo do questionário com a informação a dar às puérperas, em que é afirmado que os envelopes serão devolvidos fechados.

Quanto ao pedido de indicação do número de telefone, este torna-se necessário dado que o inquérito da 2ª fase é efectuado telefónicamente. No entanto, será mantido o anonimato pois os números telefónicos serão codificados.

Porto, 24 de Novembro de 2000

Com os melhores cumprimentos

Maria Helena Pires Rodrigues.

Maria Helena Pires Rodrigues

O projecto é excepcional e assenta na liberdade da inquirida. Todavia, o inquérito contém dados que devem ser protegidos por serem de interesse de saúde. Os dados e nº de telefones devem ser protegidos para permitir a identidade de saúde. Tendo em conta estes factos, o serviço não se opõe.
*Beh. Pires
05/11/20*

Conselho de Administração
11.01.2001
Dr. Jaime Reis Duarte
Dr. João António de Sousa
Dr. Luis Manuel C. Ribeiro
Dr. João C. Aragão



HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA

Ministério da Saúde

Exma. Senhora:
Maria Helena Pires Rodrigues
Rua João das Regras, 87-2º dt
4000-292 PORTO

Sua referência:

Sua comunicação de:

Nossa referência:

Data processo:

255/CA

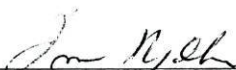
31/05/00

ASSUNTO: Autorização

Em resposta ao ofício de V.Ex^a de 08/05/00, informamos que se encontra autorizado a elaboração do inquérito solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR CLÍNICO


Dr. Américo Magalhães



HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA

Ministério da Saúde

Exma. Senhora:
Maria Helena Pires Rodrigues
Professora Adjunta da Escola Superior de
Enfermagem de Stª Maria – Porto
Rua João das Regras, 87-2º dt
4000-292 PORTO

Sua referência:

Sua comunicação de:

Nossa referência:

Data processo:

256/CA

06/06/00

ASSUNTO: Autorização

Em resposta ao ofício enviado por V.Exª de 08/05/00, informamos que o inquérito solicitado se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR DO HOSPITAL

Dr. Gonçalves André



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL



Ex.ma Senhora,
Prof. Maria Helena Pires Rodrigues
Rua João das Regras, 87 – 2º dtº
4000-292 PORTO

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

Nº

14/07/2000

Procº

55/2000-CA

ASSUNTO

Pedido de autorização para efectuar inquérito.

Sobre o assunto em epígrafe e em resposta ao requerimento de V.Ex.^a datada de 08/05/00, remetemos cópia do documento onde se encontra exarado o despacho do Conselho de Administração sobre o assunto, assim como o respectivo parecer da Comissão de Ética deste Hospital.

Mais informamos que, nesta data, foi enviada uma cópia do presente despacho à Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia.

Com os melhores cumprimentos,

H.P.A. – Vale do Sousa, 14 de Julho de 2000
O Presidente do Conselho de Administração,


(António Pereira de Magalhães, Dr.)

Anexo: um doc.

BT

Minut.

Dact.

*Autenticado nos termos
propostos pela Com. Ética* EA



HOSPITAL PADRE AMÉRICO - V.S.
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REUNIÃO 14 em 20/7/11

Comissão de Ética

Dr. Braga da Cunha, Enf. Olinda Correia, Dr^a Anabela Interbo
Enf. M^a Luz Cardeal, Dr^a Margarida Meireles, Dr. Pedro Azeredo, Dr. Sebastião Torres

ELHO DE ADMINISTRAÇÃO

PR ADM. DELEG. ENF. DIRECT.

ENTRADA 00.07.06 (1025)

SAÍDA 07.07.00 - CA-208

Ex mo Sr

Presidente do Conselho de Administração

Assunto : Parecer sobre "inquérito a parturientes para trabalho de mestrado"

A Comissão de Ética apreciou o texto referido, e o documento complementar que entretanto requereu à proponente.

Considera que, dada a sensibilidade pessoal, social e até fiscal de algumas perguntas deve constar, na introdução do questionário como informação às inquiridas o seguinte texto:

" A senhora é livre de responder a este inquérito, na totalidade ou somente a algumas das perguntas . Se não responder, não será de modo nenhum prejudicada no seu tratamento".

Entendemos que, dada a extensão do inquérito e particularidades do mesmo, será imprescindível um diálogo prévio entre a proponente e o Serviço de Obstetrícia (enfermagem).

Os nossos cumprimentos pessoais,

Penafiel e H.P.A., 4 de Julho de 2000

Pel' A Comissão de Ética para a Saúde

António F. Braga da Cunha

COMISSÃO DE ÉTICA
DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO

comissao.etica@hsjoao.min-saude.pt

Exma. Senhora

Dra. Maria Helena Pires Rodrigues

Serviço de Obstetrícia

Assunto: Autorização para realização de inquérito às puerperas, para efeito de dissertação de Mestrado, subordinado ao tema "Intenção de amamentar - Factores que a influenciam", a efectuar no Serviço de Obstetrícia do Hospital São João.

Para conhecimento de V. Exa. junto se envia fotocópia do parecer emitido pela Comissão de Ética, na sua reunião de 2000.12.04, relativo ao projecto de investigação em epígrafe, devidamente **autorizado** pelo Conselho de Administração do Hospital de São João em 11.01.2001.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 15 de Janeiro de 2001

O Adjunto da Direcção Clínica

Venceslau Pinto Espanhol
Adjunto da Direcção Clínica



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO I

HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

TEL. 515064 - FAX: 513592 - 4800 GUIMARÃES

E-mail: administacao@hguimaraes.min-saud

Exm^a. Senhora,
Dr^a Maria Helena Pires Rodrigues

V/ REFERÊNCIA

N/ COMUNICAÇÃO Nº 13/CE DATA 04.08.00

ASSUNTO: Protocolo de investigação “Decisão de amamentar. Factores que a influenciam”

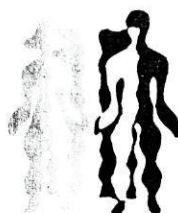
Em resposta ao pedido de V. Ex^a em epígrafe, a Comissão de Ética após reunião do passado dia 01.08.00, deliberou dar o seguinte parecer:

“Nada a opôr do ponto de vista ético se for preservada a intimidade das inquiridas através da reserva do seu anonimato ou através do seu consentimento expreso para divulgação do nome.”

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA

Agostinho Vicente Afonso Sanches
(Agostinho Vicente Afonso Sanches)



Exma Senhora
D. Maria Helena Pires Rodrigues
Prof.^a Adjunta da Escola Superior de
Enfermagem de St.^a Maria
Rua João das Regras, 87 – 2.º D.
4000 – 292 PORTO

V/Ref^a :

Ofício nº 084-S/00

Data: 00.06.14

ASSUNTO: Inquérito para Tese de Mestrado

Relativamente ao assunto em epígrafe, informamos que não foi autorizada a referida pretensão, por falta de disponibilidade de tempo no respectivo serviço.

Com os melhores cumprimentos.

P'lo Conselho de Administração

Dr. José Torcato Passos
Director do Hospital



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA

Exm^a Sr^a Enf^a

Maria Helena Pires Rodrigues, Prof^a Adjunta da
Escola Superior de Enfermagem de S^a Maria
Rua João das Regras, 87 - 2^o D^o
4000-292 PORTO

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data,

Processo

08/06/2000

ASSUNTO:

REALIZAÇÃO DE INQUÉRITO

Em resposta ao V. Ofício de 08 de Maio, referente ao assunto acima referido, vimos comunicar a V. Ex^a que é autorizada a realização do inquérito anexo ao mesmo ofício.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

(Lidia Gomes Valinho Meirinhos)