

Cláudia Cristina Coutinho Esteves

**Aleitamento materno: prevalência até ao 3º ano de vida e  
perceção das mães**

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria



Viseu, junho de 2018



Cláudia Cristina Coutinho Esteves

**Aleitamento materno: prevalência até ao 3º ano de vida e  
perceção das mães**

**Relatório Final**

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Viseu, junho de 2018



"Amamentar é uma prática benéfica e que envolve interação profunda entre mãe e filho "

(Algarves, Julião & Costa, 2015, p.1)



## **Agradecimentos**

É com profunda satisfação que agradeço a todas as pessoas que colaboraram e contribuíram para tornar possível a conclusão deste trabalho.

Assim, expresso, em primeiro lugar, o meu profundo agradecimento à minha Orientadora, Professora Doutora Isabel Bica, pelos conhecimentos transmitidos, pelas críticas construtivas, pela clareza e rigor na condução deste trabalho, pelo esforço e empenho, pelo seu profissionalismo e pela amizade e carinho, que foi além da concretização deste percurso formativo.

Agradeço também ao Professor Doutor João Duarte pela disponibilidade de ajuda imprescindível no tratamento estatístico, sem o qual não teria sido possível a realização do estudo empírico.

Às mulheres participantes, pela receptividade e colaboração na investigação e pela partilha da sua realidade *in loco*;

À minha família, pelo incentivo, apoio e pela compreensão dos muitos momentos de ausência. Esse trabalho é uma conquista nossa. Vós sois o nosso porto seguro.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada.



## Resumo

**Enquadramento:** O aleitamento materno consiste no meio mais adequado de proporcionar alimento e proteção à criança, para além de outras vantagens e benefícios, e promove o estabelecimento do vínculo afetivo da díade mãe/filho. Em Portugal, todavia, continuam a registar-se taxas de prevalência de aleitamento materno inferiores às recomendações mundiais.

**Objetivos:** A investigação incluiu dois estudos. No estudo 1, averiguar a prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, variáveis maternas e variáveis contextuais à amamentação; no estudo 2, verificar a perceção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida, tendo em conta as dificuldades e os benefícios da amamentação e a influência das variáveis obstétricas.

**Metodologia:** O estudo 1 insere-se num paradigma quantitativo, transversal, descritivo e analítico, envolve uma amostra de 83 mães de crianças até aos três anos de idade (exclusivo) que recorrem à Consulta de Vigilância de Saúde Infantil de uma unidade de saúde familiar da região centro. Como instrumento de recolha de dados optou-se por um questionário realizado *ad hoc*, com base na revisão da literatura, revisto por um grupo de peritos. O estudo 2, de natureza qualitativa, teve a participação de 9 mães, a quem foi aplicada uma entrevista semiestruturada objeto de análise de conteúdo.

**Resultados:** A maioria das participantes de ambos os estudos relatou ter companheiros, residir na zona urbana e ter uma profissão. A maioria referiu que frequentou as aulas de preparação para o parto. O seu bebé foi colocado à mama na primeira hora de vida, esteve junto do seu filho nas primeiras 24 horas e amamentou até aos 6 meses, exclusivamente, com leite materno. A influência dos familiares em relação ao aleitamento foi positiva, a maioria das mulheres recebeu visita domiciliária pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, considerando-a importante. Contudo, foram as aulas de preparação para o parto que se revelaram como fator preditor de aleitamento materno, no primeiro estudo.

**Conclusão:** Os resultados apurados revelam que existe uma maior possibilidade de aleitamento materno em mulheres com aulas de preparação para o parto. O que leva a sugerir que os Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria devem continuar a promover a amamentação nos diferentes contextos, dotando as mulheres de literacia ao nível do aleitamento materno, o que pode ser um adjuvante para o aumento da prevalência de aleitamento materno e evitar o seu abandono precoce.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Prevalência; Criança; Perceção.



## **Abstract**

**Background:** Breastfeeding is the most appropriate means of providing food and child protection, in addition to other advantages and benefits, and promotes the establishment of the affective bond of the mother / child dyad. In Portugal, however, breastfeeding prevalence rates are still lower than the global recommendations.

**Objectives:** The research included two studies. In study 1, to determine the prevalence of breastfeeding up to the 3rd year of life, taking into account sociodemographic variables, maternal variables and contextual variables for breastfeeding; in study 2, to verify the mothers' perception of breastfeeding up to the 3rd year of life, taking into account the difficulties and benefits of breastfeeding and the influence of obstetric variables.

**Methodology:** Study 1 is part of a quantitative, transversal, descriptive and analytical paradigm, involving a sample of 83 mothers of children up to three years of age (exclusive) who use the Child Health Surveillance Consultation of a family health unit of the center region. As a data collection instrument, an ad hoc questionnaire was chosen, based on the literature review, reviewed by a group of experts. Study 2, of a qualitative nature, had the participation of 9 mothers, to whom a semi structure interview was applied subject of content analysis.

**Results:** Most participants in both studies reported having mates, residing in the urban area and having a profession. Most said she attended prep classes. Your baby was put to the breast in the first hour of life, was with your child in the first 24 hours and breastfed until 6 months exclusively with breast milk. The influence of family members in relation to breastfeeding was positive, the majority of the women received a home visit by the nursing team during the first 15 days of the baby's life, considering it important. However, it was the childbirth preparation classes that proved to be a predictor of breastfeeding in the first study.

**Conclusion:** The results show that there is a greater possibility of breastfeeding in women with childbirth classes. This leads to the suggestion that Specialist Nurses in Child Health and Pediatrics should continue to promote breastfeeding in different contexts, providing women with breastfeeding literacy, which may be an adjunct to increasing the prevalence of breastfeeding and prevent their early abandonment.

**Keywords:** Breastfeeding; Prevalence; Child; Perception.



## Sumário

Introdução.....	19
I Parte – Fundamentação Teórica.....	23
1. Aleitamento materno.....	25
2. Aleitamento materno: prevalência.....	29
2.1. Fatores associados ao aleitamento relacionados com a lactante .....	35
2.2. Fatores associados ao aleitamento relacionados com o bebê.....	38
3. Boas práticas de enfermagem para a promoção do aleitamento materno.....	41
Parte II – Estudo Empírico .....	47
1. Metodologia .....	49
Estudo 1 – Prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida.....	51
1. Metodologia .....	51
1.1. Métodos .....	51
1.2. Participantes .....	54
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	54
1.3. Instrumentos de recolha de dados.....	55
1.4. Critérios de operacionalização de variáveis.....	57
1.5. Procedimentos éticos e formais.....	57
1.6. Análise de dados.....	58
2. Apresentação dos resultados.....	61
2.1. Análise descritiva .....	61
2.2. Análise inferencial .....	67
3. Discussão dos resultados .....	77
Estudo 2 – Perceção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida .....	83
1. Método.....	83
1.1. Participantes .....	85
1.2. Tratamento dos dados.....	85
1.3. Procedimentos éticos e formais.....	86
2. Apresentação dos resultados.....	89
3. Discussão dos resultados .....	107
4. Síntese integrativa .....	115
Conclusão.....	119
Referências bibliográficas.....	123
Anexos .....	131



## Lista de Figuras

Figura 1 – Plano de pesquisa para integração da investigação quantitativa e qualitativa .....	49
Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas .....	53



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade.....	55
Tabela 2 – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis sociodemográficas .....	55
Tabela 3 – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis maternas.....	61
Tabela 4a – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação .....	64
Tabela 4b – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação .....	65
Tabela 4c – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação .....	66
Tabela 5 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis sociodemográficas .....	68
Tabela 6 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis maternas .....	69
Tabela 7 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis contextuais da amamentação.....	72
Tabela 8 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis sociodemográficas .....	74
Tabela 9 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis maternas.....	74
Tabela 10 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis contextuais à amamentação .....	75



## Lista de Quadros

Quadro 1 – Operacionalização e recodificação das variáveis .....	57
Quadro 2 - Caracterização pessoal das entrevistadas .....	85
Quadro 3 – Caracterização obstétrica.....	90
Quadro 4 – Experiência de amamentação do filho.....	91
Quadro 5 – Conselhos/informação recebidos sobre a amamentação .....	92
Quadro 6 – Pessoa que prestou mais formação/informação sobre o aleitamento materno .....	93
Quadro 7 – Cuidados relativos ao ato de amamentar .....	94
Quadro 8 – Posições para amamentar .....	95
Quadro 9 – Horários da mamada.....	96
Quadro 10 – Benefícios/vantagens da amamentação.....	97
Quadro 11 – Cuidados relativos à alimentação da mãe .....	98
Quadro 12 – Conservação do leite materno.....	99
Quadro 13 – Tempo que amamentou o filho com leite materno exclusivo .....	99
Quadro 14 – Colocação do bebê à mama na 1ª meia hora de vida .....	100
Quadro 15 – Aleitamento materno exclusivo no momento da alta da maternidade .....	100
Quadro 16 – Observação do bebê a mamar por parte da enfermeira(o) ou da médica(o) de família na USF .....	101
Quadro 17 – Abordagem por parte do profissional de saúde sobre o uso da chupeta quando o filho era recém-nascido .....	102
Quadro 18 – Dificuldades na amamentação .....	102
Quadro 19 – Apoio recebido durante a amamentação .....	103
Quadro 20 – Vida social enquanto amamentou e/ou amamenta.....	104
Quadro 21 – Sentimentos a amamentar .....	104
Quadro 22 – Significados da amamentação .....	105



## Introdução

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF), tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

A OMS (2001) recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementar até aos dois anos ou mais, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebé, da mãe, para o ambiente e para a sociedade.

A nível mundial, estima-se que apenas 34,8% das crianças são amamentadas exclusivamente até aos 6 meses de vida, sendo que as restantes alimentam-se com leites de fórmula. Entre 1996 e 2006, as taxas de aleitamento materno durante os primeiros 6 meses aumentaram de 33% para 37%, verificando-se que na Europa houve um aumento significativo de 30%. Em Portugal, não existem muitos dados estatísticos sobre a incidência e prevalência do aleitamento materno, “encontram-se somente estudos parcelares que sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus” (Levy & Bertolo, 2012, p.7).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil preconiza que, no decurso da vigilância em saúde infantil, sejam efetuadas intervenções que concretizem um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. Assim, um desses objetivos visa estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a nutrição adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.8), uma vez que o leite materno é o primeiro alimento natural mais adequado às necessidades individuais de cada criança.

A evidência científica disponível demonstra uma “(...) alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação” (Levy & Bertolo, 2012, p.7).

A amamentação tem vantagens em termos de crescimento e ao nível do desenvolvimento neurológico e emocional do ser humano. É sobretudo importante para o bem-estar do bebé, protegendo-o de riscos de infeção e atopia, bem como contribui para uma nutrição equilibrada. Os bebés amamentados com aleitamento materno possuem

igualmente menor risco de sofrerem da síndrome de morte súbita do lactente. De igual modo, a amamentação traz benefícios à mãe, uma vez que resulta numa mais rápida recuperação no pós-parto e minimiza a incidência de algumas doenças crónicas (Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins, Correia, Rocha & Da Silva, 2007, p. 194).

Daí que faz todo o sentido que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno.

O enfoque das intervenções na promoção, suporte e apoio ao aleitamento materno responde a um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, contemplados pela Ordem dos Enfermeiros (2011). A prestação de cuidados à criança/família em contexto de aleitamento materno enquadra-se, ainda, numa das funções do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), pois a este compete “implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação” (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

Deste modo, para garantir o direito que a criança tem ao aleitamento materno, é fundamental que o EESIP desempenhe um papel ativo neste processo, pois compete-lhe promover a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude e promover a amamentação (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Competências no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são uma das vastas competências exigidas ao EESIP. É com base nestes pressupostos que se desenvolve o presente trabalho, cujos resultados serão fundamentais para a melhoria das práticas como enfermeira especialista e mestre, rumo a uma prática profissional proficiente.

O trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde em contexto do aleitamento materno tem diversas finalidades, sendo uma delas diminuir/evitar o abandono precoce do aleitamento materno antes dos seis meses de idade. Como tal, é possível conjecturar que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam a manutenção do aleitamento materno, tornando-se imperiosa a existência de uma uniformização das práticas de promoção e apoio à amamentação no cuidar a criança/família.

Neste contexto surgem naturalmente algumas inquietações, assim, formularam-se as seguintes questões: Qual a prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida da criança (exclusive)? Qual a perceção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive)?

A fim de se poder dar resposta às questões de investigação delineadas, surge este trabalho que conta com dois estudos, um de natureza quantitativa - Prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive) - no qual se pretende averiguar a prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive), tendo em conta as

variáveis sociodemográficas, variáveis maternas e variáveis contextuais à amamentação; outro inserido no paradigma qualitativo - Percepção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive) – através do qual se procura verificar a percepção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive, tendo em consideração as dificuldades sentidas pela mãe na amamentação e as variáveis obstétricas no aleitamento materno até ao 3º ano de vida (exclusive).

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes, constando da primeira o quadro concetual de revisão da literatura, que consubstancia o estudo empírico, começando-se por abordar o aleitamento materno, seguindo-se as dificuldades na amamentação, a prevalência do aleitamento materno, os fatores associados à prevalência do aleitamento relacionados com a lactante e relacionados com o bebé. O quadro concetual termina com referência às boas práticas de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. Na segunda parte, reservada à investigação empírica desenvolvida em dois estudos, tem lugar a fase metodológica, apresentando-se as considerações metodológicas inerentes aos dois estudos, um de natureza quantitativa e outro qualitativo. Para cada um dos estudos é realizada uma discussão dos resultados e, por fim, uma síntese integrativa. O trabalho termina com as principais conclusões e sugestões.



**I Parte – Fundamentação Teórica**

---



## 1. Aleitamento materno

A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno têm-se constituído como prioridades a nível nacional e internacional, sobretudo porque ainda se registam baixas taxas de aleitamento materno, bem como a sua cessação precoce, o que resulta em “implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente” (Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 26/DSR, 2010, p.1).

Os benefícios do aleitamento materno fazem com que ocupe lugar de relevo entre as ações básicas de saúde, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2000) quer para a diminuição da morbilidade e mortalidade das crianças, quer para a melhoria da sua qualidade de vida, resultando que o mesmo seja preconizado como exclusivo até os seis meses de vida, pelo menos. Neste sentido, surgiram os Hospitais Amigos do Bebê, em 1992, resultante de uma campanha global da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Crianças das Nações Unidas (UNICEF) para estimular as práticas que promovam o aleitamento materno em hospitais e maternidades. Esta iniciativa surgiu a partir dos resultados da investigação científica que alude aos benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe e centra-se no momento tido como mais crítico para o sucesso de uma boa amamentação, ou seja, no parto. A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês objetiva a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno com base na mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos dos hospitais, mediante a adoção das Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebês (UNICEF, Comissão Nacional, 2012, cit. por Levy & Bértolo, 2012, p. 9), designadamente:

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

A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés tem por objetivo a “promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais” (Saruga, 2014, p. 12). Na experiência Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, as dificuldades para cumprir os referidos dez passos para o sucesso do aleitamento materno existem e variam de local para local. Porém, os resultados obtidos através dos esforços dos profissionais de saúde evidenciam a sua importância, quer pela “humanização do atendimento materno infantil, quer pelo aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo” que tem sido alcançado com este programa (Almeida, Luz & Ued, 2015, p. 356).

Importa também referir que, segundo o Marinho, Andrade e Abraão (2016), amamentar significa muito mais do que nutrir a criança, ou seja, trata-se de um processo que abarca a interação entre a díade mãe/filho, com repercussões no estado nutricional da criança, na defesa de infeções, na sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Por conseguinte, os mesmos autores referem que o enfermeiro tem um importante papel no que se refere ao aleitamento materno, uma vez que são eles quem mais se relacionam com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, lidando com os fatores relacionados com o aleitamento materno e são, através das suas práticas, que podem incentivar a amamentação e apoiar as mulheres, otimizando, desta maneira, as taxas de aleitamento materno e, conseqüentemente, reduzindo o desmame precoce, a “desnutrição infantil, alergias, anemias, doenças dentárias e infeções que podem elevar à mortalidade infantil, além de diminuir as internações, custos com consultas, medicamentos e outros” (Marinho, Andrade & Abraão, 2016, p.191).

Os enfermeiros desempenham “um papel normalizador e regulador das práticas de aleitamento materno, sendo considerados autoridades para o estabelecimento do padrão de alimentação” (Zangão, Miranda & Riso, 2017, p. 855). Tendo em conta que as mulheres, por norma, comportam-se em conformidade com as experiências vividas ou com informações que lhes são transmitidas, podendo resultar na adoção de práticas que são comuns ao grupo a que pertencem, os enfermeiros assumem-se como “um recurso imprescindível na amamentação e a formação especializada contribui positivamente na aceitação das puérperas na opção de amamentar, sendo assim um recurso reconhecido, devendo a intervenção ocorrer ao longo do ciclo gestacional, parto e pós parto” (Zangão, Miranda & Riso, 2017, p. 856). Quer a mãe, quer a criança, assim como a vinculação de ambos beneficiam com esta prática tão importante, sendo necessária a sua promoção (Levy & Bértolo, 2012). No que se refere à saúde da criança, a amamentação é indispensável devido aos seus benefícios nutricionais, emocionais, imunológicos, económico-sociais e para o seu desenvolvimento, para além dos benefícios à saúde materna (Almeida & Ued, 2015). As mesmas autoras referem ainda que continua a verificar-se a interrupção precoce

desta prática. Todavia, objetivando a promoção da saúde materno-infantil, nos últimos anos, tem aumentado o estímulo ao aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde, serviços de saúde e órgãos governamentais, nomeadamente com formação específica.

Neste âmbito, surgem os Conselheiros em Aleitamento Materno, que apoiam as mães e os recém-nascidos com dificuldades na pega, na extração e recolha de leite, nas fissuras, nas mastites, entre outros fatores. Nestas situações, um/a Conselheiro/a em Aleitamento Materno faz o apoio no domicílio, sendo formados para dar todo o apoio necessário a fim de resolverem as dificuldades encontradas. Trata-se de profissionais de saúde, ou de outras áreas, que trabalham ou estão interessados em trabalhar na área de apoio às mães e suas famílias no período de gravidez, parto, pós-parto e aleitamento materno. Os cursos de Conselheiros em Aleitamento Materno, em Portugal, são constituídos por 140h distribuídas da seguinte forma: 20h promotoras; 40h conselheiras; 80h formação de formadores. Ao proporcionar este apoio tem de se planear os cuidados a prestar, visando as características da mulher e do bebé com que os profissionais se deparam. O apoio constante promove a autoconfiança da mãe e faculta uma experiência de amamentação satisfatória e bem-sucedida (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002).



## 2. Aleitamento materno: prevalência

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, referenciada por Lanzaro Santos, Guerra, Hespanhol & Esteves, (2015, p. 102), o leite materno exclusivo deve prevalecer nos primeiros seis meses de vida, o que se deve manter até aos dois anos de idade, caso a mãe e a criança assim o queiram, “em complemento de um plano alimentar nutricionalmente adequado e seguro”.

A amamentação tem benefícios bem estabelecidos a curto prazo, particularmente a redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas na infância (Horta & Victora, 2013,). Segundo os mesmos autores, uma análise combinada dos estudos realizados em países subdesenvolvidos mostraram que o aleitamento materno reduz substancialmente o risco de morte e doenças nos primeiros dois anos de vida. Horta e Victora (2013), tendo por base os dados de um estudo realizado no Reino Unido por Quigley, Kelly e Sacker, em 2007, referem que as práticas de aleitamento materno podem prevenir uma proporção substancial de hospitalizações devido à diarreia e à infeção do trato respiratório inferior. Uma revisão sistemática realizada por Kramer e Kakuma (2004), referenciada por Horta e Victora (2013), confirmou que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses diminui a morbidade por doenças gastrointestinais e doenças sem quaisquer efeitos negativos sobre o crescimento. Deste modo, nos primeiros seis meses de vida, cada criança deve ser amamentada exclusivamente, com amamentação parcial até aos dois anos de idade, em complemento de um plano alimentar.

Levy e Bértolo (2012, p. 7) dizem que a falta do leite materno constituiu-se como um fator de risco para a morbidade e mortalidade infantil, sobretudo nos primeiros seis meses de vida. Ainda, segundo as mesmas autoras, são inúmeras as vantagens do aleitamento materno para a mãe e para o bebé, quer a curto, quer a longo prazo, nomeadamente: prevenção de “infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias”; “efeito protetor sobre as alergias”, designadamente “as específicas para as proteínas do leite de vaca”; leva a uma melhor adaptação a outros alimentos por parte do bebé (Levy & Bértolo, 2012, p. 8; Castelli et al., 2014, p. 1178). Levy e Bértolo (2012) referem também que, a longo prazo, o aleitamento materno assume-se como importante para a “prevenção da diabetes e de linfomas”

São inúmeros os benefícios do aleitamento materno, estando os mesmos relacionados a taxas mais reduzidas de infeções, melhores resultados cognitivos, proteção contra a obesidade, diabetes *mellitus* e cancro na mãe (Parecer n.º 17 da Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1).

A Direção-Geral da Saúde (2015) preconiza que todas as grávidas têm de ser informadas acerca das vantagens e questões práticas relacionadas com o aleitamento materno, de modo a assumirem uma posição face ao tempo de duração da amamentação exclusiva e acerca da importância de manutenção do aleitamento materno, caso seja possível até aos dois anos de vida. De acordo com o mesmo organismo, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida coadjuva a formação de laços afetivos entre a díade mãe/bebé, uma estreita relação onde o contacto e a atenção ajudam o bebé a sentir-se mais seguro e querido, assumindo de grande relevância para o seu crescimento e desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 65). Deste modo, as vantagens do aleitamento materno para a criança são “nutricionais, anti-infecciosas, imunológicas, cognitivas, e afetivas”. Assumem um papel de grande relevância “na estimulação da musculatura oro facial e moldagem do palato com benefício para a respiração nasal e oralidade/fala” Para a mãe, as vantagens são “a promoção da involução uterina, estando associada a diminuição do risco de cancro da mama e do ovário. Potencia também as competências maternas” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 65).

Apesar destas evidências científicas, em Portugal, segundo Oliveira (2016, p. 4), embora as taxas de aleitamento materno sejam “elevadas no momento da alta da maternidade, estas caem rapidamente”, o que é também referido por Silva (2013), segundo a qual, embora se registre uma elevada prevalência no pós-parto imediato, constata-se uma elevada taxa de abandono logo nos primeiros meses de idade.

A Direção Geral da Saúde (2014, no seu Relatório janeiro a dezembro 2013, demonstra que entre janeiro a dezembro de 2013 em Portugal, numa amostra de 1.396 mães, 76,67% de lactentes até ao dia da alta hospitalar fez aleitamento materno exclusivo; aos dois meses de vida 51,6% de lactentes foram alimentados exclusivamente com leite materno e 25,4 % receberam alimentos complementares antes dos 6 meses.

Apesar de as evidências aludirem a vários benefícios plenamente conhecidos e muito divulgados sobre o aleitamento materno e acerca da criação de programas de incentivo a essa prática, Rocci e Fernandes (2014) referem que as taxas mundiais de amamentação ainda continuam a estar abaixo dos níveis recomendados. As mesmas autoras realizaram um estudo, através do qual objetivaram verificar tempo médio do aleitamento materno exclusivo de bebés nascidos em Hospital Amigo da Criança, bem como verificar a sua correlação com o estado civil da mãe, idade materna, peso do bebé, dificuldades na amamentação e ensinamentos que lhes foram dados. Este estudo teve uma amostra constituída por 225 mães, que foram entrevistadas no puerpério imediato e no 15º, 30º, 60º, 120º e 180º dias após a alta, via telefone. A monitorização do aleitamento materno exclusivo revelou uma mediana de 113 dias, tendo 34,1% das mães amamentado

exclusivamente durante 180 dias. As autoras encontraram valores correlacionais estatisticamente significativos entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e as dificuldades sentidas durante a amamentação. Por outro lado, apuraram que não existem correlações estatisticamente significativas entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e o estado civil, a idade materna, o peso do recém-nascido e as orientações recebidas. Registaram relevância estatisticamente significativa na interrupção da amamentação aos 60 dias nas mulheres que tiveram dificuldade na pré-alta. O estudo evidenciou a influência positiva da variável Hospital Amigo da Criança na adesão das mães ao aleitamento materno exclusivo (Rocci & Fernandes, 2014, p. 22). Deste modo, as mesmas autoras salientam a necessidade de um reforço das ações de promoção, proteção e de apoio ao aleitamento materno a fim de se poder alcançar a melhoria dos índices de aleitamento materno e a redução das taxas de morbimortalidade infantil (Rocci & Fernandes, 2014, p. 23).

As baixas taxas de aleitamento materno e a sua cessação prematura resultam em implicações desfavoráveis de grande relevância para “a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades na saúde” (Parecer n.º 17 da Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1). Ainda em conformidade com o referido Parecer, em Portugal recomenda-se “para todas as crianças a manutenção do aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses e apenas a partir dessa idade é que se recomenda que o mesmo seja completado o com o início da diversificação alimentar”.

Tendo em conta as taxas de abandono de aleitamento materno, Silva (2013) realizou um estudo observacional, transversal e analítico, com uma amostra de 195 mães de filhos inscritos num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro, que foram ao centro de saúde para a vacinação dos seis meses. Os resultados demonstram que a taxa de adesão inicial ao aleitamento materno foi de 95,9%, resultando numa prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de 79,5%, com um decréscimo acentuado entre o terceiro (63,6%) e o quinto mês (36,4%). No sexto mês registou-se uma prevalência do aleitamento de 44,1%.

Silva (2013, p. 226) refere que 92,5% das mães iniciaram o aleitamento materno por considerarem que este era o mais adequado para o bebé, 41,2% das mães mencionaram que também iniciaram o aleitamento materno tendo em conta as vantagens para si próprias. Das 78 mães que abandonaram o aleitamento materno antes do sexto mês, 62,8% relataram que o fizeram por não terem leite suficiente, a segunda razão mais frequente para o seu abandono consistiu na alegação de que o ‘leite era fraco’ (21,8%), 12,8% das mães justificou o abandono com o facto de o bebé não aumentar de peso, tendo 9,0% referido que a razão subjacente foi o regresso ao trabalho (Silva, 2013, p.227). A autora encontrou

relação entre a duração do aleitamento materno exclusivo e o género do bebé (masculino), o tipo de parto (eutócico), o rendimento mensal médio do agregado familiar (um maior rendimento mensal médio do agregado familiar) e a amamentação anterior. Estas variáveis associaram a uma maior duração do aleitamento materno exclusivo. A autora refere que, embora não exista nenhum Hospital Amigo do Bebê no Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro, *locus* de estudo, a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses foi mais elevada comparativamente à encontrada na literatura nacional (Silva, 2013, p. 227) considera que a perceção das mães no que se refere à sua produção de leite ser insuficiente poderá ser justificada, em alguns casos, pela escassez de conhecimentos acerca “do processo normal de lactação e às dificuldades técnicas da amamentação, e não à incapacidade real em produzir uma quantidade suficiente de leite”). Deste modo, a mesma autora sugere que sejam implementadas nos cuidados de saúde primários as Sete Medidas que sustentam uma “Comunidade Amiga dos Bebés”, uma medida que “poderá contribuir para a melhoria das práticas e das taxas do aleitamento materno” (p. 227).

Os resultados obtidos vão ao encontro do referido nos estudos apresentados anteriormente, encontrando-se valores elevados referentes à taxa de início de aleitamento materno de cerca de 98,5% e decréscimo desse valor nos meses posteriores apresentando-se aos 5 meses de idade um valor de 22,1% e aos 18 meses um valor de 12,5%. Sendo assim, conclui-se que em Portugal a taxa de amamentação inicial é elevada mantendo-se maioritariamente até aos 6 meses de idade, apresentando posteriormente um decréscimo sendo que os valores apresentados aos 18 meses (2 anos) são relativamente baixos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Num outro estudo realizado por Graça, Figueiredo e Conceição (2011), no qual procuraram analisar os contributos das intervenções de enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários, com primíparas, na promoção do aleitamento materno, com amostra de 151 primíparas, com menos de 28 semanas de gravidez, entre 15 de outubro de 2007 e 29 de fevereiro de 2008, com filhos com seis meses de idade, ficou demonstrado que quase todas as mulheres iniciaram o aleitamento materno, com uma quebra acentuada da prevalência até os seis meses. A duração média do aleitamento materno foi de 123,8±68,9 dias. A intervenção que se iniciou no pré-parto e se prolongou para o pós-parto, com diversidade de estratégias (consulta individual; curso de preparação para a parentalidade/parto e visita domiciliária) e contextos de intervenção (serviços de saúde e domicílio), surtir significativamente na duração do aleitamento materno, mas sem que se verificar o mesmo na prevalência.

Lanzaro et al. (2015, p. 101) mencionam que, em Portugal, as taxas de aleitamento materno ainda “continuam a ser inferiores em relação às recomendações mundiais”. Tendo

em conta este cenário, os mesmos autores realizaram um estudo de coorte retrospectivo, objetivando determinar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo aos seis meses numa população urbana e numa população rural do Norte de Portugal, em 333 crianças nascidas de 2007 a 2011, bem como procuraram identificar os fatores que podem influenciar a duração da amamentação e reconhecer os determinantes no início do aleitamento materno e os que estão implícitos no seu abandono. Os resultados do estudo demonstram que a prevalência do aleitamento materno aos seis meses foi de 50,0% e 51,2% e a do aleitamento materno exclusivo foi de 17,1 no meio urbano % e 18,7% no meio rural (Lanzaro et al., 2015, p. 103). Os fatores inerentes à maior duração da amamentação foram ter emprego durante a gravidez e seis meses após o parto, parto eutócico, ter permanecido pelo menos cinco meses em casa após o parto e a não introdução de fórmula láctea no hospital, estando este motivo diretamente relacionado com a amamentação exclusiva. Os mesmos autores verificaram que os determinantes de início do aleitamento materno mais relatados pelas mães, quer residentes em meio urbano, quer em meio rural, foram “o leite materno é o mais adequado para o bebé” (81,4% na população urbana; 82,1% na população rural), “porque protege o bebé das infeções” (14,8% na população urbana; 15,4% na população rural) e “porque tinha leite” (12,9% na população urbana; 12,2% na população rural) (Lanzaro et al. (2015, pp. 103-104). O determinante de abandono do aleitamento materno mais relatado foi, em ambas as amostras, a perceção materna que “não tinha leite suficiente” (51,9% no meio urbano e 41,5% no meio rural) (p. 104). Lanzaro et al. (2015, p. 104) verificaram que a prevalência do aleitamento materno aos seis meses é superior a 50%, sem registo de diferenças significativas entre as mães residentes em meio rural e as residentes em meio urbano, um resultado que representa um desenvolvimento em comparação com outros estudos anteriores publicados em Portugal, o que corrobora os resultados alcançados por Silva (2013), como descrito anteriormente.

Um outro estudo a referenciar é o de Oliveira (2016), cujo objetivo consistiu em avaliar a prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, identificar os fatores que interferem o seu abandono e avaliar a relação entre a duração do aleitamento materno, a idade e a escolaridade da mãe. Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, com uma amostra de 83 mães de filhos inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Vagos (sede), que recorreram à unidade para a consulta de saúde infantil aos seis meses de vida, entre julho de 2013 e junho de 2014 (Oliveira, 2016,p. 4). Os resultados do estudo revelam que as mães tinham uma idade média  $29,4 \pm 4,8$  anos, sendo a maioria casadas (71%), primíparas (59%) e com o ensino secundário (34,6%). Todas as mães mencionaram que fizeram vigilância regular da gravidez, com predomínio das que efetuaram a vigilância com o médico de família (49,5%),

sendo a média de peso da criança ao nascer de 3251±724 gramas (Oliveira, 2016, p. 7). Todas as mães expressaram o desejo de amamentar antes do parto, todavia, o autor constatou que somente 75% o faziam no momento da alta hospitalar. Esta percentagem foi diminuindo até 46,2% aos seis meses; 42,9% das mães apontaram como principal causa do abandono a deficiente progressão ponderal (42,9%) (Oliveira, 2016, pp. 9-10).

Oliveira (2016, p. 13) concluiu que, “embora as mães quando chegam à maternidade estejam preparadas para amamentarem e reconheçam que possuem os conhecimentos e as habilidades técnicas para amamentarem o seu bebê, no momento da alta, as taxas de amamentação ficam muito abaixo das esperadas”. Deste modo, o mesmo autor refere que é “inquestionável que isto só é possível inverter através da implementação dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno definidos pela “iniciativa hospital amigo do bebe” e o respetivo envolvimento e formação de todos os profissionais e direção” (Oliveira, 2016, p. 13). Ainda segundo o mesmo autor, após a alta, o abandono do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses processou-se de forma gradual e lenta, o que levou o autor a deduzir que as medidas já implementadas na unidade funcional já começam a dar resultados positivos, destacando-se as seguintes medidas: “formação de vários enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e saúde materna e obstétrica, como conselheira(o)s em aleitamento materno, da disponibilização de um número de telefone (“consulta telefónica”) e “curso de preparação para o parto” e “recuperação do parto” (Oliveira, 2016, p. 13). Todavia, ainda na perspectiva de Oliveira (2016, p. 13), “para além de um maior cuidado no acompanhamento dos grupos de risco identificados”, ou seja, mães jovens e de baixa escolaridade, podem ser também implementadas outras medidas que contribuam para o aumento da taxa de aleitamento materno e respetiva duração. Neste sentido, o autor sugere “melhorar a articulação entre a unidade funcional e as maternidades/hospitais de referência, a implementação das sete medidas para ser considerada “Comunidade Amiga dos Bebés”, a realização de atividades na “semana de amamentação”, promover o aleitamento materno através de programas/projetos na comunidade (saúde escolar), a criação da visitação domiciliária ao recém-nascido e à puerpera (já tentada) e o “cantinho da amamentação”, onde se podia formar “grupos de mães” para partilharem experiências e exporem os receios e dificuldades, com o apoio de um profissional com formação na área” (Oliveira, 2016, p. 13).

## 2.1. Fatores associados ao aleitamento relacionados com a lactante

Como referido anteriormente, apesar da taxa elevada de adesão ao aleitamento materno no pós-parto imediato, esse valor tende a decrescer rapidamente. Surge, assim, a necessidade de identificar fatores psicológicos, socioculturais, demográficos, biológicos e profissionais associados ao abandono do aleitamento materno.

Um estudo observacional, transversal e analítico, obtido através da aplicação de questionários a 195 mães de filhos inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro, aponta como principal motivação para a amamentação os benefícios para o bebé (Silva, 2013). Este estudo está em concordância com um segundo que acrescenta as vantagens para mãe e lactente as razões mais mencionadas (Coelho, 2015).

Apesar da motivação inicialmente demonstrada e do reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe como para o bebé, surgem dificuldades maioritariamente de intuito subjetivo que revertem a situação. As principais causas referidas para o abandono da amamentação recaem sobre a perceção da mulher de que a qualidade e/ou quantidade do leite não ser suficiente para colmatar as necessidades nutricionais do seu bebé (Silva, 2013; Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia et al., 2007). Esta insegurança, por vezes, não está apoiada por evidências de má evolução ponderal. Outro aspeto recai no facto de o recém-nascido não fazer uma boa pega e que, por isso, não se esteja a alimentar corretamente (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007).

Outro estudo evidencia uma correlação positiva entre a intenção de amamentar e as crenças da mulher. Relativamente às crenças maternas as mulheres referiram “Enquanto amamentar irei sentir-me mais próxima do meu filho” como principal fator motivador. No que se refere às vantagens do aleitamento materno, verificou-se uma falta de conhecimento, em que as mulheres não reconhecem vantagens como: “Ao dar de mamar diminui o risco de hemorragia pós-parto”; “O meu leite vai proporcionar ao bebé água em quantidade suficiente”; “Ao amamentar o bebé irei contribuir para o bem-estar da minha família” (Pedro, 2002). O estudo mostra que existe apenas conhecimento das vantagens do aleitamento materno para a saúde do bebé, sendo que a composição do leite humano, os benefícios para a mãe, família e sociedade são maioritariamente não reconhecidos (Pedro, 2002). Crenças como “A criança deve mamar a cada 2 ou 3 horas”, “o leite materno não mata sede do bebé”; “Após a mamada se o bebé continua a chorar é porque necessita de leite artificial para ficar satisfeito” (Ribeiro 2015) e “os seios caem com a lactação” também foram mencionadas. O choro do bebé é maioritariamente associado à fome que muitas vezes é justificação para a introdução precoce de outros alimentos, a utilização da chupeta e

mamadeira e interrupção do aleitamento materno com introdução de outros leites (Marques, Cotta & Priore, 2011).

Existe também associação positiva entre prevalência de aleitamento materno com a maior idade da parturiente, com mulheres de baixo nível de escolaridade e licenciadas e múltiparas com experiência anterior de amamentação (Barge & Carvalho, 2011). O maior sucesso na amamentação nos extremos de níveis escolaridade pode dever-se ao facto de as mulheres licenciadas terem facilidade no acesso a informações relativas as vantagens do aleitamento materno e as mulheres com baixa escolaridade pertencerem a classes menos favorecidas que resulta na impossibilidade, perante dificuldades económicas, em comprar outros tipos leites e alimentos que complementem a amamentação.

A ausência de hábitos tabágicos antes da gravidez e a realização de atividade física durante o período de gravidez contribuiu positivamente para um período de amamentação mais prolongado (Sandes et al., 2007). Mulheres com um maior rendimento mensal médio do agregado familiar amamentam por mais tempo e o regresso à atividade laboral não tem influência no processo de amamentar (Caldeira et al., 2007; Silva, 2013). Dados apoiados por Lanzaro et al. (2015), segundo os quais, as mães ativas profissionalmente durante e após a paragem laboral pós parto resultaram numa maior duração do aleitamento materno. O mesmo estudo salienta ainda o papel preponderante na duração da licença de maternidade de pelo menos cinco meses.

O tipo de parto influencia também o sucesso da primeira tentativa em amamentar e a duração do aleitamento materno após alta hospitalar. Partos por cesariana planeada resultam na diminuição do aleitamento materno nos 4 meses pós-parto e no aumento dos relatos de dificuldades na amamentação comparados com as mulheres que tiveram partos eutócicos (Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway & Tough, 2016) Segundo a OMS (2002), a cesariana compromete a interação precoce mãe-filho e atrasa o início da lactação que resulta na inibição da sucção do bebé e numa má pega da mama, o aumento de intervalos entre mamadas, a diminuição da produção do leite e a introdução de fórmulas lácteas precoce. Em Portugal, a percentagem de cesarianas no total dos partos feitos nas unidades hospitalares foi de 35.6% e 33.5% nos anos de 2015 e 2016, respetivamente, o que revela valores preocupantes e muito díspares dos 10 a 15% recomendados pela OMS.

Ao longo do processo de amamentação, podem emergir dúvidas e dificuldades. Este momento é fundamental para a tomada de decisão acerca de continuar ou não a amamentar, porque, com essa experiência, fortalecem-se os conceitos específicos que cada uma vivencia (Lima & Souza, 2013). A este propósito, Levy e Bértolo (2012, p. 25) expõem que “no início da amamentação podem surgir algumas dificuldades, principalmente para as

mães que estão a amamentar pela primeira vez”. Ainda que grande parte das dificuldades sejam suscetíveis de ser evitadas ou melhoradas, é de extrema importância a sua deteção precoce e um rápido acompanhamento por parte dos enfermeiros para atestar a experiência de amamentação e prolongá-la, caso seja possível. Importa ressaltar que certas dificuldades podem ser dolorosas e prolongam-se por um determinado período de tempo, podendo resultar na frustração por parte da mulher, conduzindo ao desmame precoce (Rocci & Fernandes, 2014).

Algumas das complicações relacionadas com a amamentação constituem-se como desvantagens, designadamente as fissuras, as mastites, o desajustado posicionamento, a dificuldade do bebé em realizar a pega correta, a queixa de hipogalactia, o choro intenso do bebé e o leite insuficiente da mãe. Estas dificuldades, por vezes, são dolorosas e, como tal, a dor assume-se como um fator preditor do desmame precoce ou, exclusive, podem levar à opção da mãe em não amamentar (Junges, Ressel, Budó, Padoin, Hoffmann & Sehnem 2010, p. 346; Henriques & Martins, 2011, p. 39; Benedett, Silva, Ferraz, Oliveira, Fragoso & Ourique, 2014, pp. 138-139). Neste sentido, a ajuda dos enfermeiros revela-se de extrema importância, quer no sentido de capacitar a mulher para a amamentação, quer de oferecer estratégias de alívio e resolução dessas dificuldades.

A experiência de amamentação é complexa e marcante, cuja promoção exige que se tenham em consideração os fatores bio-fisiológicos, que têm subjacentes os fatores sociais, económicos, políticos e culturais que envolvem a mulher. Deste modo, as dificuldades relacionadas com amamentação estão relacionadas, na maioria das vezes, com as atitudes maternas, com a vinculação entre a díade e com o apoio familiar/social recebido pela mulher, onde os profissionais de saúde desempenham um papel muito importante. Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel relevante na prevenção e na intervenção das dificuldades relacionadas com a amamentação, o que exige conhecimentos, atitudes e habilidades específicas (Graça, 2010).

Num estudo realizado por Castelli, Maahs e Almeida. (2014), cujo objetivo foi identificar as dúvidas e as dificuldades das gestantes e puérperas em relação à amamentação, através de uma comparação entre os períodos pré-natal e puerperal, numa amostra de 116 mulheres, das quais 36 eram gestantes e 80 puérperas, com uma idade, no grupo de gestantes de 27 anos, e no grupo de puérperas de 25 anos, ficou documentado que 56,6% das mulheres manifestavam um maior conhecimento em geral no que se refere ao aleitamento materno, comparativamente às gestantes, das quais 40,5% também revelam conhecimento. As dimensões do conhecimento sobre aleitamento materno com diferença estatisticamente significativa, comparando os dois grupos, foram: “o benefício para o crescimento facial; benefício para o desenvolvimento da fala da criança; benefício quanto à

prevenção de problemas auditivos; formato do mamilo como facilitador do ato de amamentar e a possibilidade de mulheres com o mamilo invertido ou plano amamentarem” (Castelli et al., 2014, p. 1180). No que se refere às dificuldades sentidas durante a amamentação, 36,3% das puérperas relataram queixas/dificuldades nas primeiras horas de amamentação, entre 12 a 48 horas. Os tipos de queixas mais significativas, num universo de 69% queixas no total, relacionaram-se com a pega do recém-nascido (27,6%), a dor nas mamas (27,6%) e com as fissuras mamárias (13,8%). As puérperas primíparas, relataram mais queixas (50%) quando comparada com as que já possuíam um ou mais filhos (21,1%) (Castelli et al., 2014, p. 1181).

As autoras supracitadas mencionam que as puérperas se depararam com “um período de difícil manejo nas primeiras horas de amamentação devido a dificuldades físicas nas mamas, como o ingurgitamento mamário, dor e trauma mamilar. Qualquer um destes fatores pode consistir em impedimento físico com repercussão negativa sobre o ato de amamentar”, o que resulta na interrupção do aleitamento materno. Deste modo, assumem como extremamente importante que a mulher seja adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades pelos profissionais de saúde, para que “possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho” (Castelli et al., 2014, p. 1184).

Relativamente ao papel do pai na amamentação, estudos mostram um envolvimento paternal elevado, em que os pais consideram o aleitamento materno importante e vantajoso, acompanhando todo o processo gestacional de forma ativa e reconhecem a importância da sua participação. Estes fatores estão relacionados com uma maior motivação em amamentar por parte da mulher (Pedro, 2012).

Como verificamos, são vários os fatores associados à interrupção do aleitamento materno, e cabe aos enfermeiros identificar e atenuar esses fatores. O êxito do aleitamento materno depende grandemente da atuação do enfermeiro antes, durante e após a gravidez.

## **2.2. Fatores associados ao aleitamento relacionados com o bebê**

O aleitamento materno “para o bebê fornece os anticorpos que o protegem de muitas patologias, sobretudo infecciosas; fornece uma alimentação natural e adequada às suas necessidades e melhora a formação da boca e o alinhamento dos dentes” (ABCMED, 2012, cit. por Pereira et al., 2016, p. 28). Tem também inúmeras vantagens na vida e desenvolvimento do bebê, para além de ser a sua nutrição ideal, favorecer o seu crescimento, proporcionar uma economia de recursos na família e favorecer uma maior

interação mãe-filho, é também, um fator determinante para o desenvolvimento craniofacial adequado, promover exercício da musculatura orofacial, estimulando as funções da respiração, mastigação, deglutição e fonação.

A relação mãe-recém-nascido detém fatores relevantes que podem interferir na prática do aleitamento materno como a amamentação na primeira meia hora de vida, posicionamento tanto da mãe como do recém-nascido e consequente pega incorreta, pode existir também dificuldades na adaptação da mama em prematuros ou bebês com malformações tal como a fenda palatina ou o lábio leporino.

Para Pereira et al. (2016 p.30), as consequências de uma pega incorreta são: uma mamada ineficiente em que o bebê não retira o leite posterior mais rico em calorias, o bebê cansa-se e adormece ou permanece agitado e com fome, mostrando-se irritado e choroso; recusa posterior da mama resultando numa perda de peso e consequentemente no mito do leite insuficiente ou fraco.

Segundo Silva, Pellegrinelli, Pereira, Passos e Santos (2017, p. 459), a promoção do aleitamento materno baseia-se maioritariamente na capacidade de interação dos recém-nascidos com a sua mãe após o nascimento e “o contacto pele a pele precoce também é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, reduzindo o choro e o stresse do recém-nascido, mantendo-o aquecido pela transmissão do calor da sua mãe, além de estar relacionado com o aumento da duração da amamentação e do aleitamento materno exclusivo”. De acordo com as mesmas autoras, existem alguns fatores, hábitos e rotinas hospitalares que podem influenciar e complicar a amamentação e o vínculo mãe-filho feito através do contacto pele a pele, como os “cuidados imediatos ao recém-nascido, maior incidência de cesarianas e consequente redução do estado de alerta do bebê e acentuada analgesia do parto, acarretando sonolência materna” (Silva et al., 2017, p. 459).

As autoras supramencionadas realizaram um estudo com dados conseguidos a partir de um protocolo de atendimento padronizado, de pessoas que doam o seu leite e que são atendidas num Banco de Leite Humano de uma maternidade pública numa cidade brasileira. Este Banco de Leite Humano é destinado, principalmente, às mães que demonstram dificuldade para amamentar ou que queiram doar o excedente de leite. Foram avaliadas características sociodemográficas e pessoais, assistência no período pré-natal, características gestacionais, assistência hospitalar (relacionada com tipo de parto e complicações) e características do recém-nascido e todas estas variáveis catalogadas com o amamentar na primeira meia hora de vida após o parto (contacto pele a pele e amamentação na sala de parto). Neste estudo foram cotadas 12,283 mães no período analisado e foi verificado que há maior prevalência da amamentação em mães que já

amamentaram anteriormente, que receberam orientação individual e/ou de grupo sobre o aleitamento materno no pré-natal, mães cujos filhos nasceram de parto normal e sem complicações, e com bebês de peso adequado ao nascer e de termo. Relativamente ao nascimento por parto eutócico, este contribui para a promoção do aleitamento materno possivelmente por ser um procedimento que não apresentava barreiras à amamentação na primeira hora de vida, quando comparado à cesariana. Outro fator identificado é ser um parto sem complicações pois estas podem implicar o internamento do recém-nascido e a prática do aleitamento materno na sala de parto pode ser prejudicado (Silva et al., 2017).

A condição de nascer com o peso adequado ou ser um bebê de termo beneficia a prática da amamentação, provavelmente devido à dificuldade que os recém-nascidos de baixo peso ou prematuros encontram em relação ao aleitamento materno e ao requerimento por cuidados de saúde logo após o parto. Os recém-nascidos de baixo peso apresentam também uma maior dificuldade para mamar diretamente da mama da mãe, além de serem frequentemente separados das mães imediatamente após o nascimento e levados para unidades de Neonatologia (Silva et al., 2017).

Em relação à idade gestacional, esta pode influenciar as aptidões orais e de sucção em prematuros podendo afetar a progressão da alimentação oral desses bebês. Além disso, os lactentes saudáveis e de termo apresentam comportamentos inatos que se expressam imediatamente após o nascimento descobrindo e localizando o mamilo através do cheiro, o que promove e estimula a iniciação do aleitamento materno. Também o contacto precoce pele a pele pode promover o aleitamento materno pelo estímulo da produção de ocitocina, hormona responsável pela produção de leite e favorecimento do vínculo mãe/filho, que é algo importante para o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo (Silva et al., 2017).

Num estudo realizado no Centro Hospitalar do Porto, foi concluído que 90% dos recém-nascidos foram amamentados ao seio materno na primeira hora de vida, segundo Dias, Monteiro, Oliveira, Guedes, Godinho e Alexandrino (2013). Os motivos que justificaram o atraso nos restantes recém-nascidos foram: “dificuldades na adaptação ao seio materno, cesariana com anestesia geral e complicação do recém-nascido” (p. 315). Em 31% dos recém-nascidos foi preciso, pelo menos, uma administração de leite de fórmula na maternidade. As justificações apresentadas foram: “hipogalactia e/ou perda ponderal >10% do peso ao nascimento, complicações do recém-nascido como icterícia e hipoglicemia, dificuldade na pega, cesariana com anestesia geral e complicação do recém-nascido” (Dias et al., 2013, p. 315).

### 3. Boas práticas de enfermagem para a promoção do aleitamento materno

O enfermeiro desempenha “um importante papel durante o pré-natal, são por meio de suas práticas e atitudes que estes profissionais podem incentivar a amamentação e apoiar as nutrizes, evitando assim dúvidas e o desmame precoce” (Marinho, Andrade & Abraão, 2015, p. 191). De acordo com os mesmos autores, o sucesso do aleitamento materno tem implícitos diversos fatores, tais como: “as orientações prévias ao nascimento, assim como no pós-parto, com os objetivos de preparar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir, minimizar as preocupações e fortalecer sua autoconfiança, acreditando que quanto mais instruída sobre o assunto, maior facilidade terá para superar os obstáculos” (Marinho, Andrade & Abraão, 2015, p. 191).

As intervenções do enfermeiro na promoção do aleitamento materno, como mencionam Castro, Silva e Silva (2015, p. 65), “refletem-se nas taxas e tempo de duração da amamentação, aumentando quando a mulher recebe aconselhamento em amamentação”. Deste modo, ainda na perspectiva dos mesmos autores, ao nível de um programa de promoção do aleitamento materno as informações e orientações proporcionadas às mães têm de ser uniformizadas, intervindo-se desde o período pré-natal até ao pós-parto e ao longo de todo o período da amamentação, procurando-se sempre esclarecer a mulher acerca das vantagens da amamentação, bem como se lhe deve dar orientações ajustadas acerca da prevenção e sobre quais os procedimentos a ter em relação aos principais problemas que podem ocorrer durante o processo da amamentação (Castro et al., 2015). Como tal, o enfermeiro desempenha um papel terminante na promoção do aleitamento materno e no apoio às mães.

Partilhando da mesma opinião, Fonseca-Machado, Parreira, Monteiro e Gomes-Sponholz (2015, p. 86) referem que os enfermeiros “têm uma função normalizadora e reguladora na prática do aleitamento materno”, na medida em que são o maior grupo profissional nos serviços de saúde, cuja atuação abrange a área da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os enfermeiros desempenham um papel relevante “na promoção e apoio ao aleitamento materno e têm a oportunidade de aumentar não só o conhecimento da amamentação das mães e habilidades, mas também de influenciar as atitudes em relação ao aleitamento materno, facultando e incentivando o uso das estruturas de apoio à amamentação durante a gravidez e pós-parto” (Pinho, 2016, p. 35). Pereira (2006, p. 64) refere que “o sucesso da promoção do aleitamento depende não só da aquisição de conhecimentos e práticas sobre a amamentação, mas também das atitudes dos

profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros que têm um papel muito importante na promoção, proteção e apoio ao aleitamento. Devem atuar no período pré-natal, durante o parto, pós parto e enquanto durar a amamentação”.

Graça (2010, p.69) refere que “a amamentação com sucesso contribui para o bem-estar materno e da criança. Pode ocorrer em diferentes momentos e contextos, com recurso a estratégias e intervenientes diversificados, abordando multiplicidade de assuntos”. Neste sentido, o mesmo autor acrescenta que, “ao nível educacional e de sensibilização, a intervenção deve iniciar-se o mais precocemente possível, sendo a família e a escola um local de eleição. Em termos de intervenção mais focalizada, a mulher depara-se com a necessidade de iniciar ou aprofundar competências relacionadas com a amamentação aquando da gravidez”.

Ainda segundo Castro et al. (2015, p.65), o enfermeiro, para que possa centrar a sua atenção na promoção do aleitamento materno, tem imprescindivelmente de ter conhecimento das vantagens da amamentação para a díade mãe/bebé, ou seja, “as vantagens em termos económicos, as repercussões na redução do absentismo ao trabalho por parte dos pais e estar conhecedor dos padrões atuais de amamentação”. Os mesmos autores referem também a imprescindibilidade de o enfermeiro compreender os fatores inerentes à decisão do aleitamento materno, uma vez que esses fatores podem interferir positiva e/ou negativamente no seu sucesso. Deve igualmente compreender as razões que subjazem à introdução precoce de outros líquidos/alimentos na dieta da criança. Castro et al. (2015, p. 65) referem que alguns desses fatores estão relacionados com a mãe, com a sua personalidade e a atitude face à decisão de amamentar. Todavia, há outros fatores, nomeadamente a criança, o ambiente, as circunstâncias em que ocorreu o nascimento e o período pós-parto, o exercício profissional materno, em que a inserção não formal na vida ativa profissional impede muitas vezes a mulher de usufruir de benefícios legais, nomeadamente a licença de maternidade (Castro et al., 2015).

Importa também referir o enfermeiro tem de estabelecer um ambiente favorável ao aleitamento materno, através do estabelecimento de uma relação empática, onde primem a confiança, a escuta ativa e a ajuda, de modo a que esta prática decorra com eficácia. Assume também grande importância o reconhecimento de que a mulher é um elemento basilar na amamentação, o que requer a valorização das suas experiências, o que se constitui como um momento significativo para ela, a fim de que esta, em conformidade com o seu verdadeiro desejo, manifeste a sua opção, independentemente das pressões sociais a que possa estar sujeita (Castro et al., 2105).

---

Dias, Silva e Moura (2014) concluíram com o seu estudo que as ações educativas dos enfermeiros, no que se refere ao incentivo do aleitamento materno, são terminantes, cuja ação possibilita a proteção, a promoção e o incentivo ao aleitamento materno. As mesmas autoras referem ainda que é um processo em desenvolvimento, dado que continua a assumir-se como um desafio para os enfermeiros, uma vez que depende das condições de vida da mulher, do seu trabalho, das suas experiências anteriores, da cultural em que se insere, da própria sociedade e da opinião que esta possui face à amamentação. Assim sendo, Dias et al. (2014, p. 69) defendem que os ensinamentos são ações complexas e que o enfermeiro tem como tarefa conhecer cada gestante para conseguir intervir na promoção do aleitamento materno.

O investimento no aleitamento materno, segundo Graça (2010, p. 3), “deve iniciar-se precocemente, na gravidez, e continuar-se após o parto”, sendo as intervenções dos enfermeiros “mais eficazes quando articulam, cumulativamente, múltiplas estratégias e contextos de aprendizagem”, o que requer igualmente que se removam as barreiras à amamentação, através da adoção de práticas e rotinas que favoreçam o aleitamento materno e a capacitação de todos os profissionais de saúde para proteger, promover e apoiar corretamente esta prática. Não se pode esquecer que a amamentação é definida como um foco da prática de enfermagem, sendo a sua promoção até pelo menos aos três meses de vida do bebé encarada como uma intervenção de enfermagem.

Neste contexto faz-se referência ao estudo de Castro et al. (2015), cujo objetivo consistiu em identificar a perceção de 88 mães de crianças entre os 2 dias e 3 anos sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. Os resultados do estudo revelam que as práticas dos enfermeiros experienciadas por 43,2% das mães foram consideradas razoáveis e por parte de 29,5% das mães as práticas foram consideradas como más. Os autores constaram ainda que a escolaridade, o local e tempo dedicado à atividade laboral são variáveis que interferem na perceção das mães sobre as práticas na promoção do aleitamento materno. Por conseguinte, os mesmos autores consideram que os enfermeiros têm de refletir sobre as suas práticas e sobre a sua formação ao nível do aleitamento materno, motivando as mães quer numa perspetiva técnica e normativa, quer numa vertente psicossocial, ajustando as suas práticas às necessidades de cada mulher.

Neste sentido, Marinho, Andrade e Abraão (2015, p. 191) corroboram dizendo que o enfermeiro tem de identificar, ao longo do período pré-natal, “os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante com a finalidade de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como, garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto”. Por conseguinte, o enfermeiro

desempenha um relevante papel no que se refere à promoção da amamentação, na medida em que estes são os profissionais de saúde que mais se interagem com a mulher ao longo de todo o processo gravídico-puerperal, contactando com as exigências necessárias para o aleitamento materno. Por conseguinte, como sustentam Marinho et al. (2015, p. 191), através das suas práticas, os enfermeiros “podem incentivar a amamentação e apoiar as gestantes”, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos “índices de aleitamento materno e, conseqüentemente, diminuindo os índices de desnutrição infantil, alergias, anemias, doenças dentárias e infeções que podem elevar à mortalidade infantil, além de diminuir as internações, custos com consultas, medicamentos e outros” (p. 191).

Existem estratégias que facilitam a promoção e incentivo do aleitamento materno, sendo as consultas de vigilância de saúde materna um momento ideal para tal, devendo os enfermeiros consciencializar a mulher acerca da importância da amamentação. Por conseguinte, na perspectiva de Fonseca-Machado et al. (2014, p. 87), a relação entre a mulher e o enfermeiro deve abranger: “expectativas, crenças e experiências anteriores da mulher em relação ao aleitamento materno; orientações sobre o cuidado com as mamas, técnica da amamentação, reconhecimento da apojadura e de intercorrências mamárias e suas respectivas condutas; e eliminação de dúvidas sobre a prática da amamentação”.

Face ao exposto, as mesmas autoras referem que os enfermeiros têm de valorizar a importância do processo educativo, na medida em que este contribui para a aproximação entre eles e as mulheres e para o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas no que se refere à promoção do aleitamento materno, bem como à utilização de recursos disponíveis para a sua continuidade, reduzindo-se, deste modo, as taxas de abandono precoce. Almeida et al. (2015), com base nos resultados da sua revisão integrativa da literatura, expõem que os estudos revelam a importância dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno.

Previamente a qualquer intervenção, o enfermeiro tem de fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, bem como das respectivas necessidades de formação. Como qualidades básicas, deve possuir motivação para compreender, valorizar e escutar a mãe que amamenta, para além de não projetar os seus próprios ideais (Guia Orientador de Boas Práticas – Cantinho da Amamentação, 2013, p. 16). Para além destes requisitos, pretende-se que o enfermeiro tenha: conhecimento sobre a fisiologia e anatomia da lactação; compreensão dos fatores socioeconómicos, demográficos e culturais que afetam a amamentação; competências de comunicação não-verbal; competências de ouvir e aprender; competências para desenvolver confiança e dar apoio à mulher; respeito e autenticidade e a simpatia, elementos facilitadores de uma relação terapêutica e da expressão de sentimentos por parte da mãe.

É importante que as mães sintam o interesse do profissional de saúde para adquirirem confiança e se sentirem apoiadas. É neste âmbito que o EESIP, pelo seu entendimento profundo sobre as respostas da criança/família aos processos de vida e problemas de saúde, com os seus conhecimentos e competência especializadas e pela sua proximidade com a criança/família deve intervir, incentivando e promovendo o aleitamento materno, através de informação e aconselhamento, mas também criando condições para resolver os problemas que surgem (apoio) e cuidar para que nenhum obstáculo seja colocado no percurso da amamentação (proteção). Cabe-lhe a ele ser capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família em contexto de aleitamento materno, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia. Além do mais, através do seu papel central no seio da equipa, detém uma posição privilegiada no sentido de agir como promotor da implementação e adoção de práticas favoráveis. Assim, enquanto especialista no cuidar da criança/família, enquanto perito, deve ser o primeiro a manifestar compreensão sobre o quanto a experiência de ser mãe/pai se revela como um dos principais, importantes e desafiadores papéis na vida de um indivíduo e intervir nos processos de transição, capacitando e apoiando os pais para usufruírem em pleno a sua parentalidade, sendo a amamentação um dos focos de atenção, de forma a garantir à criança este direito. Está-se, assim, a produzir ganhos em saúde.



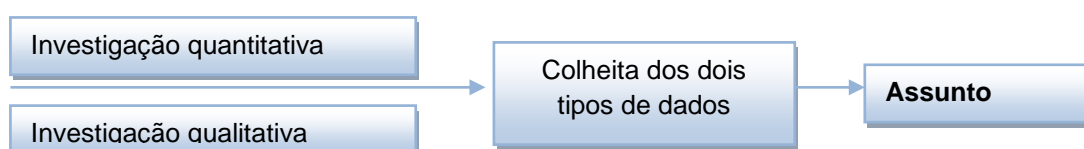




## 1. Metodologia

De modo a compreender melhor o fenómeno em estudo e para a consecução dos objetivos traçados delineou-se uma estratégia, que seguiu a combinação de dois estudos, com triangulação de metodologias: uma investigação quantitativa do tipo descritivo e correlacional (estudo 1) que permitirá determinar a prevalência do aleitamento materno; determinar se as variáveis sociodemográficas das mães, de crianças até aos 3 anos de idade, influenciam a prevalência do aleitamento materno; identificar que variáveis maternas influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade; averiguar quais as variáveis contextuais à amamentação influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade; outro de natureza qualitativa (estudo 2) de características fenomenológicas que possibilitará identificar as dificuldades sentidas pela mãe na amamentação e verificar a influência das variáveis obstétricas no aleitamento materno até ao 3º ano de vida, para que as intervenções sejam alicerçadas no conhecimento efetivo da realidade, permitindo fazer sugestões a partir do conhecimento efetivo do fenómeno em estudo. De acordo com Flick (2005), as diferentes perspetivas metodológicas complementam-se, tendo como ponto de encontro o assunto estudado. Importa salientar que a abordagem qualitativa e quantitativa, para além de serem métodos competitivos, complementam-se (Flick, 2005). Como tal, no presente estudo, ambas as estratégias metodológicas funcionam em paralelo conforme se esquematiza (figura 1).

Figura 1 – Plano de pesquisa para integração da investigação quantitativa e qualitativa



Assim, descreve-se a metodologia utilizada separadamente em cada estudo, referindo as questões de investigação os objetivos, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, a colheita de dados e o tratamento estatístico, os quais são abordados distintamente em cada estudo.



---

## Estudo 1 – Prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida

### 1. Metodologia

No presente capítulo faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, tendo início a conceptualização do estudo, seguindo-se as questões de investigação, os objetivos, o tipo de investigação e o esquema conceptual de base. Sucede-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra, o instrumento de recolha de dados e a caracterização psicométrica, os procedimentos formais e éticos e a análise dos dados, classificando-se os testes estatísticos utilizados.

#### 1.1. Métodos

Em Portugal, como referem Lanzaro et al. (2015, p. 101), as taxas de aleitamento materno continuam inferiores às recomendações mundiais, com uma taxa de iniciação a situar-se acima dos 90%, todavia com abandono significativo nos primeiros meses de vida do bebé, representado por taxas de exclusividade aos seis meses de 17 a 34%. Atualmente reconhece-se que o aleitamento materno depende de múltiplos fatores socioculturais, profissionais, nível de educação e da ação dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação social. Estes dados, ainda em conformidade com os mesmos autores, reforçam assim a indispensabilidade de um maior envolvimento dos enfermeiros na informação e apoio à mulher no período pré e pós-natal, no âmbito do aleitamento materno.

Face ao exposto e tendo em conta que qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação que é considerada um problema, necessitando de ser estudado para que seja melhor compreendido, formulam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência do aleitamento materno?
- De que modo as variáveis sociodemográficas das mães de crianças até aos 3 anos de idade influenciam a prevalência do aleitamento materno?
- Que variáveis maternas influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade?
- Que variáveis contextuais à amamentação influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade?

Para o estudo delineararam-se como objetivos:

- Determinar a prevalência do aleitamento materno;

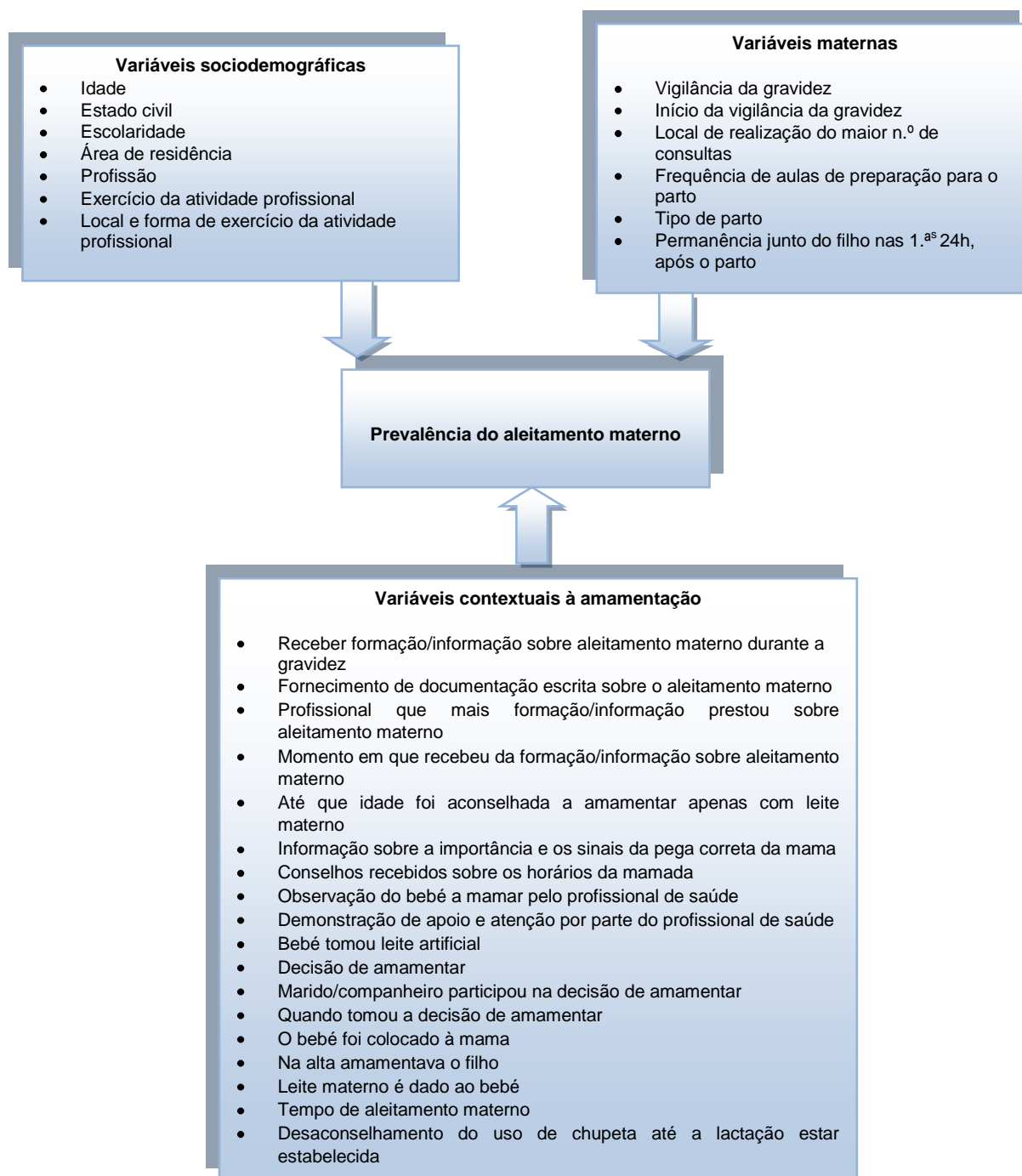
- Determinar se as variáveis sociodemográficas das mães de crianças até aos 3 anos de idade influenciam a prevalência do aleitamento materno;

- Identificar que variáveis maternas influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade;

- Averiguar quais as variáveis contextuais à amamentação influenciam a prevalência do aleitamento materno de crianças até aos 3 anos de idade.

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 2).

Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



De modo a concretizar os objetivos suprarreferidos optou-se por um estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo e correlacional. Utilizou-se a metodologia quantitativa uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em

contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

É descritivo porque se procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Desta feita, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, pois estuda-se a distribuição do traço (variável) numa amostra (sample) (Coutinho, 2014). Assume-se como um estudo transversal, porque os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa de mulheres que frequentaram a consulta de saúde infantil de uma Unidade de Saúde Familiar (USF, Estrela do Dão), quer para descrever, quer para detetar possíveis relações entre as variáveis).

## **1.2. Participantes**

Na USF Estrela do Dão realizam-se consultas de saúde infantil por cinco médicos, em horário próprio uma vez por semana e, sempre que se justifique noutro horário, de acordo com o plano nacional de saúde infantil e juvenil. Até 31 de janeiro de 2018 as crianças até aos 3 anos de idade (exclusive) eram 196.

No presente estudo a amostra é do tipo não probabilística por conveniência sucessiva, constituída pelas mães das crianças até aos três anos de idade que realizaram à consulta de vigilância de saúde infantil na USF Estrela do Dão, num total de 106 consultas programadas e agendadas de acordo com a equipa de saúde familiar, tendo sido entregues 102 questionários, no período de maio de 2017 a janeiro de 2018, porque quatro crianças faltaram e 15 foram eliminados por estarem muito incompletos, pelo que a amostra ficou constituída por 83 mães de crianças com idade até aos três anos (exclusive).

### **1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Os resultados obtidos em relação à **idade** revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 49 anos, ao que corresponde a uma média de idades de 33,43 anos ( $\pm 5,25$  anos). O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Total</b>	83	19	49	33,43	5,25	15,70	-0,55	1,99

Verificou-se que prevalecem as inquiridas com **idade** compreendida entre os 31-35 anos com 39,8%, seguindo-se as que possuem idade igual ou superior aos 36 anos (34,9%), tendo 25,3% idade igual ou inferior aos 30 anos (cf. Tabela 2).

No que se refere ao **estado civil**, como exposto na tabela 2, constatou-se que a grande maioria das mulheres (84,3%) tem companheiro, enquanto 15,7% não têm companheiro.

Quanto à **escolaridade**, como exposto na tabela 2, verificou-se que a maioria das mulheres (53,0%) possui o ensino secundário, secundadas pelas que têm até ao 3º ciclo do ensino básico (26,5%), tendo 20,5% o ensino superior.

Os resultados referentes à **zona residência** revelaram que mais de metade da amostra (60,2%) reside em meio urbano, enquanto 39,8% são residentes do meio rural.

Referente à **atividade profissional**, constatou-se que a maioria das inquiridas (66,3%) está ativa profissionalmente, contrariamente a 33,7% que não estão ativas em termos profissionais (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis	N (83)	% (100,0%)
<b>Idade</b>		
≤30 anos	21	25.3
31-35 anos	33	39.8
≥36 anos	29	34.9
<b>Estado civil</b>		
Sem companheiro	13	15.7
Com companheiro	70	84.3
<b>Escolaridade</b>		
Até 3º ciclo do ensino básico	22	26.5
Ensino secundário	44	53.0
Ensino superior	17	20.5
<b>Zona de residência</b>		
Urbana	50	60.2
Rural	33	39.8
<b>Atividade profissional</b>		
Sim	55	66.3
Não	28	33.7

### 1.3. Instrumentos de recolha de dados

Recorreu-se à aplicação de um questionário, de resposta anónima, com o pressuposto de que o comportamento expresso é uma fonte explorável e fiável da realidade

(cf. Anexo I). O mesmo foi respondido de forma direta pelas participantes. Este é constituído por 3 partes: I Parte - caracterização sociodemográfica; II Parte – variáveis maternas, III Parte – variáveis relacionadas com a amamentação. O questionário foi realizado *ad hoc*, com base na revisão da literatura. Depois da sua elaboração, foi revisto por um grupo de peritos (n=8), constituído por pediatras, médicos de família e enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, a fim de assegurar a validade do constructo. Antes da aplicação efetiva do questionário procedeu-se ao pré-teste, através da aplicação a 15 mães.

**I Parte - caracterização sociodemográfica:** constituída por 8 questões, através das quais se traça um perfil sociodemográfico das participantes (idade, estado civil, escolaridade, área de residência, exercer a atividade profissional, razões para o não exercício da atividade profissional e local e forma de exercício profissional).

**II Parte – variáveis maternas:** secção constituída por 6 questões, através das quais se faz a caracterização obstétrica das participantes (vigilância da gravidez, início da vigilância da gravidez, local de realização do maior n.º de consultas, frequência de aulas de preparação para o parto, tipo de parto, permanência junto do filho nas 1.ªs 24h, após o parto).

**III Parte – Variáveis relacionadas com a amamentação:** contém 27 questões, através das quais se recolhe informação acerca da amamentação, designadamente: formação/informação recebida durante a gravidez sobre aleitamento materno; fornecimento de documentação escrita sobre o aleitamento materno; profissional de saúde que mais formação/informação lhe prestou sobre o aleitamento materno; momento em que recebeu a formação/informação sobre o aleitamento materno; até que idade foi aconselhada a alimentar o seu filho apenas com o seu leite materno; informada sobre a importância e os sinais de pega correta da mama do seu bebé; conselhos recebidos em relação ao horário das mamadas; profissional de saúde observou o bebé a mamar; o profissional de saúde demonstrou atenção e apoio sempre que solicitada ajuda, em relação ao aleitamento materno; o bebé tomou alguma vez leite artificial; decisão sobre amamentar ou não amamentar; aquando a tomada de decisão sobre amamentar, participação do marido/companheiro na tomada de decisão sobre amamentar; momento em que tomou a decisão sobre amamentar; colocação do bebé à mama; aquando da saída maternidade amamentava o filho; amamentar o filho no momento de recolha de dados; leite dado ao

bebé; até quando amamentou; durante quanto tempo deu leite materno a este filho(a); dificuldades/problemas com o aleitamento materno; desaconselhado o uso de chupeta até a lactação estar estabelecida; classificação da influência dos familiares em relação ao aleitamento materno; possuir mais filhos; qual o tipo de alimentação, até aos seis meses dos outros filhos; recebeu visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé; importância da visita ao domicílio pela equipa de enfermagem papel do enfermeiro no domicílio.

#### 1.4. Critérios de operacionalização de variáveis

Para se poder diminuir a probabilidade de ocorrência de divergências interpretativas e conferir-se um significado claro às variáveis, de modo a torna-las mensuráveis, procedeu-se à operacionalização conceptual e empírica de algumas das variáveis manifestas e latentes em estudo. Por conseguinte e quanto às variáveis manifestas, apresenta-se no Quadro 1 a operacionalização empírica realizada. Em relação à variável latente, esta foi operacionalizada como prevalência do aleitamento materno.

Quadro 1 – Operacionalização e recodificação das variáveis

Variável	Operacionalização	Recodificação
Idade	Pergunta aberta e posteriormente de acordo com as amplitudes das idades encontradas foram criadas classes etárias.	≤30 anos 31-35 anos ≥36 anos
Estado civil	Casada União de facto	Com companheiro
	Divorciada Viúva	Sem companheiro
Zona de residência	Aldeia	Rural
	Vila Cidade	Urbana
Escolaridade	Ensino básico - 1º Ciclo (4ª Classe Básico - 2º Ciclo (6º ano) Ensino básico - 3º Ciclo (9º ano) Ensino Secundário (12.º ano) Curso técnico Profissional Bacharelato/Licenciatura Mestrado Doutoramento	Até 3º ciclo do ensino básico Ensino secundário Ensino superior
Profissão	Pergunta aberta	
Atividade profissional	Sim Não	
Local e forma de exercício da atividade profissional	Fora de casa a tempo inteiro Em casa a tempo inteiro Fora de casa a tempo parcial Em casa a tempo parcial	

#### 1.5. Procedimentos éticos e formais

A colheita de dados para este estudo decorreu durante o período de 18 de maio de 2017 a 31 de janeiro de 2018, após aprovação pela Comissão de Ética da ARS Centro (cf.

Anexo. II) e, posteriormente, após autorização do Diretor Executivo do Aces Dão Lafões (cf. Anexo III). Obedeceu a todos os requisitos de natureza ética e deontológica. Deste modo, foi respeitada a autonomia dos participantes, sendo totalmente livres de poder desistir em qualquer momento do estudo, e informados de que pela sua participação não usufruíam de qualquer benefício ou malefício. Deste modo, foi-lhes entregue o consentimento informado.

### 1.6. Análise de dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria, achatamento e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

Para interpretar o coeficiente de variação utilizam-se os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que as variáveis não estão indissolivelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Oscila entre menos um e mais um e quanto mais próximo destes valores maior a força de correlação. Por convenção, os valores de  $r$  devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, mormente:

- Teste de U Mann Whitney usado para amostras independentes, ou seja, permite fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Análise de Teste de Kruskal Wallis usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes.

Teste de qui quadrado ( $X^2$ ) – é um teste não paramétrico que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Quando se encontram significâncias estatísticas recorreu-se aos resíduos ajustados. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $X^2$ , como indicam Pestana & Gajreiro (2014), pois os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram como valores de referência 2.0 (positivo).

De modo a interpretar-se os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados processa-se através de tabelas e figuras nos quais foi omitida a fonte por se tratar dum estudo transversal

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 (2016) para Windows.

No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.



## 2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

Pela análise da Tabela 3, verificou-se que a grande maioria das mulheres (96,4%) vigiaram a gravidez, das quais 88,8% referem ter iniciado a vigilância da gravidez no 1.º trimestre de gestação, enquanto 11,3% iniciaram apenas no 2.º trimestre, prevalecendo as mulheres com um maior número de consultas de vigilância da gravidez no Centro de Saúde (72,3%). Constatou-se também que grande parte das mulheres teve aulas de preparação para o parto (79,5%), porém 20,5% não frequentaram aulas de preparação para o parto durante o período gravídico. Em relação ao tipo de parto, verificou-se que estão em maioria as que tiveram parto eutócico (67,5%), tendo as restantes (32,5%) parto distócico. Questionaram-se as mulheres acerca de terem estado junto do seu filho nas primeiras 24 horas após o parto, apurando-se que quase todas (94,0%) responderam afirmativamente.

Tabela 3 – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis maternas

Variáveis	N	%
<b>Vigilância da gravidez</b>		
Sim	80	96.4
Não	3	3.6
<b>Início da vigilância da gravidez</b>		
1.º trimestre	71	88,8
2.º trimestre	9	11,3
<b>Maior n.º de consultas de vigilância da gravidez</b>		
Centro de saúde	60	72.3
Hospital público	12	14.5
Hospital/Clinica privada	8	9.6
<b>Aulas de preparação para o parto</b>		
Sim	66	79.5
Não	17	20.5
<b>Tipo de parto</b>		
Eutócico	56	67.5
Distócico	27	32.5
<b>Esteve junto do filho nas 1<sup>as</sup> 24 horas</b>		
Sim	78	94.0
Não	5	6.0

#### *Em síntese*

A maioria das mulheres vigiaram a gravidez nos cuidados de saúde primários, frequentaram as aulas de preparação para o parto e estiveram junto dos seus filhos nas primeiras 24 horas.

Procurou-se saber se as mulheres, durante a gravidez, receberam formação/informação sobre o aleitamento materno, verificando-se que quase a totalidade (90,4%) confirmou que a recebeu. Destas, 81,9% confirmaram que receberam documentação escrita sobre o aleitamento materno, tendo sido, para 67,1%, o enfermeiro quem mais formação/informação sobre o aleitamento materno lhes forneceu, no entanto para 32,9% foi o médico. Em relação ao momento em que receberam a formação/informação sobre aleitamento materno, constatou-se que prevaleceram as mulheres que afirmaram ter sido antes/durante a gravidez (77,1%), tendo as restantes 22,9% relatado que foi no parto e no pós parto (cf. Tabela 4a).

Perguntou-se às participantes até que idade foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno, apurando-se que 42,2% referem até aos 6 meses, 36,1% até aos 24 ou mais meses, 12,0% até aos 12 meses e 9,6% até aos 4 meses. Verificou-se também que a maioria das mulheres (57,8%) referiu que foi informada na maioria das vezes sobre a importância e os sinais da pega correta da mama, enquanto 28,9% foram informadas algumas vezes e 13,3% nunca/raramente. Em relação aos conselhos recebidos quanto ao horário das mamadas, apurou-se que a maioria das mulheres (63,8%) referiu os sinais de fome do bebé, 25,0% foram aconselhadas sobre o horário rígido da mamada e 11,3% horário livre “só quando o bebé chora” (cf. Tabela 4a).

Outra questão prende-se com o facto de o profissional de saúde ter observado o bebé a mamar, constatando-se que, de acordo com 53,0% das mulheres, essa observação aconteceu algumas vezes, para 28,9% ocorreu na maioria das vezes e, para 18,1%, o profissional de saúde nunca/raramente observou o bebé a mamar. Segundo 49,4% das mulheres, o profissional de saúde demonstrou, na maioria das vezes, apoio e atenção sempre que solicitaram ajuda, mas 31,3% referem que só ocorreu algumas vezes e 19,3% confirmam que o profissional de saúde nunca/raramente lhes prestou apoio e atenção (cf. Tabela 4a).

Tabela 4a – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação

Variáveis	N	%
<b>Recebeu formação/informação sobre o aleitamento materno</b>		
Sim	75	90.4
Não	8	9.6
<b>Fornecimento de documentação escrita sobre o aleitamento materno</b>		
Sim	81.9	81.9
Não	8.4	8.4
<b>Qual o profissional que mais formação/informação prestou sobre aleitamento materno</b>		
Médico	24	32.9
Enfermeiro	49	67.1
<b>Momento em que recebeu da formação/informação sobre aleitamento materno</b>		
Antes/durante a gravidez	54	77.1
Parto e pós o parto	16	22.9
<b>Até que idade foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno</b>		
4 meses	8	9.6
6 meses	35	42.2
12 meses	10	12.0
24 ou mais meses	30	36.1
<b>Informação sobre a importância e os sinais da pega correta da mama</b>		
Nunca/raramente	11	13.3
Algumas vezes	24	28.9
A maioria das vezes	48	57.8
<b>Conselhos recebidos sobre os horários da mamada</b>		
Horário rígido	20	25.0
Horário livre	9	11.3
Sinais de fome	51	63.8
<b>Observação do bebé a mamar pelo profissional de saúde</b>		
Nunca/raramente	15	18.1
Algumas vezes	44	53.0
A maioria das vezes	24	28.9
<b>Demonstração de apoio e atenção por parte do profissional de saúde</b>		
Nunca/raramente	16	19.3
Algumas vezes	26	31.3
A maioria das vezes	41	49.4

*Em síntese*

Quase a totalidade confirmou que recebeu formação/informação sobre o aleitamento materno, em forma de documentação escrita, tendo sido, para a maioria, o enfermeiro quem mais formação/informação, antes/durante a gravidez. A maioria das mulheres foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno até aos 6 meses, tendo sido informadas na maioria das vezes sobre a importância e os sinais da pega correta da mama e sobre o horário rígido da mamada. Sobressaíram as que o profissional de saúde observou bebé a mamar algumas vezes, bem como as que referem que o profissional de saúde demonstrou, na maioria das vezes, apoio e atenção sempre que solicitaram ajuda.

Procurou-se saber se o bebé tomou alguma vez leite artificial, verificando-se que (73,5%) das mães admite que sim, contrariamente a 20,5% referem que não. Quanto à decisão de amamentar, constatou-se que estão em maioria as mulheres que referem ter sido por iniciativa própria (80,7%), enquanto para 19,3% referem ter sido por indicação do profissional de saúde. Questionaram-se as participantes sobre o facto de o marido/companheiro ter participado na tomada da decisão de amamentar, do que se constatou que maioritariamente (73,5%) referem que o marido/companheiro teve essa participação, enquanto 26,5% admitem que não. Quanto ao momento da tomada de decisão para amamentar, verifica-se que a maioria das mulheres (61,4%) relata ter sido antes da gravidez, outras referem ter sido durante a gravidez (26,5%) e 12,0% admitem ter tomado essa decisão após o parto.

Questionaram-se as participantes sobre quando é que o seu bebé foi colocado à mama, verificando-se que prevalecem as que referem ter sido na primeira meia hora após o nascimento (66,3%), enquanto outras (20,5%) admitem ter ocorrido depois da primeira hora após o nascimento e, em menor percentagem, as que referem ter ocorrido até ao final da primeira hora pós nascimento (13,3%). Quase a totalidade da amostra (91,6%) dizem que amamentavam o seu bebé na alta.

Em relação a estarem a amamentar no momento em que foi aplicado o questionário, 56,6% referem que sim, mas 43,4% admitem que já não estão a amamentar. Das mulheres que admitem ainda estar a amamentar o seu bebé, quase todas referem que o seu leite é dado diretamente à mama. Em relação ao tempo que as mulheres alimentaram com leite materno ao seu filho, constatou-se que sobressaem as que o fizeram até ao 6.º mês (72,2%), seguindo-se as que amamentaram para além do 6.º mês (16,7%), salienta-se também que 11,1% nunca deu leite materno ao seu bebé.

Perguntou-se às mulheres se foram desaconselhadas quanto ao uso da chupeta até a lactação estar estabelecida, apurando-se que sobressaem as que dizem nunca/raramente terem sido desaconselhadas (43,4%), secundadas pelas que referem ter sido desaconselhadas algumas vezes (34,9%) e, com 21,7%, estão as mulheres que admitem ter sido desaconselhadas a maioria das vezes.

Tabela 4b – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação

Variáveis	N	%
<b>Bebé tomou leite artificial</b>		
Sim	61	73.5
Não	17	20.5
Não sabe	5	6.0
<b>Decisão de amamentar</b>		
Iniciativa própria	67	80.7
Indicação do profissional de saúde	16	19.3
<b>Marido/companheiro participou na decisão de amamentar</b>		
Sim	61	73.5
Não	22	26.5
<b>Quando tomou a decisão de amamentar</b>		
Antes da gravidez	51	61.4
Durante a gravidez	22	26.5
Após o parto	10	12.0
<b>O bebé foi colocado à mama</b>		
Na 1ª meia hora	55	66.3
Até final da 1ª hora	11	13.3
Após a 1ª hora	17	20.5
<b>Na alta amamentava o filho</b>		
Sim	76	91.6
Não	7	8.4
<b>Neste momento está a amamentar</b>		
Sim	43	56.6
Não	33	43.4
<b>Leite materno é dado ao bebé</b>		
Diretamente à mama	36	92.3
Através de biberão	2	5.1
Através do uso de bico artificial no mamilo	1	2.6
<b>Tempo de aleitamento materno</b>		
Nunca deu	6	11.1
Até 6º mês	39	72.2
Depois do 6º mês	9	16.7
<b>Desaconselhamento do uso de chupeta até a lactação estar estabelecida</b>		
Nunca/raramente	36	43.4
Algumas vezes	29	34.9
A maioria das vezes	18	21.7

### Em síntese

A maioria das mulheres refere que o bebé tomou alguma vez leite artificial, tendo sido iniciativa própria a decisão de amamentar antes da gravidez. Prevaecem também as mulheres que o marido/companheiro participou na tomada da decisão de amamentar, tendo o seu bebé sido colocado à mama na primeira meia hora após o nascimento. Quase a totalidade da amostra amamentava o seu bebé na alta. A maioria amamentava no momento em que foi aplicado e fê-lo até ao 6.º mês. Quanto ao uso da chupeta até a lactação estar estabelecida, sobressaem as que dizem nunca/raramente terem sido desaconselhadas.

Foi solicitado às participantes que referissem como consideram ser a influência dos familiares em relação ao aleitamento materno, apurando-se que, na maior parte dos casos, essa influência é positiva (mãe 80,7%; pai 68,7%; marido 81,9%), com exceção da influência de outro(s) filho(s) que é negativa, na maioria dos casos (56,6%). Em relação a terem mais filhos para além deste, constatou-se que 51,8% das mulheres não os possui, enquanto 48,2% possui mais filhos. De entre as mulheres que têm outros filhos, a percentagem mais

elevada recai nas que mencionam ter-lhes dado leite materno (52,5%), contrariamente a 30,0% que referem que lhes deram leite artificial e 17,5% leite misto.

Por fim, perguntou-se às participantes se receberam visita domiciliária pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, tendo-se apurado que a maioria confirma a visita (63,9%), enquanto 36,1% não recebeu visita da equipa de enfermagem nesse período de tempo. Das mulheres que receberam a visita da equipa de enfermagem, a grande maioria (92,5%) considera-a importante.

Tabela 4c – Distribuição das inquiridas segundo as variáveis contextuais à amamentação

Variáveis	N	%
<b>Influência de mãe em relação ao aleitamento materno</b>		
Negativa	16	19.3
Positiva	67	80.7
<b>Influência de pai em relação ao aleitamento materno</b>		
Negativa	26	31.3
Positiva	57	68.7
<b>Influência de marido em relação ao aleitamento materno</b>		
Negativa	15	18.1
Positiva	68	81.9
<b>Influência do(s) filho(s) em relação ao aleitamento materno</b>		
Negativa	47	56.6
Positiva	36	43.4
<b>Possuir mais filhos</b>		
Sim	40	48.2
Não	43	51.8
<b>Tipo de alimentação até aos seis meses</b>		
Leite materno	21	52.5
Leite artificial	12	30.0
Leite misto	7	17.5
<b>Receber visita enfermagem nos 1.ºs dias de vida do bebé</b>		
Sim	53	63.9
Não	30	36.1
<b>Ser importante a visita de enfermagem</b>		
Sim	49	92.5
Não	4	7.5

#### *Em síntese*

Na maior parte dos casos, a influência dos familiares em relação ao aleitamento foi positiva. A maioria das mulheres possui mais filhos para além deste, aos quais também amamentaram. Prevalencem as mulheres que receberam visita domiciliária pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, considerando-a importante.

## 2.2. Análise inferencial

Seguem-se os resultados obtidos na análise inferencial, tendo como ponto de referência as questões de investigação.

### Prevalência do aleitamento materno e variáveis sociodemográficas

Na Tabela 5 encontram-se os resultados referentes à prevalência do aleitamento materno em função das variáveis sociodemográficas, 51,8% das mulheres inquiridas confirmam amamentar o seu bebé com leite materno, contrariamente a 48,2%. Analisando os resultados em função da idade, constata-se que a percentagem mais elevada no grupo de mulheres que amamentam o seu bebé corresponde às que têm entre os 31-35 anos de idade (46,5%), secundadas pelas que possuem idade igual ou inferior aos 30 anos (27,9%) e 25,6% correspondem às mulheres mais velhas ( $\geq 36$  anos). No grupo de mulheres que não amamentam o seu bebé com leite materno, a maior percentagem recai nas mais velhas ( $\geq 36$  anos) (45,0%), seguindo-se as que se situam na faixa etária dos 31-35 anos (32,5%). Todavia, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $X^2=3,499$ ;  $p=0,174$ ).

Fazendo uma análise dos resultados em função do estado civil, pode afirmar-se que no grupo de mulheres que amamentam o seu filho com leite materno a maioria (74,4%) tem companheiro, sendo também as que possuem companheiro a destacarem-se no grupo de mulheres que não amamentam o seu filho com leite materno (95,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6,645$ ;  $p=0,010$ ), situando-se as mesmas entre as mulheres sem companheiro e que amamentam o seu bebé com leite materno e as que possuem companheiro e não amamentam o seu bebé com leite materno.

Tabela 5 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis sociodemográficas

Prevalência do aleitamento materno	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (43)	% (51,8)	nº (40)	% (48,2)	nº (83)	% (100,0)	1	2		
<b>Idade</b>										
<30 anos	12	27.9	9	22.5	21	25.3	.6	-.6	3,499	0,184
31-35 anos	20	46.5	13	32.5	33	39.8	1.3	-1.3		
≥36 anos	11	25.6	18	45.0	29	34.9	-1.9	1.9		
<b>Estado civil</b>										
Sem companheiro	11	25.6	2	5.0	13	15.7	<b>2.6</b>	-2.6	6,645	<b>0,010</b>
Com companheiro	32	74.4	38	95.0	70	84.3	-2.6	<b>2.6</b>		
<b>Habilitações literárias</b>										
Até ao 3.º ciclo do ensino básico	10	23.3	12	30.0	22	26.5	-.7	.7	1,546	0,452
Ensino secundário	22	51.2	22	55.0	44	53.0	-.3	.3		
Ensino superior	11	25.6	6	15.0	17	20.5	1.2	-1.2		
<b>Área de residência</b>										
Urbana	22	51.2	28	70.0	50	60.2	-1.8	1.8	3,070	0,116
Rural	21	48.8	12	30.0	33	39.8	1.8	-1.8		
<b>Exercer a atividade profissional</b>										
Sim	27	62.8	28	70.0	55	66.3	-.7	.7	0,482	0,488
Não	16	37.2	12	30.0	28	33.7	.7	-.7		
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>				

### Prevalência do aleitamento materno e variáveis maternas

Na tabela x encontram-se os resultados da prevalência do aleitamento materno em função das variáveis maternas, verificando-se, em primeiro lugar, que todas as mulheres que amamentam o seu filho efetuaram vigilância na gravidez (100,0%). No grupo de mulheres que não amamentam o seu filho, a maioria (92,5%) realizou vigilância da gravidez.

Constatou-se que no grupo de mulheres que amamentam o seu filho, a grande maioria (93,0%) teve aulas de preparação para o parto. Nas mulheres que não amamentam o seu filho, sobressaem as que tiveram aulas de preparação para o parto (65,0%), sendo também expressiva a percentagem de mulheres que não amamentam e não tiveram aulas de preparação para o parto (35,0%), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=9,992$ ;  $p=0,002$ ), encontrando-se as mesmas entre as mulheres que amamentam o seu filho e com aulas de preparação para o parto e as que não amamentam o seu filho e não tiveram aulas de preparação para o parto.

Fazendo uma análise dos resultados em função de as mulheres terem estado junto do seu filho nas primeiras 24 h, após o parto, verifica-se que nas que amamentam o seu filho a grande maioria (95,3%) admite ter estado junto do seu filho nas primeiras 24 h, após o parto. No grupo das que não amamentam o seu filho, estão em maioria também as que estiveram junto do seu filho nas primeiras 24 h, após o parto (92,5%).

Por fim, apurou-se que a maioria das mulheres que amamentam o seu filho teve um parto eutócico (62,8%), enquanto 37,2% teve um parto distócico. No grupo de mulheres que não amamentam o seu filho, o predomínio é das que tiveram um parto eutócico (72,5%), com 27,5% que relataram ter um parto distócico.

Tabela 6 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis maternas

Prevalência do aleitamento materno	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (43)	% (51,8)	nº (40)	% (48,2)	nº (83)	% (100,0)	1	2		
<b>Vigilância da gravidez</b>										
Sim	43	100.0	37	92.5	80	96.4	1.8	-1.8	n.a.	n.a.
Não	0	0.0	3	7.5	3	3.6	-1.8	1.8		
<b>Aulas de preparação para o parto</b>										
Sim	40	93.0	26	65.0	66	79.5	<b>3.2</b>	-3.2	9.992	<b>0,002</b>
Não	3	7.0	14	35.0	17	20.5	-3.2	<b>3.2</b>		
<b>Estar junto do filho nas 1<sup>as</sup> 24 h, após o parto</b>										
Sim	41	95.3	37	92.5	78	94.0	.5	-.5	n.a.	n.a.
Não	2	4.7	3	7.5	5	6.0	-.5	.5		
<b>Tipo de parto</b>										
Eutócico	27	62.8	29	72.5	56	67.5	-.9	.9	0.890	0,345
Distócico	16	37.2	11	27.5	27	32.5	.9	-.9		
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>				

### Prevalência do aleitamento materno e variáveis contextuais da amamentação

Na Tabela 7 encontram-se os resultados referentes à prevalência da amamentação em função das variáveis contextuais à amamentação, donde se apurou que nas mulheres que amamentam o seu filho registam-se valores percentuais idênticos para as que foram aconselhadas a amamentar até aos 6 meses e até aos 24 ou mais meses (41,9%, respetivamente). Já no grupo de mulheres que não amamentam o seu filho, a maioria (42,5%) foi aconselhada a amamentar até aos 6 meses, seguindo-se as que foram aconselhadas a amamentar até aos 24 ou mais meses (36,1%).

Constatou-se que há um predomínio de mulheres que amamentam o seu filho e que foram informadas a maioria das vezes acerca da importância de amamentar e dos sinais de pega correta da mama pelo seu bebé (62,8%). Nas mulheres que não amamentam, prevalecem as que receberam tais informações a maioria das vezes (52,5%), sendo também expressivo o percentual de mulheres neste grupo que foram informadas algumas vezes (40,0%), mas sem relevância estatisticamente significativa.

Apurou-se que há um predomínio de mulheres que amamentam o seu filho cujos conselhos recebidos sobre os horários da mamada foram acerca dos sinais de fome (73,2%). Nas mulheres que não amamentam o seu filho, a percentagem mais expressiva corresponde também às que os conselhos recebidos sobre os horários da mamada foram acerca dos sinais de fome (53,8%), seguidas das que foram aconselhadas só quando o bebé chora (30,8%).

Constatou-se que nas mulheres que amamentam o seu filho estão em maioria as que referem que o profissional de saúde observou o seu bebé a mamar algumas vezes (48,8%), seguidas das que confirmam que essa observação foi realizada a maioria das vezes (37,2%). No grupo de mulheres que não amamentam o seu filho, também predominam as que referem que o profissional de saúde observou o seu bebé a mamar algumas vezes (57,5%). No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Fazendo-se uma análise dos resultados da prevalência do aleitamento materno em função da atenção e apoio do profissional de saúde sempre que solicitada ajuda, em relação ao aleitamento materno, apurou-se que no grupo de mulheres que amamentam o seu filho a maioria (67,4%) admitem que receberam a maioria das vezes apoio e atenção sempre que solicitaram os profissionais de saúde. Já no grupo de mulheres que não amamentam o seu filho, o valor percentual mais expressivo corresponde às mulheres que relatam que só algumas vezes é que obtiveram atenção e apoio do profissional de saúde sempre que solicitada ajuda (42,5%), seguidas pelas que tiveram esse apoio e atenção a maioria das vezes (30,0%), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=11,667$ ;  $p=0,003$ ), encontrando-se estas entre as mulheres que não amamentam os seus filhos e referem ter tido atenção e apoio algumas vezes por parte dos profissionais de saúde, quando solicitados, e as mulheres que amamentam o seu filho e receberam a maioria das vezes esse apoio e atenção.

Os resultados revelam ainda que, no grupo de mulheres que amamentam o seu filho, a grande maioria (62,8%) refere que o seu bebé nunca tomou leite artificial, sendo esta uma situação análoga às mulheres que não amamentam o seu filho, com uma percentagem de 85,0%.

Constatou-se que os valores percentuais mais elevados, em ambos os grupos, recaem nas mulheres que referem que a decisão de amamentar foi por iniciativa própria ou pela influência familiar (amamenta 86,0% vs. não amamenta 75,0%), mas sem diferenças estatisticamente significativas.

---

Analisando-se os resultados da prevalência da amamentação em função das participantes amamentarem aquando da alta, constatou-se que em ambos os grupos as percentagens mais elevadas correspondem às que referiram que o amamentavam quando tiveram alta, nomeadamente 97,7% de mulheres que amamentam o seu filho e 85,0% de mulheres que não amamentam o seu filho.

Verificou-se também que no grupo de mulheres que amamentam o seu filho predominam as que foram desaconselhadas algumas vezes acerca do uso de chupeta até a lactação estar estabelecida (44,2%), enquanto no grupo de mulheres que não amamentam, a maioria (60,0%) referem que nunca/raramente foram desaconselhadas sobre o uso de chupeta até a lactação estar estabelecida, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,696$ ;  $p=0,013$ ), situando-se entre as mulheres que amamentam e foram desaconselhadas algumas vezes acerca do uso de chupeta até a lactação estar estabelecida e as que não amamentam o seu filho e nunca/raramente foram desaconselhadas.

De acordo com os dados apurados, constatou-se que das mulheres que amamentam o seu filho a maioria (79,1%) refere que o seu bebé foi colocado à mama na primeira hora de vida, sendo esta uma situação análoga a 52,5% das mulheres que não amamentam, secundadas por 32,5% das que relatam que o seu bebé foi colocado à mama após a primeira hora de vida, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=7.830$ ;  $p=0,020$ ), cujos residuais indicam que essas diferenças se situam entre as mulheres que amamentam e que o seu bebé foi colocado à mama na primeira hora de vida e as que não amamentam e o bebé foi colocado à mama após a primeira hora de vida.

Tabela 7 – Prevalência do aleitamento materno em função das variáveis contextuais da amamentação

Variáveis	Prevalência do aleitamento materno		Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (43)	% (51,8)	nº (40)	% (48,2)	nº (83)	% (100,0)	1	2				
<b>Até que idade foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno</b>												
4 meses	4	9.3	4	10.0	8	9.6	-.1	.1	n.a.	n.a.		
6 meses	18	41.9	17	42.5	35	42.2	-.1	.1				
12 meses	3	7.0	7	17.5	10	12.0	-1.5	1.5				
24 ou mais meses	18	41.9	12	30.0	30	36.1	1.1	-1.1				
<b>Informação sobre a importância e os sinais de pega correta do seu bebê</b>												
Nunca ou raramente	8	18.6	3	7.5	11	13.3	1.5	-1.5	5.588	0,061		
Algumas vezes	8	18.6	16	40.0	24	28.9	-2.1	2.1				
A maioria das vezes	27	62.8	21	52.5	48	57.8	.9	-.9				
<b>Conselhos recebidos sobre os horários da mamada</b>												
Só quando chora	8	19.5	12	30.8	20	25.0	-1.2	1.2	n.a.	n.a.		
Horário rígido	3	7.3	6	15.4	9	11.3	-1.1	1.1				
Sinais de fome	30	73.2	21	53.8	51	63.8	1.8	-1.8				
<b>Observação do bebê a mamar por parte do profissional de saúde</b>												
Nunca ou raramente	6	14.0	9	22.5	15	18.1	-1.0	1.0	3.253	0,197		
Algumas vezes	21	48.8	23	57.5	44	53.0	-.8	.8				
A maioria das vezes	16	37.2	8	20.0	24	28.9	1.7	-1.7				
<b>Atenção e apoio do profissional de saúde sempre que solicitada ajuda, em relação ao aleitamento materno</b>												
Nunca ou raramente	5	11.6	11	27.5	16	19.3	-1.8	1.8	11.667	<b>0,003</b>		
Algumas vezes	9	20.9	17	42.5	26	31.3	-2.1	<b>2.1</b>				
A maioria das vezes	29	67.4	12	30.0	41	49.4	<b>3.4</b>	-3.4				
<b>O bebê tomou alguma vez leite artificial</b>												
Não	27	62.8	34	85.0	61	73.5	-2.3	2.3	n.a.	n.a.		
Não sabe	14	32.6	3	7.5	17	20.5	2.8	-2.8				
Não se lembra	2	4.7	3	7.5	5	6.0	-.5	.5				
<b>Decisão de amamentar</b>												
Própria e familiar	37	86.0	30	75.0	67	80.7	1.3	-1.3	1.625	0,202		
Profissional de saúde	6	14.0	10	25.0	16	19.3	-1.3	1.3				
<b>Marido/companheiro participou na decisão de amamentar</b>												
Sim	30	69.8	31	77.5	61	73.5	-.8	.8	0,636	0,425		
Não	13	30.2	9	22.5	22	26.5	.8	-.8				
<b>Na alta amamentava o filho</b>												
Sim	42	97.7	34	85.0	76	91.6	2.1	-2.1	n.a.	n.a.		
Não	1	2.3	6	15.0	7	8.4	-2.1	2.1				
<b>Desaconselhamento do uso de chupeta até a lactação estar estabelecida</b>												
Nunca/raramente	12	27.9	24	60.0	36	43.4	-2.9	<b>2.9</b>	8.696	<b>0,013</b>		
Algumas vezes	19	44.2	10	25.0	29	34.9	<b>1.8</b>	-1.8				
A maioria das vezes	12	27.9	6	15.0	18	21.7	1.4	-1.4				
<b>O bebê foi colocado à mama</b>												
Na 1ª meia hora	34	79.1	21	52.5	55	66.3	<b>2.6</b>	-2.6	7.830	<b>0,020</b>		
Até final da 1ª hora	5	11.6	6	15.0	11	13.3	-.5	.5				
Após a 1ª hora	4	9.3	13	32.5	17	20.5	-2.6	<b>2.6</b>				
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>						

Para a avaliação da relação entre variáveis de contexto sociodemográfico, habilitações literárias, idade, local de residência, estado civil e exercício de atividade profissional sobre a prevalência do aleitamento materno efetuou-se uma regressão logística binária. Conforme exposto por Marôco (2015), é uma técnica multivariada em que a variável

---

dependente é do tipo nominal dicotômica e as independentes poderão ser nominais ou numéricas. No presente estudo, seguimos as recomendações propostas pelo autor citado que consistiu em transformar em variáveis *dummy* assumindo os valores de 0 (zero) e 1 (um). Assim, para a variável dependente, foi atribuído o código 0 para quem amamenta e 1 para quem não amamenta. Como método de estimação usado para seleção das variáveis preditoras, optou-se pelo método “enter”.

O número de participantes que estiveram incluídas no processo de análise foram 83 o que corresponde à totalidade da amostra já que não se registaram casos omissos. A sensibilidade do modelo é de 69.8%, isto é, o modelo classifica corretamente as mulheres que estão a amamentar e a especificidade é de 75.0%, ou seja, o modelo classifica corretamente as mulheres que não amamentam, com uma percentagem de casos corretamente classificados de 72.3%.

A tabela 8 apresenta as variáveis que se manifestaram como preditoras e os respetivos coeficientes e a sua significância. A coluna Exp (b) estima o rácio de chances (odds rácio) da variável dependente em relação às variáveis independentes. Apurou-se que o rácio de chances da mulher a exercer atividade profissional e de amamentar é de 1.320 o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de 32.0%. De igual modo, a escolaridade até ao terceiro ciclo (OR= 5.087) ou secundário (OR=3.029) e de residirem em meio urbano (OR= 2.096) traduzem-se num aumento de 408.7%, 202.9% e 109.6% em aleitamento materno, respetivamente. Já o facto de possuírem uma idade inferior ou igual a 30 anos (OR= 0.624) ou entre 31 a 35 anos (OR= 0.344) e habitarem sem companheiro (OR= 0.164) a prevalência de não aleitamento materno diminui em 37.6%, 65.6% e 83.6%, respetivamente.

Tabela 8 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis sociodemográficas

Variáveis	B	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	P	Exp(B) (OR)	%Exp(B)	IC 95% Exp (B)	
Atividade profissional	0.278	0.518	0.288	1	0.592	1.320	32.00	0.478	3.644
Idade ≤30 anos	-0.472	0.715	0.435	1	0.510	0.624	-37.6	0.154	2.536
Idade ente 31-35 anos	-1.066	0.586	3.313	1	0.069	0.344	-65.6	0.109	1.085
Estado civil	-1.808	0.910	3.946	1	0.047	0.164	-83.6	0.028	0.976
Escolaridade até 3º Ciclo	1.627	0.788	4.263	1	0.039	5.087	408.7	1.086	23.829
Escolaridade nível secundário	1.108	0.670	2.740	1	0.098	3.029	202.9	0.815	11.254
Residência urbana	0.740	0.540	1.879	1	0.170	2.096	109.6	0.728	6.030

Para a avaliação da relação entre variáveis maternas (vigilância da gravidez, aulas de preparação para o parto, estar junto do filho nas 1<sup>as</sup> 24 h, após o parto, tipo de parto) sobre a prevalência do aleitamento materno efetuou-se uma regressão logística binária.

A tabela 9 contém os resultados das variáveis que se manifestaram como predictoras e os respetivos coeficientes e a sua significância. A coluna Exp (b) estima o rácio de chances (odds rácio) da variável dependente em relação às variáveis independentes. Deste modo, verificou-se que a única variável preditora de aleitamento materno é as aulas de preparação para o parto, com um rácio de chances da mulher ter aulas de preparação para o parto e de amamentar é de 0,116, o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de -88,4%.

Tabela 9 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis maternas

Variáveis	B	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp(B)	IC 95% Exp (B)	
Aulas de preparação para o parto	-2.157	0.816	6.988	1	0.008	0.116	-88,4	0.023	0.572

Utilizando o método *enter* apenas 1 variável é preditora, perante este facto fez-se um refinamento do modelo utilizando o método *Forward stepwise (Likelihood Ratio)*, tendo-se confirmado que esta variável é única preditora.

Verificou-se que as variáveis contextuais à amamentação predictoras de aleitamento materno são: nunca/raramente ter sido informada sobre a importância e os sinais da pega correta da mama, o bebé não tomar leite artificial, colocado à mama na 1<sup>a</sup> meia hora, colocado à mama até final da 1<sup>a</sup> hora e na alta amamentava o filho, com um rácio de chances das mulheres nestas situações de amamentarem (0,003, 23,030, 0,848, 148, 1,466 e 0,000, respetivamente), o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de -99,7%, -15,2%, -81,6%, -98,53% e -100,0%, respetivamente.

Tabela 10 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável prevalência do aleitamento materno e variáveis contextuais à amamentação

Variáveis	b	s.e.	$X^2_{Wald}$	gl	p	Exp(B) (OR)	%Exp(B)	IC 95% Exp (B)	
Nunca/raramente foi informada sobre a importância e os sinais da pega correta da mama	-5.902	2.472	5.699	1	0.017	0.003	-99,7	.000	.348
Foi informada algumas vezes sobre a importância e os sinais da pega correta da mama	0.377	0.786	0.229	1	0.632	1.457	45,7	.312	6.805
Nunca/raramente ocorreu demonstração de apoio e atenção por parte do profissional de saúde quando solicitado, em relação ao aleitamento materno	4.475	1.514	8.739	1	0.003	87.817	8681,7	4.518	1706.799
Demonstração de apoio e atenção por parte do profissional de saúde algumas vezes quando solicitado, em relação ao aleitamento materno	1.916	0.795	5.810	1	0.016	6.794	579,4	1.430	32.267
Bebê tomou leite artificial	3.137	2.676	1.374	1	0.241	23.030	2203,0	.121	4369.807
Bebê não tomou leite artificial	-0.164	2.498	0.004	1	0.948	0.848	-15,2	.006	113.405
O bebê foi colocado à mama na 1ª meia hora	-1.909	0.889	4.610	1	0.032	0.148	-81,6	.026	.847
O bebê foi colocado à mama até final da 1ª hora	0.382	1.869	0.042	1	0.838	1.466	-98,53	.038	57.117
Na alta amamentava o filho	-26.026	12576.825	0.000	1	0.998	0.000	-100,0	.000	.



### 3. Discussão dos resultados

As participantes neste estudo (1) são 83 mulheres que frequentaram a consulta de saúde infantil de uma Unidade de Saúde Familiar, que recorrem à consulta de vigilância de saúde infantil na USF Estrela do Dão, com crianças até aos 3 anos de idade. Estas apresentam uma idade mínima de 19 anos e máxima de 49 anos, correspondendo a uma média de idades de 33,43 anos ( $\pm 5,25$  anos). Número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento (INE, 2014). Há um predomínio de mulheres na faixa etária dos 31-35 anos (39,8%), com companheiro (84,3%), a possuírem o ensino secundário (53,0%), residentes em meio urbano (60,2%) e ativas profissionalmente (66,3%).

A grande maioria das mulheres (96,4%) vigiou a gravidez, das quais 88,8% referem ter iniciado a vigilância da gravidez no 1.º trimestre de gestação, enquanto 11,3% iniciaram apenas no 2.º trimestre, prevalecendo as mulheres com um maior número de consultas de vigilância da gravidez no Centro de Saúde (72,3%). Grande parte das mulheres teve aulas de preparação para o parto (79,5%), contudo 20,5% não tiveram aulas de preparação para o parto durante o período gravídico. Em relação ao tipo de parto, estão em maioria as que tiveram parto eutócico (79,5%), tendo as restantes (32,5%) parto distócico. Constatou-se que 94,0% das mulheres tiveram junto do seu filho nas primeiras 24 horas após o parto.

No que se refere ao facto de as mulheres, durante a gravidez, terem recebido formação/informação sobre o aleitamento materno, apurou-se que quase a totalidade (90,4%) confirmou que a recebeu. Destas, 81,9% confirmaram que receberam documentação escrita sobre o aleitamento materno, tendo sido, para 67,1%, o enfermeiro quem mais formação/informação sobre o aleitamento materno lhes prestou, mas para 32,9% foi o médico. Em relação ao momento em que receberam a formação/informação sobre aleitamento materno, constatou-se que prevalecem as mulheres que afirmam ter sido antes/durante a gravidez (77,1%), tendo as restantes 22,9% relatado que foi no parto e no pós parto. A este propósito Graça (2010) refere que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desempenham um papel normalizador e regulador das práticas de aleitamento materno, para que se possa proceder ao estabelecimento do padrão de alimentação. Deste modo, ainda na perspetiva do mesmo autor, “o enfoque das intervenções são os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para a criança, baseados em justificações científicas, nem sempre tendo em consideração as dimensões psicossociais de aceitação das diferenças” (Graça, 2010, p.69). Estas intervenções educativas devem partir da transmissão de conhecimentos, com a finalidade

de levar as mulheres a desenvolver competências cognitivas. Ainda segundo o mesmo autor, os enfermeiros são um recurso importante na área da amamentação, contribuindo, para tal, a formação especializada de modo potenciarem-se atitudes que levem ao aleitamento materno exclusivo, se possível, devendo a intervenção ocorrer ao longo do ciclo gravídico e no pós parto.

Perguntou-se às participantes até que idade foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno, apurando-se que 42,2% referem até aos 6 meses, 36,1% 24 ou mais meses, 12,0% até aos 12 meses e 9,6% até aos 4 meses. A maioria das mulheres (57,8%) referiu que foi informada na maioria das vezes sobre a importância e os sinais da pega correta da mama. São reconhecidas as vantagens do aleitamento materno, quer a curto, quer a longo prazo, subsistindo o consenso geral de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, e que, depois da introdução ajustada de novos alimentos, é importante que este se prolongue até aos dois anos de idade ou mais (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011). A Direção-Geral da Saúde (2015, p.65) preconiza que todas as grávidas têm de ser informadas acerca das vantagens e questões práticas relacionadas com o aleitamento materno, de modo a assumirem uma posição face ao tempo de duração da amamentação exclusiva e acerca da importância de manutenção do aleitamento materno, caso seja possível até aos dois anos de vida. De acordo com o mesmo organismo, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida coadjuva a formação de laços afetivos entre a díade mãe/bebé, uma estreita relação onde o contacto e a atenção ajudam o bebé a sentir-se mais seguro e querido, assumindo de grande relevância para o seu crescimento e desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 65).

Outra questão prendeu-se com o facto de o profissional de saúde ter observado o bebé a mamar, tendo-se verificado que, de acordo com 53,0% das mulheres, essa observação aconteceu algumas vezes, para 28,9% ocorreu na maioria das vezes e, para 18,1%, o profissional de saúde nunca/raramente observou o bebé a mamar. Segundo 49,4% das mulheres, o profissional de saúde demonstrou, na maioria das vezes, apoio e atenção sempre que solicitaram ajuda, mas 31,3% referem que só ocorreu algumas vezes e 19,3% confirmam que o profissional de saúde nunca/raramente lhes prestou apoio e atenção sempre que solicitados. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no encorajamento e suporte do aleitamento materno. Estes devem apoiar as mães a amamentar, explicando os benefícios que esta prática tem na saúde da mãe e no crescimento e desenvolvimento da criança. De acordo com Pereira (2006, p. 64), “o sucesso da promoção do aleitamento depende não só da aquisição de conhecimentos e práticas sobre a amamentação, mas também das atitudes dos profissionais de saúde, sobretudo, os

enfermeiros que têm um papel muito importante na promoção, proteção e apoio ao aleitamento. Devem atuar no período pré-natal, durante o parto, pós parto e enquanto durar a amamentação”. A corroborar, Fonseca-Machado et al. (2014) mencionam que os enfermeiros têm de valorizar a importância do processo educativo, pois este contribui para a aproximação entre eles e as mulheres e para o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas em relação à promoção do aleitamento materno, bem como à utilização de recursos disponíveis para a sua continuidade, reduzindo-se, assim, as taxas de abandono precoce.

Verificou-se uma prevalência de 51,8% de mulheres a amamentarem e 48,2% que já não amamentam. Analisando-se os resultados da prevalência da amamentação em função das participantes amamentarem na alta, constata-se que as percentagens mais elevadas correspondem às que referiram que amamentavam na alta, nomeadamente 97,7% de mulheres que amamentam o seu filho e 85,0% de mulheres que não amamentam o seu filho. Constatou-se que das mulheres que amamentam o seu filho a maioria (79,1%) refere que o seu bebé foi colocado à mama na primeira meia hora de vida, sendo esta uma situação análoga a 52,5% das mulheres que não amamentam, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=7.830$ ;  $p=0,020$ ), cujos residuais indicam que essas diferenças se situam entre as mulheres que amamentam e que o seu bebé foi colocado à mama na primeira hora de vida e as que não amamentam e o bebé foi colocado à mama após a primeira hora de vida. Gaspar et al. (2015) verificaram que a taxa de iniciação de aleitamento materno foi de 99%, a de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de 18,8% e a de aleitamento materno complementar aos 2 anos foi de 10,5%. Sendo que o abandono do aleitamento materno ocorreu principalmente no primeiro mês de vida e entre os 4 e 6 meses.

De acordo com Oliveira (2016, p. 13), continua a verificar-se um abandono do aleitamento materno exclusivo até aos seis. Esta condição afasta-se das recomendações da Organização Mundial de Saúde em que as crianças deveriam ser amamentadas exclusivamente até aos seis meses de vida e haver manutenção do aleitamento materno até pelo menos aos 24 meses (WHO, 2017). Oliveira (2016), no seu estudo, constatou que todas as mães expressaram o desejo de amamentar antes do parto, todavia, o autor verificou que apenas 75% o faziam no momento da alta hospitalar. Esta percentagem foi diminuindo até 46,2% aos seis meses; 42,9% das mães apontaram como principal causa do abandono a deficiente progressão ponderal (42,9%).

No que se refere à primeira questão de investigação, através da qual se procurou determinar se as variáveis sociodemográficas das mães de crianças até aos 3 anos de idade (habilitações literárias, idade, local de residência, estado civil e exercício de atividade

profissional) influenciam a prevalência do aleitamento materno, apurou-se que o rácio de chances da mulher a exercer atividade profissional e de amamentar é de 1.320 o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de 32.0%. De igual modo, a escolaridade até ao terceiro ciclo (OR= 5.087) ou secundário (OR=3.029) e de residirem em meio urbano (OR= 2.096) traduzem-se num aumento de 408.7%, 202.9% e 109.6% em aleitamento materno, respetivamente. Já o facto de possuírem uma idade inferior ou igual a 30 anos (OR= 0.624) ou entre 31 a 35 anos (OR= 0.344) e habitarem sem companheiro (OR= 0.164) a prevalência de não aleitamento materno diminui em 37.6%, 65.6% e 83.6%, respetivamente.

Importa salientar que o facto de se ter verificado que só há 32.0% de hipóteses de as mulheres ativas profissionalmente amamentarem o seu filho se poderá estar relacionado com uma das dificuldades em prolongar a amamentação, ou seja, o regresso das mães ao local de trabalho, depois de finda a licença de maternidade. Em Portugal, de acordo com Santos, Guerra, Hespanhol e Esteves (2015), é possível a mulher decidir por uma licença de maternidade de quatro meses, com remuneração completa, ou de cinco meses com uma penalização salarial de 20%. Assim, no seu estudo, ao contrário das mulheres com uma licença mais prolongada, a opção por uma licença de quatro meses não se associou a uma maior duração do aleitamento materno, sugerindo a necessidade de transformação de atitude nas políticas públicas de proteção da criança e da promoção do aleitamento. Os mesmos autores acrescentam que os fatores relacionados com o emprego e a duração da licença de maternidade são determinantes significativos nas taxas de aleitamento materno exclusivo e necessitam de uma reflexão por parte da sociedade, para que se possam introduzir políticas amigas da amamentação, promovendo a saúde e o bem-estar das crianças e famílias.

Constatou-se também que as mulheres com escolaridade até ao terceiro ciclo ou secundário e as que residem em meio urbano manifestam um aumento da prevalência do aleitamento materno. Estes resultados corroboram os encontrados por Lanzaro et al. (2015), onde a maioria das mulheres que amamentavam o seu filho tinham, como habilitações literárias, o ensino secundário e eram residentes em meio urbano. Porém, Oliveira et al. (2006), ao estudarem a prevalência da amamentação no primeiro mês de vida do bebé, verificaram que a maioria das mulheres possuía escolaridade inferior ao 3º ciclo do ensino básico

No que se refere à segunda questão de investigação, que previa uma avaliação da relação entre variáveis maternas sobre a prevalência do aleitamento materno, constatou-se que a única variável preditora de aleitamento materno é as aulas de preparação para o

parto, com um rácio de chances da mulher ter aulas de preparação para o parto e de amamentar ser de 0,116, o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de -88,4%. Os resultados apurados corroboram os de Barge e Carvalho (2011, p. 520), onde ficou demonstrado que a frequência de aulas de preparação para o parto é preditora de aleitamento materno. De igual modo, Morgado, Pacheco, Belém e Nogueira (2010) verificaram, no seu estudo, que as aulas de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas, possuindo maiores taxas de amamentação.

Verificou-se também que as variáveis contextuais à amamentação preditoras de aleitamento materno foram: nunca/raramente ter sido informada sobre a importância e os sinais da pega correta da mama, o bebé não tomar leite artificial, colocado à mama na 1ª meia hora, colocado à mama até final da 1ª hora e na alta amamentava o filho, com um rácio de chances das mulheres nestas situações de amamentarem (0,003, 23,030, 0,848, 148, 1,466 e 0,000, respetivamente), o que significa que a possibilidade de aleitamento materno aumenta em cerca de -99,7%, -15,2%, -81,6%, -98,53% e -100,0%, respetivamente. Estes resultados corroboram a literatura.

É importante referir que, segundo Coutinho (2014, p. 21), a vigilância da gravidez é tida como “a monitorização da frequência de ocorrência de condições específicas para avaliar a estabilidade ou a alteração dos níveis de saúde, neste caso, materna e obstétrica”, deverá ter início, preferencialmente, previamente “à conceção, através dos cuidados pré-concepcionais ou pelo menos, antes, do fim do primeiro trimestre da gravidez e prolongar-se durante toda a gestação, com os cuidados pré-natais, num mínimo de seis consultas, e tendo continuidade no pós-parto”.

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2015, p. 37), numa gravidez de baixo risco institui-se a realização da primeira consulta, o mais atempadamente, caso seja possível, e até às 12 semanas de gravidez (1º trimestre de gravidez); realização das consultas de vigilância pré-natal, após a primeira consulta: “a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas; a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto”. É preconizado que todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, têm de ter acesso a uma consulta no hospital, no qual se preveja que venha a acontecer o parto, devendo esta ser programada em consonância com as particularidades determinadas em cada Unidade Coordenadora Funcional (UCF). Este esquema e periodicidade das consultas de vigilância da gravidez podem ser acrescidos, tendo-se em consideração “os dados da avaliação clínica e os resultados dos exames complementares realizados; as necessidades de cada mulher/casal; os protocolos de cada UCF” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 37).

Deste modo, segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, preconiza-se uma 1ª consulta antes das 12 semanas, uma 2ª consulta entre as 14 e 16 semanas e 6 dias, uma 3ª consulta antes das 24 semanas, a 4ª consulta entre as 27 e 30 semanas e 6 dias, a 5ª consulta entre as 34-35 semanas e 6 dias, a 6ª consulta entre as 36 - 38 semanas e 6 dias e a 7ª após as 40 semanas. (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 37).

## Estudo 2 – Percepção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida

### 1. Método

Na consideração das diferentes escolhas metodológicas para este estudo, pensou-se que uma abordagem do tipo fenomenológico permitisse uma aproximação mais concreta dos fatores que influenciam o aleitamento materno nos primeiros anos de vida. Assim, será possível fornecer contributos para a promoção de estratégias mais eficazes que permitam uma promoção do aleitamento materno e a redução do seu abandono precoce. Por outro lado, considera-se que qualquer estudo nesta área é sempre pertinente e pode trazer mais-valias para melhorar a prática ao nível dos cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.

Definido o problema, é importante especificar as questões de investigação que orientarão a recolha de dados através das entrevistas e para as quais se tenta obter resposta. Com base na literatura disponível e consultada sobre a temática, enunciam-se as seguintes questões: i) Quais as dificuldades sentidas pela mãe na amamentação? ii) Qual a influência das variáveis obstétricas no aleitamento materno até ao 3º ano de vida?

Para se obter resposta a estas questões, recorreu-se à realização de entrevistas semiestruturadas com subsequente redução de dados, codificação e análise de conteúdo.

Os objetivos principais que se pretende atingir são: identificar as dificuldades sentidas pela mãe na amamentação; averiguar a influência das variáveis obstétricas no aleitamento materno até ao 3º ano de vida.

Tendo em conta que este estudo é de natureza qualitativa, o mesmo pode ser visto como humanístico, pois, segundo Bogdan e Bikken (1994), quando os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentam na sua vida diária (não reduzem a palavra e os atos a equações estatísticas). Os investigadores interessam-se mais pelo processo de investigação do que unicamente pelos resultados ou produtos que dela decorrem. Ainda segundo os autores citados, em investigação qualitativa, o plano de investigação é flexível.

Bogdan e Bikken (1994, p. 132) apresentam as cinco principais características da investigação qualitativa:

- “1. A situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;
2. A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;

3. A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final;
4. Os dados são analisados intuitivamente, como se se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;
5. Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao 'porquê' e ao 'quê'.

Os autores supracitados referem que o facto de se pretender recolher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever as situações vividas pelos participantes e interpretar os significados que estes lhes atribuem, neste caso concreto as vivências das mães na amamentação dos seus filhos, justifica a realização de uma abordagem qualitativa.

“Em investigação qualitativa, as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas. Em todas estas situações a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p.134).

A investigação qualitativa é “descritiva”, devendo a mesma ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos. Os dados incluem as transcrições das entrevistas. Como tal, deve analisar-se os dados recolhidos, respeitando, tanto quanto possível, a forma segundo a qual foram registados ou transcritos (Bogdan & Biklen, 1994). Neste tipo de estudo, ainda segundo os mesmos autores, o investigador é o “instrumento” de recolha de dados; a validade e a fiabilidade dos dados dependem muito da sua sensibilidade, conhecimento e experiência. A questão da objetividade do investigador constitui o principal problema da investigação qualitativa, cuja preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados.

Foram estes os princípios orientadores seguidos para a realização do estudo qualitativo, nomeadamente: o recurso à entrevista semiestruturada. As respostas obtidas através das entrevistas foram alvo de análise de conteúdo de acordo com os princípios de Bardin (2015).

## 1.1. Participantes

A amostra do estudo qualitativo é constituída por nove mulheres, sendo a maioria casadas (n=8), com idades compreendidas entre os 22 e os 46 anos. No que se refere à escolaridade, verifica-se que quatro entrevistadas são licenciadas, três possuem o 12.º ano, uma o mestrado e outra o 8.º ano de escolaridade. Em relação ao agregado família quatro das entrevistadas referem que o mesmo é constituído por três elementos e cinco delas relatam que o seu agregado familiar é constituído por quatro elementos. Observa-se também que quatro mulheres residem em meio rural e cinco em meio urbano (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização pessoal das entrevistadas

Entr.	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Agregado Familiar	Residência
E1	46	Casada	Licenciada	Técnica Superior de Higiene e Segurança no Trabalho	3 elementos	Rural
E2	39	Casada	12.º ano	Técnica de vendas informática	4 elementos	Urbana
E3	40	Casada	Licenciada	Professora	3 elementos	Rural
E4	33	Casada	Licenciada	Engenharia alimentar	4 elementos	Urbana
E5	33	Casada	Licenciada	Auxiliar num Lar	3 elementos	Rural
E6	38	Casada	12.º ano	Técnica Administrativa	4 elementos	Urbana
E7	22	Casada	12.º ano	Técnica Auxiliar de Saúde	3 elementos	Urbana
E8	36	Casada	Mestrado	Diretora Técnica de uma IPSS	4 elementos	Urbana
E9	35	Solteira	8.º ano de escolaridade	Ajudante de ação direta	4 elementos	Rural

## 1.2. Tratamento dos dados

No que se refere às entrevistas semiestruturadas (cf. Anexo IV), procedimento seguido para a análise dos dados obtidos foi a análise de conteúdo, que consiste num processo que procura analisar qualquer tipo de comunicação (Bardin, 2015). De acordo com a mesma autora, tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Procura-se, assim, conhecer o lado “oculto” das palavras, utilizando procedimentos sistemáticos, evidenciando os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade com o objetivo de fornecer mais informações ao leitor crítico da mensagem.

Segundo Bardin (2015), a análise de conteúdo é descrita como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. A análise de conteúdo pode ser de dois tipos:

análise dos “significados” (análise temática) e análise dos “significantes” (análise dos procedimentos). No que diz respeito a esta pesquisa, a técnica de análise eleita foi a análise categorial temática. Esta técnica permitiu-nos condensar os dados, categorizando e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações. Bardin (2015) refere que a análise supracitada funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos, refere ainda que é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples.

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se à volta de um processo de categorização (Bardin, 2015). A categorização é operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia, com os critérios previamente definidos). As mensagens provenientes das entrevistas podem ser agrupadas tendo em conta diferentes categorias, assim, em análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise (Bardin, 2015). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: - o inventário (isolar os membros); - a classificação: (repartir os elementos e organizar as mensagens). No momento em que estamos a efetuar uma análise de conteúdo e decidimos codificar as respostas, devemos elaborar um sistema de categorias.

Assim, a análise das entrevistas foi feita através da análise de conteúdo, que consiste na organização das informações, sem, todavia, se induzirem desvios no material em análise, mas de tal forma que permita revelar “índices invisíveis ao nível dos dados brutos” (Bardin, 2015, p. 117). Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Delineou-se, desta feita, uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*, tendo-se em conta as questões do Guião da Entrevista. Importa referir que não usado qualquer programa estatístico no tratamento das entrevistas.

### **1.3. Procedimentos éticos e formais**

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como

orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes, bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória antes de se passar a realizar as entrevistas, de modo a informar os participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições. Após prévia explicação dos objetivos do estudo foi também solicitado o consentimento das entrevistadas. Salienta-se que, para se garantir o anonimato dos entrevistados, foi atribuído um código, como por exemplo: E1 que corresponde ao entrevistado 1.



## 2. Apresentação dos resultados

Apresentam-se, nesta secção, os resultados e respetiva discussão a partir do material recolhido durante a realização da metodologia mencionada na secção anterior. Neste ponto, procede-se a apresentação e discussão dos resultados das entrevistas, cujos discursos foram transcritos e analisados segundo a análise de conteúdo, com categorias identificadas através de um modelo de análise construído para o efeito, baseado na problemática que emergiu da literatura consultada e dos resultados obtidos no estudo empírico I.

No que se refere à caracterização obstétrica, como exposto no Quadro 3, verifica-se que quase todas as mulheres (n=6) tiveram aulas de preparação para o parto. Quanto ao tipo de parto, 5 referiram ter um parto eutócico e 4 um parto distócico. Apenas 2 entrevistadas (E3 E; E 9) mencionaram que, após o parto, não estiveram junto do seu filho nas primeiras 24 horas. Em relação a possuírem outros filhos, 4 entrevistadas referiram que sim, com idades entre os 7 e os 14 anos. No que diz respeito ao tempo de amamentação, obteve-se um tempo mínimo de 4 meses e um máximo de 24 meses. Importa referir que a E5 ainda se encontra a amamentar, tal como a E8, que referiu ter amamentado o seu filho mais velho até aos 18 meses. A E7 já não se encontra a amamentar, uma vez que refere ter “ficado sem leite”. Apenas a E7 e a E9 não receberam visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, tendo as restantes confirmado esta visita, tendo algumas delas considerado importante para esclarecimentos de algumas dúvidas acerca da amamentação. A E5 que não houve esclarecimentos acerca da amamentação, argumentado que “a enfermeira apenas verificou as condições do quarto de bebé”, o que foi corroborado pela E6, cuja opinião se transcreve: “achei importante a presença do enfermeiro em casa, pois ajudou/alertou muito para os cuidados a ter com o bebé no banho, no berço e a reforçar a segurança em casa. Relativamente à amamentação, não houve qualquer orientação/informação no domicílio”.

Quadro 3 – Caracterização obstétrica

Entr.	Aulas de preparação para o parto	Tipo de parto	Após o parto, esteve junto do seu filho nas 1 <sup>as</sup> 24h	Possuir mais filhos/ idade	Tempo de amamentação	Receber visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os 1 <sup>os</sup> 15 dias de vida do bebé
E1	Não	Distócico	Sim	Não	13 meses	Sim
E2	Na primeira gravidez não/ na segunda sim	Eutócico	Sim	Sim (1 com 11 anos e outro com 14 anos)	O mais velho até aos 14 meses; o mais novos até aos 6 meses	-
E3	Sim	Distócico	Não	Não	Até aos 2 anos e meio	Sim
E4	Sim	Eutócico	Sim	Sim (7 anos)	18 meses	Sim
E5	Sim	Eutócico	Sim	Não	Ainda se encontra a amamentar	Sim
E6	Sim	Eutócico	Sim	Sim (8 anos)	Até aos 9 meses no primeiro filho	Sim
E7	Não	Distócico	Sim	Não	Até aos 4 meses	Não
E8	Sim	Eutócico	Sim	Sim (8 anos)	O primeiro filho até aos 18 meses; o segundo filho ainda se encontra a amamentar	Sim
E9	Não	Distócico	Não	Sim (14 anos)	6 meses	Não

### Categoria 1 - Experiência de amamentação do filho

Solicitou-se às entrevistadas que falassem sobre a experiência de amamentação do seu filho (cf. Quadro 4), o que se constituiu como categoria, da qual emergiram 3 subcategorias; experiência única (n=5), descoberta de ser mãe (n=1) e processo complicado inicialmente (n=4). De acordo com 5 mulheres, amamentar é uma sensação única e especial, que resulta da ligação afetiva estabelecida entre mãe e filho. Importa referir que a E7 referiu que muitas mães lhe diziam que amamentar era difícil, que “saía sangue” e que “doía”. Contudo, relatou que, na maternidade, as mães eram muito unidas, ajudando-se umas às outras, tendo uma delas, exclusive, sugerido a utilização de um creme que a ajudou muito. Referiu também o importante papel das enfermeiras, alegando que estas as ajudaram muito, informando corretamente o que as acalmou muito. Esta foi uma informação também partilhada pela E5, segundo a qual, as enfermeiras a esclareceram muito acerca das suas dificuldades e dúvidas.

De acordo com 4 entrevistadas, inicialmente, a amamentação foi um processo complicado, o que se deveu ao “pouco interesse” da criança para mamar, pela ocorrência de fissuras, dores ou desconforto nos mamilos, dificuldades na pega por sonolência da criança. Todavia, garantiram que essas dificuldades foram ultrapassadas com “dedicação, paciência e persistência” (E6), transformando-se num momento de prazer (E8).

Quadro 4 – Experiência de amamentação do filho

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Experiência de amamentação do filho	Experiência única	<p>E1 “Uma sensação única. Uma experiência ótima”</p> <p>E5 “O meu filho assim que teve contacto comigo quis mamar. Como levei alguns pontos e tive algum tempo na sala de partos, mamou cerca de 45 minutos depois (...) o bebé agarrou bem, desde a primeira mamada (...) experiência única”.</p> <p>E7 “A minha experiência de amamentação foi boa e especial. Como foi o primeiro filho, no início, houve alguma dificuldade, mas felizmente correu tudo bem e o meu filho mamava (...) as enfermeiras ajudaram (...) o meu filho pegou bem no peito (...). Dar de mamar é especial, é um momento nosso, entre nós e o nosso bebé. Sentimos uma ligação única”.</p> <p>E8 “(...) adoro amamentar o meu filho, olhar para ele e ele a olhar para mim e dar-me um sorriso, que só eu entendo o seu significado”.</p> <p>E9 “Eu acho muito lindo e não só. Desde o início da gravidez, sempre tive a ideia de amamentar (...) apesar de não ter dado logo o peito assim que a minha bebé nasceu, não perdi a ideia de amamentar. Quando começou a mamar, já não queria mais nada, nem a chupeta, nem o biberão. Não dei mais por opção (...) é uma experiência única”.</p>	5
	Descoberta de ser mãe	E2 “Do meu filho mais velho foi a descoberta maravilhosa de ser mãe (...)”.	1
	Processo complicado inicialmente	<p>E3 “Inicialmente, foi um processo complicado, pois a Maria João adormecia nas mamadas e o suplemento foi-me sugerido por repetidas vezes. Só quando comecei a tirar leite com a bomba e a dar-lhe, após cada mamada, como se de um suplemento se tratasse, é que a minha filha ganhou peso suficiente para se autonomizar na mamada”.</p> <p>E4 “No início, a minha filha mostrava pouco interesse em mamar e fazia da mama uma chupeta, macerando os mamilos e tornando o momento da amamentação um pouco doloroso. Aos poucos fomos adaptando, ultrapassando estas barreiras”.</p> <p>E6 “Os primeiros meses de vida da minha filha não foram fáceis, os meus peitos gretaram e a minha filha adormecia sempre a mamar. Como não fazia mamadas eficazes, engordou pouco. Ao fim de dois meses, comecei a tirar leite e a oferecer no biberão depois de mamar no meu peito. Com muita dedicação, paciência e persistência, a minha filha começou a mamar melhor aos 4 meses de vida”.</p> <p>E8 “A experiência de amamentação do meu filho começou por ser bastante dolorosa, devido às gretas no peito e à subida de leite (...) muito intensa. Contudo, passados os primeiros quinze dias, a amamentação tornou-se num prazer (...)”.</p>	4

### Categoria 2 - Conselhos/informação recebidos sobre a amamentação

No que se refere ao facto de as entrevistadas terem sido aconselhadas e recebido informações sobre o aleitamento materno (cf. Quadro 5), emergiram 3 subcategorias, tendo 5 das mulheres relatado que receberam conselhos e informação por escrito e por via oral, nomeadamente no Centro de Saúde por parte dos médicos e enfermeiros e na maternidade, algumas referiram que foi em panfletos e folhetos. A E8 também mencionou que foi aconselhada e que lhe foram dadas informações oralmente nas aulas de preparação para o parto. Verifica-se também que 2 entrevistadas referiram que os conselhos/informações

sobre o aleitamento materno foi por via escrita, tendo a E2 referido que o mesmo ocorreu nas consultas de vigilância da gravidez e a E7 mencionou que essa informação foi facultada em panfletos por médicos e enfermeiros. Todavia, a E3 relatou que procurou aconselhamento no Centro de Saúde, mas que tudo foi muito informal. Acrescentou que, nas aulas de preparação para o parto, as informações não “foram esclarecedoras o suficiente”. Acrescenta-se que todas as entrevistadas referiram saber o que era a amamentação em exclusivo.

Quadro 5 – Conselhos/informação recebidos sobre a amamentação

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Aconselhamento/informação	Escrita	E2 “(...) informação escrita nas consultas de acompanhamento da gravidez e na maternidade tive a sorte de encontrar enfermeiras 5 estrelas que me explicaram que a dor nos bicos nas primeiras mamadas era normal que era a adaptação e isso foi muito importante”. E7 “Recebi informação sobre aleitamento materno por panfletos, médico e enfermeiros. Quando o bebé nasceu fui informada de que o bebé poderia demorar a mamar por 1 hora e promoveram bastante o contacto pele-a-pele (...)”.	2
	Oral e escrita	E1 “Oral e escrita”. E4 “Sim, oral e escrita tanto no Centro de Saúde e nas aulas de preparação para o parto”. E5 “Sim, oral e escrita”. E6 “Sim, recebi informação oral e escrita sobre o aleitamento materno no Centro de Saúde pela enfermeira e médica de família”. E8 “Sim, recebi informação sobre o aleitamento materno na forma escrita. Na maternidade levaram-me uns folhetos que tinham informação acerca do aleitamento materno. Quanto a formação, recebi nas aulas de preparação para o parto, nas quais abordam esta temática”.	5
	Não recebeu	E3 “No Centro de Saúde procurei o aconselhamento de uma CAM, mas não posso dizer que tenha recebido informação /formação sobre aleitamento materno, pois foi tudo muito informal, entre consultas (...) Para além disso, frequentei aulas de preparação para o parto, mas que não foram esclarecedoras o suficiente ao nível da amamentação”.	1

### **Categoria 3 – Pessoa que prestou mais formação/informação sobre o aleitamento materno**

Perguntou-se às entrevistadas quem foi a pessoa que mais lhes prestou formação/informação sobre aleitamento materno, tendo-se constatado que se destacam os enfermeiros (n=6), seguindo-se o médico (n=4). A E3 referiu que uma das pessoas que lhe deu mais formação/informação sobre aleitamento materno foi uma amiga que já tinha amamentado o seu filho. Por sua vez, a E4 salientou a sua formação profissional (engenharia alimentar). A E8, para além de ter referido a pediatra e as enfermeiras do

Centro de Saúde, mencionou a sua experiência anterior com o primeiro filho. A E6 referiu que essa formação/informação foi adquirida no hospital (cf. Quadro 6).

Quadro 6 – Pessoa que prestou mais formação/informação sobre o aleitamento materno

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Pessoa que prestou mais formação/informação sobre o aleitamento materno	Médico	E1 "(...) foi a obstetra". E5 "Médica de família". E8 "(...) a pediatra (...)". E9 "O obstetra, a médica de família (...)".	4
	Enfermeiros	E2 "As enfermeiras das consultas da gravidez". E4 "(...)no Centro de Saúde/aulas de preparação para o parto – Enfermeiros". E5 "Enfermeira (...)". E7 "Enfermeira". E8 "(...) a enfermeira do Centro de Saúde". E9 "(...) As enfermeiras".	6
	Amiga	E3 "Uma amiga que já tinha sido mãe e que estava a amamentar pela segunda vez".	1
	Formação profissional	E4 "Formação profissional (...)".	1
	No hospital	E6 "No hospital".	1
	Experiência pessoal	E8 "A minha experiência pessoal com o primeiro filho, com o qual contactei com o aleitamento materno (...)".	1

#### **Categoria 4 – Cuidados relativos ao ato de amamentar**

No que diz respeito aos cuidados a ter em relação ao ato de amamentar, emergiram 7 subcategorias (cf. Quadro 7), sendo as que mais consenso reuniram o posicionamento (n=6) e o ambiente calmo (n=6). Verifica-se também que duas entrevistadas referem a higiene. A E3 considera que para o ato de amamentar em si não há cuidados específicos, mas que esse cuidado deve recair na alimentação. A E5 acrescentou que se deve deixar o bebé procurar a mama. Salvaguarda-se que a sétima não referiu nenhum cuidado.

Quadro 7 – Cuidados relativos ao ato de amamentar

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Cuidados relativos ao ato de amamentar	Posicionamento	E1 “Bom posicionamento tanto da mãe como do bebé (...).” E2 “Deve adotar uma posição confortável para o bebé e para a mãe”. E4 “(...) posição confortável (...)”. E5 “Postura o mais confortável possível quer para mim, quer para o bebé (...)”. E6 “(...) colocar o bebé junto ao meu corpo (...)”. E9 “Deve adotar uma posição confortável para o bebé e para a mãe”.	6
	Higiene	E1 “(...) higiene”. E4 “Bons cuidados de higiene (...)”.	2
	Ambiente calmo	E2 “O ambiente deve estar calmo, sem barulho”. E4 “(...) ambiente calmo”. E5 “(...) local calmo (...)” E6 “Procurar um lugar calmo, onde esteja confortável (...)”. E8 “(...) deve ser o mais tranquilo possível, sem barulhos à volta, num espaço tranquilo”. E9 “O ambiente deve estar calmo, sem barulho”.	6
	Nenhum	E3 “Ao ato em si nenhum em particular (...)”	1
	Alimentação	E3 “(...) mas sim em relação à alimentação”.	1
	Ser o bebé a procurar a mama	E5 “(...) deixar o bebé procurar a mama”.	1
	Cuidados com a pega	E6 “(...) ajustar a boca do bebé à mama de forma a não entrar ar”.	1

### Categoria 5 – Posições para amamentar

Quanto às posições para amamentar (cf. Quadro 8), de acordo com os relatos das entrevistadas, constatou-se que as mesmas optam por alternar entre diversas “posições”, deixando transparecer que experimentam várias posições para encontrar aquela que melhor se adapta a si e ao seu bebé, nomeadamente: sentar-se comodamente (n=4), posição de embalar (n=6), uso da almofada de amamentação (n=4), posição de futebol (n=1), posição deitada (n=3) e posição confortável (n=1).

Quadro 8 – Posições para amamentar

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Posições para amamentar	Sentar-se comodamente	E1 "Sentar-se comodamente para ser mais fácil a descida do leite (...)". E5 "(...) sentada". E8 "(...) posição sentada numa cadeira/cadeirão (...)". E9 "Sentada com as costas retas e bem apoiadas (...)".	4
	Posição de embalar	E1 "(...) colocar o bebé sobre o braço com a barriga virada para a da mãe (...)". E2 "O meu filho mais velho gostava de mamar deitado no peito (...)". E4 "(...) Posição de embalar (...)". E7 "Posição de embalar". E9 "(...) com o bebé seguro nos dois braços (...)".	5
	Almofada de amamentação	E3 "Com a almofada de amamentação". E4 "(...) usar a almofada de amamentação (...)". E6 "(...) apoiar com a almofada". E8 "Para mim, a posição mais confortável para o bebé é sobre a almofada de amamentação".	4
	Posição de futebol	E4 "(...) posição de futebol (...)".	1
	Posição deitada	E4 "(...) deitada". E5 "Deitada (...)". E9 "Deitada de lado com o bebé deitado (...)".	3
	Posição confortável	E6 "Estar numa posição confortável (...)".	1

### Categoria 6 – Horários da mamada

Questionaram-se as entrevistadas acerca dos horários da mamada (cf. Quadro 9), tendo a maioria deixado transparecer que o bebé, principalmente quando recém-nascido, não tem horário fixo, ou seja, que a mamada deve ocorrer quando o bebé quiser (n=6). Todavia, 5 entrevistadas salvaguardam que as mamadas devem idealmente ocorrer de 3 em 3 horas. De acordo com a sua experiência, a E4 referiu que o seu filho mamava de 4 em 4 horas. A E5 mencionou que, no primeiro mês, as mamadas devem ocorrer de 1 em 1 hora. Importa salientar que a E1, para além de referir que o ideal será de 3 em 3 horas, considera que alguns bebés precisam de um intervalo mais pequeno. No seu caso, alguns desses intervalos eram maiores porque o bebé estava confortável e dormia mais tempo.

Quadro 9 – Horários da mamada

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Horários da mamada	De 3 em 3 horas	E1 “Tudo depende do bebé...no geral será dada de 3 em 3 horas (...).” E4 “(...) no primeiro mês não deve ser superior a 3 horas”. E5 “(...) a partir do primeiro mês de 3 em 3 horas”. E8 “[depois de recém-nascido] as mamadas devem decorrer de 3 em 3 horas”. E9 “De 3 em 3 horas (...).”	5
	De 4 em 4 horas	E2 “O meu filho mais velho gostava de mamar de 4 em 4 horas (...).”	1
	Quando o bebé tem fome	E3 “Livre demanda”. E4 “O bebé deve ser alimentado quando tem fome (...).” E6 “Dar de mamar quando o bebé pedir, mas não o deixar estar mais de 4 horas sem comer”. E7 “Quando o bebé tem fome”. E8 “Não há horários fixos para a mamada quando é recém-nascido (...).” E9 “(...) o ideal é que seja de livre vontade, ou seja, quando o bebé quiser”.	6
	De 1 em 1 hora no primeiro mês	E5 “Hora a hora no primeiro mês (...).”	1

### **Categoria 7 – Benefícios/vantagens da amamentação**

Quanto aos benefícios/vantagens do aleitamento materno (cf. Quadro 10), constata-se que as entrevistadas, na generalidade, apontaram benefícios para a mãe, para o bebé e para ambos. Assim, no que se refere aos benefícios/vantagens para a mãe, emergiram 5 subcategorias: conforto (n=1), favorecer a involução uterina (n=1), favorecer a recuperação pós-parto (n=1), menos dispendioso (n=1) e prevenir neoplasias (n=1). Quanto aos benefícios/vantagens para o bebé, emergiram 5 subcategorias: benefícios nutricionais (n=5), transmissão de defesas (n=4), redução de cólicas (n=1), prevenir a obesidade (n=1) e desenvolvimento dentário (n=1). Em relação aos benefícios/vantagens para a díade mãe/bebé, emergiram 3 subcategorias: estar sempre pronto/temperatura ideal (n=4), estabelecimento do vínculo afetivo (n=7) e transmissão de segurança (n=1).

Quadro 10 – Benefícios/vantagens da amamentação

Categoria		Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Benefícios/vantagens da amamentação	Para a mãe	Conforto	E1 “é um conforto (...) está sempre pronto e à temperatura ideal (...)”.	1
		Favorecer a involução uterina	E4 “(...) Favorece a involução uterina (...)”.	1
		Favorecer a recuperação pós-parto	E4 “(...) Favorece a recuperação pós-parto”.	1
		Menos dispendioso	E5 “(...) menos despesas (...)”.	1
		Prevenir neoplasias	E9 “(...) ajuda a proteger a mãe contra o cancro do ovário e da mama”.	1
	Para o bebé	Benefícios nutricionais	E1 “(...) O leite materno possui todos os nutrientes de que o bebé necessita”. E3 “(...) ter o que ela precisava quando ela precisava. Para além disso, é uma criança saudável e gosto de pensar que a amamentação contribuiu também para isso”. E4 “(...) é o alimento mais completo e equilibrado (...)”. E6 “(...) contém o nutrientes [necessários ao bebé] (...)”. E8 “Tem todos os nutrientes que os bebés necessitam para o seu desenvolvimento quer físico, quer intelectual (...) hidratação”.	5
		Transmissão de defesas	E5 “Transmissão de defesas (...)”. E6 “(contém os anticorpos que irão proteger o bebé de infeções (...)”. E8 “(...) os bebés ganham mais defesas para possíveis infeções, doenças ou alergias”. E9 “(...) previne alergias e anemia (...)”.	4
		Redução de cólicas	E9 “provoca menos cólicas (...)”	1
		Prevenir a obesidade	E9 “(...) previne obesidade (...)”.	1
		Desenvolvimento dentário	E9 “(...) a sucção ajuda também no desenvolvimento dentário do bebé (...)”.	1
	Para a mãe e bebé	Estar sempre pronto/temperatura ideal	E1 “ (...) está sempre pronto e à temperatura ideal (...)”. E4 “(...) Está sempre pronto e (...)”. E5 “(...) está sempre pronto, À temperatura ideal (...)”. E6 “o leite materno está sempre pronto e à temperatura ideal (...)”	4
		Estabelecimento do vínculo afetivo	E1 “(...) há uma ligação de intimidade da mãe com o filho”. E2 “Um dos maiores benefícios é em termos emocionais, amamentar faz com que o elo mãe/filho seja muito forte, há uma partilha de amor fantástica”. E3 “(...) ligação inexplicável à minha filha (...)”. E4 “Estabelece um vínculo mãe-filho indescritível (...)”. E5 “(...) permite uma melhor relação entre a mãe e o bebé (...)”. E6 “(...) permite criar afetos com o bebé (...)”. E7 “Reforça o laço emocional com a mãe”.	7
		Segurança	E6 “(...) transmite segurança ao bebé e à mãe???”.	1

### Categoria 8 - Cuidados relativos à alimentação da mãe

No que diz respeito aos cuidados relativos à alimentação da mãe (cf. Quadro 11), apurou-se que as entrevistadas, na sua maioria (n=6), relataram que se deve fazer uma alimentação equilibrada. Referiram também o condicionamento da ingestão de alimentos que produzam flatulências e cólicas no bebé (n=4), ingestão frequente e em abundância de líquidos, com particular destaque para a água (n=3), não ingestão de bebidas estimulantes, como o café e o álcool (n=4), comer de tudo moderadamente por conselho médico (n=1) e fazer 5 refeições por dia (n=1).

Quadro 11 – Cuidados relativos à alimentação da mãe

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Cuidados relativos à alimentação da mãe	Alimentação equilibrada	E1 “A alimentação da mãe deve ser equilibrada, rica em legumes, fruta”. E2 “Comida saudável (...)”. E3 “Alimentação saudável, diversificada (...)”. E4 “Alimentação equilibrada (...)”. E6 “A alimentação deve ser diversificada, completa e equilibrada. Deve incluir vegetais, frutas, produtos lácteos, carne, peixe (...)”. E7 “Alimentação equilibrada”.	6
	Condicionar a ingestão de alimentos que produzam flatulências e cólicas no bebé	E2 “(...) evitar alimentos que provoquem gases/cólicas”. E5 “Até aos 4 meses não comi nada que pudesse provocar cólicas ao bebé (...)”. E8 “No meu caso, evitei alimentos que causassem cólicas: feijão, ervilhas, brócolo, citrinos, chocolate (...) evitar comida condimentada”. E9 “Não pode comer comidas que produzam gases, como os citrinos (...)”.	4
	Ingestão frequente/abundante de líquidos	E3 “(...) ingestão frequente de líquidos (...)”. E4 “(...) ingestão de líquidos cerca de 2 litros (...)”. E6 “(...) beber, pelo menos, 1,5 litros de água por dia”	3
	Não ingestão de bebidas estimulantes	E4 “(...) evitar o álcool e a cafeína”. E6 “(...) Não beber bebidas alcoólicas E8 “(...) [evitar] café (...)”. E9 “(...) não pode ingerir bebidas alcoólicas (...)”.	4
	Comer de tudo moderadamente	E5 “(...) a pediatra aconselhou a comer de tudo com moderação”	1
	Fazer 5 refeições por dia	E8 “(...) Faço cerca de 5 refeições por dia”.	1

### Categoria 9 - Conservação do leite materno

Uma outra questão refere-se à conservação do leite materno (cf. Quadro 12), tendo-se constatado que a maioria das mulheres referiu a sua conservação no frigorífico (n=6), ainda que o tempo de duração tenha variado de um dia para o outro, apenas durante 48 horas, durante 3 dias). Constatou-se também que há mulheres que mencionaram a conservação do leite materno no congelador, tendo a E3 referido os sacos de congelação da

Medela. A E6 considera que o tempo de congelação não pode exceder os 3 meses, enquanto a E8 e E9 referiram um tempo de congelação até 6 meses. Importa referir que a E1 e a E2 apenas mencionaram que nunca tiveram necessidade de conservar o leite materno.

Quadro 12 – Conservação do aleite materno

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Conservação do leite materno	Sem necessidade	E1 "Nunca precisei de conservar leite". E7 "Não precisei".	2
	Guardar no frigorífico	E2 "Em ambos os casos utilizei a bomba manual para terem leite enquanto ia trabalhar e conservava no frigorífico". E4 "No frigorífico ou congelar". E5 "Apenas no frigorífico, de um dia para o outro, apenas quando comecei a trabalhar". E6 "Guardar no frigorífico apenas durante 48 horas". E8 "(...) pode ser conservado no frigorífico durante 3 dias, para consumir nesse prazo (...)". E9 "(...) pode ser guardado na porta do frigorífico (...)".	6
	Congelado	E3 "Em sacos de congelação da Medela". E6 "(...) Pode ser congelado durante 3 meses". E8 "(...) caso seja para congelar, pode guardar-se até 6 meses". E9 "(...) como também pode ser congelado, não mais de seis meses".	4

### **Categoria 10 – Tempo de amamentação do filho com leite materno exclusivo**

No que se refere à prática exclusiva de aleitamento materno (cf. Quadro 13), constata-se que a E2 fê-lo até aos 3 meses, tendo, aos 4 meses, introduzido novo alimento (sopa). A E1 referiu até aos 4 meses, apontando como justificativa para a sua interrupção o retorno à vida profissional. De acordo com os relatos de 5 entrevistadas, a prática de aleitamento materno exclusivo ao seu bebé decorreu até aos 6 meses de vida, enquanto 2 referiram antes dos 6 meses.

Quadro 13 – Tempo que amamentou o filho com leite materno exclusivo

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Tempo que amamentou o filho com leite materno exclusivo	Até aos 3 meses	E2 "Aos 4 meses comecei as sopas".	1
	Até aos 4 meses	E1 "Alimentei o meu filho até aos 4 meses só com leite porque tive de começar a trabalhar".	1
	Até aos 6 meses	E3 "Até aos 6 meses". E6 "Até ao 6 meses (...)". E7 "Até ao 6 meses". E8 "Até ao 6 meses". E9 "Até ao 6 meses de idade".	5
	Antes dos 6 meses	E4 "5 meses, porque aos 6 meses ia trabalhar". E5 "Até aos 5 meses (duração da licença)".	2

### Categoria 11 – Colocação do bebé à mama na 1ª meia hora de vida

Outra questão colocada refere-se ao facto de o bebé ter sido colocado à mama na primeira meia hora de vida (cf. Quadro 14), constatando-se que 3 das entrevistadas referiram que não, tendo a E1 argumentando que esta situação não ocorreu porque estava no recobro e a E9 pelo facto de o seu filho ter ido para a neonatologia. Contrariamente, 6 entrevistadas confirmaram que o seu bebé foi colocado à mama na primeira meia hora de vida. Todas as mães descreveram o momento em que amamentaram pela primeira vez como um momento único, inesquecível, com um misto de emoções, ser mãe e amamentar.

Quadro 14 – Colocação do bebé à mama na 1ª meia hora de vida

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Colocação do bebé à mama na 1ª meia hora de vida	Não	E1 “Não porque eu estava no recobro”. E3 “Não”. E9 “Não, porque teve de ir para a neonatologia”.	3
	Sim	E2 “Sim, ambos vinham a chorar cheios de fome”. E4 “Sim”. E5 “Na primeira hora”. E6 “Sim, foi colocada à mama na primeira meia hora de vida”. E7 “Sim”. E8 “Sim”.	6

### Categoria 12 – Aleitamento materno exclusivo na alta da maternidade

Verifica-se que todas as entrevistadas confirmaram que, na alta da maternidade, estavam a amamentar o seu filho apenas com leite materno (cf. Quadro 15).

Quadro 15 – Aleitamento materno exclusivo no momento da alta da maternidade

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Aleitamento materno exclusivo no momento da alta da maternidade	Sim	E1 “Sim”. E2 “Sim”. E3 “Sim”. E4 “Sim”. E6 “Sim”. E7 “Sim”. E8 “Sim”. E9 “Sim”.	9

### **Categoria 13 – Observação do bebê a mamar por parte da enfermeira(o) ou da médica(o) de família na USF**

Os resultados revelam que a maioria das entrevistadas (n=7) confirma que, na USF, a enfermeira(o) ou médica(o) de família observou o bebê a mamar, o que não ocorreu nos casos da E4 e E8, as quais referiram que não houve essa observação (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Observação do bebê a mamar por parte da enfermeira(o) ou da médica(o) de família na USF

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>Frequência</b>
Observação do bebê a mamar por parte da enfermeira(o) ou da médica(o) de família	Sim	E1 "Sim". E2 "Sim". E3 "Sim". E5 "Sim". E6 "Sim". E7 "Sim". E9 "Sim".	7
	Sim	E4 "Não". E8 "Não".	2

### **Categoria 14 – Abordagem por parte do profissional de saúde sobre o uso da chupeta quando o filho era recém-nascido**

Perguntou-se às entrevistadas se algum profissional de saúde lhes falou sobre o uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido, tendo 6 delas referido que sim. Todavia, a E5 salvaguardou que a sua médica de família abordou o assunto apenas porque observou o bebê com a chupeta, sem qualquer esclarecimento. Opostamente, 3 entrevistadas referiram que não houve qualquer abordagem por parte de um profissional de saúde acerca do uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido (cf. Quadro 17).

Quadro 17 – Abordagem por parte do profissional de saúde sobre o uso da chupeta quando o filho era recém-nascido

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Abordagem por parte do profissional de saúde sobre o uso da chupeta quando o filho era recém-nascido	Sim	E1 “Sim”. E2 “Sim”. E4 “Sim, enfermeira”. E5 “A médica de família, mas só porque o viu de chupeta, mas não esclareceu nada”. E6 “Sim, dar a chupeta mas só quando o bebé mamar bem”. E7 “[Sim] não aconselham, pelo menos até a amamentação estar bem estabelecida”. E9 “Sim”.	6
	Sim	E4 “Não”. E3 “Não”. E8 “Não”.	3

### Categoria 15 – Facilidades/dificuldades na amamentação

Em relação às dificuldades que as entrevistadas sentiram na amamentação, verificou-se que estas foram a dor nos mamilos (n=3), o facto de o bebé adormecer na mamada (n=1), na pega correta (n=2), no posicionamento (n=1), as fissuras nos mamilos (n=2) e a produção de leite (n=1) (cf. Quadro 18). Apesar de ultrapassadas estas dificuldades, as mulheres referiram que a amamentação se transformou num momento de prazer, tendo a E8 reforçado que o leite materno está sempre “pronto e à temperatura ideal”. A E1 relatou que sempre teve facilidade.

Quadro 18 – Dificuldades na amamentação

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Dificuldades na amamentação	Dor nos mamilos	E2 “A dor nos bicos quando começa a mamar”. E7 “(...) dores nos mamilos (...)”. E9 “(...) dor nos mamilos (...)”.	3
	Bebé adormecia	E3 “A minha filha adormecia ao mamar”.	1
	Pega correta	E4 “Dificuldade na “pega” correta da mama”. E7 “Dificuldades na pega (...)”	2
	Posicionamento	E5 “Dificuldade no primeiro posicionamento, mas tive ajuda da enfermeira”.	1
	Fissuras nos mamilos	E6 “nas primeiras semanas não foi fácil, enquanto os mamilos estavam gretados (...)”. E8 “As maiores dificuldades foram os peitos gretados (...)”.	2
	Produção de leite	E8 “(...) a subida de leite (...)”.	1

### **Categoria 16 – Apoio recebido durante a amamentação**

Em conformidade com os relatos das entrevistadas, as mesmas contaram com o apoio da família (n=4), do marido (n=6) e dos amigos (n=3) na amamentação (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Apoio recebido durante a amamentação

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registro</b>	<b>Frequência</b>
Apoio recebido	Família	E1 “Família”. E5 “Dos meus pais (...)”. E7 “(...) a família (...)”. E8 “A família (...)”.	4
	Marido	E2 “O pai teve um papel fabulástico, foi o meu equilíbrio, nessa fase estamos mais carentes”. E3 “Do meu marido, incondicional (...)”. E5 “(...) o meu marido”. E6 “Do meu marido”. E8 “(...) o marido”. E9 “O meu marido”.	6
	Amigos	E3 “(...)De uma amiga, incansável, que também amamentava”. E4 “Amigos”. E7 “(...) os amigos (...)”.	3

### **Categoria 17 – Vida social enquanto amamentou e/ou amamenta**

Questionaram-se as mulheres acerca da sua vida social enquanto amamentam e/ou amamentaram, tendo 5 delas referido que esta se processou sem problemas/preconceitos, enquanto 4 mulheres admitiram que a sua vida social esteve muito condicionada, ou porque tinha de bombear leite após cada mamada, como referiu a E3, porque o bebé chorava muito, de acordo com a E5, ou porque estão condicionadas aos horários do bebé nos primeiros meses de vida. Importa salientar que a E7, apesar de tentar ter uma vida social normal, considera que “a sociedade ainda olha de forma diferente para as mães quando amamentam. Algumas pessoas afastam-se (...)”. Por sua vez, a E8, ainda que tenha tido uma vida social condicionada nos primeiros 3 meses, neste momento já começa a retomá-la normalmente (cf. Quadro 20).

Quadro 20 – Vida social enquanto amamentou e/ou amamenta

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Vida social enquanto amamentou e/ou amamenta	Sem problemas/preconceitos	E1 “Sem qualquer problema, sem preconceitos”. E2 “Manteve-se normal, nunca tive vergonha de amamentar em público e isso aconteceu várias vezes (...)”. E4 “Sem alterações, amamentava mesmo em espaço públicos, mantendo sempre a privacidade e um ambiente calmo”. E7 “Tentava sair na mesma (...)”. E9 “Foi sempre normal, não é a amamentação que prejudica a vida social de uma mãe”.	5
	Muito condicionada	E3 “Inicialmente, muito condicionada pois tinha de tirar leite após cada mamada”. E5 “Até aos 4 meses não tive vida social, pois o bebé chorava 24 h por dia”. E6 “Condicionada aos horários do bebé”. E8 “Mudou bastante, sendo inexistente até aos 3 meses de vida do meu filho (...)”.	4

### **Categoria 18 – Sentimentos a amamentar**

Em relação aos sentimentos que as entrevistadas têm ou tiveram quando amamentaram, constata-se que 5 delas referiram que amamentar é um ato de promove o vínculo/amor, 4 narraram que é um momento de alegria/felicidade. Para 3 entrevistadas, amamentar desperta-lhes um sentimento de prazer. De acordo com 5 entrevistadas, amamentar desperta-lhes um sentimento de vínculo e de grande amor. E2 referiu ser um momento muito especial, uma vez que a sua “vida tem mais sentido”. A E5 mencionou que é uma sensação inexplicável, “a pontos de não conseguir explicar”, particularmente quando observa os olhos do seu filho fixos nela (cf. Quadro 21).

Quadro 21 – Sentimentos a amamentar

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>
Sentimento a amamentar	Alegria/felicidade	E1 “Muita alegria porque sempre foi um desejo pessoal, ser mãe e amamentar”. E4 “(...) posteriormente alegria”. E7 “Felicidade (...)”. E9 “Alegria”.	4
	Prazer	E3 “Prazer (...)”. E6 “Amamentar é um prazer (...)”. E8 “(...) prazer (...)”.	3
	Angústia	E3 “(...) Mas nos primeiros tempos angústia por não saber se estava a fazer o melhor para a minha filha que não aumentava de peso”. E4 “No início alguma angústia (...)”.	2
	Vínculo/amor	E2 “É um momento especial e sentir que a nossa vida tem mais sentido, é ter coração cheio”. E5 “é uma sensação tão boa que nem consigo explicar. Aqueles olhinhos a olhar para a mamã enquanto mama”. E6 “(...) é um vínculo especial que se estabelece entre a mãe e o seu filho. É um sentimento de união e amor”. E7 “(...) carinho e afeto”. E8 “Amor profundo, carinho (...)”.	5

## Categoria 19 – Significados da amamentação

São vários os significados que as entrevistadas atribuem à amamentação, sobressaindo o estabelecimento de vínculos afetivos muito fortes entre a díade mãe/bebé (n=5), proteção (n=4) e partilha (n=2). A E1 referiu que a amamentação também é um ato de complexidade e de intimidade com o seu bebé. A E3 acrescentou que significa saúde e a E6, não obstante de considerar que significa proteger o seu filho, também significa dor. (cf. Quando 22).

Quadro 22 – Significados da amamentação

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência
Significados da amamentação	Complexidade	E1 "Complexidade (...)".	1
	Intimidade	E1 "(...) intimidade com o bebé".	1
	Momento especial	E2 "É um momento especial".	1
	Vinculação mãe/filho	E3 Uma ligação afetiva impagável. Um ato de amor (...). E4 "Vínculo mãe-filho (...)". E5 "(...) criar laços, amor, envolvimento, mimo". E7 "Criar e fortalecer laços com o nosso bebé (...)". E8 "Amor, carinho (...) criação de laços essenciais com o meu filho".	5
	Saúde	E3 "(...) Saúde".	1
	Proteção	E4 "(...) proteção". E6 "É cuidar e proteger a minha filha (...) oferecer o melhor para ela". E7 "(...) fazê-lo sentir-se protegido". E8 "(...) transmissão de segurança para o meu filho (...)".	4
	Partilha	E5 "Partilha (...)". E9 "Partilha (...)".	2
	Dor	E6 "(...) é dor (...)".	1

### Síntese

Quase todas as mulheres tiveram aulas de preparação para o parto, estiveram junto do seu filho nas primeiras 24 horas. No que diz respeito ao tempo de amamentação, obteve-se um tempo mínimo de 4 meses e um máximo de 24 meses. A maioria recebeu visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé. A experiência de amamentação do filho foi, maioritariamente, experiência única e processo complicado inicialmente. Grande parte das entrevistadas foi aconselhada e recebeu informações sobre o aleitamento materno por escrito e por via oral, nomeadamente no Centro de Saúde por parte dos médicos e enfermeiros e na maternidade. Quanto aos cuidados a ter em relação ao ato de amamentar, o que mais consenso reuniu foi o posicionamento e o ambiente calmo. As mesmas optam por alternar entre diversas "posições" para amamentar, nomeadamente: sentar-se comodamente, posição de embalar e

uso da almofada de amamentação. A maioria deixou transparecer que o bebê, principalmente quando recém-nascido, não tinha horário fixo para mamar. No que se refere aos benefícios/vantagens para a mãe, as mulheres indicaram: conforto, favorecer a involução uterina, favorecer a recuperação pós-parto, menos dispendioso e prevenir neoplasias; benefícios/vantagens para o bebê: benefícios nutricionais, transmissão de defesas, redução de cólicas, prevenir a obesidade e desenvolvimento dentário. Em relação aos benefícios/vantagens para a díade mãe/bebê, estar sempre pronto/temperatura ideal, estabelecimento do vínculo afetivo e transmissão de segurança. A maioria faz uma alimentação equilibrada. Quanto à conservação do leite materno, a maioria das mulheres referiu a sua conservação no frigorífico. Verificou-se o predomínio da prática de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida. Sobressaíram as mulheres cujo bebê foi como um momento único, inesquecível, com um misto de emoções, ser mãe e amamentar. Todas as entrevistadas, na alta da maternidade, estavam a amamentar o seu filho apenas com leite materno. A maioria referiu que o profissional de saúde lhe falou sobre o uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido. As dificuldades mais sentidas na amamentação foram a dor nos mamilos, a pega correta e as fissuras nos mamilos. As mulheres contaram com o apoio da família, do marido e dos amigos na amamentação. Algumas mulheres referiram que a sua vida social, quanto à prática da amamentação, se processou sem problemas/preconceitos, enquanto outras admitiram que esta esteve muito condicionada. Os sentimentos mais manifestados pelas entrevistadas quando amamentaram foram a alegria/felicidade, sentido de vida, prazer, sensação inexplicável e sentimento de união e de grande amor. Os significados atribuídos à amamentação foram sobretudo o estabelecimento de vínculos afetivos muito fortes entre a díade mãe/bebê, a proteção e a partilha.

### 3. Discussão dos resultados

Foram entrevistadas nove mulheres, com idades compreendidas entre os 22 e os 46 anos. No que se refere à escolaridade, quatro entrevistadas são licenciadas, três possuem o 12.º ano, uma o mestrado e outra o 8.º ano de escolaridade, quatro das quais residem em meio rural e cinco em meio urbano.

Quase todas as mulheres (n=6) tiveram aulas de preparação para o parto. Quanto ao tipo de parto, cinco referiram ter um parto eutócico e quatro um parto distócico. Apenas duas entrevistadas mencionaram que, após o parto, não estiveram junto do seu filho nas primeiras 24 horas. Verificou-se que quatro entrevistadas possuem mais filhos, com idades entre os 7 e os 14 anos. No que diz respeito ao tempo de amamentação, obteve-se um tempo mínimo de 4 meses e um máximo de 24 meses. Importa referir que a E5 ainda se encontra a amamentar, tal como a E8, que referiu ter amamentado o seu filho mais velho até aos 18 meses. A E7 já não se encontra a amamentar, uma vez que refere ter “ficado sem leite”. Lanzaro et al. (2015, p. 101) referem que, em Portugal, as taxas de aleitamento materno ainda “continuam a ser inferiores em relação às recomendações mundiais”. Os resultados do seu estudo demonstram que a prevalência do aleitamento materno aos seis meses foi de 50,0% no meio urbano e 51,2% no meio rural e a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 17,1% no meio urbano e 18,7% no meio rural (Lanzaro et al., 2015).

Quanto a receberem a visita, no domicílio, da equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, apenas duas entrevistadas referiram que não a receberam. As mulheres que confirmaram essa visita atribuíram-lhe muita importância, referenciando os esclarecimentos de algumas dúvidas acerca da amamentação. Contudo, a E5 mencionou que não houve esclarecimentos acerca da amamentação, argumentado que “a enfermeira apenas verificou as condições do quarto de bebé”, o que foi corroborado pela E6, cuja opinião se transcreve: “achei importante a presença do enfermeiro em casa, pois ajudou/alertou muito para os cuidados a ter com o bebé no banho, no berço e a reforçar a segurança em casa. Relativamente à amamentação, não houve qualquer orientação/informação no domicílio”. Teixeira (2011) refere que a visita domiciliária em saúde infantil até aos quinze dias de vida da criança deve ser uma das intervenções prioritárias de enfermagem, constituindo-se como um momento oportuno para avaliar o estado de saúde do recém-nascido e da mãe, bem como a interação entre estes e restante família, identificando-se possíveis situações de risco e orientar com ensinamentos sobre os cuidados básicos ao recém-nascido, onde se inclui a amamentação, através de

demonstrações e orientações práticas. A mesma autora refere ainda que a visita domiciliária contribuiu para a manutenção da amamentação.

Verificou-se que todas as mães consideram a amamentação do seu filho como uma experiência positiva, única, que as levou à descoberta de serem mães, ao fortalecimento dos laços afetivos com o seu bebé, aumentando a vinculação entre ambos, não obstante as dificuldades sentidas, como as fissuras, dores e desconforto nos mamilos, dificuldades com a pega. Todavia, garantiram que essas dificuldades foram ultrapassadas com “dedicação, paciência e persistência”, transformando-se num momento de prazer. Algumas entrevistadas referiram também que os enfermeiros contribuíram muito para que ultrapassassem as dificuldades encontradas, através das orientações e informações dadas. Estas dificuldades são corroboradas na literatura. Os problemas de dificuldades na pega e na posição inadequada foram os mais encontrados por Marques, Cotta e Priore (2011), estando em consonância com Carvalhaes e Correa (2003). Por sua vez, Sanches (2000) afirma que o posicionamento inadequado da mãe e do bebé dificulta a amamentação, o que interfere na pega e na extração do leite, evidenciando que as dificuldades na amamentação, por norma, não são isoladas, apresentando-se muitas delas como consequência da outra. Deste modo, os mesmos autores consideram importante a observação das condições das mamas, na medida em que as fissuras e o ingurgitamento mamário podem dificultar muito a amamentação, além de causar dor, a qual, em conformidade com Giugliani (2010), se assume como uma causa relevante no abandono desta prática.

Face ao exposto, conclui-se que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, envolvidos na assistência às mulheres que amamentam devem estar atentos às suas necessidades e dificuldades, reforçando a importância da amamentação, ouvindo-as, oferecendo apoio e orientações pertinentes (Carvalho & Tavares, 2010; Barbosa, Santos & Silva 2013). Os enfermeiros devem ajudá-las igualmente a encontrarem as respostas para as suas dúvidas, respeitando este período de constantes alterações e de grande sensibilidade, considerando continuamente o conhecimento prévio apresentado, a sua cultura e os seus valores.

No que se refere ao facto de as entrevistadas terem sido aconselhadas e recebido informações sobre o aleitamento materno constatou-se que 6 das mulheres relataram que receberam conselhos e informação por escrito e por via oral, nomeadamente no Centro de Saúde por parte dos médicos e enfermeiros e na maternidade, algumas referiram que foi em panfletos e folhetos. A E8 também mencionou que foi aconselhada e que lhe foram dadas informações oralmente nas aulas de preparação para o parto. Verificou-se também que 2 entrevistadas referiram que os conselhos/informações sobre o aleitamento materno foi por via escrita, tendo a E2 referido que o mesmo ocorreu nas consultas de vigilância da gravidez

---

e a E7 mencionou que essa informação foi facultada em panfletos por médicos e enfermeiros. Todavia, a E3 relatou que procurou aconselhamento no Centro de Saúde, mas que tudo foi muito informal. Acrescentou que, nas aulas de preparação para o parto, as informações não “foram esclarecedoras o suficiente”. De acordo com Graça (2010), os profissionais de saúde têm um papel relevante na promoção e apoio ao aleitamento materno, tendo a oportunidade de aumentar nas mulheres quer o conhecimento sobre a amamentação e habilidades, quer influenciar as atitudes em relação ao aleitamento materno, facultando e incentivando o uso das estruturas de apoio à amamentação durante a gravidez e pós-parto.

As entrevistadas apontaram sobretudo, como cuidados relativos ao ato de amamentar, o posicionamento e o ambiente calmo. Quanto às posições para amamentar constatou-se que as mesmas optam por alternar entre diversas “posições”, deixando transparecer que experimentam várias para encontrar aquela que melhor se adapta a si e ao seu bebé, nomeadamente: sentar-se comodamente, posição de embalar, uso da almofada de amamentação, posição de futebol, posição deitada e posição confortável. Estes resultados revelam que se a mulher estiver informada acerca dos cuidados a ter com a amamentação e as dificuldades inerentes a esta prática, bem como sobre as dificuldades do recém-nascido, sobretudo no que diz respeito às condições técnicas, como o posicionamento do bebé para mamar, estabelecimento de uma boa pega do bebé à mama, mamilos salientes e adequados à pega, satisfazer o bebé com o meu leite, ter leite em quantidade suficiente, manter o bebé desperto durante a mamada, manter o bebé interessado na mama e receber apoio adequado para amamentar, maior será a probabilidade de tempo de amamentação (Dias et al., 2013).

Questionaram-se as entrevistadas acerca dos horários da mamada, tendo a maioria deixado transparecer que o bebé, principalmente quando recém-nascido, não tem horário fixo, ou seja, que a mamada deve ocorrer quando o bebé quiser. Estes resultados corroboram o referido por Levy e Bértolo (2012), segundo os quais a amamentação deve ser frequente, em horário livre, sem restrições na duração, nos intervalos ou no acesso a uma ou duas mamas em cada refeição. Os mesmos autores recomendam que, primeiro, a mãe deve oferecer a mama em que o bebé não mamou da última vez ou a que mamou em último lugar, deixando-o esvaziar completamente a mama e só depois é que se passa a oferecer a outra. Salvaguardam que o bebé deve mamar até ficar satisfeito e que o intervalo livre entre as mamadas, por norma, não ultrapasse as 4 horas, o que foi confirmado no presente estudo, pois houve mulheres a relatarem que as mamadas devem idealmente ocorrer de 3 em 3 horas, tendo a E4 referido que o seu filho mamava de 4 em 4 horas.

Quanto aos benefícios/vantagens do aleitamento materno, as entrevistadas, na generalidade, apontaram benefícios para a mãe, para o bebé e para ambos. Assim, no que se refere aos benefícios/vantagens para a mãe, emergiram 5 subcategorias: conforto, favorecer a involução uterina, favorecer a recuperação pós-parto, menos dispendioso e prevenir neoplasias. Quanto aos benefícios/vantagens para o bebé, emergiram 5 subcategorias: benefícios nutricionais, transmissão de defesas, redução de cólicas, prevenir a obesidade e desenvolvimento dentário. Em relação aos benefícios/vantagens para a díade mãe/bebé, emergiram 3 subcategorias: estar sempre pronto/temperatura ideal, estabelecimento do vínculo afetivo e transmissão de segurança. Estes resultados revelam que as entrevistadas têm conhecimento sobre os benefícios/vantagens do aleitamento materno quer para si, quer para o seu bebé. Galvão (2006), Ferreira, Nelas e Duarte (2011) e Levy e Bértolo (2012) são unânimes ao afirmarem que o leite materno consiste no melhor e mais completo alimento que existe para o bebé, uma vez que previne infeções, obesidade e diabetes. Por outro lado, está sempre pronto e à temperatura ideal, sendo económico e de fácil digestão. No que se refere à mãe, o aleitamento materno previne hemorragias no período pós-parto e promove a involução uterina. Reduz o risco de osteoporose, cancro da mama e cancro do ovário, ajudando ainda a mãe a recuperar o seu peso habitual. Ferreira, Nelas e Duarte (2011) acrescentam que ato de amamentar não se alicerça unicamente na administração de nutrientes ao recém-nascido, constituem-se também como um ato de amor que, ao satisfazer as necessidades nutricionais do bebé, proporciona o contacto íntimo pele com pele, estimulando o vínculo precoce e os laços afetivos entre mãe/filho. Quando a mãe amamenta, a interação com o seu bebé é suscetível de ser mais ajustada do que nas díades em que a mãe decide por alimentar o seu filho com leite artificial. Contudo, embora seja um ato natural e com imensos benefícios para a mãe e para o bebé, a amamentação exige um período de adaptação, devendo a mãe estar bem informada de modo a poder usufruir desta fase com tranquilidade.

No que diz respeito aos cuidados relativos à alimentação da mãe, apurou-se que as entrevistadas, na sua maioria, relataram que se deve fazer uma alimentação equilibrada. Referiram também o condicionamento da ingestão de alimentos que produzam flatulências e cólicas no bebé, ingestão frequente e em abundância de líquidos, com particular destaque para a água, não ingestão de bebidas estimulantes, como o café e o álcool, comer de tudo modernamente por conselho médico e fazer 5 refeições por dia. Estes resultados expressam que as entrevistadas têm conhecimento sobre os cuidados a ter com a sua alimentação ao longo da amamentação, estando em conformidade com Levy e Bértolo (2012), que referem que os cuidados com a dieta durante o período de amamentação devem ser semelhantes

aos do período gravídico, privilegiando-se uma alimentação diversificada, completa e nutricionalmente equilibrada.

Quanto à prática exclusiva de aleitamento materno, constatou-se que uma das entrevistadas fê-lo até aos 3 meses, tendo, aos 4 meses, introduzido novo alimento (sopa). Outra relatou que esta prática durou até aos 4 meses, apontando como justificativa para a sua interrupção o retorno à vida profissional. De acordo com os relatos de 5 entrevistadas, a prática de aleitamento materno exclusivo ao seu bebé decorreu até aos 6 meses de vida, enquanto 2 referiram até aos 5 meses. No estudo de Figueredo, Mattar e Abrão (2013), ao longo dos seis meses de vida do bebé, o aleitamento materno exclusivo praticado com 30, 90, 120, 150 e 180 dias foi de 75%, 52%, 33%, 19% e 5,7%, respetivamente, tendo contribuído para o desmame precoce a intercorrência mamária hospitalar, a posição inadequada, a associação das duas anteriores e o retorno da mulher à sua vida laboral. Santos et al. (2015), ao determinar a prevalência do aleitamento materno e exclusivo aos seis meses numa população urbana e numa população rural do Norte de Portugal, identificando os fatores que influenciam a duração da amamentação e reconhecer os seus determinantes de início e abandono numa amostra de 333 crianças, verificaram uma prevalência de aleitamento materno aos seis meses de 50,0% e 51,2% e a do aleitamento materno exclusivo de 17,1 % e 18,7%, respetivamente.

Outra questão colocada às entrevistadas referiu-se ao facto de o bebé ter sido colocado à mama na primeira meia hora de vida, tendo-se verificado constatando-se que 3 das entrevistadas referiram que não, tendo a E1 argumentando que esta situação não ocorreu porque estava no recobro e a E9 pelo facto de o seu filho ter ido para a neonatologia. Contrariamente, 5 entrevistadas confirmaram que o seu bebé foi colocado à mama na primeira meia hora de vida. Todas as mães descreveram o momento em que amamentaram pela primeira vez como um momento único, inesquecível, com um misto de emoções, ser mãe e amamentar. D'Artibale e Bercini (2014) no seu estudo sobre o contacto e a amamentação precoces no contexto de um Hospital Amigo da Criança, constaram que a aproximação entre o binómio mãe-filho imediatamente após o nascimento propiciou uma experiência única à mulher, desencadeando sensações diversas dentro do contexto biopsicossocial e cultural de cada uma das mães, com sentimentos e significados favoráveis ao vínculo mãe-filho e ao início da amamentação.

Verificou-se que todas as entrevistadas confirmaram que, na alta da maternidade, estavam a amamentar o seu filho apenas com leite materno. Santos et al. (2015) constaram que um dos fatores de proteção da prática de aleitamento materno exclusivo foi a não introdução de fórmula láctea no hospital. É importante que se dê atenção ao vasto leque de determinantes com influência no início e manutenção do aleitamento materno, possibilitando

o estabelecimento de estratégias para alcançar o objetivo traçado pela Organização Mundial de Saúde (2012) de ter, pelo menos, 50% das crianças com amamentação exclusiva até aos seis meses, em 2025. Outro fator protetor do aleitamento materno é o apoio por parte dos profissionais de saúde, tendo-se constatado no presente estudo que a maioria das entrevistadas confirmou que, no Centro de Saúde, a enfermeira(o) ou médica(o) de família observou o seu bebé a mamar. Contudo, 2 entrevistadas relataram que tal situação não ocorreu, revelando que tem de haver um maior acompanhamento por parte dos profissionais de saúde ao binómio mãe/bebé para que se possa garantir a continuidade do aleitamento materno, o que pressupõe um acompanhamento mais personalizado.

Um outro fator importante prende-se com o uso da chupeta, sendo também um dos ensinamentos que os profissionais de saúde devem dar às mães, aconselhando a não dar tetinas nem chupetas até que esteja bem estabelecido o aleitamento materno. No presente estudo constatou-se que a maioria das entrevistadas confirmou que os profissionais de saúde lhes falaram sobre o uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido.

Em relação aos sentimentos que as entrevistadas têm ou tiveram quando amamentaram, referiram que é um momento de alegria/felicidade, um momento muito especial que desperta um sentimento de prazer, uma sensação inexplicável, um sentimento de união e de grande amor. Este ato significa o estabelecimento de vínculos afetivos muito fortes entre a díade mãe/bebé, proteção, partilha, complexidade, intimidade com o bebé, saúde, proteção e também dor. Estes resultados revelam sugerem que os enfermeiros, no seu papel de promotores da saúde, têm de continuar a reunir esforços conscientes e sustentados para que se consiga uma efetiva promoção e um ajustado apoio do aleitamento materno, cuja atuação deve iniciar-se no período pré-natal, passando pelo parto, pós-parto e durante o tempo da amamentação. Por conseguinte, compete aos enfermeiros, sobretudo aos de saúde materna e obstetrícia, defender o aleitamento materno, o que pode passar pela informação, orientação, aconselhando e ajudar as mães e respetivas famílias, de modo a que a prática da amamentação se reverta em momentos de prazer e seja vista como uma conduta promotora de saúde do bebé e da mãe.

É importante também referir que, tendo em conta os sentimentos e os significados atribuídos pelas entrevistadas ao aleitamento materno, com defendem Ferreira, Nelas & Duarte (2011, p. 28), “a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito”. Os mesmos autores salientam que o aleitamento materno depende de vários fatores que podem influenciar positiva ou negativamente no seu sucesso, estando alguns desses fatores diretamente associados à mãe, nomeadamente as características da sua personalidade e a sua motivação face ao aleitamento materno, enquanto outros relacionam a criança e o ambiente, sendo exemplo,

“as suas condições de nascimento e o período pós-parto, havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno ou condições socioculturais” (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011, p. 28).



#### 4. Síntese integrativa

Antes de se proceder à síntese integrativa, faz-se referência às limitações metodológicas. Assim, começa-se por referir o facto de o estudo 1 ser de corte transversal, cuja maior desvantagem consiste na impossibilidade de estabelecer relações causais por não provar a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Outra limitação metodológica refere-se ao facto de as participantes terem sido recrutadas segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, podendo resultar em alguns vieses em termos de resultados. Por outro lado, o número da amostra não foi representativo da população, uma vez que esta era constituída por um total de 196 crianças, o que impede fazer-se a generalização dos resultados a outra população de mães a dar leite materno com crianças até aos 3 anos de idade. Deste modo, o estudo precisa de confirmação através da realização de outros estudos na mesma área e, se possível, com amostras mais alargadas. Devido ao fato de ter recolhido uma amostra pequena, entendeu -se ser pertinente realizar um estudo qualitativo: estudo 2, realizando uma triangulação metodológica.

A limitação de tempo de realização do estudo não possibilitou a hipótese de realizar nova convocatória, por parte da equipa de saúde familiar, no sentido de agendar nova consulta às crianças que faltaram às consultas e também não possibilitou realizar questionário às crianças que já tinham realizado a consulta antes do período em análise.

Por fim, refere-se a extensão do questionário, o que também poderá ter influenciado as respostas dadas, na medida em que as mesmas poderão não coincidir totalmente com a prática quotidiana.

A presente investigação integra dois estudos, onde foram usadas metodologias diferentes, todavia complementares, o estudo 1 - de natureza quantitativa descritivo e correlacional e o estudo 2 – de natureza qualitativa com recurso à análise de conteúdo. A utilização desta triangulação metodológica permitiu obter informação abrangente e ao mesmo tempo individualizada e contextualizada sobre a prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida e a perceção das mães. A resposta às questões de investigação formuladas foi, deste modo, enriquecida com esta complementaridade.

Em ambos os estudos constatou-se que a maioria das mulheres recebeu conselhos e informação sobre o aleitamento materno, tendo particularmente como interlocutores o enfermeiro e o médico, confirmando também o acesso a essa informação por escrito, nomeadamente em panfletos e folhetos. Estes resultados corroboram a literatura, ou seja, que os enfermeiros desempenham um papel relevante na promoção e apoio ao aleitamento materno, tendo a oportunidade de aumentar o conhecimento da amamentação das mães e

habilidades, bem como influenciar as suas atitudes em relação ao aleitamento materno, incentivando o uso das estruturas de apoio à amamentação durante a gravidez e pós-parto (Pereira, 2006; Pinho, 2016). Neste sentido, os autores citados alegam que o sucesso da promoção do aleitamento está diretamente ligado quer à aquisição de conhecimentos e práticas acerca da amamentação, quer das atitudes dos profissionais de saúde, destacando o papel dos enfermeiros na promoção, proteção e apoio ao aleitamento, ao longo do período gestacional, parto e pós parto.

Verificou-se também que prevaleceram as mulheres que referiram que o profissional de saúde observou o seu bebé a mamar. Sobressaíram as mulheres que confirmaram que, na alta da maternidade, estavam a amamentar o seu filho apenas com leite materno. No estudo de Thulier e Mercer (2009) também ficou demonstrado que grande parte das mulheres, na alta hospitalar, amamentava o seu bebé. Levy e Bértolo (2012, p. 15) referem que se deve “encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade”, como forma de proteção do aleitamento materno em exclusivo e no tempo recomendado. Após a alta é considerado um período crítico, em que a mulher deixa um ambiente hospitalar e perde o apoio permanente dos profissionais de saúde. Como tal, Levy e Bértolo (2012) enfatizam que as intervenções ocorridas durante este momento visam a manutenção da amamentação. Acrescentam que, nesta fase, o suporte familiar e o apoio dos profissionais de saúde assume grande importância. Recomendam o estabelecimento de um ambiente calmo, afetuoso e de suporte, fornecendo-se regras elementares acerca da prática da amamentação, fatores que se constituem importantes para que a amamentação seja bem estabelecida e se mantenha.

Grande parte das participantes de ambos os estudos relatou que o seu bebé foi colocado à mama na primeira hora de vida, tendo estado junto do seu filho nas primeiras 24 horas após o parto. Estes não corroboram os encontrados por Teles, Bonilha, Gonçalves, Santo e Mario (2015) que identificaram-se baixas taxas de amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido ou período de reatividade neonatal (53,2%). A UNICEF e a Organização Mundial de Saúde recomendam 10 passos de incentivo e promoção ao aleitamento materno para sua implementação, mas maternidades, de entre os quais capacitar os profissionais de saúde no que se refere ao início da amamentação imediatamente após o nascimento, orientando as mães acerca das suas vantagens quer para si, quer para o bebé (Lopes, Laignier, Primo & Leite, 2013). A separação do recém-nascido da mãe parece assumir-se como um fator que dificulta a amamentação na primeira hora de vida e pode contribuir para o aumento das hipóteses de abandono precoce,

sobretudo se foram dadas fórmulas lácteas ao bebé, o que poderá dificultar a amamentação (Pereira, Fonseca, Oliveira, Souza & Mello, 2013).

Outro resultado a evidenciar refere-se ao facto de, nos dois estudos, grande parte das mulheres ter tido aulas de preparação para o parto, um fator de grande relevância no estudo 1, uma vez que esta foi a única variável materna preditora de aleitamento materno, ou seja, ficou demonstrado que há uma maior possibilidade de aleitamento materno em mulheres com aulas de preparação para o parto. Amamentar exige aprendizagem, dependendo o seu sucesso da preparação, conhecimento e encorajamento disponibilizados à mãe, para o que muito contribuiu a frequência das aulas de preparação para o parto (Abrantes, 2014).

No estudo 2, o tempo de aleitamento materno exclusivo situou-se entre os 3 e os 6 meses de vida do bebé, tendo-se obtido no estudo 1 que a maioria das mulheres refere ter amamentado exclusivamente com leite materno o seu filho até aos 6 meses. É consensual que o aleitamento materno é indiscutivelmente o melhor alimento para o bebé e o melhor que a mãe lhe pode oferecer nos primeiros meses de vida. É preconizado que a amamentação ocorra de maneira exclusiva até o sexto mês de vida da criança, sem a introdução de água, chás ou outros alimentos (Oliveira, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Sarafana et al., 2006; Teles et al., 2015).



## Conclusão

Os resultados obtidos do estudo 1 - Prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida – com uma amostra de 83 mulheres, revelam que a maioria das mulheres vigiaram a gravidez nos cuidados de saúde primários, frequentaram as aulas de preparação para o parto e estiveram junto dos seus filhos nas primeiras 24 horas. Quase a totalidade confirmou que recebeu formação/informação sobre o aleitamento materno, em forma de documentação escrita, tendo sido, para a maioria, o enfermeiro quem mais formação/informação, antes/durante a gravidez. A maioria das mulheres foi aconselhada a amamentar apenas com leite materno até aos 6 meses, tendo sido informadas na maioria das vezes sobre a importância e os sinais da pega correta da mama e sobre o horário rígido da mamada. Sobressaíram as que o profissional de saúde observou bebé a mamar algumas vezes, bem como as que referem que o profissional de saúde demonstrou, na maioria das vezes, apoio e atenção sempre que solicitaram ajuda.

A maioria das mulheres refere que o bebé tomou alguma vez leite artificial, tendo sido iniciativa própria a decisão de amamentar antes da gravidez. Prevaecem também as mulheres que o marido/companheiro participou na tomada da decisão de amamentar, tendo o seu bebé sido colocado à mama na primeira meia hora após o nascimento. Quase a totalidade da amostra amamentava o seu bebé na aquando da alta. A maioria amamentava no momento em que foi aplicado e fê-lo até ao 6.º mês. Quanto ao uso da chupeta até a lactação estar estabelecida, sobressaem as que dizem nunca/raramente terem sido desaconselhadas. Na maior parte dos casos, a influência dos familiares em relação ao aleitamento foi positiva. A maioria das mulheres possui mais filhos para além deste, aos quais também amamentaram. Prevaecem as mulheres que receberam visita domiciliária pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé, considerando-a importante.

Apurou-se que o facto de as mulheres exercerem atividade profissional aumenta a possibilidade de aleitamento. De igual modo, a escolaridade até ao terceiro ciclo ou ensino secundário e de residirem em meio urbano são variáveis que se traduzem num aumento de aleitamento materno. Já o facto de possuírem uma idade inferior ou igual a 30 anos ou entre 31 a 35 anos e sem companheiro resultam na diminuição do aleitamento materno. Apurou-se que as aulas de preparação para o parto é uma variável preditora de aleitamento materno.

No que se refere ao estudo 2 - Perceção das mães sobre o aleitamento materno até ao 3º ano de vida – que contou com a participação de 9 entrevistadas, concluiu-se que quase todas as mulheres tiveram aulas de preparação para o parto, estiveram junto do seu

filho nas primeiras 24 horas. No que diz respeito ao tempo de amamentação, obteve-se um tempo mínimo de 4 meses e um máximo de 24 meses. A maioria recebeu visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé.

A experiência de amamentação do filho foi, maioritariamente, experiência única e processo complicado inicialmente. Grande parte das entrevistadas foi aconselhada e recebeu informações sobre o aleitamento materno por escrito e por via oral, nomeadamente no Centro de Saúde por parte dos médicos e enfermeiros e na maternidade. Quanto aos cuidados a ter em relação ao ato de amamentar, o que mais consenso reuniu foi o posicionamento e o ambiente calmo. As mesmas optam por alternar entre diversas “posições” para amamentar, nomeadamente: sentar-se comodamente, posição de embalar e uso da almofada de amamentação.

A maioria deixou transparecer que o bebé, principalmente quando recém-nascido, não tinha horário fixo para mamar. No que se refere aos benefícios/vantagens para a mãe, as mulheres indicaram: conforto, favorecer a involução uterina, favorecer a recuperação pós-parto, menos dispendioso e prevenir neoplasias; benefícios/vantagens para o bebé: benefícios nutricionais, transmissão de defesas, redução de cólicas, prevenir a obesidade e desenvolvimento dentário. Em relação aos benefícios/vantagens para a díade mãe/bebé, estar sempre pronto/temperatura ideal, estabelecimento do vínculo afetivo e transmissão de segurança. A maioria faz uma alimentação equilibrada.

Quanto à conservação do leite materno, a maioria das mulheres referiu a sua conservação no frigorífico. Verificou-se o predomínio da prática de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida. Sobressaíram as mulheres cujo bebé foi como um momento único, inesquecível, com um misto de emoções, ser mãe e amamentar. Todas as entrevistadas, na alta da maternidade, estavam a amamentar o seu filho apenas com leite materno. A maioria referiu que o profissional de saúde lhe falou sobre o uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido.

As dificuldades mais sentidas na amamentação foram a dor nos mamilos, a pega correta e as fissuras nos mamilos. As mulheres contaram com o apoio da família, do marido e dos amigos na amamentação. Algumas mulheres referiram que a sua vida social, quanto à prática da amamentação, se processou sem problemas/preconceitos, enquanto outras admitiram que esta esteve muito condicionada.

Os sentimentos mais manifestados pelas entrevistadas quando amamentaram foram a alegria/felicidade, sentido de vida, prazer, sensação inexplicável e sentimento de união e de grande amor. Os significados atribuídos à amamentação foram sobretudo o

estabelecimento de vínculos afetivos muito fortes entre a díade mãe/bebê, a proteção e a partilha.

Face a estes resultados, considera-se de extrema importância a realização de aulas de preparação para o parto às grávidas e, portanto, deve-se dar a oportunidade de todas as grávidas de frequentarem estas aulas. Caso não exista na sua Unidade de Saúde deve-se tentar encaminhar para a Unidade/hospital de referência. De igual importância é a visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera, que também é também deve ser realizada a todos os recém-nascidos até aos primeiros 15 dias de vida.

No contexto da prática clínica (Cuidados de Saúde Primários), os resultados alcançados com o estudo permitirão identificar os grupos com menor prevalência de aleitamento materno e direcionar o ensino, mais incisivamente, para os mesmos: possuem uma idade inferior ou igual a 30 anos ou entre 31 a 35 e habitarem sem companheiro.

De igual importância é a realização de ações de formação para profissionais de saúde, com vista à atualização de conhecimentos e uniformização de guias orientadores de boas práticas perante o aleitamento materno. Neste sentido, considera-se fundamental que, a par de outros parâmetros avaliados na consulta de saúde infantil, conste a observação da mamada e não apenas o questionar se está a amamentar ou não. Sugere-se assim, a sua inclusão nas consultas de saúde infantil.

### **Implicações práticas/sugestões do estudo**

No que se refere às implicações práticas deste estudo, ressalva-se a importância de um maior investimento na manutenção do leite materno como complemento, caso seja possível, de uma alimentação equilibrada até aos 2 anos ou mais, tal como é preconizado pela Organização Mundial de saúde (2017).

Atendendo à importância do aleitamento materno, será pertinente alargar esta pesquisa para um conhecimento mais abrangente da sua prevalência no ACES Dão Lafões.



## Referências bibliográficas

- Algarves, R.R., Julião, A.M.S., & Costa, H.M. (2015). Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. *Rev. Saúde em foco*, Teresina, v. 2, 1, 10, 151-167. Acedido em [www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/912/851](http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/912/851)
- Almeida, J.M. de, & Luz, S.A. de, & Ued, F.V. de (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr.*; 33(3), 355-362. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>
- Barbosa, J.A.G., Santos, F.P.C., Silva, & P.M.C. (2013). Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. *Rev Tecer.*; 6(11), 154-165.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Barge, D., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Rev Port Clin Geral*; 27, 518-525. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n6/v27n6a06.pdf>
- Benedett, A., Silva, I., Ferraz, L., Oliveira, P., Fragoso, E., & Ourique, J. (2014). *Cogitare Enferm.*, 19(1): 136-140. Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35971/22179>
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Colecção ciências da educação*, Porto: Porto Editora.
- Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Rev Port Clin Geral*; 23, 685-699. Acedido em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10424/10160>
- Carvalhaes, M.A.B.L., & Correa, C.R.H. (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J. Pediatr.*; 79(1):13-20. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000100005&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Carvalho, M., & Tavares, L. (2010). *Amamentação bases científicas*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Castelli, C., Maahs, M., & Almeida, S. (2014). Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. *Rev. CEFAC*; 16(4):

- 1178-1186. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1178.pdf>
- Castro, R.J.S., Silva, E.M.B., & Silva, D.M. (2015). Perceção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção d aleitamento materno. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 6 - jul./ago./set., 65-73. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn6/serlVn6a08.pdf>
- Chicalheu (2011). Velhas frases e pensamentos da avó chica. Em <http://velhasfrasesepensamentos.blogs.sapo.pt/22702.html>
- Coelho, A.M.G. (2015) *Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79013/2/35081.pdf>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, E.C. de (2014). *Vigilância de gravidez e perceção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84811/2/31056.pdf>
- Curso de conselheiros em aleitamento materno. Acedido em <http://amamentos.pt/pt/ms/ms/aleitamento-materno-1600-660-lisboa/ms-90070761-p-8/>.
- D'Artibale, E. F., & Bercini, L. O. (2014). O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto cont.-enfe.*; vol. 23, 1, 109-117. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00109.pdf)
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, A.M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 44(6): 313-318. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2719/2754>
- Dias, J.S., Silva, K.C., & Moura, M.R.W. (2014). A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno através de ações educativas. *Ciências Biológicas e da Saúde*, Maceió, vol. 2, 1, 59-71. Acedido em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1031/765>

- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, Norma n.º 26/DSR (2010). Registo do Aleitamento Materno. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2...>
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: autor.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Registo do aleitamento materno: Relatório julho 2011*. Lisboa: autor.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Acedido em <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/i022840.pdf>
- Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 40, 23-38. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/3.pdf>
- Figueredo, S. F., Mattar, M. J. G., & Abrao, A. C. F. V. (2013). Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, vol. 47, 6, Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000601291](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601291)
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca-Machado, M.O. de., Parreira, B.D.M., Monteiro, J.C.D. dos, & Gomes-Sponholz, F. (2015). Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 5, 85-92. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn5/serlVn5a10.pdf>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Gaspar, J., Luz, A., Gomes, S., & Gonçalves, H. (2015). Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 318-325. Acedido em <actapediatrica.spp.pt/article/download/4580/5337>

- Giugliani, E. R. J. (2010). *Desmame: fatos e mitos*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Acedido em [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2012/12/Desmame-Fatos-e-Mitos.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Desmame-Fatos-e-Mitos.pdf)
- Graça, L. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno*. Doutoramento em Enfermagem, universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Acedido em [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3710/4/ulsd60767\\_td\\_Tese\\_Luis\\_Graca.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3710/4/ulsd60767_td_Tese_Luis_Graca.pdf)
- Graça, L.C.C. da, Figueiredo, M.C.B., & Conceição, M.T.C.C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(2):[09 telas] mar-abr. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf)
- Guia Orientador de Boas Práticas – Cantinho da Amamentação 82012). Centro Hospitalar de Torres Vedras. Serviço de Pediatria. (texto policopiado).
- Henriques, S., & Martins, R. (2011) *Aleitamento materno: o porquê do abandono*. *Millenium*, 40, 39-51.
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., & Tough, S.C. (2016). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J*; 8(1), 4. Acedido em: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/4>
- Horta, B.L., & Victora, C.G. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO; Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf)
- ICN - *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2010
- Junges, C.F., Ressel, L.B., Budó, M.L.D., Padoin, S.M.M., Hoffmann, I.C., & Shenem, G.D. (2010). *Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno*. *Revista Gaúcha Enferm.*, 31(2): 343-350. Acedido em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10041/10245>
- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Hespanhol, A.P., & Esteves, M.J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 101-108. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3612/5072>
- Levy, L.; & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Edição Revista.

- Lima, L., & Souza, S. (2013). Percepção materna sobre o apoio recebido para a amamentação: o olhar na perspectiva da vulnerabilidade programática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 34, 1: 73-90. Acedido em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/12595/13738>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S., & Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna* (5. ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Marinho, M.S. dos, Andrade, E.N. de, & Abraão, A.C.F.V. de (2015). A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno •revisão bibliográfica•. *Revista Enfermagem Contemporânea*; 4(2), 189-198. Acedido em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/598/547>
- Marinho, M.S. dos, Andrade, E.N., & Abraão, A.C.F.V. (2016). A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. *Revista Enfermagem Contemporânea*; 4(2), 189-198.
- Marques, I.S., Cotta, R.M.M., & Priore, S.E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>
- Marques, I.S., Cotta, R.M.M., & Priore, S.E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>
- Ministério da Saúde (2017). *Aleitamento Materno*. Acedido em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno>
- Noronha, N. (2016). *Hospitais amigos dos bebés em Portugal*. Acedido em <https://lifestyle.sapo.pt/familia/noticias-familia/artigos/conhece-quais-sao-os-hospitais-amigos-dos-bebes-em-portugal>
- Observatório de Aleitamento Materno (2012). *Registo do aleitamento materno (2010-2012)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: [www.dgs.pt/.../relatorio-do-registo-do-aleitamento-materno-julho-de-20](http://www.dgs.pt/.../relatorio-do-registo-do-aleitamento-materno-julho-de-20)
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Pensar Enfermagem*, Vol. 20, 1, 4-15.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Regulamento n.º 123/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4903/regulamento-123\\_2011\\_competenciasespecifenssaudecriancajovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4903/regulamento-123_2011_competenciasespecifenssaudecriancajovem.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Parecer n.º 17 (2016). *Aleitamento materno prolongado*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer17\\_2016\\_MCEESMO\\_AleitamentoMaternoProlongado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer17_2016_MCEESMO_AleitamentoMaternoProlongado.pdf).
- Pedro, I. M. S. C. (2002). Amamentação prolongada: um processo complexo e ainda mal conhecido. *Servir*. Vol. 50, 6, 270-275.
- Pereira, A.C.S., Machado, C.M.F., Coelho, D.G., & Martins, D.S.D. (2016). *Prevalência da Amamentação. Motivação, dificuldades e a ajuda dos Enfermeiros*. Monografia, 27º Curso de Licenciatura em Enfermagem. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação-Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusodidacta.
- Pereira, M.A. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8930-21-6.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Pinho, S.M.A. (2016). *Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto do contexto da amamentação e dos contextos de vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3176/1/SilviaMargaridaAlmeidaPinho%20DM.pdf>
- Ribeiro, C.S.C. (2015). *Determinantes na prática da amamentação: mitos e crenças*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5352/1/PG\\_18549.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5352/1/PG_18549.pdf)
- Rocci, E. & Fernandes, R. (2014). *Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 22-7. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>
- Sanches, M.T.C. (2000). *Dificuldades iniciais na amamentação – Enfoque fonoaudiológico*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., & Silva, L. J. (2007). Aleitamento materno: Prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20(3), 193-200.
- Santos, C., Guerra, P., Hespanhol, A., & Esteves, M.J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediatr Port*, 46:101-108. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/3612/5072>
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). *Aleitamento Materno: evolução da última década*. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 9-14. Acedido em [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424155711\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_OR\\_Aleitamento\\_Materno.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424155711_APP_Vol_37_N1_OR_Aleitamento_Materno.pdf)
- Silva, C.M., Pellegrinelli, A.L.L.R., Pereira, S.C.L., Passos, I.R., & Santos, L.C. dos (2017). Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1661-1671. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1661.pdf>
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 44(5), 223-228. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/3399/2709>
- Teixeira, T.I.M.F. (2011). *Visitação domiciliária em saúde infantil: necessidade de visitação até ao 15º dia de vida*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1566>
- World Health Organization (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva*.
- World Health Organization (2017). *10 facts on Breastfeeding*. Acedido em <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>
- World Health Organization (WHO). (2000). *Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis*. *Lancet*, [S.I.], v. 355, p. 451-5.
- Zangão, L., Miranda, O., & Risso, S. (2017). O Papel do Enfermeiro no Sucesso para o Aleitamento Materno: Revisão da Literatura. *Riase*, 3(1), 854-868.



## **Anexos**



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E  
ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

O estudo será conduzido por Cláudia Cristina Coutinho Esteves, Enfermeira na USF Estrela do Dão, a realizar o Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria, no Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde, sob a supervisão da Professora Doutora Isabel Bica, subordinado ao tema: Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes.

Este estudo tem como objetivo, analisar os fatores que influenciam o aleitamento materno, no sentido de contribuir para a elaboração de um guia de boas práticas.

O questionário é absolutamente anónimo e as suas respostas serão confidenciais. Depois de preenchido deve ser entregue em envelope fechado, no secretariado da Unidade.

A participação é voluntária, não há qualquer consequência para quem se recusar a participar.

Os resultados deste estudo ser-lhe-ão proporcionados, se os solicitar. Se achar que algo não está bem claro, não hesite em solicitar mais informação.

A concretização deste estudo só será possível graças à sua colaboração.

Neste sentido peço que leia com atenção o questionário e responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do questionário, assinalando com um X a resposta ou respostas que escolher, de forma espontânea e sincera.

Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela investigadora, o anonimato dos dados recolhidos.

Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informada autorizo a participação neste estudo.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida.

Nome do investigador: Cláudia Esteves

Assinatura do investigador \_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua colaboração!**



## QUESTIONÁRIO

### 1. VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

1.1- Idade: \_\_\_\_ anos

1.2- Estado civil:

Solteira  Casada  União de facto  Divorciada  Viúva  Outra \_\_\_\_\_

1.3- Escolaridade:

Ensino Básico – 1º Ciclo (4ª classe)  Básico – 2º Ciclo (6º ano)

Ensino Básico – 3º Ciclo (9º ano)  Secundário (12º ano)

Curso Técnico Profissional  Bacharelato/Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

1.4- Área de residência:

Vila  Aldeia  Cidade

1.5- Profissão: \_\_\_\_\_

1.6- Exerce a sua atividade profissional?

Sim  Não

1.6.1- Se respondeu NÃO, porquê?

Está desempregada  Abandonou o emprego quando engravidou

É doméstica  É estudante  Outro \_\_\_\_\_

1.6.2 – Se respondeu SIM, local e forma de exercício da atividade profissional:

Fora de casa a tempo inteiro  Fora de casa a tempo parcial

Em casa a tempo inteiro  Em casa a tempo parcial

### 2. VARIÁVEIS MATERNAS

2.1- Efetuou vigilância da gravidez?

Sim  Não

2.1.1- Se respondeu SIM, quando iniciou a vigilância da gravidez?

No 1º trimestre  No 2º trimestre  No 3º trimestre

2.1.2 - Se respondeu SIM, onde efetuou o maior número de consultas?

Centro de Saúde  Hospital Público  Hospital/Clinica Privada  Outro \_\_\_\_\_

2.2 - Durante a gravidez frequentou aulas de preparação para o parto?

Sim  Não

2.3 - Tipo de parto:

Eutócico (normal)  Ventosa  Fórceps  Cesariana

2.4 - Após o parto, esteve junto do seu filho nas 1ªs 24H?

Sim  Não

### 3. VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A AMAMENTAÇÃO

3.1 - Durante a gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno?

Sim  Não

3.1.1 - Se respondeu SIM, foi fornecida documentação escrita sobre o Aleitamento materno?

Sim  Não

**3.1.2- Se respondeu SIM, quem foi o profissional de saúde que mais formação/informação lhe prestou sobre o aleitamento materno?**

Médico  Enfermeiro  Outro \_\_\_\_\_

**3.1.3 - Se respondeu SIM, em que momento recebeu a formação/informação sobre o aleitamento materno?**

Antes da gravidez  Durante a gravidez  No momento do parto

Após o parto (puerpério)  Não recebeu informação / formação

**3.2 - Até que idade foi aconselhada a alimentar o seu filho apenas com o seu leite materno?**

4 meses  6 meses  12 meses  24 meses ou mais

**3.3 - Foi informada sobre a importância e os sinais de pega correta da mama do seu bebê?**

Nunca ou raramente  Algumas vezes  A maioria das vezes

**3.4 - Que conselhos recebeu em relação ao horário das mamadas?**

Em horário rígido  Só quando chora  Quando mostra sinais de fome

**3.5 - O profissional de saúde observou o bebê a mamar?**

Nunca ou raramente  Algumas vezes  A maioria das vezes

**3.6 - O profissional de saúde demonstrou atenção e apoio sempre que solicitou ajuda, em relação ao aleitamento materno?**

Nunca ou raramente  Algumas vezes  A maioria das vezes

**3.7 - O bebê tomou alguma vez leite artificial?**

Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

Não  Não sabe  Não se lembra

**3.8 - A decisão sobre amamentar ou não amamentar foi tomada por:**

Iniciativa própria  Indicação do médico  Indicação do enfermeiro

A conselho da mãe  A conselho do marido/companheiro

A conselho de outros \_\_\_\_\_

**3.9 - Aquando a tomada de decisão sobre amamentar, o seu marido/companheiro participou na tomada de decisão?**

Sim  Não

**3.10 - Quando tomou essa decisão?**

Antes da gravidez  Durante a gravidez  No parto  Após o parto

**3.11- O bebê foi colocado à mama:**

Na 1ª meia hora de vida  Até ao final da 1ª hora de vida  Após a 1ª hora de vida

Até ao final da 6ª hora de vida  Não se lembra

**3.12 - Quando saiu da maternidade amamentava o seu filho?**

Sim  Não

**3.13 - Neste momento, está a dar leite materno ao seu filho?**

Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

Não  Porquê? \_\_\_\_\_

**3.14 – Se respondeu SIM, o seu leite é dado ao bebê:**

Diretamente pelo peito  Através do biberão  Porquê? \_\_\_\_\_

Através do uso de bico artificial no mamilo  Porquê? \_\_\_\_\_

3.15 - Se respondeu Não, até quando amamentou? \_\_\_\_\_

3.16 - Durante quanto tempo deu leite materno a este filho(a)?

Nunca dei  Até ao 1º mês  Até ao 3 meses

Até aos 6 meses  Até aos 9 meses  Até aos 12 meses

3.17 - Teve dificuldades/problemas com o aleitamento materno?

Sim  Quais? \_\_\_\_\_

Não

3.18- Foi-lhe desaconselhado o uso de chupeta até a lactação estar estabelecida?

Nunca ou raramente  Algumas vezes  A maioria das vezes

3.19 - Considera a influência dos familiares em relação ao aleitamento materno?

	Positivo	Negativo
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filho/filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.20- Tem mais filhos?

Sim  Não

3.21- Se respondeu SIM, qual o tipo de alimentação, até aos seis meses?

Leite materno  Leite artificial  Leite misto

3.22 - Recebeu visita ao domicílio pela equipa de enfermagem durante os primeiros 15 dias de vida do bebé?

Sim  Não

3.23- Se respondeu SIM, achou importante?

Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

Não  Porquê? \_\_\_\_\_

3.24- Relativamente ao aleitamento materno, qual o papel do enfermeiro no domicílio?

---

---

---

---

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões.

Obrigada, felicidades!

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  <b>FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b>  <i>Assimilado 20/04/2017</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

**ASSUNTO:** 24/2017 - "Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes".

*[Assinatura]*  
Dr. José Manuel Azenho Terezo  
*[Assinatura]*  
Dr. Luís Manuel Mendes Cabral  
Vogal,  
*[Assinatura]*  
Dr. Miguel Ruivo  
Vogal,

**IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO:** "Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes"

**Nº DO ESTUDO:** 24/2017

**DATA DA ENTRADA DO PEDIDO:** 02/03/2017

**TIPO DE ESTUDO:** Transversal, quantitativo e descritiva- correlacional.

**INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS):** Cláudia Cristina Coutinho Esteves, estudante do 5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu.

**Co-autor(es) /afiliação institucional:** Maria Isabel Bica Carvalho Costa, Professora Doutora na Escola Superior de Saúde de Viseu.

**CENTROS ENVOLVIDOS:** USF Estrela do Dão.

**OBJECTIVOS DO ESTUDO:** Identificar os fatores que influenciam o aleitamento materno no primeiro ano de vida. **SECUNDÁRIOS:** Os objetivos específicos:  Determinar a prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida;  Indagar se as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de contexto familiar influenciam o aleitamento materno no primeiro ano de vida;  Elaborar um guia orientador de boas práticas de enfermagem no cuidar da criança/família, em contexto de aleitamento materno.

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Contribuir para melhorar a Saúde Pública e reduzir desigualdades em saúde, pela disponibilização e comunicação de informação epidemiológica sobre o estado de saúde, determinantes e utilização de cuidados de saúde.

### PARECER FINAL

Favorável, estando reunidas todas as condições necessárias e as peças processuais obrigatórias.

DATA: 19 de Abril de 2017

RELATOR: Prof. Dr. Luiz Miguel Santiago




Presidente da CES: Prof. Dr. Fontes Ribeiro





## Guião da entrevista

	Guião da entrevista às mães	
		
	<p><b>Apresentação:</b> Sou estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria e no âmbito da unidade curricular relatório final estou a realizar um estudo na área da amamentação: <b>"Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes."</b> A Organização Mundial de Saúde (OMS,2001) recomenda o aleitamento materno (AM) exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementar até aos dois anos ou mais, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebé, da mãe, para o ambiente e para a sociedade.</p> <p>A evidência científica disponível demonstra uma "(...) alta incidência do aleitamento materno, significando que, mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação." (Levy e Bertolo, 2012)</p> <p>Face ao exposto, faz todo o sentido que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno.</p> <p>Ao investirmos no AM, estamos a contribuir para ganhos em saúde, uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade. A amamentação é ainda um foco da prática de enfermagem (International Council of Nursing (ICN), 2010).</p> <p>O <b>objetivo geral</b> do estudo: é identificar os fatores que influenciam o aleitamento materno no primeiro ano de vida.</p> <p>Os <b>objetivos específicos</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a prevalência do aleitamento materno até ao 3º ano de vida;</li> <li>• Indagar se as variáveis sociodemográficas e obstétricas influenciam o aleitamento materno até ao 3º ano de vida;</li> </ul> <p><b>Garante-se a confidencialidade dos dados</b> em que as entrevistas serão numeradas e não terão a identificação dos participantes assim como, a <b>obtenção do consentimento informado</b> entregando o consentimento informado às mães e <b>solicitando a sinceridade nas respostas</b>.</p>	
<b>Estrutura</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Questões</b>
<b>Grupo I</b>	Informar o entrevistado sobre os objetivos do estudo. Agradecer a colaboração/disponibilidade. Garantir a confidencialidade e o anonimato. Obter o consentimento informado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar informação sobre o estudo.</li> <li>➤ Garantir a confidencialidade e o anonimato.</li> <li>➤ Entregar o consentimento informado à mãe.</li> <li>➤ Obter a sua autorização por escrito.</li> </ul>
<b>Legitimação e Motivação do entrevistado</b>		
<b>Grupo II</b>	Caracterizar a amostra socio demograficamente;	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Idade;</li> <li>➤ Escolaridade;</li> <li>➤ Profissão;</li> <li>➤ Agregado Familiar;</li> <li>➤ Estado Civil;</li> <li>➤ Residência: rural ou urbana;</li> <li>➤ Idade da criança;</li> </ul>
<b>Caracterização sociodemográfica</b>		

Grupo III		
<p data-bbox="331 931 501 1032" style="text-align: center;">Conhecimento Sobre aleitamento materno</p>	<p data-bbox="539 320 906 371">Identificar as dificuldades sentidas pela mãe na amamentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="986 262 1337 342">➤ Fale-me sobre a experiência de amamentação do seu filho?</li> <li data-bbox="986 342 1337 423">➤ Conselhos/informação recebidos sobre a amamentação:               <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="938 423 1305 474">○ Recebeu informação/formação sobre aleitamento materno</li> <li data-bbox="938 474 1305 526">○ Essa informação foi oral ou também escrita?</li> <li data-bbox="938 526 1305 577">○ Sabe em que consiste o aleitamento exclusivo?</li> <li data-bbox="938 577 1305 658">○ Quem lhe prestou mais formação/informação sobre aleitamento materno?</li> <li data-bbox="938 658 1305 689">○ <u>Posições para amamentar?</u></li> <li data-bbox="938 689 1305 721">○ <u>Horários da mamada?</u></li> <li data-bbox="938 721 1305 772">○ <u>Benefícios /vantagens do aleitamento materno?</u></li> <li data-bbox="938 772 1305 824">○ <u>Cuidados relativos à alimentação da mãe?</u></li> <li data-bbox="938 824 1305 855">○ <u>Conservação do leite materno?</u></li> <li data-bbox="938 855 1305 936">○ <u>Até que idade foi aconselhada a alimentar o seu filho apenas com leite materno?</u></li> <li data-bbox="938 936 1305 1016">○ <u>Na maternidade, quando o seu filho nasceu foi colocado à mama na 1ª meia hora de vida?</u></li> <li data-bbox="938 1016 1305 1097">○ <u>Aquando a alta da maternidade estava a amamentar o seu filho apenas com leite materno?</u></li> <li data-bbox="938 1097 1305 1205">○ <u>No Centro de Saúde a enfermeira(o) ou médica(o) de família observou o bebe a mamar?</u></li> <li data-bbox="938 1205 1305 1312">○ <u>Algum profissional de saúde lhe falou sobre o uso da chupeta quando o seu filho era recém-nascido?</u></li> <li data-bbox="938 1312 1305 1370">○ <u>Durante quanto tempo deu leite materno ao seu filho?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="986 1370 1337 1422">➤ <u>Momento em que amamentou pela primeira vez?</u></li> <li data-bbox="986 1422 1337 1473">➤ <u>Facilidades/dificuldades na amamentação?</u></li> <li data-bbox="986 1473 1337 1525">➤ <u>Que apoios recebeu (família, amigos...)?</u></li> <li data-bbox="986 1525 1337 1576">➤ <u>A sua vida social enquanto amamentou e/ou amamenta?</u></li> <li data-bbox="986 1576 1337 1608">➤ <u>Sentimentos a amamentar?</u></li> <li data-bbox="986 1608 1337 1668">➤ <u>Significados tem para si a amamentação?</u></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



SAIDA

02537 12/RS/11 14:50



Exma. Senhora

Dr<sup>a</sup> Irene Maria Mendes Ligeiro  
Coordenadora da USF Estrela do Dão  
Avenida João XXIII

3520-059 NELAS

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA DE	DATA
			10-maio-2017

ASSUNTO: **Pedido de autorização para efetuar colheita de Dados**  
**"Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes"**

De acordo com o assunto em epígrafe, informa-se V. Ex<sup>a</sup>. foi autorizado o pedido solicitado pela Escola Superior de Saúde de Viseu, para efetuar a colheita de dados nessa Unidade de Saúde, conforme cópia do ofício em anexo.

Com os melhores cumprimentos, *person*

O DIRETOR EXECUTIVO

(Luís Manuel Chaves Soveral Botelho, Dr.)







Exmo Senhor

SADA

02514 17/Mai-10 17:06

Prof. Doutor Carlos Pereira  
Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
R. D. João Crisóstomo Gomes Almeida nº 102  
3500-843 VISEU

SUA REFERÊNCIA  
687

SUA COMUNICAÇÃO DE  
02-mai-2017

NOSSA REFERÊNCIA  
DE

DATA  
10-mai-2017

ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados  
"Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes"

De acordo com o solicitado no ofício de V. Ex<sup>a</sup> n.º 687, de 02-05-2017, somos a informar que é autorizada a aplicação do questionário supra mencionado.

Com os melhores cumprimentos, *psms*

O DIRECTOR EXECUTIVO DO ACES DÃO LAFÕES

*Luís Manuel Chaves Soveral Botelho*  
(Luís Manuel Chaves Soveral Botelho, Dr.)





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

002686 08-05 R17 RM11.22

*Arbitrio  
Dr. X conhecimento ao  
Sr. Presidente de ESSV sem  
Jus Pereira  
8.5.2017*

Exmo. Sr.  
Diretor Executivo  
**ACES DÃO LAFÕES**  
Av. Dr. António José de Almeida  
3510-511 VISEU

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada folha indicar o de um assunto

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0687 02-MAV-17

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Cláudia Cristina Coutinho Esteves do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Aleitamento materno no primeiro ano de vida: Prevalência e fatores determinantes". Pretende-se com este estudo analisar os fatores que influenciam o aleitamento materno, no sentido de contribuir para a elaboração de um guia de boas práticas.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de maio e junho de 2017, na Unidade de Saúde Familiar Estrela do Dão.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados, a Declaração de Consentimento Informado e o Parecer da Comissão de Ética.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora Isabel Bica é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

IB/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web: [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)