

Cristina Margarida Iglésias Vicente

Atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno



Viseu, maio de 2018

Cristina Margarida Iglésias Vicente

Atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno

Relatório final elaborado no âmbito do
4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientação de:
Professora Doutora Cláudia Chaves
Professor Doutor João Duarte



Viseu, maio de 2018

“Mãe não tem limite, é tempo sem hora, luz que não se apaga quando sopra o vento e chuva desaba...”

Carlos Drummond de Andrade

Agradecimentos

Chegada a este momento não posso deixar de expressar a minha gratidão a todos que contribuíram para o alcançar deste meu objetivo tanto pessoal como profissional.

À Professora Doutora Cláudia Chaves, pela orientação, apoio incondicional, confiança e disponibilidade concedida, pela sua partilha de saberes e pelo rigor com que pauta toda a sua atuação.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela prestimosa ajuda no tratamento estatístico e em questões metodológicas, sem as quais este trabalho não teria chegado a bom porto.

Aos meus colegas e amigos com quem partilhei esta jornada, pelo carinho, ajuda e companheirismo.

Aos meus colegas da USF Terras de Azurara pelo incentivo e substituição em todas as minhas ausências na unidade.

A todas as mães participantes neste estudo, pela disponibilidade em preencherem os questionários.

Aos meus pais e irmãs pelo encorajamento a encetar esta viagem e por sempre acreditarem que seria capaz de a terminar com sucesso.

Ao meu marido, por todo o apoio nos momentos de maior ansiedade e desânimo, pelo amor e carinho com que impregna a minha vida, pelo apoio e presença constantes, estando sempre ao meu lado nesta caminhada.

Ao meu bem mais precioso que são as minhas filhas, por compreenderem as ausências da mãe, pelos mimos e ternura com que sempre me presenteiam e colinho que sempre me conforta.

Por fim, a todos os que direta ou indiretamente tornaram possível este trabalho e que não mencionei, aqui ficam os meus sinceros agradecimentos.

Muito obrigada a todos.

Resumo

Enquadramento: A promoção do aleitamento materno afirma-se como estratégia de saúde pública com benefícios para a saúde da mãe e bebe.

Objetivos: Determinar a prevalência do aleitamento materno; identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação; caracterizar as atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno;

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, com uma amostra de 1102 mulheres de Portugal Continental, com idade média de 32 anos (± 5.87). O questionário incluiu caracterização sociodemográfica, características do bebé ao nascimento, da gravidez e do aleitamento materno. E ainda Escala de Dificuldades na Amamentação, Escala da Motivação para a Amamentação e a Escala Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação.

Resultados: Ao mês de vida, 95% da amostra amamentava e em 69.1% a amamentação durou até aos 6 meses. A idade materna determina a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses ($p=0.000$), assim como as suas habilitações literárias ($p=0.000$ e $p=0.002$). Determinante da prevalência da amamentação aos seis meses a vigilância adequada da gravidez e o tipo de parto ($p=0.000$). Estado civil associado à prevalência da amamentação aos 24 meses ($p=0.002$). Quanto às atitudes dos enfermeiros 45.7% das mulheres julga-as como adequadas. A motivação materna e a qualidade da informação recebida influenciam como as mães percecionam as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação ($p=0.000$) e determinam a prevalência aos 24 meses ($p=0.000$).

Conclusão: Verificaram-se aumentos nas prevalências da amamentação, e os enfermeiros enquanto intervenientes essenciais no apoio às famílias, devem rever continuamente as sua práticas com vista a excelência dos cuidados.

Palavras-chave: Prevalência da Amamentação; Dificuldades; Motivação; Ajuda dos enfermeiros

Abstract

Background: Promoting breastfeeding is increasingly a public health strategy with benefits for the health of both mother and baby.

Objectives: To determine the prevalence of breastfeeding; to identify determining factors in the prevalence of breastfeeding; to characterize the attitudes of nurses in promoting and protecting breastfeeding;

Methodology: This was a quantitative, cross-sectional descriptive correlation study, with a sample of 1102 women of Portugal, whose average age was 32 years (± 5.87). The questionnaire included a sociodemographic characterization, characteristics of the baby at birth, the pregnancy and breastfeeding. It also included the Difficulties in Breastfeeding Scale, the Motivation for Breastfeeding Scale and the Attitudes of the Nurses Promoting Breastfeeding Scale.

Results: At one month of life, 95% of the sample was breastfeeding and 69.1% breastfed for up to 6 months. Maternal age determines the prevalence of breastfeeding at six and 24 months ($p=0.000$), as well as academic qualifications ($p=0.000$ and $p=0.002$). A determining factor of the prevalence of breastfeeding at six months is proper monitoring of pregnancy and type of delivery ($p=0.000$). Marital status is associated with the prevalence of breastfeeding at 24 months ($p=0.002$). As for the nurses' attitudes, 45.7% of women found them to be appropriate. Maternal motivation for breastfeeding and the quality of information received influenced the mothers' attitudes as to how they perceive the attitude of the nurses promoting breastfeeding ($p=0.000$) and determine the prevalence of breastfeeding at 24 months ($p=0.000$).

Conclusion: Increases were found in the prevalence of breastfeeding, and the nurses, as key actors in supporting families must continually review their practices with the aim providing excellent care.

Keywords: Prevalence of Breastfeeding; Difficulties; Motivation; Nursing Assistance

Lista de Siglas

AM – Aleitamento Materno

DGS – Direção Geral de Saúde

HIV-Vírus da Imunodeficiência Humana

HAM-Hospital Amigo do Bebe

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OR- Odds Ratio

RN – Recém-nascido

UNICEF - United Nations Children's Fund

USF- Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Lista de Abreviaturas

cf. – Conforme

ep – Erro padrão

et al. – E outros

p – Nível de significância estatística

pág. – Página

n/a- Não aplicável

ns – Não significativo

res.- Residuais

Sumário

1-Introdução.....	19
2-Metodologia.....	39
2.1-Amostra.....	42
2.1.1-Characterização Sociodemográfica.....	42
2.2-Instrumento de Colheita de Dados.....	45
2.3-Procedimentos éticos e formais.....	48
2.4-Análise de Dados.....	49
3- Resultados.....	53
3-Discussão dos Resultados.....	89
4-Conclusão.....	101
Referências Bibliográficas.....	105
Anexos.....	115
Anexo I- Tabela 22 Frequência de respostas relativas à escala da motivação para a amamentação.....	117
Anexo II- Tabela 25 Frequência de respostas relativas à escala das dificuldades.....	119
Anexo III- Tabela 33 Frequência de respostas relativas à escala das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.....	121
Anexo IV- Informação relativa ao projeto de investigação.....	123

Lista de Tabelas

Tabela	Página
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade	42
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica em função da idade	44
Tabela 3- Classificação do grau de dispersão em função do coeficiente de variação	49
Tabela 4- Caracterização do bebe ao nascimento em função da idade materna	53
Tabela 5- Estatísticas relativas aos problemas do bebe ao nascimento	54
Tabela 6- Características da gravidez em função da idade	56
Tabela 7- Estatísticas relativas aos problemas da gravidez	57
Tabela 8- Características do aleitamento materno em função da idade	59
Tabela 9- Prevalência da amamentação	60
Tabela 10- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses	61
Tabela 11- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função da idade materna	61
Tabela 12- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função da nacionalidade materna	62
Tabela 13- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função do estado civil materno	62
Tabela 14- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função das habilitações literárias maternas	63
Tabela 15- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função do local de residência	64
Tabela 16- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função da vigilância da gravidez	64
Tabela 17- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função do número de consultas de vigilância da gravidez	65
Tabela 18- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função da frequência de aulas de preparação para o parto	66
Tabela 19- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do tipo de parto	67
Tabela 20- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função do peso do bebe ao nascer	68
Tabela 21- Prevalência da amamentação aos 6 e aos 24 meses em função do número de filhos	68
Tabela 22- Frequência de respostas relativas à escala da motivação para a	

amamentação	Anexo I
Tabela 23- Características sociodemográficas e características relacionadas com a gravidez em função da motivação	72
Tabela 24- Características relacionadas com a gravidez em função da motivação	74
Tabela 25- Frequência de respostas relativas à escala das dificuldades	Anexo II
Tabela 26- Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala das dificuldades	74
Tabela 27- Dificuldades na amamentação em função da idade materna	76
Tabela 28- Características sociodemográficas e relacionadas com a gravidez em função das dificuldades	78
Tabela 29- Qualidade de informação e motivação em função das dificuldades	79
Tabela 30- Teste t para diferenças médias em dificuldades e tipo de parto	79
Tabela 31- Teste de U Man-Withney em dificuldades e idade	80
Tabela 32- Frequência de respostas relativas à informação fornecida sobre possíveis dificuldades na amamentação	80
Tabela 33- Frequência de respostas relativas à escala das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação	Anexo III
Tabela 34- Características sociodemográficas em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação	83
Tabela 35- Características da gravidez em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação	84
Tabela 36- Motivação e dificuldades maternas em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação	85
Tabela 37- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação	86

Lista de Figuras

Figura	Página
Figura 1- Esquema de investigação	41

1-Introdução

A amamentação é um ato fisiológico de todos os mamíferos. É reconhecida e recomendada, desde os tempos bíblicos, como prática ideal de alimentação das crianças nos primeiros meses de vida (Caminha, Serva, Arruda & Filho, 2010). O leite materno é um alimento vivo, único e completo constituindo-se no melhor alimento para recém-nascidos e lactentes exceto em raras exceções. Contém todas as proteínas, açúcar, gordura, vitaminas e água que o bebê necessita para ser saudável, transmitindo-lhe também anticorpos e glóbulos brancos (Levy & Bértolo, 2012). Possui a quantidade de lactose necessária para o desenvolvimento do sistema nervoso central e dado que a concentração de partículas osmoticamente ativas é idêntica à do plasma sanguíneo garante as necessidades hídricas do bebê. Contém todos os nutrientes, facilmente absorvidos e bio disponíveis, necessários para o crescimento e desenvolvimento dos sistemas vitais do recém-nascido. Contém glutamatos, certos ácidos de cadeia longa, oligossacáridos, imunoglobulinas, fatores de crescimento, e diversos outros fatores bioativos facilitadores do funcionamento do sistema imaturo do bebe, conferindo-lhe imunidade ativa e passiva (Raheem, 2014).

Apresenta baixos níveis de sódio e elevados níveis de potássio, estando associado à prevenção do desenvolvimento da hipertensão (Ferreira, Nelas & Duarte, 2011) e colesterolemias na idade adulta, menores prevalências de sobrepeso/obesidade, bem como de diabetes tipo I e II, pelo controlo do peso e vantagens tardias da amamentação, além de um maior desempenho nos testes de inteligência (Academia Americana de Pediatria, 2012; WHO, 2013; Siqueira, Medeiros, Moura, Oliveira, Kairala & Oliveira, 2015).

Relativamente à prevenção da obesidade, a composição do leite materno determina a programação de processos metabólicos da criança e condiciona o número e o tamanho dos adipócitos. Por outro lado, o aumento da ingestão energética e de proteínas associadas à alimentação artificial está relacionado com o desenvolvimento da obesidade, sendo que a amamentação contribui para a regulação futura da ingestão alimentar (Saavedra & Dattilo, 2012; WHO, 2013).

Está documentado o efeito protetor conferido pelo leite materno em relação a infecções respiratórias, infecção do trato urinário e otites, sendo esse efeito protetor potenciado quanto maior for a duração da amamentação (Academia Americana de Pediatria, 2012).

A proteção contra a síndrome de morte súbita do lactente, da doença de Crohn, de doenças alérgicas e outras doenças crónicas do aparelho digestivo estão também

relacionadas com a amamentação pelos diversos estudos realizados pela Academia Americana de Pediatria, 2012. Estes demonstram também diminuição do risco de doença celíaca em 52% das crianças amamentadas na altura da introdução do glúten na sua dieta.

As diferentes hormonas presentes no leite materno favorecem a regulação bioquímica e estimulam o desenvolvimento intestinal do lactente, pelo que os lactentes amamentados fazem melhor a digestão, as prostaglandinas do leite materno favorecem a motilidade do tubo digestivo e uma melhor tolerância, ou seja, o bebé tem menos vómitos, diarreia ou obstipação, regurgitações e refluxos (Ferreira et al., 2011). Reduzindo em 31% o risco de doença inflamatória intestinal infantil (Academia Americana de Pediatria, 2012).

A longo prazo está também demonstrada a importância do aleitamento materno na prevenção de linfomas e outros cancros infantis (Levy & Bértolo, 2012; Meek & Hatcher, 2017).

As propriedades protetoras do colostro e leite materno manifestam-se através de componentes solúveis (IgA, IgM, IgG, IgD, IgE, lisozimas, lactobacilos) e componentes celulares (macrófagos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais). Por outro lado, o leite materno fornece à criança ferro em alta biodisponibilidade, condição protetora da anemia, que dependendo da sua intensidade pode comprometer o desenvolvimento cognitivo e motor da criança (Antunes, Antunes, Corvino & Maia, 2008). Acresce dizer que as lactantes possuem uma capacidade inata de produzir fatores imunológicos de acordo com as características dos recém-nascidos, por exemplo: o colostro das mães com bebés prematuros é mais rico em interleucinas e fatores de crescimento do que o de mães com bebés de termo (Boccolini, Carvalho, Oliveira & Escamilla, 2015). E que o sabor do leite expõe o bebé a diferentes sabores precocemente o que vai influenciar positivamente a sua preferência por certos alimentos (Raheem, 2014).

A prática do aleitamento materno é apontada por Batista, Farias e Melo (2013), como prevenção de mais de 6 milhões de mortes de crianças com menos de um ano de idade. Se fosse praticado universalmente poderiam ser evitadas mais de 2 milhões de mortes. Isto porque, as vantagens do aleitamento materno sobre a alimentação artificial se apresentam em diferentes sentidos, destacando-se o imunológico, nutricional e morfofuncional conferindo à criança uma nutrição de alta qualidade e proteção contra infeções (Guedes, Filho & Taveira, 2015).

A sucção durante o aleitamento materno natural promove o desenvolvimento adequado dos órgãos fonoarticulatórios relativamente à mobilidade, força, postura, bem como o desenvolvimento das funções da respiração, mastigação, deglutição, e articulação dos sons da fala (Guedes et al., 2015). Assume um papel de grande relevância “na

estimulação da musculatura oro facial e moldagem do palato com benefício para a respiração nasal e oralidade/fala” (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 65).

O leite materno está também associado a um desenvolvimento cognitivo com pontuações significativamente maiores em crianças amamentadas, tendo uma relação direta com a duração do aleitamento materno (Guedes et al., 2015). Por outro lado, Antunes et al (2008, p. 104) referem que “as crianças que mamam ao peito tendem a ser mais tranquilas e fáceis de socializar-se durante a infância” e diversos estudos realizados nesta temática demonstram um pequeno, mas detetável aumento na capacidade cognitiva e desempenho escolar, que estará associado à presença de ácidos gordos de cadeia longa no leite materno, essenciais no desenvolvimento cognitivo (WHO, 2013). De acordo com Direção Geral de Saúde (2015), 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. Deste modo, as vantagens do aleitamento materno para a criança são “nutricionais, anti-infeciosas, imunológicas, cognitivas, e afetivas” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 65).

No que concerne à mulher, a proteção contra o cancro da mama já é demonstrada, havendo uma relação entre o tempo de amamentação e proteção, sendo maior a proteção quanto mais prolongada for a amamentação (Levy & Bértolo, 2012; Caminha et al., 2010; Guedes et al., 2015).

As mulheres que amamentam apresentam menor risco de desenvolverem cancro do ovário (Caminha et al., 2010). A explicação parece estar relacionada com o fato de durante a amamentação se interromper a ovulação, já que este tipo de cancro parece estar associado a traumas ininterruptos de ovulações e proliferações celulares. A amamentação confere proteção contra a osteoporose, pelo que mulheres que amamentaram oito ou mais meses apresentam risco diminuído de fratura ósseas por osteoporose (Guedes et al., 2015).

São também apontados como benefícios relacionados à mulher a diminuição do risco de desenvolver artrite reumatoide, menor probabilidade de desenvolver esclerose múltipla e doenças cardiovasculares, sendo este efeito cumulativo (Guedes at, 2015; Academia Americana de Pediatria, 2012).

De salientar ainda, a manutenção do vínculo afetivo, que surge no momento da concepção. Ao amamentar o instinto maternal é satisfeito e compensa a separação abrupta no momento do parto. “Cria um “cordão psíquico” duradouro até ao desmame progressivo” (Antunes et al., 2008, p.106). O contato pele a pele que se estabelece durante a amamentação promove a criação de laços entre a mãe e o bebe (Raheem, 2014). A

redução do stress e mau humor tem sido referido por mães após as mamadas. Este efeito é mediado pela libertação da hormona ocitocina e da libertação endógena de beta-endorfinas no organismo materno durante a amamentação. O início da libertação da ocitocina ocorre na hora do parto para a promoção da contração uterina, sendo a sua ação continuada e potenciada no ato de amamentação, pela estimulação que a sucção causa sobre a hipófise. Desta forma, a libertação da ocitocina reduz o tamanho do útero, liberta a placenta, diminui a hemorragia pós-parto, atrasa a menstruação, prevenindo a anemia (Guedes, et al., 2015).

Por outro lado, durante a lactação, o estímulo da sucção e o aumento da prolactina levam à inibição da hormona gonadotrofina e à interrupção do processo de ovulação, tornando a amamentação exclusiva, em livre demanda, sem intervalos noturnos, sem suplementos de outro leite ou alimento, um método anticoncepcional natural (Levy & Bértolo, 2012). Enquanto a mulher amamenta exclusivamente, a proteção de uma nova gravidez é aproximadamente de 98% (Caminha et al., 2010; Guedes et al., 2015).

Está também documentado o efeito da amamentação na redução do risco de depressão pós parto. Um estudo de Raheem (2014) verificou que a depressão estava associada ao início tardio da amamentação (OR- 3.0, 95%; IC-1.3-6.8). No mesmo estudo, uma elevada proporção de mães que estavam deprimidas aos três meses haviam suspenso a amamentação exclusiva ($X^2=64.4$; $p<0.001$).

A recuperação do peso pré-gestacional é uma das vantagens mais atrativas para as mulheres. No puerpério, quando o organismo da mulher está preparado para lactar, nem sempre a mulher consome a quantidade de calorias necessárias à produção de leite, pelo que o organismo irá retirar aquela reserva acumulada para fornecer o leite materno. Se a amamentação for exclusiva é promovido o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional.

É relevante a importância do aleitamento materno nos orçamentos familiares e despesas de estado. Constitui-se como o método mais barato e seguro de alimentar os bebés (Levy & Bértolo, 2012). Além da alimentação artificial ser mais dispendiosa, acrescentam-se os custos associados ao uso de medicamentos, atendimentos médicos e internamentos evitáveis pela amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida (Caminha et al., 2010; Carneiro, Barbieri, Moro, Freitas, Colomé & Backers, 2014).

Porém, existem algumas situações em que o aleitamento materno está contraindicado. Se a criança possui algum distúrbio metabólico de galactosemia ou fenilcetoanúria. Relativamente à nutriz, se esta tiver infeção ativa ou não tratada de tuberculose, herpes simples ativo com lesões na mama ou consumos de drogas ou álcool não deverá amamentar. Se a mãe tiver varicela cinco dias antes do parto ou dois dias após deve ficar afastada do bebé, mas o seu leite pode ser extraído e dado ao bebé. Nos países

industrializados, não está recomendado que mães HIV positivo amamentem, contudo nos países em desenvolvimento dada a elevada mortalidade infantil por má nutrição e doenças infecciosas a amamentação pode ser estabelecida já que as vantagens ultrapassam o risco de contrair HIV pelo leite materno (Academia Americana de Pediatria, 2012).

Importa reconhecer a diferença e semelhança nos termos de aleitamento materno e amamentação. Aleitamento materno refere-se à ingestão de leite materno pelo bebê, quer diretamente pela mama ou através de biberão ou copo, podendo o leite ser retirado manual ou mecanicamente da mama. Já o conceito de amamentação diz respeito ao ato de extração de leite materno diretamente da mama e sempre pelo bebê (Marques & Ramalho, 2015). Porém, estes conceitos surgem, frequentemente como sinónimos, “revestindo-se da mesma conotação funcional do aleitar ou criar o filho com o leite que produz” (Azevedo, Alves, Souza, Rodrigues, Branco & Cruz, 2015, pág.440). Ambos os conceitos ultrapassam, atualmente, o aspeto puramente biológico da ação, envolvendo o relacionamento da mãe com o seu filho, a família e o mundo que os rodeia (Azevedo et al, 2015).

Apesar do reconhecimento mundial da superioridade do leite materno em relação ao leite artificial, sob o ponto de vista nutricional, imunológico e psicossocial, a prevalência do aleitamento materno tem sido flutuante ao longo dos anos.

No século XX, devido à Segunda Guerra Mundial, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a sua emancipação, com a conseqüente reorganização dos agregados familiares, verificou-se um crescente abandono do aleitamento materno (Dias, Monteiro, Oliveira, Guedes, Godinho & Alexandrino, 2013). Para tal contribuiu também o desenvolvimento e divulgação de leites artificiais, com a sua origem na segunda metade do século XVIII, originando uma nova forma de encarar a amamentação, que deixa de ser vista como uma necessidade, e passa a ser mais uma opção (Caminha et al, 2010; Coelho, 2015). As mulheres com maior escolaridade, foram as primeiras a que abandonaram a amamentação (Levy & Bértolo, 2012). Desde a década de 70 que um maior número de mulheres adere à prática da amamentação, porém a prevalência do aleitamento materno está longe da meta recomendada pela OMS, de amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida e continuidade do aleitamento materno até ao segundo ano de vida ou mais (Dias et al., 2013; Antunes et al., 2008). No auge do declínio da prática da amamentação verificou-se um agravamento nas condições de saúde materno infantil, pelo que, desde então, têm vindo a ser desenvolvidas algumas iniciativas no âmbito da Saúde Pública com o objetivo de proteção, promoção e apoio do aleitamento materno (Antunes et al., 2008).

Com a finalidade de proteção do aleitamento materno das estratégias publicitárias não éticas, a OMS em 1981 recomenda aos países a adoção do *Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno* (DGS, 2008).

Em 1990, a mesma organização aliada à UNICEF, com a Declaração Innocenti, direcionam esforços para a instituição de políticas de incentivo à amamentação, surgindo a publicação do texto “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços de saúde” que expõe os “Dez passos para o aleitamento materno”.

Estas dez medidas são:

1. *Ter uma política de promoção do aleitamento materno afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.*

2. *Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.*

3. *Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.*

4. *Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.*

5. *Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.*

6. *Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do aleitamento materno, a não ser que seja segundo indicação médica.*

7. *Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.*

8. *Dar de mamar sempre que o bebé queira.*

9. *Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.*

10. *Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade (Levy & Bértolo, 2008, pág. 14 -15).*

Em 1992, a OMS e a UNICEF, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância, salientando a importância dos primeiros dias de vida do recém-nascido no estabelecimento da amamentação, criaram os Hospitais Amigos do Bebés (HAM), cujos objetivos específicos são a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Esta medida tem já vários estudos a verificar a sua eficácia (Dias et al., 2013). Neste âmbito foram realizadas, em

Portugal, atividades que incluíram a divulgação das dez medidas nos estabelecimentos de saúde com maternidade, a realização de vários cursos de formação em aleitamento materno em hospitais e maternidades, a comemoração da semana mundial do aleitamento materno e a edição e divulgação de um manual do aleitamento materno.

Os membros da OMS, em 2002, na 55^a Assembleia Mundial de Saúde, adotaram a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância.

A necessidade fisiológica pelo aleitamento materno pode perdurar até aos seus primeiros três anos de vida, não havendo consenso no que se refere ao tempo máximo de lactação (Carneiro et al, 2014). Todavia preconiza-se que o aleitamento materno seja exclusivo até aos seis meses e complementado até aos dois anos de idade ou mais, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) relativas à amamentação. Ou seja, até essa idade, o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida; A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno; as crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade, se essa for a vontade da mãe.

Face a todos os argumentos relacionados às vantagens do aleitamento materno, sendo importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral, seria expectável que a sua prática estivesse em pleno desenvolvimento. Contudo, a realidade no mundo é da persistência do desmame precoce, ou seja, a suspensão do aleitamento materno aos 4 meses (Caminha et al., 2010). No contexto internacional, a prevalência e duração do aleitamento materno são menores em países desenvolvidos e ainda assim nos países em desenvolvimento a prevalência do aleitamento materno é de 37% com grandes disparidades entre os mais pobres e os mais ricos (Oliveira, Boccolini, Faertein & Verly-Jr, 2016). Nos Estados Unidos da América verificou-se que 81,1% da população inicia aleitamento materno, porém só 22,3% são amamentados exclusivamente até aos seis meses (Meek & Hatcher, 2017).

Em alguns países da União Europeia as taxas de iniciação ao aleitamento materno são muito baixas e mesmo onde são altas, como nos países escandinavos, verifica-se um elevado abandono nos primeiros seis meses (Lanzaro, Santos, Guerra, Hespanhol & Esteves, 2015).

Em Portugal, o Ministério da Saúde no seu Plano Nacional de Saúde 2012-2016, recomenda o incentivo desta prática e assume-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, ou seja, o mesmo é olhado como o primeiro estilo de vida saudável na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o bebé e para a mãe. O

mesmo documento pretende assegurar o acesso das mulheres aos cuidados pré-natais, fomentando a amamentação e enuncia ainda, um conjunto de políticas saudáveis relativas a diferentes fases da vida, nomeadamente, a gravidez e o aleitamento materno, referindo que deverá ser promovida a articulação entre os ministérios da solidariedade e segurança social, da economia e do emprego, com o objetivo de aumentar o período de licença da maternidade para seis meses, de modo a favorecer o prolongamento da amamentação (Direção Geral de Saúde, 2015).

As baixas taxas de aleitamento materno e o desmame precoce têm implicações desfavoráveis importantes 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 em saúde.

Os estudos indicam uma incidência elevada de amamentação à nascença e uma baixa prevalência a partir do mês, mês e meio de vida. Indicam mesmo uma elevada incidência de amamentação na alta hospitalar (98,5%) e em exclusivo (65,2%), diminuindo consideravelmente no quarto mês (26,9%) de aleitamento exclusivo e (34,0%) de amamentação predominante (Sardo, 2016), aos seis as taxas de exclusividade variam entre 17 a 34%, longe do objetivo de 50% proposto pela OMS para 2010 (Lanzaro, 2015).

Dada a prevalência da amamentação no nosso país, ainda aquém do preconizado pela OMS e sendo um fenómeno complexo, sujeito a diferentes influências, que carece de aprendizagem e de ambientes favoráveis à sua concretização, mas que tem efeitos importantes em longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento da criança e na saúde da mãe, afetando desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mãe e a criança, como possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde, muitos são os estudos que se têm realizado sobre esta temática, indagando-se os principais fatores de abandono precoce. Neste contexto, considerando-se a importância do aleitamento materno e do enfermeiro na sua promoção, surge a presente investigação que contém todos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico com o tema “Atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno”. As questões investigativas que orientam este relatório são:

- Qual a prevalência do aleitamento materno?
- Qual a influência dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno?
- Qual a perceção das mães sobre as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação?

Para responder a estas questões de investigação foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência do aleitamento materno;
- Identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação;
- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno.

Esta investigação cumpre os critérios da pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e correlacional e tendo em conta a revisão teórica, questões de investigação e os objetivos, pretende dar a conhecer as relações entre as variáveis secundárias, caracterização sociodemográfica da mãe, características do parto e do bebé ao nascer, e a variável principal a prevalência da amamentação.

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que amamentar não é unicamente desencadeado pelo instinto devendo ser aprendido (Carneiro et al, 2014; Guedes et al., 2015). Amamentar é mesmo considerada por muitos como uma arte (Tamiru & Jisha, 2017). É uma tarefa que precisa ser aprendida pela mãe e o filho e, para o seu êxito, é necessário um complexo conjunto de condições. Este ato é influenciado pela família e meio social em que a mulher vive.

A questão do aleitamento materno ultrapassa o estritamente biológico, a mulher é influenciada por um conjunto de fatores sociais e emocionais. A continuidade do aleitamento materno pelo período recomendado requer o conhecimento de sinais indicadores de término precoce. Ao longo dos anos tem-se procurado identificar estes fatores de risco, que afetam o padrão da amamentação e sua duração, sendo atualmente considerados como fatores demográficos, biológicos, sociais e psicológicos (Aguilar & Silva, 2011). Incluem-se também os fatores demográficos (idade materna, educação, estatuto socioeconómico, situação profissional), fatores biomédicos (fumar, tipo de parto, introdução de suplementos alimentares, ter problemas a amamentar, obesidade materna), fatores relacionados com os serviços de saúde (informação/ educação sobre amamentação, apoio profissional na amamentação) e fatores psicológicos e culturais (apoio da família, amigos e sociedade, confiança materna, tradições culturais, publicidade às fórmulas lácteas) (Raheem, 2014). Para que a prática da amamentação tenha sucesso é necessário que a mulher tome a decisão de o fazer o mais precocemente possível, preferencialmente durante a gravidez, e se sinta motivada para o fazer. Um estudo referido por Raheem (2014) revela que as mães que haviam decidido amamentar depois do bebé nascer apresentam menores probabilidades de amamentar (OR- 0.1, 95%; IC-0.05-0.32). Muitos estudos descrevem diferentes fatores que influenciam positivamente o sucesso da amamentação e sua duração. Salientam-se a motivação, intenção e atitude da mulher na decisão de amamentar (Sardo, 2016). A decisão apresenta-se como um pré-requisito fundamental, associada aos hábitos

sociais e cultura, fatores económicos e pessoais como a personalidade, mecanismos psicofisiológicos, conhecimento, crenças, atitudes, confiança e habilidades na amamentação (Sardo, 2016). Pode dizer-se que o primeiro passo na decisão de amamentar passa por saber se o desejo da mãe em amamentar é voluntário. Na verdade, o Comité Português para a UNICEF (2004, pág. 28) recomenda que “as mães que, tendo recebido informação completa, correta e atualizada acerca da alimentação da criança, decidam alimentar artificialmente as suas crianças, devem ser respeitadas na sua decisão e devem ter todo o apoio necessário para o fazerem eficazmente”. Acresce que atualmente amamentar é um comportamento esperado nas mulheres, uma performance que deve ser demonstrada no cuidado ao seu filho. Havendo mesmo uma pressão social para que as mães amamentem, sendo que “as boas mães” o façam a qualquer custo ou “sacrifício” para assegurarem a amamentação dos seus filhos (Robinson, 2016). Assim, quando a amamentação não acontece, a mulher tende a ter sentimentos negativos, pois tem de enfrentar uma sociedade onde amamentar o filho é o comportamento esperado.

Relativamente à motivação, esta é essencial em todos os aspetos da vida humana, estando presente em todos os comportamentos. É a motivação que nos impele a agir de determinada maneira, e que nos leva a concretizar um objetivo específico a que nos propomos (Ferreira et al, 2011). Existem diferentes conceitos de motivação que diferem mediante os constructos em que se baseiam. Pode ser entendida como força interna, um incentivo que nos direciona na concretização de uma determinada tarefa. Sendo inerente a cada pessoa é influenciada biológica e socioculturalmente (Sardo, 2016).

O ciclo motivacional inicia-se quando surge uma necessidade (Chiavenato, 2000). Esta é uma força dinâmica e persistente que provoca um determinado comportamento. Sempre que surge uma necessidade, o indivíduo deixa de estar em equilíbrio, causando-se um estado de tensão, insatisfação e desconforto. Este estado leva a comportamentos, ou ações, que visam alcançar novamente um estado de equilíbrio. Se o comportamento for eficaz, o indivíduo encontrará a satisfação da necessidade, e, como tal, descarrega a tensão provocada por ela e há um novo reajuste ao meio envolvente.

No processo entre o desejo de amamentar e a implementação do comportamento a motivação medeia a decisão da mãe. Por outro lado, esta decisão é condicionada pela história de vida da mulher, experiências anteriores, incluindo conhecimentos que foi adquirindo desde a infância, na sua relação com outras mães que amamentam, pelo que foi aprendendo no seu contexto cultural e durante a gravidez (Sardo, 2016). As crenças e os tabus fazem parte de uma herança sociocultural, determinando diferentes significados do aleitamento para a mulher. A decisão de amamentar ou não o seu bebe depende da

importância atribuída a esta prática que frequentemente é fundamentada nas informações transmitidas culturalmente através do relacionamento avó-mãe-filha (Antunes et al., 2008).

O papel do pai é também preponderante na motivação e consequente adesão à prática da amamentação, sem o seu apoio o abandono precoce é mais frequente (Ferreira et al, 2011). Alguns estudos revelam existir maior probabilidade da mulher interromper a amamentação se for casada (crença da interferência da amamentação na prática sexual), tendo o pai influência extrema no início e manutenção da amamentação (Siqueira et al, 2015).

Se por um lado elevados níveis de motivação para a amamentação estão associados a um melhor desempenho na amamentação e no seu sucesso, por outro, a motivação é determinada pelo conhecimento dos benefícios da amamentação (Sardo, 2016).

Se a prática da amamentação está relacionada com fatores de ordem física, psicológica e social, é de salientar também a influência dos profissionais de saúde, amplamente reconhecida. Para o seu sucesso é preponderante a motivação do casal, a compreensão, encorajamento e competência dos profissionais de saúde (Ferreira, 2011).

Sendo a prevalência do aleitamento materno um indicador de qualidade de vida, a amamentação torna-se um alvo importante em Cuidados de Saúde Primários, na medida em que a sua promoção se inicia durante a gravidez e pode prolongar-se durante os dois primeiros anos de vida da criança (Marques & Ramalho, 2015). A prática profissional do enfermeiro neste contexto permite um contacto estreito com as pessoas de uma comunidade. É indispensável a função do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários, atualmente, cada vez mais orientado para o cuidar, não do indivíduo em si, mas de um todo que o envolve num seio familiar e comunitário, cujo dinamismo é visionado de forma completa atuando como garantia de cuidados cada vez mais qualificados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a promoção da saúde é uma das competências do enfermeiro, pelo que o profissional tem que reconhecer "o potencial de educação para a saúde nas intervenções de enfermagem. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades e avalia a aprendizagem e a compreensão acerca da saúde" (Ordem dos Enfermeiros 2004, pág. 20).

A educação para a saúde é definida como uma atividade planeada com objetivo de criar condições para promover mudanças no comportamento em relação à saúde, de modo que as pessoas aprendam a viver de forma mais saudável (Santos, Araújo dos Santos & Siqueira, 2017).

Os cuidados de saúde assegurados às famílias nesta fase do seu ciclo de vida, exigem de todos os profissionais um esforço conjugado no sentido de as capacitar a desenvolver competências que permitam uma adaptação saudável aos constantes processos de mudança, como seja cumprir o seu projeto de amamentação e de simultaneamente aumentar a satisfação com que o fazem, sem descuidar o contexto social e cultural em que se inserem (Figueiredo, 2009; Marques & Ramalho, 2015). A família, enquanto grupo identitário, constitui-se assim como fator interveniente nos processos de saúde e doença dos seus membros e relativamente aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento (Figueiredo, 2009).

Assume-se como princípio fundamental que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Inerente a este princípio está o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão do seu funcionamento (Figueiredo, 2009).

No Centro de Saúde, atualmente nas Unidades de Saúde Familiar ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, na consulta de enfermagem realizada nos diversos programas de saúde, o enfermeiro promove uma educação terapêutica e a capacitação da pessoa/família. Desta forma, o enfermeiro de família deverá intervir adequadamente na promoção do aleitamento materno ao longo das várias fases do ciclo vital da mulher/família, de modo a informá-la corretamente, permitindo a tomada de decisão consciente, fornecendo apoio e prevenindo complicações associadas à amamentação ou ajudando a lidar com situações mais complicadas que possam surgir. Nas intervenções da programação de uma gravidez planeada e saudável, sendo o profissional de saúde que mais tempo passa com a mulher ao longo do seu ciclo gravídico-puerperal, com a responsabilidade de fornecer as orientações sobre o aleitamento materno de forma a suprir as dúvidas, dificuldades e inseguranças das gestantes. Ao longo do processo de preparação das grávidas para o aleitamento materno, deverá explicar as suas vantagens, a forma adequada de amamentar e as possíveis complicações de forma que, no puerpério, o processo de adaptação à amamentação seja promovido diminuído de dúvidas, dificuldades e possíveis intercorrências. A Direção Geral de 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. Vários estudos têm demonstrado a importância da intervenção precoce ao nível do posicionamento na amamentação e pega correta,

confirmando a relação entre estas intervenções e a duração da amamentação (Marques, 2017).

Por outro lado, as famílias estão inseridas em comunidades, fontes de influências na tomada de decisões dos seus elementos. A participação da comunidade na saúde define-se como o processo no qual as pessoas individualmente ou em grupo exercitam o seu direito a um papel ativo e direto no sentido do desenvolvimento dos serviços de saúde, procurando também a capacitação da comunidade para o desenvolvimento. Várias revisões da OMS têm salientado a importância da participação da comunidade na melhoria dos indicadores de saúde (Grabman, Miltenburg, Marston & Portela, 2017).

A amamentação deve ser aprendida e ensinada não só pelos profissionais de saúde, mas pela sociedade como um todo (Carneiro et al, 2014). É essencial a adoção de políticas e programas que promovam o conhecimento, capacitando as mães para a amamentação (Sardo, 2016) e ambientes favoráveis, já que a influência social é diversas vezes referida, devendo a mulher ser apoiada nestes novos papéis “mulher-mãe-nutriz” (Siqueira et al, 2015). Neste contexto urge criar valores e comportamentos culturais favoráveis ao aleitamento materno, bem como a criação de leis que direta ou indiretamente protejam e possibilitem à mulher usufruir do seu direito de amamentar. Seja pela real implementação das leis de proteção à trabalhadora lactante seja pelo assegurar que a mulher usufrui do seu suporte familiar logo no momento do parto, como seja o acompanhamento à parturiente e o envolvimento do pai, ou outra pessoa significativa, em todas as fases do trabalho de parto, mesmo quando seja efetuada uma cesariana, consagrado pelo Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, sejam pessoas, grupos ou comunidades, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). E o enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários tem um papel privilegiado na intervenção junto das famílias e desde logo, na promoção do aleitamento materno (Marques & Ramalho, 2015). Com a criação das unidades de cuidados na comunidade e a promoção dos cursos de preparação para o parto e parentalidade, que procuram dar resposta aos desafios inerentes às mudanças e dúvidas do casal. Nesta circunstância surge reforçada a função dos enfermeiros enquanto agentes na promoção e educação para a saúde em contexto comunitário. Apesar de existirem diferentes métodos de aprendizagem, todos eles se

baseiam nos mesmos princípios; informação sobre gravidez, processo de parto, preparação física, crença no apoio, cuidados da mãe e bebê. As sessões de preparação para o nascimento são encontros, habitualmente semanais, em horário pré acordado, onde se encontram mães/casais com um ou vários profissionais e onde que se debatem vários temas relacionados com a gravidez, parto, puerpério e se aprende a encontrar as melhores estratégias, soluções para viver da forma mais saudável e esclarecida nesta fase da vida da mulher/casal (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O manuseio clínico da amamentação é entendido como os cuidados assistenciais realizados no estabelecimento do aleitamento materno, produção láctea, tratamento e prevenção de complicações e resulta de uma abordagem com recurso a habilidades técnicas dos profissionais. Pressupõe o conhecimento atualizado e fundamentado dos benefícios da amamentação, o conhecimento técnico e científico sobre a anatomia e fisiologia da lactação, da sucção, dos fatores emocionais e psicológicos que possam interferir, técnicas de comunicação e conhecimento do posicionamento e pega adequada, extração de leite materno e formas alternativas de oferta de leite materno (Azevedo et al, 2015). Vários estudos destacam o enfermeiro como agente disseminador da promoção, do incentivo e apoio ao aleitamento materno, salientando-se o acolhimento, a comunicação e o processo educativo em saúde, como ferramentas utilizadas na intenção de promover o estímulo e a adesão das mães à amamentação (Marinho, Andrade & Abraão, 2015).

O domínio de técnicas de comunicação no relacionamento com a nutriz torna-se indispensável, sendo uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro na abordagem da amamentação. Desta forma, a escuta ativa, o olhar atento, o tom de voz e a empatia favorecem uma troca na comunicação, levando a um aconselhamento mais detalhado e eficaz para a prática do aleitamento materno. Durante o aconselhamento, o enfermeiro age como um elo entre o conteúdo teórico-científico e a prática que vai ser vivenciada pela mãe, esclarecendo a importância, os benefícios da amamentação, desmistificando crenças e preconceitos (Azevedo et al, 2015). Estas técnicas exigem do profissional saber ouvir, ajudar na tomada de decisão de forma empática, promover o desenvolvimento de confiança e apoiar a mulher.

O apoio ao aleitamento materno constitui uma importante prática do enfermeiro e favorece a confiança da nutriz quanto às suas ações e orientação em prol do aleitamento. Nesse sentido, quando o enfermeiro desfaz as dúvidas e dificuldades, quando observa a pega, num ambiente tranquilo e confortável, quando verbaliza a importância das vantagens de amamentar, ele adquire a sua confiança e contribui para a autoestima relativamente à amamentação (Idem).

As orientações e informações fornecida à mulher são fundamentais para que se sinta autoconfiante e segura na decisão em amamentar e superar as dificuldades que porventura puderem surgir. A falta de experiência com a amamentação, traumas mamilares, ansiedade, são apenas alguns dentre os fatores biológicos e culturais evidenciados em diversos estudos que podem levar à desistência do aleitamento materno por parte da mãe (Carneiro et al, 2014).

É ainda durante a gravidez que as mulheres devem ser orientadas quanto aos benefícios da amamentação, das desvantagens do uso de leites não humanos e devem ser treinadas para efetivação da mamada, com o ensino de técnicas que facilitem o ato de forma que com habilidade e confiança despertadas, o que as transforma em agentes da amamentação (Carneiro et al, 2014; Siqueira et al, 2015).

As maiores taxas de incidência da amamentação verificam-se ainda em meio hospitalar, este fato deve-se, em muito, à implementação de uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, a amamentação na primeira hora de vida (correspondente ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança). Essa estratégia baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida, para o estabelecimento do vínculo mãe-bebe, além de comprovadamente aumentar a duração do aleitamento materno, a prevalência de aleitamento materno nos hospitais e reduzir a mortalidade a neonatal (Siqueira et al, 2015). Um estudo realizado nos Reino Unido revelou que a média de início de amamentação nos hospitais amigos do bebe era de 83.8%, em 2001, quando a média nacional era de 69.5% (Anstey, 2013).

Ao colocar-se o bebe em contacto pele a pele com a mãe imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora, encorajam-se as mães a reconhecer quando os seus bebes têm fome e estão prontos para mamar. Trata-se de um período sensível em que a mãe e o recém-nato estão alerta, sendo esta prática associada a uma redução em 22% da mortalidade neonatal (Boccolini, Carvalho, Oliveira e Pérez-Escamilla, 2015). Por outro lado, o colostro (primeiro leite produzido pela mãe nas primeiras 72 horas pós-parto) contém fatores bioativos do sistema imunitário que têm efeitos protetores contra as infecções neonatais. Tem vindo a ser evidenciado cientificamente que esta atitude previne a sepsis neonatal e hipotermia que se apresentam como as duas maiores causas de morte neonatal (Mugadza, Zvinavache, Gumbo, Stray-Pedersen & Haruzivishe, 2016).

Contudo, é na comunidade, após o regresso a casa que muitas vezes as dificuldades são mais evidentes para as mães, tornando-se a atuação dos enfermeiros essencial para efetiva amamentação, pois são esses profissionais que orientam e auxiliam as mães em

períodos específicos e determinantes para a efetivação desta prática. Mas, o incentivo a esse tipo de ação não deve ser mecanizado, isto é, a equipe de saúde deve conduzir a amamentação com respeito e acolhimento ao binômio mãe-filho a fim de estabelecer um vínculo efetivo e duradouro entre ambos (Carneiro et al, 2014). De salientar ainda que muitas mulheres experimentam uma lactogênese tardia, que pode ocorrer até 92 horas pós-parto, não estando ainda capazes de amamentar à data da alta hospitalar (Anstey, 2013)

Uma das atividades preconizadas, neste âmbito, é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional um maior contato com o espaço da família e, assim, identifica suas principais necessidades. A esse respeito, é recomendado ao enfermeiro realizar a visita após o parto, de preferência imediatamente e nos primeiros dias, para que o aleitamento materno seja apoiado o mais precoce possível, auxiliando, assim, as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido (Batista, Farias & Melo, 2013). A visita domiciliar é uma estratégia de intervenção que por ser realizada no contexto familiar, num ambiente mais íntimo e de pertença, favorece a ligação do profissional de saúde, sendo este encarado como um parceiro nos cuidados, aumentando a confiança da nutriz, que mais facilmente partilha os seus problemas, dificuldades e dúvidas (Galvão & Cardoso, 2017). O enfermeiro deve estar disponível, observando como é a pega do recém-nascido, e respondendo a perguntas quanto ao aleitamento materno e demais intercorrências que surgirem (Batista, Farias & Melo, 2013). Além de serem necessárias atitudes e discursos favoráveis ao ato de amamentar, é fundamental estabelecer uma relação de proximidade, vivenciando os momentos de sucesso ou insucesso da mulher no processo de lactação. O enfermeiro é o profissional que deve ser capaz de identificar e potencializar momentos educativos, facilitando a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequados e que poderá atuar junto à população, não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação continuada, de forma efetiva (Batista, Farias & Melo, 2013).

Um estudo randomizado com 154 grávidas acompanhadas até aos seis meses após o nascimento dos seus filhos, divididas aleatoriamente em dois grupos G1 (intervenção, n=51) e G2 (controle, n=103). O G1 recebeu acompanhamento domiciliário aos cinco dias, duas e catorze semanas após o parto para motivação e orientação em aleitamento materno exclusivo. Neste estudo, a taxa de aleitamento materno exclusivo foi superior no G1, sendo de 84%, 82%, 54% e 34% aos cinco dias, duas semanas, catorze semana e aos seis meses, respetivamente. O G2 apresentou 17.6% aos seis meses. Observaram-se taxas superiores de aleitamento materno exclusivo no G1 (RR-1.25; p=0.003) e menores taxas de hábitos de sucção não nutritivos (RR-1.44; p=0.002) em relação ao G2 aos seis meses (Rocha, Saliba, Garbin & Moimaz, 2016).

A orientação do profissional de saúde permite que ele possa atuar junto à nutriz diretamente nos problemas ocasionados pela amamentação, principalmente a fissura mamilar, o ingurgitamento mamário e a mastite que, regra geral, são ocasionados pela posição e pega inadequadas. Assim, cabe ao enfermeiro promover a correção dos problemas como parte do cuidado eficaz na promoção do aleitamento materno (Azevedo et al, 2015). No estudo de Raheem (2014) foi associado à amamentação exclusiva o facto de receber apoio de um profissional de saúde na amamentação (OR-0.2, 95%; IC-0.04-0.7).

A amamentação efetiva acontece quando a mãe e o bebe estão corretamente posicionados, havendo a sucção do leite pelo bebe. Tem vindo a ser documentado que poucas mulheres amamentam sem qualquer dificuldade desde o primeiro dia, sendo que a maioria se depara com problemas ao longo da amamentação (Tamiru & Jisha, 2017).

A fissura mamilar é um dos fatores que geralmente contribuem para o desmame precoce por causar dor e desconforto à lactante. Muitas vezes resultante do posicionamento ou pega incorretos do bebê, levam ao trauma do mamilo, pela força exercida no local inadequado pelo lactente no ato da sucção (Idem).

Em relação à posição da criança durante o ato do aleitamento materno, ela deve ficar de frente para a mãe, barriga com barriga. O lábio inferior do recém-nascido deve tocar no mamilo, e ele deve abrir a boca por meio do seu reflexo de procura pelo alimento. Na boca da criança devem ser colocados o mamilo e o máximo da aréola que for possível. Durante a amamentação, os lábios da criança ficam curvados para fora em “boca de peixe”, ocorrendo o fecho entre a boca e o seio materno. Desse modo, o conhecimento do enfermeiro quanto à posição e pega corretas, deve atuar diretamente visando corrigir a prática errada a fim de prevenir futuras complicações ocasionadas pela amamentação (Azevedo et al, 2015). A cabeça do bebe, pescoço e tronco devem estar posicionados num alinhamento neutro para favorecer a amamentação. De contrário, compromete-se a capacidade do bebe para mamar, pelos distúrbios nos mecanismos respiratórios e de sucção, desta forma, o posicionamento do bebe à mama assume-se como um fator crítico no estabelecimento da amamentação (Tamiru & Jisha, 2017). Estes autores apresentam um estudo onde concluíram que ter instrução ou conhecimentos relacionados com a amamentação tem uma influência significativa na realização de uma pega adequada do bebe, ou seja, mulheres com informação praticam melhores posicionamentos dos seus bebes à mama.

Mamilos planos e invertidos dificultam a pega correta pela criança e podendo levar à desistência do aleitamento materno. Para uma sucção adequada, o ideal é próprio para amamentação é que os mamilos sejam protusos, não impedindo que as mulheres que têm mamilos planos e invertidos amamentem, pois estes podem ser protraídos pelo próprio bebê

durante a sucção. Todas estas dificuldades geram ansiedade nas mães (Carneiro et al, 2014).

Entre os fatores relatados pelas mães para a interrupção precoce do aleitamento materno, estudos mencionam receio e dúvidas acerca da qualidade nutricional e da quantidade do leite materno produzido para saciar o bebê (Uchoa, Joventino, Javorsk, Almeida, Oriá & Ximenes, 2017). A percepção de “leite fraco” é apresentada como um dos constructos mais frequentemente utilizados socialmente para o abandono do aleitamento materno. Esta percepção, sentida pela mãe dado o fraco aumento ponderal e frequentes solicitações do bebê para mamar, pode ser causada pela técnica inadequada, caracterizada por mamadas frequentes de curta duração, causando um esvaziamento incompleto da mama, o que leva a um consumo insuficiente de leite e gordura pelo bebê (Oliveira, Dias, Figueiredo, Oliveira, Cruz & Sampaio, 2016).

De facto, uma variedade de “desafios” são identificados como barreiras ao aleitamento materno, como sejam os mamilos doridos, percepção de leite materno insuficiente, falta de suporte social ou retorno ao trabalho (Anstey, 2013; Galvão & Cardoso, 2017).

De entre os problemas relacionados com a mãe e que contribuem para o desmame precoce contam-se o ingurgitamento mamário, o bloqueio dos ductos e a mastite. Esta última, definida como um processo infeccioso que causa o aumento dos níveis de sódio e de cloreto no leite, com uma diminuição dos níveis de lactose, deixando um sabor mais salgado no leite, podendo este ser rejeitado pela criança. O agravamento da mastite pode evoluir para abcesso e interromper a amamentação. Outros fatores que influenciam a amamentação são o stress e a ansiedade, que levam ao aumento da adrenalina na circulação sanguínea, o que inibe a produção de prolactina, causando hipogalactia. O trabalho da mãe fora de casa representa uma destas situações, uma vez que acarreta alguma ansiedade e preocupação (Dias, Silva & Moura, 2014).

As mulheres sujeitas a mamoplastia redutora podem sofrer algumas mudanças na estrutura do mamilo, podendo interferir com a lactação, ao contrário do implante de silicone que pouco prejuízo traz à amamentação (Idem).

O uso de chupeta, bicos, água e chás no intervalo das mamadas são considerados fatores modificáveis que contribuem para o abandono da amamentação e apontam para a falta de confiança e de preparação da mulher para amamentar (Uchoa et al, 2017). O uso de chupeta ou biberão influencia de forma negativa o reflexo de sucção do recém-nascido, ocorrendo um fenómeno designado como “confusão de bicos” (Carneiro et al, 2014). Por outro lado, algumas dificuldades na lactação relacionadas com o bebê são atribuídas à

dificuldade de apreender corretamente a região mamilo-areolar, dificuldade ou ausência de sucção, dificuldade de manutenção da sucção, pouca frequência ou frequência aumentada de mamadas, suplementação alimentar, uso de chupeta, protetor e bico artificial, e em situações especiais como gemelaridade, prematuridade e doenças na criança (Dias, Silva & Moura, 2014).

Mais uma vez se reforça a importância do aconselhamento e comunicação terapêutica conseguida pela compreensão holística da mulher, incentivando a sua autoeficácia. A autoeficácia para amamentar compreende as expectativas e as crenças da mulher em sua capacidade para executar tarefas específicas e comportamentos em prol de uma amamentação bem-sucedida. Por sua vez, as expectativas e as crenças para o aleitamento materno estão atreladas às experiências pessoal e vicária, à persuasão verbal, além de fatores fisiológicos a serem minimizados como dor, ansiedade e fadiga. Além disso, a autoeficácia pode influenciar no julgamento da mulher sobre sua habilidade para iniciar o aleitamento materno, vencer as dificuldades que por ventura surjam e continuar o processo de amamentação (Uchoa et al, 2017).

De fato, “o aleitamento materno é socialmente contextualizado, sendo influenciado pela aprovação do grupo de pertença” (Miranda, Zangão & Riso, 2017, pág.855). Embora a literatura relacionada com a amamentação a apresente como um ato natural, amamentar em lugares públicos surge como uma questão que suscita preocupação. Existem já estudos, realizados no Reino Unido, que demonstram que cerca de metade das mulheres que amamentam vivenciam reações negativas ao amamentarem em público. Acrescentam ainda que com receio dessas reações negativas e escrutínio de desconhecidos, o que influencia a prática da amamentação, podendo levar ao seu abandono (Grant, 2016). Por outro lado, reconhece-se que os profissionais de saúde assumem um papel regulador e normalizador das práticas do aleitamento materno, sendo considerados como autoridades na determinação do padrão alimentar (Miranda, Zangão & Riso, 2017).

Existe um número de atitudes e práticas dos profissionais de saúde e especificamente dos enfermeiros que têm impacto na amamentação. O sucesso do aleitamento materno não depende apenas da aquisição de conhecimentos e práticas, mas também das atitudes dos profissionais de saúde. Os estudos têm demonstrado que se a mulher recebe informações contraditórias ou mesmo negativas relativamente à amamentação, ou com sugestão à suplementação têm maior probabilidade de abandonar a amamentação. Acresce que a experiência pessoal dos enfermeiros na amamentação condiciona em grande medida a atitude demonstrada, servindo-se frequentemente do seu exemplo pessoal. Na sua pesquisa científica, Anstey (2013) refere que as mulheres

consideram uma *presença autêntica* aquela em que existe empatia por parte do profissional de saúde, despreocupado em relação ao tempo, com recurso ao toque e informação clara, com uma assistência prática e encorajamento. Por outro lado, a inconsistência do aconselhamento na amamentação gera frustração e confusão nas mulheres que estão a experimentar desafios em iniciar ou estabilizar a amamentação.

A organização de uma série de normas rígidas que garantam o sucesso da amamentação para todas as mulheres e seus filhos, é impossível de concretizar, pois estas variam consoante as diferenças individuais. Assim, é fundamental que a família, a comunidade em que se insere, a sociedade em geral e os profissionais de saúde, estejam aptos a servir de facilitadores tanto no início como na manutenção da amamentação.

2-Metodologia

A metodologia contempla as questões de investigação, os critérios de amostragem, as variáveis, as hipóteses, a definição de instrumentos e procedimentos de colheita de dados e a análise e discussão dos mesmos.

O presente estudo inclui-se no projeto com a referência PROJ/CI&DETS/2016/0017 com o título “Prevalência da Amamentação. Motivação, dificuldades e a ajuda dos enfermeiros”, início a janeiro de 2017, com a duração de 12 Meses sob a coordenação de projeto de Emília de Carvalho Coutinho. A equipa de investigação é constituída pelos investigadores João Carvalho Duarte, Paula Alexandra Batista Nelas, Cláudia Margarida Balula Chaves, Maria Odete Pereira Amaral e Rui Dionísio.

O presente estudo é de natureza quantitativa, transversal, descritivo e correlacional.

De acordo com Fortin (2003) o estudo descritivo permite-nos obter uma informação completa e precisa de um fenómeno, existindo a descrição dos fenómenos e da relação entre fatores e variáveis. Correlacional por examinar a relação entre as variáveis, determinando a natureza das relações (Idem). A abordagem metodológica é do tipo quantitativo por se pretender generalizar os resultados da população em estudo a partir de uma amostra. Assume-se como um estudo transversal, porque os dados foram recolhidos num determinado momento no tempo numa amostra representativa de mulheres que foram mães há pelo menos dois anos.

Considerou-se aliciente determinar a prevalência do aleitamento materno e de que forma as atitudes dos enfermeiros influenciam ou não a decisão de amamentar.

Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário de auto preenchimento com escalas de Likert.

Nesta perspetiva, este estudo tem como objetivo analisar e esclarecer as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência do aleitamento materno?
- Qual a influência dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno?
- Qual a perceção das mães sobre as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação?

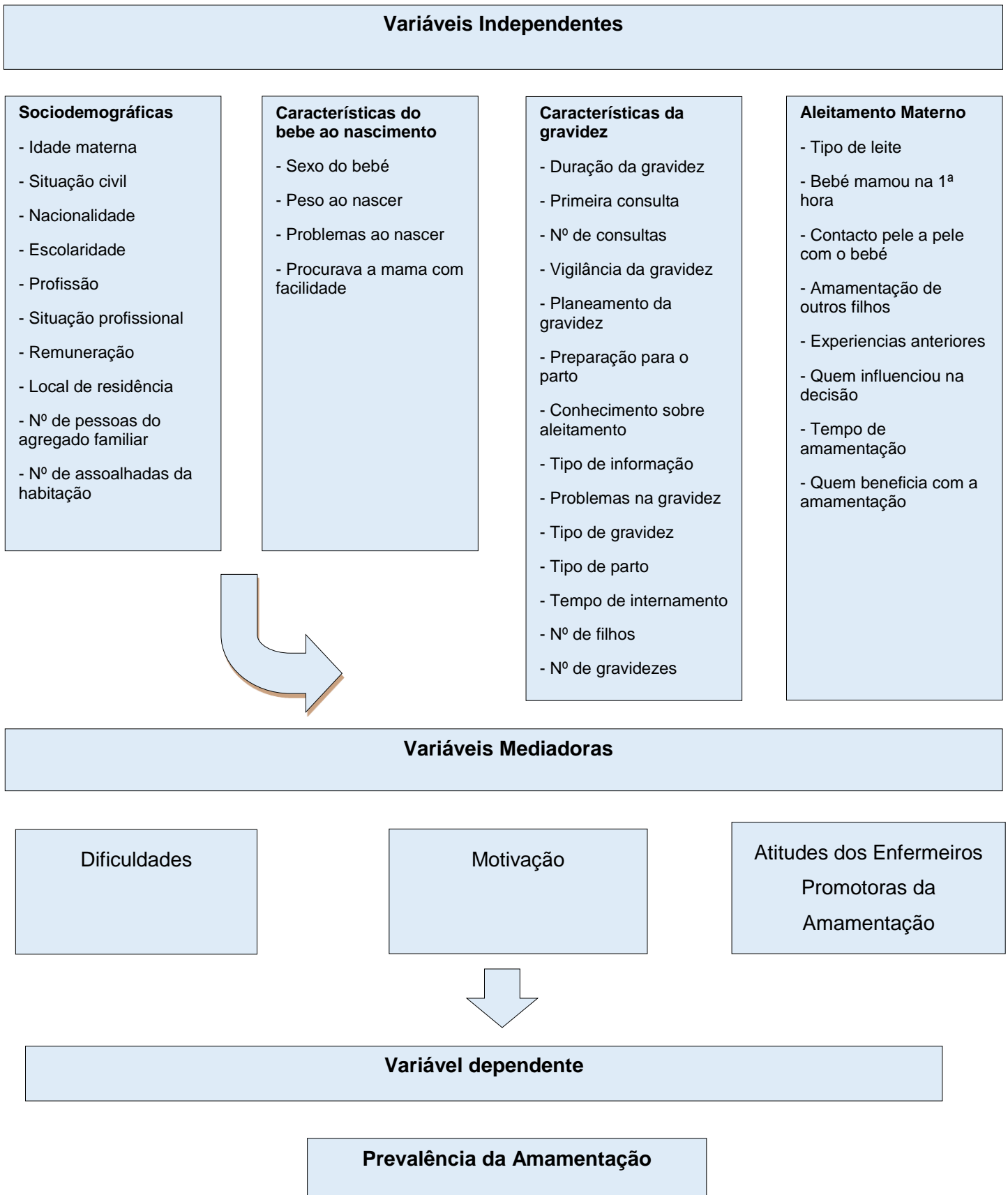
Das questões supracitadas, delinearam-se como objetivos:

- Determinar a prevalência do aleitamento materno;

- Identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação;
- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno

Desenvolveu-se um modelo hipotético a fim de compreender as relações entre as variáveis em estudo que está esquematizado na figura 1.

Figura1 - Esquema de investigação



2.1-Amostra

A amostra é constituída por 1102 mulheres de Portugal Continental, sendo o critério de inclusão mulheres que foram mães há pelo menos dois anos. Na seleção da amostra, optou-se por uma amostragem do tipo não probabilista (não se estima a probabilidade de inclusão de cada elemento) e por conveniência (envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes) constituída pelas mães que voluntariamente manifestaram interesse em participar (Polit & Beck, 2011). Foi critério de exclusão as mães que pela sua condição de saúde ou do seu filho foram impedidas de amamentar.

Os dados sociodemográficos apresentam-se seguidamente.

2.1.1- Caracterização sociodemográfica

Os resultados obtidos em relação à idade revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, ao que corresponde uma idade média de 32 anos, com um desvio padrão de 5.87 anos. O coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose indicam que a amostra apresenta uma distribuição normal para a globalidade da amostra (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade

Idade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/S
Total	1102	18	46	32.08	5.87	34.45	-1.22	-3.59

Na Tabela 2 consta a caracterização da amostra em função da idade, verificando-se que a maioria (57.1%) das mulheres é da região centro do país e que quase a totalidade das mulheres é de nacionalidade portuguesa (97.6%).

A análise dos resultados revela que quase a totalidade da amostra possui companheiro (93.1%), com uma representatividade de 93.0% das mulheres com idade inferior a 35 anos.

No que concerne às habilitações literárias constata-se que 50.5% das participantes têm escolaridade igual ou superior ao 12º ano, sendo maior a representatividade entre as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

Relativamente à profissão, constata-se que estão em maioria as participantes com profissões técnicas (35.6%), salientando-se que as profissões indiferenciadas apresentam uma representatividade de 29.2%, mais expressiva entre as mulheres com idade inferior a 35 anos (34.6%).

Verifica-se também que 83.9% da amostra está empregada, sendo 87.8% das mulheres com mais de 35 anos e 81.9% das mulheres com idade inferior a 35 anos. Encontram-se desempregadas 16.1% das mulheres, sendo mais representativo nas mais novas (18.1%).

Quanto à remuneração, apura-se que a maioria das participantes (51.5%) auferem entre 500 a 999 euros por mês. De entre as mulheres com menos de 35 anos verifica-se uma maior prevalência de remuneração inferior a 500 euros, sendo no total de 19.5% da amostra.

Constata-se que há um predomínio de participantes residentes no meio urbano (64.7%), das quais 63.3% possuem menos de 35 anos e 67.3% têm idade igual ou superior aos 35 anos. No meio rural reside (35.3%) da amostra, com uma representatividade de 36.7% de mulheres mais novas e 32.7% com 35 ou mais anos.

Quanto à composição do agregado familiar, verifica-se que 45.1% das participantes possui um agregado constituído por três pessoas, sendo que, 49.8% das que têm idade inferior aos 35 anos e 36.4% das que possuem idade igual ou superior aos 35 anos, seguindo-se 38.5% das mulheres cujo agregado familiar é constituído por quatro pessoas, com uma representatividade de 33.9% de participantes mais novas e 47.0% com mais idade.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função da idade

Variáveis	Idade <35 Anos		Idade ≥35 Anos		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (717)	% (65.1)	Nº (385)	% (34.9)	Nº (1102)	% (100.0)	1	2		
Região										
Norte	285	39.7	114	29.6	399	36.2	3.3	-3.3	27.059	0.000
Centro	402	56.1	227	59.0	629	57.1	-9	9		
Sul	30	4.2	44	11.4	74	6.7	-4.6	4.6		
Estado civil										
Com companheiro	667	93.0	359	93.2	1026	93.1	-0.1	0.1	0.19	0.891
Sem companheiro	50	7.0	26	6.8	76	6.9	0.1	-0.1		
Nacionalidade										
Portuguesa	699	97.5	377	97.9	1076	97.6	-0.5	0.5	0.203	0.652
Estrangeira	18	2.5	8	2.1	26	2.4	0.5	-0.5		
Habilitações literárias										
≤9.º ano	136	19.3	53	13.9	189	17.4	2.3	-2.3	34.815	0.000
10.º-12.º ano	259	36.8	90	23.6	349	32.1	4.5	-4.5		
≥12.º ano	309	43.9	239	62.6	548	50.5	-5.9	5.9		
Profissão										
Profissões intelectuais e científicas	186	27.1	187	50	373	35.2	-7.5	7.5	59.699	0.000
Profissões técnicas	263	38.3	115	30.7	378	35.6	2.4	-2.4		
Profissões indiferenciadas	238	34.6	72	19.3	310	29.2	5.3	-5.3		
Situação profissional										
Empregada	587	81.9	338	87.8	925	83.9	-2.6	2.6	6.519	0.011
Desempregada	130	18.1	47	12.2	177	16.1	2.6	-2.6		
Remuneração										
< 500 euros	152	22.6	51	13.9	203	19.5	3.4	-3.4	51.182	0.000
≥500≤ 999 euros	376	55.9	160	43.6	536	51.5	3.8	-3.8		
≥1000 ≤1499 euros	122	18.1	131	35.7	253	24.3	-6.3	6.3		
≥1500	23	3.4	25	6.8	48	4.6	-2.5	2.5		
Local de residência										
Urbano	454	63.3	259	67.3	713	64.7	-1,3	1,3	1.714	0.190
Rural	263	36.7	126	32.7	389	35.3	1.3	-1.3		
Agregado familiar										
Até 2 pessoas	62	8.6	18	4.7	80	7.3	2.4	-2.4	31.667	0.000
3 Pessoas	357	49.8	140	36.4	497	45.1	4.3	-4.3		
4 Pessoas	243	33.9	181	47.0	424	38.5	-4.3	4.3		
≥5 Pessoas	55	7.7	46	11.9	101	9.2	-2.3	2.3		

Síntese de Resultados

Perante o anteriormente exposto pode-se caracterizar a amostra como sendo constituída por mães com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos, tendo uma média de idade de 32 anos (desvio padrão de 5.87 anos). Na maioria proveniente da região centro do país (57.1%), a residir em meio urbano (64.7%) e de nacionalidade portuguesa (97.6%). Encontram-se com companheiro (93.1%) e têm um agregado familiar de três pessoas (45.1%). Relativamente à situação profissional, encontram-se empregadas (83.9%), em profissões técnicas (35.6%), tendo escolaridade igual ou superior ao 12º ano (50.5%) e auferem entre 500 e 999 euros mensais (51.5%).

2.2-Instrumento de Colheita de Dados

Para operacionalizar os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como método de colheita de dados o questionário, a ser preenchido diretamente e de forma voluntária pelas mulheres.

Este é constituído por 7 partes: I Parte- Caracterização sociodemográfica; II Parte – Características do bebé ao nascimento, III Parte- Características da gravidez: IV Parte – Aleitamento materno, V Parte- Escala de motivação para amamentação adaptada (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008); VI Parte- Escala de Dificuldades na Amamentação (Coutinho, 2016) e a VII Parte – Escala de Atitudes dos Enfermeiros Promotoras da Amamentação (Coutinho, 2016).

I Parte – Caracterização sociodemográfica: constituída por nove questões, através das quais se traça um perfil sociodemográfico das participantes: idade, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação profissional, remuneração e agregado familiar.

A variável idade foi analisada dividindo as mulheres em dois grupos, as que possuem menos de trinta e cinco anos e as que têm idade igual ou superior.

Relativamente ao estado civil foi estabelecido como variável dicotómica com ou sem companheiro.

Na nacionalidade diferenciou-se a portuguesa da estrangeira, por não haver variabilidade significativa nas nacionalidades estrangeiras.

Quanto à profissão procedeu-se ao reagrupamento em profissões intelectuais ou científicas, profissões técnicas e profissões indiferenciadas. Sendo que, se assumiu como situação profissional ter ou não ocupação.

O local de residência foi também recodificado como urbano (que inclui cidade e vila) e rural (que contém aldeia).

II Parte – Características do bebé ao nascimento: formada por quatro questões que recolhem informações relativas ao bebé: sexo do bebé, peso ao nascer, existência de algum problema de saúde ao nascer, e se este procurava a mama com facilidade.

O peso do bebé ao nascer foi enquadrado em três grupos: com peso inferior a 2500kg, que se refere a bebés considerados com baixo peso ao nascer; com peso entre os 2500 e 3999kg, relativo a bebés com peso adequado à idade gestacional; com peso superior a 4000kg, referente a bebés macrossómicos.

III Parte – Características da gravidez: organizada em 13 questões que procuram caracterizar a gravidez, designadamente: duração da gravidez, caracterização das consultas de vigilância, frequência de algum curso de preparação para o parto/maternidade, conhecimentos sobre aleitamento materno e responsável pela sua transmissão, classificação da informação que foi transmitida durante a gravidez, problemas durante a gravidez e tipo de gravidez, tipo de parto e tempo de internamento, número de filhos, número de gravidezes e local de nascimento.

No que se refere ao score da classificação da informação, este é avaliado a partir de uma escala (Coutinho, 2014) constituída por sete itens, onde é possível obter um mínimo de 7 pontos e um máximo de 70 pontos, considerando que quanto menor for o score, melhor é considerada a informação fornecida, não havendo itens cotados inversamente.

No que respeita a primeira consulta de gravidez determinou-se que a sua análise fosse realizada tendo por base a recomendação da DGS (2015) que indica que a primeira consulta deverá ser realizada o mais precocemente possível e até às 12 semanas. Desta forma, a análise desta variável foi feita dicotomicamente com primeira consulta antes do primeiro trimestre ou após o primeiro trimestre.

O número de consultas realizadas é também um indicador de uma gravidez com vigilância adequada ou não, sendo que, não havendo um consenso sobre o número ideal de consultas, ao cumprir-se o esquema recomendado completam-se no mínimo seis consultas (DGS, 2015).

Desta forma, a análise das variáveis supracitadas fazem caracterização da vigilância pré-natal, sendo adequada quando a primeira consulta ocorrer antes do primeiro trimestre e tiverem lugar seis ou mais consultas.

IV Parte – Características do aleitamento: esta parte é referente à experiência das participantes em aleitamento materno. Nela constam sete perguntas que pretendem qualificar o tipo de leite ingerido pelo bebé, se foi amamentado na primeira hora após o parto, se houve contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento, se a mulher

amamentou outros filhos, e durante quanto tempo, e como foi a experiência anterior de amamentação. Pretende-se saber igualmente quem influenciou na decisão de amamentar, durante quanto tempo amamentou esse filho, e na opinião da mulher quem beneficia com a amamentação.

No que concerne ao tempo que amamentou este filho, procurou-se distinguir as mulheres que abandonaram a amamentação precocemente, ou seja antes do mês de vida do bebé; as que a realizam até aos três meses de vida; até à idade recomendada pela OMS, seis meses do bebé; e as que prolongam a amamentação, até aos doze, dezoito ou acima dos vinte e um meses de vida do bebé.

V Parte - Escala de motivação para amamentação adaptada: Na quinta parte é apresentada a escala de motivação para amamentação adaptada (Nelas, Ferreira & Duarte, 2008). Esta é constituída por 26 itens organizados numa escala tipo likert com 5 alternativas de resposta: não concordo (1 ponto); concordo pouco (2 pontos); concordo moderadamente (3 pontos); concordo muito (4 pontos); concordo muitíssimo (5 pontos). O score pode variar entre um mínimo de 26 pontos e um máximo de 130 pontos. Quanto mais alta for a pontuação mais motivadas as mães estavam para amamentar o seu filho, não havendo itens cotados inversamente.

Após a sua análise psicométrica a escala de motivação para a amamentação ficou apenas com 13 itens, constando do fator 1 (itens 7, 10, 17, 18, 19, 20 e 21), do fator 2 (3, 25 2 26) e do fator 3 (8, 9 e 16), sendo o fator total a soma de todos os fatores.

Na análise desta escala procedeu-se à classificação segundo a pontuação obtida, sendo as mulheres pouco motivadas quando se obteve um score igual a 49, motivadas se o score for entre 49 e 60 e muito motivadas se o score for igual ou superior a 60.

VI Parte – Escala de Dificuldades na Amamentação: Trata-se de uma escala original construída para o efeito por Coutinho (2016), constituída por 13 itens e tem como possibilidade de resposta: nenhuma dificuldade (1 ponto); pouca dificuldade (2 pontos); alguma dificuldade (3 pontos); muita dificuldade (4 pontos); total dificuldade (5 pontos). O score pode variar de um mínimo de 13 pontos a um máximo de 65 pontos. Assim, quanto maior for a pontuação, maior será a dificuldade sentida pelas mães no que se refere à amamentação.

A escala de dificuldades na Amamentação foi analisada segundo a sua subdivisão em três fatores: fator 1 condições técnicas, que incluem os itens 1,2, 3 e 9; fator 2 condições maternas que conta com os itens 4, 5, 6 e 7; fator 3 condições do recém-nascido resultante dos itens 8, 10, 11, 12 e 13.

VII Parte – Atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação: constituída por 22 itens, organizado em escala ordinal tipo Likert onde as possibilidades de resposta oscilam num continuum de 0 a 5 sendo que a cotação zero (0) corresponde a não se aplica, um (1) nunca, dois (2) raramente; três (3) às vezes; quatro (4) frequentemente; cinco (5) sempre. O score pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 110 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação melhor é a atitude do enfermeiro. Este score será entretanto convertido num score percentual que oscila entre zero (0) e cem (100) através da seguinte formula $(\text{score bruto} - \text{score mínimo esperado}) / \text{amplitude} * 100$. Desta forma, as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação foram classificadas como pouco adequadas, adequadas e muito adequadas, em função do score obtido.

Por outro lado, a mesma escala, nos seus 22 itens, avalia três fatores distintos: o fator 1 denomina-se de estabelecimento da amamentação (constituído pelos itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10); o fator 2 é designado de decisão de amamentar (composto pelos itens 2, 11, 12, 14, 19, 20, 21) e o fator 3 que recebe a denominação de continuidade da amamentação (inclui os itens os itens 3, 13, 15, 16, 17, 18). Após a sua análise psicométrica ficou apenas com 13 itens, constando do fator 1 (estabelecimento da amamentação) os itens 4, 7, 8 e 10, do fator 2 (decisão de amamentar) os itens 2, 11, 12, 14, 19, 20 e 21 e do fator 3 (continuidade da amamentação) os itens 13, 14 e 18.

2.3-Procedimentos éticos e formais

Todo o processo de pesquisa, relativo à presente investigação pautou-se por uma rigorosa conduta ética.

Para esta investigação obteve-se a autorização da Comissão Nacional da Proteção de Dados e das Comissões de Ética da ARS Norte e Centro para a aplicação do instrumento de recolha de dados. Foi garantida a confidencialidade de dados obtidos informando que os resultados obtidos seriam apenas para fins académicos.

Após o lançamento de dados no SPSS realizou-se o tratamento estatístico seguindo-se a análise e discussão dos resultados.

2.4- Análise de dados

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica. A estatística descritiva permitiu a determinação das 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, além das medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada.

Para a análise bivariada aplicou-se o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado (X^2), dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste.

O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 na medida em que “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis” (Pestana & Gageiro, 2014). Considerando-se, para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- <1.96 diferença estatística não significativa.

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa que permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com a classificação apresentada na tabela 3 (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 3 - Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação

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 é uma medida de associação linear utilizada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que, por norma, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, adotando valores situados entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados em média à diminuição da outra. Se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Por convenção, de acordo com Pestana e Gageiro (2014) os valores de r têm de ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$ – 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

Relativamente, à estatística inferencial, recorreu-se ao uso de testes paramétricos e testes não paramétricos, quando não se verificavam condições para a aplicação dos primeiros, nomeadamente:

- Teste de qui quadrado (X^2) - utilizado no estudo de relações entre variáveis nominais, aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja os valores do teste pertencem à região crítica (Pestana & Gageiro, 2014).

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

Na análise estatística foram utilizados os seguintes valores 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

O tratamento estatístico foi processado no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 de 2017 para Windows.

Os resultados são apresentados com o recurso de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes, omitindo-se nas mesmas os dados relativos ao local, data e fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados e num estudo transversal. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem em que surge no instrumento de colheita de dados.

Expostas estas considerações metodológicas segue-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

3- Resultados

No presente capítulo serão apresentados os resultados relativos à estatística descritiva e estatística inferencial.

Características do bebe ao nascimento

Pela análise da tabela 4 verifica-se que existe uma distribuição semelhante em relação ao sexo de bebe, com 49.6% dos bebes do sexo feminino e 50.0% do sexo masculino. Relativamente ao peso do bebe ao nascer observa-se que na sua maioria os bebes nasceram com peso adequado, entre os 2500Kg e os 3999Kg (76.0%) e sem problemas de saúde (94.4%). São relatados 5.6% de bebes com problemas de saúde ao nascer, com maior expressividade entre as mães com idade igual ou superior a 35 anos (6.0%). Salienta-se dos bebes da amostra 84.8% procurava a mama com facilidade quando tinha fome.

Tabela 4 – Características do bebe ao nascimento em função da idade materna

Variáveis	Idade <35 Anos		Idade ≥35 Anos		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (717)	% (65.1)	Nº (385)	% (34.9)	Nº (1102)	% (100.0)	1	2		
Sexo do bebe										
Feminino	356	49.2	191	49.6	547	49.6	0	0	n/a	n/a
Masculino	360	50.2	191	49.6	551	50.0	0.2	-0.2		
Gêmeos	1	0.1	3	0.3	4	0.4	-1.7	1.7		
Peso ao nascer										
<2500	143	19.9	60	15.6	203	18.4	1.8	-1.8	3.169	0.205
>2500≥3999	535	74.6	303	78.7	838	76.0	-1.5	1.5		
≥4000	39	5.4	22	5.7	61	5.5	-0.2	0.2		
Problemas do bebe										
Sem problemas de saúde	678	94.6	362	94.0	1040	94.4	0.4	-0.4	0.135	0.713
Com problemas de saúde	39	5.4	23	6.0	62	5.6	-0.4	0.4		
Procurava a mama										
Sim	597	83.3	338	87.8	935	84.8	-2.0	2.0	3.995	0.046
Não	120	16.7	47	12.2	167	15.2	2.0	-2.0		

De entre as mães que referiram que o bebe apresentava problemas ao nascimento (N=62), apenas 50 designaram o problema. Conforme se observa na tabela 5, os mais prevalentes são a prematuridade (16%), fratura da clavícula (10%) e sopro cardíaco (12%), que compõem 38% dos problemas.

Tabela 5- Estatísticas relativas aos problemas do bebe ao nascimento

Problemas do bebe ao nascimento	N	%
Prematuridade	8	16.0
Fratura da clavícula	5	10.0
Sopro cardíaco	6	12.0
Icterícia	4	8.0
Fraturada omoplata e clavícula	3	6.0
Problemas respiratórios	3	6.0
Anemia	2	4.0
Outros problemas	19	38.0
Total	50	100

Síntese de Resultados

Face ao descrito conclui-se que a maioria dos bebes nascidos era do sexo masculino (50.0%), com um peso ao nascer entre os 2500gr e 3999gr (76.0%), sem problemas de saúde (94.4%) e procurava a mama quando tinha fome (84.8%). A prematuridade foi o problema de saúde do bebe ao nascer mais frequente (16%).

Características da Gravidez

Na Tabela 6 constam os resultados relativos às características da gravidez em função da idade, constatando-se que, no total da amostra, a grande maioria das participantes (87.5%) indica que a sua gravidez durou 37 ou mais semanas, das quais 85.6% possuem idade inferior aos 35 anos e 90.4% idade igual ou superior aos 35 anos. Verifica-se que apenas 12.5% das mulheres referem que a gravidez durou menos de 37 semanas.

Em relação à gravidez vigiada em função da idade, verifica-se que a maioria das participantes (84.0%) vigiou adequadamente a gravidez, sendo esta uma situação análoga a 80.6% das mulheres mais novas e a 90.4% das que possuem mais idade, enquanto 16,0% das mulheres não teve uma gravidez adequadamente vigiada, com maior prevalência nas mulheres com idade inferior a 35 anos (19.4%).

No que diz respeito ao facto de as participantes terem frequentado aulas de preparação para o parto, constata-se que 57.7% da amostra não frequentou o que é análogo a 59.8% de mulheres com menos idade e a 53.8% das que têm mais idade, enquanto 42.3% indicam que as frequentaram, onde se inserem 40.2% das que possuem menos de 35 anos e 46.2% das que têm idade igual ou superior aos 35 anos.

Quanto ao facto de as participantes terem recebido conhecimentos sobre o aleitamento materno, constata-se que a grande maioria refere que recebeu (85.7%), sendo esta situação semelhante a 86.8% de mulheres mais novas e a 83.6% das que possuem mais idade, contrariamente a 14.3% que não receberam conhecimento acerca do aleitamento materno.

Procurou saber-se quem transmitiu o conhecimento relativo à amamentação. Para 89.4% das mulheres foram os enfermeiros que o fizeram, verificando-se uma distribuição muito semelhante em ambos os grupos etários (89.4% para as mais jovens e 89.5% para as mais velhas). Apenas 10.6% refere não ter obtido conhecimento pelos enfermeiros. Relativamente às outras fontes de informação, 51.2% menciona o médico, sendo 46.5% mulheres com menos de 35 anos e 46.7% de mulheres com 35 ou mais anos. Apenas 29.2% refere a família, seguindo-se 10.7% que diz ter sido a comunicação social.

Os resultados indicam ainda que 47.2% das participantes considera que a qualidade da informação transmitida durante a gravidez é moderada, secundadas pelas que classificam a qualidade da informação como fraca (26.6%), enquanto 26.2% relatam que a qualidade da informação recebida foi boa.

A maioria das participantes não teve problemas durante a gravidez (83.3%), enquanto 16.7% confirmam que tiveram problemas durante a gravidez, destas, 22.6% tem 35 ou mais anos e 13.5% tem idade inferior.

Em relação ao tipo de gravidez, verifica-se que quase a totalidade da amostra (98.0%) diz que a gravidez é de feto único (98.2% participantes com <35 anos vs. 97.7% participantes com ≥35 anos), com apenas uma percentagem de 2.0% a referir que a gravidez é gemelar.

Pode afirmar-se, pela análise dos resultados apurados, que é mais elevada a percentagem de participantes com parto eutócico (59.3%), das quais 60.9% situam-se na faixa etária inferior aos 35 anos e 56.1% com idade igual ou superior aos 35 anos. Contrariamente, 40.7% das mulheres tiveram um parto distócico, sendo mais expressivo nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (43.9%).

Observa-se que mais de metade da amostra (81.9%) teve um tempo de internamento igual ou superior a três dias, uma situação vivenciada por 82.1% das mulheres mais novas e 81.6% das que possuem mais idade, enquanto 18.1% teve dois dias ou menos de internamento.

Constata-se que 51.5% das mulheres têm apenas um filho, sendo que destas 59.8% têm idade inferior a 35 anos e 35.8% têm 35 ou mais anos. Por outro lado, 48.5% refere ter

dois ou mais filhos, sendo mais expressivo no grupo das mães com idade igual ou superior a 35 anos (64.2%).

Tabela 6 – Características da gravidez em função da idade materna

Variáveis	Idade <35 Anos		Idade ≥35 Anos		Total		Residuais		χ ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Duração da gravidez										
<37 Semanas	101	14.1	37	9.6	138	12.5	2.1	-2.1	4.581	0.032
≥37 Semanas	616	85.9	348	90.4	964	87.5	-2.1	2.1		
Gravidez vigiada										
Vigiada	578	80.6	348	90.4	926	84.0	-4.2	4.2	17.838	0.000
Não Vigiada	139	19.4	37	9.6	176	16.0	4.2	-4.2		
Frequentou aulas de preparação para o parto										
Sim	288	40.2	178	46.2	466	42.3	-1.9	1.9	3.777	0.052
Não	429	59.8	207	53.8	636	57.7	1.9	-1.9		
Recebeu conhecimentos sobre aleitamento materno										
Sim	622	86.8	322	83.6	944	85.7	1.4	-1.4	1.978	0.160
Não	95	13.2	63	16.4	158	14.3	-1.4	1.4		
Quem transmitiu os conhecimentos										
<u>Enfermeiro</u>										
Sim	557	89.4	289	89.5	846	89.4	.0	.0	0.001	0.974
Não	66	10.6	34	10.5	100	10.6	.0	.0		
<u>Médico</u>										
Sim	333	53.5	151	46.7	484	51.2	2.0	-2.0	3.824	0.051
Não	290	46.5	172	53.3	462	48.8	-2.0	2.0		
<u>Família</u>										
Sim	201	32.3	75	23.2	276	29.2	2.9	-2.9	8.419	0.004
Não	442	67.7	248	76.8	670	70.8	-2.9	2.9		
<u>Comunicação Social</u>										
Sim	69	11.1	32	9.9	101	10.7	0.6	-0.6	0.304	0.581
Não	554	88.9	291	90.1	845	89.3	-0.6	0.6		
<u>Outro</u>										
Sim	18	4.2	9	3.8	27	4.0	0.2	-0.2	0.057	0.812
Não	413	95.8	228	96.2	641	96.0	-0.2	0.2		
Qualidade da informação transmitida durante a gravidez										
Boa	166	26.0	13	26.6	259	26.2	-0.2	0.2	0.123	0.000
Moderada	304	47.6	162	46.4	466	47.2	0.3	-0.3		
Fraca	169	26.4	94	26.9	263	26.6	-0.2	0.2		
Problemas durante a gravidez										
Sim	97	13.5	87	22.6	184	16.7	3.8	-3.8	14.812	0.000
Não	620	86.5	298	77.4	918	83.3	-3.8	3.8		
Tipo de Gravidez										
Feto único	704	98.2	376	97.7	1080	98.0	0.6	-0.6	0.352	0.553
Gemelar	13	1.8	9	2.3	22	2.0	-0.6	0.6		
Tipo de Parto										
Eutócico	437	60.9	216	56.1	653	59.3	1.6	-1.6	2.435	0.119
Distócico	280	39.1	169	43.9	449	40.7	-1.6	1.6		
Tempo de internamento										
≤2 Dias	128	17.9	71	18.4	199	18.1	-0.2	0.2	0.59	0.808
≥3 Dias	589	82.1	314	81.6	903	81.9	0.2	-0.2		
Número de Filhos										
1 Filho	429	59.8	138	35.8	567	51.5	7.6	-7.6	57.707	0.000
≥2 Filhos	288	40.2	247	64.2	535	48.5	-7.6	7.6		

A tabela 7 apresenta os problemas referidos durante a gravidez com maior expressividade. Salientam-se a diabetes gestacional (25.5%), hipertensão arterial (14.1%) e descolamento da placenta (12.5%).

Tabela 7- Estatísticas relativas aos problemas da gravidez

Problemas da gravidez	N	%
Diabetes Gestacional	47	25.5
Hipertensão	26	14.1
Descolamento da Placenta	23	12.5
Ameaça de parto prematuro	21	11.4
Hemorragia	15	8.2
Outros problemas	52	28.3
Total	184	100

Síntese de Resultados

Relativamente às características da gravidez constata-se que a maioria das mães tem apenas um filho (51.5%), vivenciou uma gravidez de termo (87.5%), tendo esta sido vigiada (84.0%), sem problemas (83.3%), contudo sem a frequência de aulas de preparação para o parto (57.7%). No que respeita ao tipo de parto, 59.3% foi eutócico, com feto único (98.0%), tendo três ou mais dias de internamento (81.9%). A maioria das mães refere ter recebido conhecimentos sobre aleitamento materno (85.7%) e que este foi transmitido por enfermeiros (89.4%). Caracteriza a qualidade de informação fornecida como moderada (47.2%).

Características do aleitamento materno

Na Tabela 8 encontram-se os resultados referentes às características do aleitamento materno em função da idade, constatando-se que 54.9% das mulheres refere que o seu bebe tomou leite materno, sendo 53.8% com menos de 35 anos e 56.9% com 35 ou mais anos. Apenas 8.5% das respondentes referem que o bebe foi alimentado com leite artificial (10.2% com menos de 35 anos vs 5.5% com mais de 35 anos). Uma percentagem significativa (36.6%) expressa que o seu bebe fez aleitamento misto.

Verifica-se que apenas 76.2% das mulheres amamentou o filho na primeira hora de vida, com 74.2% das mais novas e 80.0% das mais velhas, enquanto em 20.7% dos casos o bebé não mamou na primeira hora de vida.

Em 79.7% da amostra houve contacto pele a pele. Em oposição, em 20.8% dos casos esse contacto não existiu. Das mulheres que admitiram o contacto pele a pele, a maioria (72.3%) informa que o mesmo durou até 30 minutos, enquanto em 13.7% o contacto pele a pele durou até 45 minutos e em 14.0% da amostra o contacto pele a pele foi até 60 minutos.

Verifica-se que 76.8% das participantes admitem ter amamentado outros filhos, das quais 72.5% possuem idade inferior aos 35 anos e 83.0% situam-se na faixa etária igual ou superior aos 35 anos. Observa-se que 23.2% assume não ter amamentado outros filhos. Conclui-se que existe diferença estatisticamente significativa nas mulheres que amamentaram outros filhos e que possuem idade igual ou superior a 35 anos ($X^2 = 10.294$; $p = 0.001$; $res. = 3.2$) relativamente às mulheres que não amamentaram outro filho e têm menos de 35 anos de idade.

Relativamente à decisão de amamentar, questionaram-se as participantes quem as terá influenciado, apurando-se que a grande maioria (88.8%) refere que não foi influenciada por ninguém. Por outro lado, 6.0% atribui essa influência ao enfermeiro e 0.9% ao médico.

No que respeita a quem as mulheres referem beneficiar com a amamentação, 96.5% da amostra atribui benefícios ao bebé, seguindo-se as que admitem trazer benefícios para a mãe (72.8%). Uma menor percentagem atribui benefícios ao pai (18.7%) e à família/sociedade (18.4%). Verifica-se existir diferença estatisticamente significativa nas mulheres com 35 ou mais anos e que referem que a família e a sociedade beneficiam com a amamentação ($X^2 = 15.563$; $p = 0.000$; $res. = 3.9$).

Tabela 8 – Características do aleitamento materno em função da idade materna

Variáveis	Idade <35 Anos		≥35 Anos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Tipo de Leite										
Leite Materno	386	53.8	219	56.9	605	54.9	-1.0	1.0	7.178	0.028
Leite Artificial	73	10.2	21	5.5	94	8.5	2.7	-2.7		
Ambos	258	36.0	145	37.7	403	36.6	-6	6		
Mamou na primeira hora										
Sim	532	74.2	308	80.0	840	76.2	-2.2	2.2	5.984	0.050
Não	158	22.0	70	18.2	228	20.7	1.5	-1.5		
Não sei	27	3.8	7	1.8	34	3.1	1.8	-1.8		
Contacto pele a pele										
Sim	573	79.9	305	79.2	878	79.7	-3	3	0.075	0.784
Não	144	20.1	80	20.8	224	20.8	3	-3		
Tempo do contacto pele a pele										
Até 30 min	420	73.3	215	70.5	635	72.3	9	-9	2.290	0.318
Até 45 min	71	12.4	49	16.1	120	13.7	-1.5	1.5		
Até 60 min	82	14.3	41	13.4	123	14.0	4	-4		
Outros filhos foram amamentados										
Sim	292	72.5	230	83.0	522	76.8	-3.2	3.2	10.294	0.001
Não	111	27.5	47	17.0	158	23.2	3.2	-3.2		
Influência na decisão para amamentar										
Não amamentei	32	4.6	13	3.4	45	4.2	0.9	-0.9	6.120	0.106
Ninguém	621	89.0	334	88.6	955	88.8	0.2	-0.2		
Enfermeiro	42	6.0	23	6.1	65	6.0	-0.1	0.1		
Médico	3	0.4	7	1.9	10	0.9	-2.3	2.3		
Quem beneficia com a amamentação										
<u>Criança</u>										
Sim	683	96.1	374	97.4	1057	96.5	-1.2	1.2	1.324	0.250
Não	28	3.9	10	2.6	38	3.5	1.2	-1.2		
<u>Mãe</u>										
Sim	501	70.5	296	77.1	797	72.8	-2.3	2.3	5.515	0.019
Não	210	29.5	88	22.9	298	27.2	2.3	-2.3		
<u>Pai</u>										
Sim	121	17.0	84	21.9	205	18.7	-2.0	2.0	3.865	0.049
Não	590	83.0	300	78.1	890	81.3	2.0	-2.0		
<u>Família/Sociedade</u>										
Sim	107	15.0	95	24.7	202	18.4	-3.9	3.9	15.563	0.000
Não	604	85.0	289	75.3	893	81.6	3.9	-3.9		

Síntese de Resultados

Verifica-se que a maioria das mães amamentou (54.9%), tendo-o feito na primeira hora de vida do seu filho (76.2%) e com contacto pele a pele (79.7%) que se manteve até 30 minutos (72.3%). A grande maioria das mães já havia amamentado outros filhos (76.8%) e acredita ter tomado a decisão de amamentar sem influência externa (88.8%), atribuindo benefícios para a criança (96.5%) e para a mãe (72.8%) no aleitamento materno.

Prevalência do aleitamento materno

Pretende-se com este estudo determinar a prevalência da amamentação. Pela análise da tabela 9, conclui-se que apenas 5.0% da amostra refere não ter amamentado. Verifica-se que as maiores prevalências se encontram até aos seis meses de idade do bebe, salientando-se 95% de bebes amamentados ao mês de vida, 83.7% aos três meses e 69.1% aos seis meses. Efetivamente aos nove meses a prevalência da amamentação desce para 53.7%, sendo aos doze meses de 40.6%. Aos 15 meses a prevalência é de 29.3% e de 21.7% aos 18 meses. Observam-se prevalências mais baixas aos 21 e 24 meses (14.8% e 13.2%, respetivamente).

Tabela 9- Prevalência da amamentação

Tempo de amamentação	N	%
Não amamentei	55	5.0
1 Mês	1047	95.0
3 Meses	922	83.7
6 Meses	762	69.1
9 Meses	592	53.7
12 Meses	447	40.6
15 Meses	323	29.3
18 Meses	239	21.7
21 Meses	163	14.8
24 Meses	145	13.2
≥25 Meses	96	8.7

Sendo a amamentação aos seis meses de idade uma recomendação da OMS, amplamente aceite e a sua manutenção até aos 24 meses, quando possível, uma mais-valia largamente demonstrada para a saúde da mãe e criança, procurou demonstrar-se a prevalência da amamentação nestas idades e relacioná-la com as diferentes variáveis em estudo.

Desta forma, pela leitura da tabela 10, conclui-se que 69.1% das mulheres inquiridas amamenta aos seis meses de vida do seu bebe, porém apenas 13.2% o faz aos 24 meses. O que determina que 86.8% dos bebes aos 24 meses já não são amamentados.

Tabela 10- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses

	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amamenta aos 6 meses	762	69.1	340	30.9	1102	100.0
Amamenta aos 24 meses	145	13.2	957	86.8	1102	100.0

Pela análise da tabela 11 verifica-se que das mulheres que amamentam aos seis meses, 65.8% têm idade inferior a 35 anos e 34.2% têm 35 ou mais anos. Em oposição, 34.2% das mulheres não amamenta aos seis meses e tem menos de 35 anos e 65.8% tem idade igual ou superior a 35 anos, observando-se diferença estatisticamente significativa ($X^2=10.585$; $p=0.001$; $res.=3.3$).

Relativamente, à prevalência da amamentação aos 24 meses, observa-se também a existência de diferença estatisticamente significativa entre as mulheres com 35 ou mais anos e que amamentam aos 24 meses (20.8%) e as 79.2% de mulheres com idade inferior a 35 anos e que já não amamentam aos 24 meses ($X^2=30.079$; $p=0.000$; $res.=5.5$).

Tabela 11- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função da idade materna

Idade Materna	<35 Anos		≥35 Anos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	472	65.8	290	75.3	762	69.1	-3.3	3.3	10.585	0.001
Não amamenta aos 6 meses	245	34.2	95	24.7	340	30.9	3.3	-3.3		
Amamenta aos 24 meses	65	9.1	80	20.8	145	13.2	-5.5	5.5	30.079	0.000
Não amamenta aos 24 meses	652	90.9	305	79.2	957	86.8	5.5	-5.5		

Ao analisar-se a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses em função da nacionalidade da mãe, verifica-se não haver diferença estatisticamente significativa, sendo a prevalência aos meses de 69.2% e 65.4% nas mulheres de nacionalidade portuguesa e estrangeira respetivamente. No que respeita à prevalência aos 24 meses, observa-se que

as mulheres portuguesas amamentam em maior número do que as estrangeiras (13.4% para 3.8%), como descrito na tabela 12.

Tabela 12- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função da nacionalidade materna

Amamentação	Portuguesa		Estrangeira		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	757	69.2	17	65.4	762	69.1	0.4	-0.4	0.1777	0.674
Não amamenta aos 6 meses	331	30.8	9	34.6	340	30.9	1.4	-1.4		
Amamenta aos 24 meses	144	13.4	1	3.8	145	13.2	-1.4	1.4	n/a	n/a
Não amamenta aos 24 meses	932	86.6	25	6.2	957	86.8	1.4	-1.4		

Quando se procede à avaliação das prevalências em estudo em função do estado civil (cf tabela 13), constata-se que aos seis meses existe uma distribuição homogénea de 69.4% e 65.8% nas mulheres com e sem companheiro, respetivamente.

Por outro lado, apura-se uma diferença estatisticamente significativa no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses e que têm companheiro (14.0%), e nas que não amamentam aos 24 meses e não têm companheiro ($X^2=10.018$; $p=0.002$; $res.=3.2$).

Tabela 13- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do estado civil materno

Amamentação	Com Companheiro		Sem Companheiro		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	712	69.4	50	65.8	762	69.1	0.7	-0.7	0.431	0.511
Não amamenta aos 6 meses	314	30.6	26	34.2	340	30.9	-0.7	0.7		
Amamenta aos 24 meses	144	14.0	1	1.3	145	13.2	3.2	-3.2	10.018	0.002
Não amamenta aos 24 meses	882	86.0	75	98.7	957	86.8	-3.2	3.2		

Examinou-se também a prevalência da amamentação em função das habilitações literárias da mãe. Aos seis meses observa-se que a maior percentagem de amamentação ocorre entre as mulheres com maiores habilitações literárias (74.6%), existindo uma diferença estatisticamente significativa, que se encontra neste grupo e em oposição no grupo das mulheres com menores habilitações literárias e que já não amamentam aos seis meses (36.2%), segundo os valores de $X^2=15.091$; $p=0.000$; res.3.9.

Também na amamentação aos 24 meses se verifica o mesmo ($X^2=9.626$; $p=0.002$; res.=3.1), sendo de 10.0% para as mães com escolaridade inferior ou igual ao 12º ano e de 16.4% para as que têm formação académica superior ao 12º ano, cf. Tabela 14.

Tabela 14- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função das habilitações literárias maternas

Amamentação	≤12 Ano		>12 Ano		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	343	63.8	409	74.6	752	69.2	-3.9	3.9	15.091	0.000
Não amamenta aos 6 meses	195	36.2	139	25.4	334	30.8	3.9	-3.9		
Amamenta aos 24 meses	54	10.0	90	16.4	144	13.3	-3.1	3.1	9.626	0.002
Não amamenta aos 24 meses	484	90.0	458	83.6	942	86.7	3.1	-3.1		

Relacionando esta prevalência com o local de residência (tabela 15), observa-se que 68.6% das mulheres que amamentam aos seis meses reside em meio urbano e 70.2% em meio rural, não se verificando diferença estaticamente significativa. No que respeita à amamentação aos 24 meses de idade a distribuição é ainda mais homogénea, com 13.2% das mulheres a residir em meio urbano e 13.1% em meio rural.

Tabela 15- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do local de residência

Meio	Urbano		Rural		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	489	68.6	273	70.2	762	69.1	-0.5	0.5	0.301	0.583
Não amamenta aos 6 meses	224	31.4	116	29.8	340	30.9	0.5	-0.5		
Amamenta aos 24 meses	94	13.2	51	13.1	145	13.2	0.0	0.0	0.001	0.973
Não amamenta aos 24 meses	619	86.8	338	86.9	957	86.8	0.0	0.0		

Ao analisar-se a amamentação com a vigilância da gravidez pode concluir-se que existem diferenças significativas ($X^2 = 14.923$; $p=0.000$) e que estas se encontram entre as mulheres que amamentam aos seis meses e tiveram uma gravidez vigiada ($r=3.9$), como se observa na tabela 16.

Tabela 16- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função da vigilância da gravidez

Gravidez	Vigiada		Não Vigiada		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	662	71.5	100	56.8	762	69.1	3.9	-3.9	14.923	0.000
Não amamenta aos 6 meses	264	28.5	76	43.2	340	30.9	-3.9	3.9		
Amamenta aos 24 meses	124	13.4	21	11.9	145	13.2	0.5	-0.5	0.276	0.600
Não amamenta aos 24 meses	802	86.6	155	88.1	957	86.8	-0.5	0.5		

Existe relevância estatística quando se compara a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses com o número de consultas ao longo da gravidez ($X^2 = 13.213$; $p=0.000$), com os valores residuais a indicarem diferença no grupo das mulheres que tiveram cinco ou

mais consultas e amamentam aos seis meses e no grupo das que tendo menos de cinco consultas não amamentam aos seis meses (res.=3.6), conforme se observa na tabela 17.

Por outro lado, verifica-se não haver diferenças estatisticamente significativas em relação à amamentação aos 24 meses, sendo de 11.3% para as mulheres com menos de cinco consultas e de 13.5% para as que tiveram cinco ou mais consultas de vigilância.

Tabela 17- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do número de consultas de gravidez

Amamentação	<5 Consultas		≥5 Consultas		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	91	56.9	671	71.2	762	69.1	-3.6	3.6	13.213	0.000
Não amamenta aos 6 meses	69	43.1	271	28.8	340	30.9	3.6	-3.6		
Amamenta aos 24 meses	18	11.3	127	13.5	145	13.2	-0.8	0.8	0.596	0.440
Não amamenta aos 24 meses	142	88.8	815	86.5	957	86.8	-0.8	0.8		

Procurou determinar-se a relação entre a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses e a frequência de aulas de preparação para o parto. Na tabela 18, observa-se que 75.3% das mulheres que amamenta aos seis meses assistiu a aulas de preparação para o parto com frequência e que 71.0% amamenta aos seis meses ainda que raramente tenha frequentado as aulas. Desta forma, conclui-se que não existem diferenças significativas entre as mães que amamentam aos seis meses e a frequência das aulas de preparação para o parto ($X^2=0.575$; $p=0.448$).

Relativamente à prevalência da amamentação aos 24 meses 85.4% das mães que amamentam os seus bebés aos 24 meses assistiram com frequência a aulas de preparação para o parto. Por outro lado, 14.5% amamentam aos 24 meses sem frequência assídua em aulas de preparação para o parto, não se observando diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0.001$; $p=0.980$).

Tabela 18- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função da frequência de aulas de preparação para o parto

Aulas de Preparação para o Parto Amamentação	Com Frequência		Raramente		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	299	75.3	49	71.0	348	74.7	0.8	-0.8	0.575	0.448
Não amamenta aos 6 meses	98	24.7	20	29.0	118	25.3	-0.8	0.8		
Amamenta aos 24 meses	58	14.6	10	14.5	68	14.6	0.0	0.0	0.001	0.980
Não amamenta aos 24 meses	339	85.4	59	85.5	398	85.4	0.0	0.0		

Pesquisou-se se existia relação entre a prevalência da amamentação e o tipo de parto (tabela 19), observando-se diferença estatisticamente significativa no grupo das mulheres que experienciaram um parto eutócico e que amamentam aos seis meses ($X^2 = 13.394$; $p=0.000$; $res.=3.6$).

Em oposição a prevalência da amamentação aos 24 meses não está relacionada com o tipo de parto vivenciado, sendo de 14.5% nas mulheres que tiveram parto eutócico e de 11.1% nas que experimentaram um parto distócico.

Tabela 19- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do tipo de parto

Amamentação	Eutócico		Distócico		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	479	73.4	283	63.0	762	69.1	3.6	-3.6	13.294	0.000
Não amamenta aos 6 meses	174	26.6	166	37.0	340	30.9	-3.6	3.6		
Amamenta aos 24 meses	95	14.5	50	11.1	145	13.2	1.6	-1.6	2.711	0.100
Não amamenta aos 24 meses	558	85.5	399	88.9	957	86.8	-1.6	1.6		

Analisando a prevalência da amamentação em função do peso do bebe ao nascer, constata-se que 67.0% das mães de bebês com baixo peso ao nascer amamentam aos seis meses não havendo diferença estatisticamente significativa em relação às mães de bebês que nasceram com peso igual ou superior a 2500gr (69.6%).

Em relação à amamentação aos 24 meses apurou-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 6.062$; $p = 0.014$), que se encontra, segundo os valores residuais no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses, tendo os seus filhos nascido com peso igual ou superior a 2500gr (tabela 20).

Tabela 20- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do peso do bebe ao nascer

Amamentação	<2500gr		≥2500gr		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	136	67.0	626	69.6	762	69.1	-0.7	0.7	0.540	0.462
Não amamenta aos 6 meses	67	33.0	273	30.4	340	30.9	0.7	-0.7		
Amamenta aos 24 meses	16	7.9	129	14.3	145	13.2	-2.5	2.5	6.062	0.014
Não amamenta aos 24 meses	187	92.1	770	85.7	957	86.8	2.5	-2.5		

Relacionando a prevalências da amamentação aos seis e 24 meses com o número de filhos, não se observa relevância estatisticamente significativa, como consta na tabela 21. Verifica-se uma distribuição semelhante em ambos os grupos, sendo de 66.7% e 71.8% para as mães com um ou dois ou mais filhos respectivamente. De igual modo, aos 24 meses amamentam 12.3% e 13.2% das mulheres com um ou dois e mais filhos (cf. Tabela 21).

Tabela 21- Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função do número de filhos

Amamentação	1 Filho		≥ 2 Filhos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2		
Amamenta aos 6 meses	378	66.7	384	71.8	762	69.1	-1.8	1.8	3.368	0.066
Não amamenta aos 6 meses	189	33.3	151	28.2	340	30.9	1.8	-1.8		
Amamenta aos 24 meses	70	12.3	75	14.0	145	13.2	-0.8	0.8	0.674	0.412
Não amamenta aos 24 meses	497	87.7	460	86.0	957	86.8	0.8	-0.8		

Síntese de Resultados

No que respeita à prevalência da amamentação verifica-se um decréscimo com o aumento da idade do bebe. Quase a totalidade da amostra (95.0%) amamenta ao mês, 69.1% aos seis meses, 40.6% aos 12 meses e apenas 13.2% o faz aos 24 meses de vida do bebe.

A idade materna surge como uma variável determinante na prevalência aos 6 e 24 meses, havendo diferenças significativas em ambos os grupos.

O estado civil apresenta diferenças significativas nas mulheres que amamentam aos 24 meses e têm companheiro.

A escolaridade demonstrou ser uma variável determinante na amamentação aos 6 e 24 meses, havendo diferenças significativas nas mães que têm escolaridade igual ou superior ao 12º ano.

Relativamente à vigilância da gravidez e ao número de consultas realizadas, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na prevalência da amamentação aos seis meses. Assim como o fato de o parto ser eutócico. Por outro lado, não se observaram diferenças significativas na frequência de aulas de preparação para o parto e a prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses.

Motivação para a amamentação

Procurou saber-se quão motivadas de encontram as mães para amamentar (tabela 22, cf Anexo 1).

A maioria das mães (67.5%) pensou amamentar durante a gravidez, assumindo 47.5% amamentar apesar de alguns sacrifícios, pois 59.5% concorda muitíssimo que ao amamentar vai proteger o seu filho e que sentir-se-á plenamente feliz enquanto o seu bebe mamar (56.3%). Relativamente a ter-lhe sido dada informação suficiente pelos técnicos de saúde 39.6% concorda muito e 42.3% concorda muitíssimo.

Quanto ao conhecimento relativo às propriedades do leite materno 65.0% concorda muitíssimo, quando questionadas se possuem conhecimento do que é o colostro, 68.1% concorda com a mesma intensidade que ao dar a mama há estimulação da produção de leite. 42.6% concorda muitíssimo que por amamentar o seu bebe irá ter digestões mais fáceis e 62.1% também concorda muitíssimo que o leite vai fornecer mais nutrientes ao meu

bebe, que os leites artificiais. A maioria das mulheres refere (50.3%) que o facto de amamentar a vai proteger e ao seu bebe de algumas doenças. Contudo, apenas 34.7% concorda muitíssimo que os bebes amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.

Quando questionadas quanto ao leite materno possuir propriedades protetoras contra infeções e inflamações no seu bebe, 58.0% concorda muitíssimo

Por outro lado, 26.2% concorda muito que o seu ambiente familiar favoreceu a sua decisão de amamentar e 39.2% concorda muitíssimo que pai do bebe a tenha incentivado a amamentar.

Após análise da escala de motivação para a amamentação adaptada, procedeu-se à classificação da motivação das mulheres, segundo os scores apresentados, em pouco motivadas, motivadas e muito motivadas.

Pela análise da tabela 23 verifica-se 26.0% das mães se encontram **pouco motivadas** para amamentar. Destas, a maioria (69.6%) tem idade inferior a 35 anos, exerce profissões indiferenciadas (40.2%) e auferem entre 500 e 999 euros (55.2%). Reside em meio urbano (60.5%) e vigiou a sua gravidez (74.5%), tendo experimentado um parto eutócico (53.5%), com três ou mais dias de internamento (83.2%), possuindo um filho (56.6%).

Por outro lado, as mulheres que se apresentaram **motivadas**, constituem 48.4% da amostra e caracteriza-se por ter idade inferior a 35 anos (61.5%), exerce profissões técnicas (40.2%) e auferem entre 500 e 999 euros (52.9%). Reside em meio urbano (61.9%) e vigiou a sua gravidez (88.2%), tendo experimentado um parto eutócico (59.1%), com três ou mais dias de internamento (82.9%), possuindo dois ou mais filhos (50.5%).

As mães **muito motivadas** compõem 25.7% da amostra e têm, na sua maioria, idade inferior a 35 anos (67.1%), exerce profissões intelectuais (49.8%) e auferem entre 500 e 999 euros (45.4%). Reside em meio urbano (74.2%) e vigiou a sua gravidez (85.9%), tendo experimentado um parto eutócico (65.4%), com três ou mais dias de internamento (78.8%), possuindo dois ou mais filhos (50.2%).

Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre diferentes variáveis. 38.5% das mulheres motivadas para amamentar tem idade igual ou superior a 35 anos, existindo diferença estatisticamente significativa neste grupo, pelo $X^2 = 6.016$, $p = 0.049$ e $res.=2.4$.

No que concerne às profissões das mães e motivação, existe uma diferença significativa ($X^2 = 49.76$, $p = 0.000$), que se localiza no grupo das mulheres que

desempenham funções em profissões indiferenciadas e estão pouco motivadas (40.2% e res.4.7), no grupo das mães motivadas e com profissões técnicas (40% e res.=3.0) e no grupo das mães muito motivadas que desempenham profissões intelectuais (49.8%, res.=5.9).

Relativamente à sua remuneração observa-se diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 25.311$, $p= 0.000$), que se localiza no grupo das mulheres pouco motivadas e que auferem salários inferiores a 500 euros (25.4%, res.=2.8) e no grupo das mulheres muito motivadas e cujo salário é entre 1000 e 1400 euros (32.3%, res.=3.6)

Quanto ao local de residência existe uma diferença significativa ($X^2=15.226$, $p= 0.000$) no grupo das mulheres que reside no meio urbano e referiram estar muito motivadas para amamentar (74.2%, residuais=3.9).

Tabela 23- Características sociodemográficas maternas em função da motivação

Variáveis	Motivação						Total	Residuais			X ²	P	
	Pouco motivada		Motivada		Muito motivada			N	%	1			2
	N	%	N	%	N	%	1102				100.0		
Idade													
<35 Anos	199	69.6	328	61.5	190	67.1	717	65.1	1.9	-2.4	0.8	6.016	0.049
≥35 Anos	87	30.4	205	38.5	93	32.9	385	34.9	-1.9	2.4	-0.8		
Profissão													
Intelectuais	70	25.4	166	32.5	137	49.8	373	35.2	-4.0	-1.7	5.9	49.761	0.000
Técnicas	95	34.4	205	40.2	78	28.4	378	35.6	-0.5	3.0	-2.9		
Indiferenciadas	111	40.2	139	27.3	60	21.8	310	29.2	4.7	-1.4	-3.1		
Remuneração													
<500	68	25.4	89	17.7	46	17.1	203	19.5	2.8	-1.4	-1.2	25.311	0.000
500-900	148	55.2	266	52.9	122	45.4	536	19.5	1.4	0.8	-2.4		
1000-1400	42	15.7	124	24.7	87	32.3	253	24.3	-3.8	0.2	3.6		
≥1500	10	3.7	24	4.8	14	5.2	48	4.6	-0.8	0.2	0.5		
Local Residência													
Urbano	173	60.5	330	61.9	210	74.2	713	64.7	-1.7	-1.9	3.9	15.226	0.000
Rural	113	39.5	203	38.1	73	25.8	389	35.3	1.7	1.9	-3.9		
Gravidez													
Vigiada	213	74.5	470	88.2	243	85.9	926	84.0	-5.1	3.6	1.0	27.006	0.000
Não Vigiada	73	25.5	63	11.8	40	14.1	176	16.0	5.1	-3.6	-1.0		
Tipo de Parto													
Eutócico	153	53.5	315	59.1	185	65.4	653	59.3	-2.3	-0.1	2.4	8.318	0.016
Distócico	133	46.5	218	40.9	98	34.6	449	40.7	2.3	0.1	-2.4		
Tempo de Internamento													
≤2 dias	48	16.8	91	17.1	60	21.2	199	18.1	-0.7	-0.8	1.6	2.553	0.279
≥3 dias	238	83.2	442	82.9	223	78.8	903	81.9	0.7	0.8	-1.6		
Número de filhos													
1 filho	162	56.6	264	49.5	141	49.8	567	51.5	2.0	-1.2	-0.6	4.174	0.124
≥2 filhos	124	43.4	269	50.5	142	50.2	535	48.5	-2.0	1.2	0.6		
Informação													
Boa	36	15.3	129	26.5	94	35.5	259	26.2	-4.4	0.2	4.0	35.305	0.000
Moderada	117	49.6	248	50.9	101	38.1	466	47.2	0.9	2.3	-3.5		
Fraca	83	35.2	110	22.6	70	26.4	263	26.6	3.4	-2.8	-0.1		

Quanto à vigilância da gravidez, (cf. Tabela 24) observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 27.006$, $p = 0.000$), localizadas no grupo das mulheres que estando motivadas vigiou a sua gravidez (88.2%, res.=3.6) e no grupo das mulheres que se encontravam pouco motivadas para amamentar e que não vigiaram a gravidez (25.5%, res.=5.1).

A maioria das mulheres que se encontravam muito motivadas (65.4%) teve um parto eutócico, com diferença significativa ($X^2 = 8.318$, $p = 0.016$) em relação às restantes (residuais=2.4). O mesmo se verifica no grupo das mulheres que viveu um parto distócico e refere estar pouco motivada para amamentar (46.5%, res.=2.3).

No que respeita à qualidade da informação, relativa ao aleitamento materno, recebida e a motivação apresentada, constata-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 35.305$, $p = 0.000$) que se localizam no grupo das mães que consideram a informação boa e se encontram simultaneamente muito motivadas para

amamentar (35.5%, res.=4.0), no grupo das mães que considera informação de qualidade moderada e encontrando-se motivadas (50.9%, res.=2.3) e no grupo das mães que julga a informação recebida como fraca e se encontra pouco motivada (35.2%, res.=3.4).

Tabela 24- Características relacionadas com a gravidez em função da motivação

Variáveis	Motivação						Total	Residuais			X ²	P	
	Pouco motivada		Motivada		Muito motivada			N	%	1			2
	N	%	N	%	N	%	1102				100.0		
Gravidez													
Vigiada	213	74.5	470	88.2	243	85.9	926	84.0	-5.1	3.6	1.0	27.006	0.000
Não Vigiada	73	25.5	63	11.8	40	14.1	176	16.0	5.1	-3.6	-1.0		
Tipo de Parto													
Eutócico	153	53.5	315	59.1	185	65.4	653	59.3	-2.3	-0.1	2.4	8.318	0.016
Distócico	133	46.5	218	40.9	98	34.6	449	40.7	2.3	0.1	-2.4		
Tempo de Internamento													
≤2 dias	48	16.8	91	17.1	60	21.2	199	18.1	-0.7	-0.8	1.6	2.553	0.279
≥3 dias	238	83.2	442	82.9	223	78.8	903	81.9	0.7	0.8	-1.6		
Número de filhos													
1 filho	162	56.6	264	49.5	141	49.8	567	51.5	2.0	-1.2	-0.6	4.174	0.124
≥2 filhos	124	43.4	269	50.5	142	50.2	535	48.5	-2.0	1.2	0.6		
Informação													
Boa	36	15.3	129	26.5	94	35.5	259	26.2	-4.4	0.2	4.0	35.305	0.000
Moderada	117	49.6	248	50.9	101	38.1	466	47.2	0.9	2.3	-3.5		
Fraca	83	35.2	110	22.6	70	26.4	263	26.6	3.4	-2.8	-0.1		

Síntese de Resultados

Constata-se que 26.0% das mães inquiridas se encontrava pouco motivada para amamentar, 48.4% estava motivada para o fazer e 25.7% estava muito motivada. Quando se procura averiguar a relação entre a motivação e outras variáveis, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade da mãe, sua profissão e remuneração e local de residência. Também o facto de ter vigiado a gravidez, o tipo de parto vivido e a qualidade de informação recebida se apresentam como variáveis determinantes na motivação da mulher para amamentar.

Dificuldades na amamentação

A tabela 25 (cf. Anexo II) apresenta as frequências de resposta na escala das dificuldades da amamentação. Verifica-se que 33.4% referem nenhuma dificuldade em posicionar o bebe a mamar, porém 30.4% diz ter alguma dificuldade em estabelecer uma boa pega. Salienta-se que 10.3% refere muita dificuldade no estabelecimento de uma boa

sucção do bebê à mama. Assim como 12.0% apresenta muita dificuldade em manter o mamilo sem ferida

Destaca-se que 43.4% das mulheres considerou não ter nenhuma dificuldade em satisfazer o bebê com o meu leite.

Quanto à dificuldade sentida em receber apoio adequado para amamentar, 42.0% assume não ter nenhuma dificuldade. Porém 14.3% manifesta alguma dificuldade.

A escala de dificuldades na Amamentação foi analisada segundo a sua subdivisão em três fatores: fator 1 condições técnicas, fator 2 condições maternas e fator 3 condições do recém-nascido.

A tabela 26 apresenta a matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala das dificuldades. Entre os fatores da escala e o valor global verifica-se que as correlações são positivas e altamente significativas. Apresentando percentagens de variância explicada situadas entre 32.83% e 42.25% entre as subescalas. Verifica-se também uma percentagem de variância explicada acima de 69% entre as subescalas e o fator global.

Tabela 26- Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala das dificuldades

	Dificuldades maternas	Dificuldades recém-nascido	Dificuldades globais
Dificuldades técnicas	0.573***	0.651***	0.835***
Dificuldades maternas	_____	0.624***	0.873
Dificuldades do recém-nascido	_____	_____	0.877
Dificuldades globais			

*** $p < 0.000$

Pela análise da tabela 27 conclui-se que 74.7% das respondentes pediu ajuda quando sentiu dificuldades na amamentação, sendo 77.4% de mulheres mais jovens e 69.6% de mulheres mais velhas. Por outro lado, 25.3% optou por não o fazer, sendo a distribuição por idades semelhante (22.6% para mulheres com idade inferior a 35 anos vs 30.4% para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos). Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 8.051$, $p = 0.005$) no grupo das mulheres que têm idade inferior a 35 anos e refere ter pedido ajuda quando sentiu dificuldades (77.4%, $res.=2.8$).

Questionadas sobre a quem pediram ajuda 80.3% refere tê-lo feito ao enfermeiro, sendo 81.6% das mulheres com menos de 35 anos e 77.6% das mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Em oposição todas as outras opções de resposta obtiveram percentagens de resposta muito inferiores, 36.3% pediu ajuda ao médico, 32.7% ao

companheiro, 32.2% à família e 10.9% aos amigos. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 12.198$, $p = 0.000$) nas mães com 35 ou mais anos que pediram ajuda de amigos (16.4%, $res.=3.5$) e nas que tendo idade inferior a 35 anos não pediram ajuda de amigos (9.7%, $res.=3.5$).

Procurou saber-se se as mulheres consideravam estar preparadas para amamentar, ao que a maioria respondeu sentir-se preparada para (74.3%). Destas, 71.8% pertence ao grupo das mulheres mais jovens e 79.0% ao grupo das com mais idade. De entre as que referem não ter-se sentido preparadas (25.7%), a maior expressividade encontra-se nas mais jovens (28.2%), para 21.0% nas mais velhas. Verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 6.680$, $p = 0.010$).

Relativamente à introdução da chupeta, 75.8% assume ter introduzido chupeta (77.8% nas mulheres com idade inferior a 35 anos vs 71.9% nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos). Um menor número de mulheres (24.2%) refere não ter introduzido a chupeta. Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 4.712$, $p = 0.030$) que se localizam nas mães com menos de 35 anos, que introduziram chupeta (77.8%, $res.=2.2$) e nas mães com idade igual ou superior a 35 anos e que não introduziram chupeta (28.1%, $res. 2.2$).

Quanto à idade da introdução da chupeta, a maioria (79.0%) fê-lo antes do mês de vida do bebe, com uma distribuição semelhante entre os dois grupos etários (79.0% nas mais jovens e 79.1% nas mais velhas). Em oposição 21.0% introduziu a chupeta depois do mês de idade.

Tabela 27- Dificuldades na amamentação em função da idade materna

Idade	<35 Anos		≥35 Anos		Total		Residuais		X ²	P
	Nº (717)	% (65.1)	Nº (385)	% (34.9)	Nº (1102)	% (100.0)	1	2		
Pediu ajuda nas dificuldades										
Sim	555	77.4	268	69.6	823	74.7	2.8	-2.8	8.051	0.005
Não	162	22.6	117	30.4	279	25.3	-2.8	2.8		
Ajuda nas dificuldades										
Companheiro										
Sim	188	33.9	81	30.2	269	32.7	1.1	-1.1	1.130	0.288
Não	366	66.1	187	69.8	533	67.3	-1.1	1.1		
Família										
Sim	187	33.8	78	29.1	256	32.2	1.3	-1.3	1.788	0.181
Não	367	66.2	190	70.9	557	67.8	-1.3	1.3		
Enfermeiros										
Sim	452	81.6	208	77.6	660	80.3	1.3	-1.3	1.805	0.179
Não	102	18.4	60	22.4	162	19.7	1.3	-1.3		
Amigos										
Sim	46	8.3	44	16.4	90	10.9	-3.5	3.5	12.198	0.000
Não	508	9.7	224	83.6	732	89.1	3.5	-3.5		
Médicos										
Sim	195	35.2	103	38.4	298	36.3	-0.9	0.9	0.818	0.366
Não	359	64.8	165	61.6	524	63.7	0.9	-0.9		
No início da amamentação sentiu-se preparada										
Sim								2.6		
Não	515	71.8	304	79.0	819	74.3	-2.6		6.680	0.010
	202	28.2	81	21.0	283	25.7	2.6	-2.6		
Introdução da chupeta										
Sim	558	77.8	277	71.9	835	75.8	2.2	-2.2	4.712	0.030
Não	159	22.2	108	28.1	267	24.2	-2.2	2.2		
Idade de introdução da chupeta										
<1 Mês	441	79.0	219	79.1	660	79.0	.0	.0	0.000	0.992
≥ 1Mês	117	21.0	58	20.9	175	21.0	.0	.0		

Procedeu-se à classificação das dificuldades, segundo o score obtido, reagrupando-se as dificuldades em baixas, intermédias e altas, conforme o score seja menor ou igual a 17, entre 17 e 30 ou superior ou igual a 30, respetivamente.

A tabela 28 esclarece que 25% das mães refere dificuldades baixas, 47.5% dificuldades intermédias e 26.7% dificuldades altas.

A maior expressividade de dificuldades apresentada encontra-se entre as mulheres mais jovens (60.9% refere dificuldades baixas, 63.0% intermédias e 72.8% dificuldades altas). Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 10.873$, $p = 0.004$) no grupo das mulheres que apresentam dificuldades altas têm idade inferior a 35 anos (72.8%, $res. = 3.2$).

Relativamente às profissões não existem diferenças significativas entre as mesmas, salientando-se apenas que 39.3% das mulheres que apresentam altas dificuldades têm profissões técnicas.

Quanto à remuneração observa-se que existe diferença estatisticamente significativa ($X^2=13.078$, $p=0.042$) nas mulheres que auferem rendimentos inferiores a 500 euros (68%, $res.=3.1$).

Comparativamente a maior expressividade encontra-se nas mulheres que residem em meio urbano, apresentando dificuldades altas.

O fato de ter ou não vigiado adequadamente a gravidez não apresenta diferenças estatisticamente significativas no que às dificuldades diz respeito. Porém, evidencia-se que 86.6% das mulheres com baixas dificuldades vigiaram a sua gravidez.

As mulheres que vivenciaram um parto eutócico revelam em 59.5% dificuldades baixas, 63.4% dificuldades intermédias e 51.7% dificuldades baixas. Em oposição, as que tiveram um parto distócico assumem 40.5% ter dificuldades baixas, 36.6% intermédias e 48.3% altas. Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=10.612$, $p=0.005$) no grupo das mães que tiveram dificuldades intermédias e um parto eutócico ($res.=2.6$) e no grupo das que referem ter tido dificuldades altas e um parto distócico ($res.=3.1$).

Por outro lado, 85.7% das mães a apresentar dificuldades elevadas, encontram-se entre as que permaneceram internadas três ou mais dias.

Relativamente ao número de filhos constata-se uma diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que têm um filho e obtiveram score concordante com dificuldades altas (63.6% e $res=4.9$) e em oposição nas que tendo dois ou mais filhos revelam ter dificuldades baixas (85.5%, $res.=3.9$).

Tabela 28- Características sociodemográficas e características relacionadas com a gravidez em função das dificuldades

Variáveis	Dificuldades						Total	Residuais			X ²	P	
	Baixas		Intermedias		Elevadas			1	2	3			
	N	%	N	%	N	%							
	284	25.8	524	47.5	294	26.7	1102	100.0					
Idade													
<35 Anos	173	60.9	330	63.0	214	72.8	717	65.1	-1.7	-1.4	3.2	10.873	0.004
≥35 Anos	111	39.1	194	37.0	80	27.2	385	34.9	1.7	1.4	-3.2		
Profissão													
Intelectuais	94	34.1	182	36.0	97	34.6	373	35.2	-0.4	0.6	-0.2	4.169	0.384
Técnicas	91	33.0	177	35.0	110	39.3	378	35.6	-1.1	-0.4	1.5		
Indiferenciadas	91	33.0	146	28.9	73	26.1	310	29.2	1.6	-0.2	-1.3		
Remuneração													
<500	68	26.1	85	17.0	50	17.9	203	19.5	3.1	-1.9	-0.8	13.078	0.042
500-900	118	15.2	261	52.3	157	56.1	536	51.5	-2.4	0.5	1.8		
1000-1400	62	23.8	127	25.5	64	22.9	253	24.3	-0.2	0.8	-0.7		
≥1500	13	5.0	26	5.2	9	3.2	48	4.6	0.3	0.9	-1.3		
Local Residência													
Urbano	190	66.9	323	61.6	200	68.0	713	64.7	0.9	-2.0	1.4	4.174	0.124
Rural	94	33.1	201	38.4	94	32.0	389	35.3	-0.9	2.0	-1.4		
Gravidez													
Vigiada	246	86.6	443	84.5	237	80.6	926	84.0	1.4	0.4	-1.9	4.081	0.130
Não Vigiada	38	13.4	81	15.5	57	19.4	176	16.0	-1.4	-0.4	1.9		
Tipo de Parto													
Eutócico	169	59.5	332	63.4	152	51.7	653	59.3	0.1	2.6	-3.1	10.612	0.005
Distócico	115	40.5	192	36.6	142	48.3	449	40.7	-0.1	-2.6	3.1		
Tempo de Internamento													
≤2 dias	56	19.7	101	19.3	42	14.3	199	18.1	0.8	1.0	-2.0	3.881	0.144
≥3 dias	228	80.3	423	80.7	252	85.7	903	81.9	-0.8	-1.0	2.0		
Número de filhos													
1 filho	118	41.5	262	50.0	187	63.6	567	51.5	-3.9	-0.9	4.9	28.977	0.000
≥2 filhos	166	85.5	262	50.0	107	36.4	535	48.5	3.9	0.9	-4.9		

Ao relacionar-se a intensidade das dificuldades sentidas com a qualidade da informação recebida e níveis de motivação da mãe observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=14.392$, $p=0.006$) e ($X^2=70.775$, $p=0.000$), respetivamente.

Conforme consta na tabela 29, esta diferença significativa encontra-se nas mulheres que consideraram a qualidade de informação obtida como boa e apresentam baixas dificuldades (33.5%, $res=3.0$).

Ao analisar-se o nível de motivação com as dificuldades apresentadas, 36.4% das mulheres pouco motivadas expõe dificuldades altas, com diferença significativa ($res.=4.8$). O mesmo se verifica com o grupo das mulheres muito motivadas, que demonstra dificuldades baixas (42.3%, $res=7.4$) e no grupo das que se encontravam motivadas e apresentam dificuldades intermédias (53.1%, $res.=3.0$).

Tabela 29- Qualidade da informação, motivação em função das dificuldades

Variáveis	Dificuldades						Total	Residuais			X ²	P	
	Baixas		Intermedias		Elevadas			1	2	3			
	N	%	N	%	N	%							
Informação													
Boa	83	33.5	118	24.4	58	22.6	259	26.2	3.0	-1.2	-1.5	14.392	0.006
Moderada	118	47.6	227	47.0	121	47.1	466	47.2	0.2	-0.1	.0		
Fraca	47	19.0	138	28.6	78	30.4	263	26.6	-3.2	1.4	1.6		
Motivação													
Pouco motivada	45	15.8	134	25.6	107	3.4	286	26.0	-4.5	-0.3	4.8	70.775	0.000
Motivada	119	41.9	278	53.1	136	46.3	533	48.4	-2.5	3.0	-0.8		
Muito motivada	120	42.3	112	21.4	51	17.3	283	25.7	7.4	-3.1	-3.8		

Procurou-se saber se os índices médios das dificuldades apresentados eram discriminados pelo tipo de parto. Assinala-se pelos resultados apresentados na tabela 30 que o tipo de parto eutócico apresenta índices médios mais baixos condizentes com todas os tipos de dificuldades. Ou seja, as mulheres com parto distócico manifestam mais dificuldades técnicas, maternas e do recém-nascido do que as que tiveram um parto eutócico. Sendo que, existem diferenças estatisticamente significativas para todos os fatores com exceção das dificuldades maternas. Desta forma, o tipo de parto influencia o desenvolvimento de dificuldades na amamentação.

Tabela 30-Teste t para diferenças de médias entre dificuldades e tipo de parto

Tipo de Parto	Eutócico		Distócico		Leven,s	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Dificuldades Técnicas	29.71	22.98	33.02	24.73	0.035	-2.246	0.025
Dificuldades Maternas	32.37	22.83	34.86	25.36	0.008	-1.664	0.096
Dificuldades do Recém-nascido	23.81	19.69	26.61	22.28	0.002	-2.149	0.032
Dificuldades globais	28.53	18.92	31.36	20.53	0.017	-2.317	0.021

Indagou-se em que medida a idade discriminava as dificuldades demonstradas. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (cf. tabela 31). Ou seja, as mulheres mais jovens apresentam mais dificuldades. Quer isto dizer, que a idade é um fator determinante nas dificuldades do recém-nascido, uma vez que existem diferenças significativas ($p=0.03$).

Tabela 31- Teste de U Mann - Whitney entre as dificuldades e a idade

Dificuldades	Idade	<35 Anos	≥35 Anos	z	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Dificuldades Técnicas		564.65	527.01	-1.896	0.058
Dificuldades Maternas		568.82	519.24	-2.476	0.013
Dificuldades do Recém-nascido		572.24	512.88	-2.975	0.003
Dificuldades Globais		571.32	514.59	-2.823	0.005

Indagou-se com que frequência é disponibilizada informação às mulheres sobre possíveis dificuldades na amamentação.

Da análise da tabela 32, salienta-se que 13.1% refere nunca lhe ter sido facultada informação relacionada com dor nos mamilos.

Apenas 14.0% das mulheres refere ter tido sempre informação sobre as fissuras nos mamilos.

Nunca foi abordado o ingurgitamento mamário em 23.0% dos casos.

Quanto ao surgimento de mastite, 23.3% das mulheres refere nunca lhe ter sido fornecida esta informação. Por outro lado, também 23.3% assume ter-lhe sido facultada às vezes.

De ressaltar ainda, que 30.7% das mulheres expões que nunca lhe foi fornecida informação sobre bloqueio dos ductos.

Tabela 32- Frequências de respostas relativas à informação fornecida sobre possíveis dificuldades na amamentação

Informação fornecida sobre possíveis dificuldades na amamentação	Nunca		Raramente		As vezes		Frequentemente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dor nos mamilos	144	13.1	222	20.1	310	28.1	269	24.4	157	14.2
Fissuras nos mamilos	190	17.2	205	18.6	275	25.0	278	25.2	154	14.0
Ingurgitamento mamário	253	23.0	217	19.7	290	26.3	223	20.2	119	10.8
Mastite	257	23.3	224	20.3	257	23.3	239	21.7	125	11.3
Bloqueio dos ductos	338	30.7	231	21.0	230	20.9	188	17.1	115	10.4

Síntese de Resultados

De entre a informação atrás referida, salienta-se o fato de apenas um terço das inquiridas (33.4%) referir nenhuma dificuldade em posicionar o bebe à mama ou em satisfazer o bebe (43.4%).

A maioria das mães (74.3%) sentiu-se preparada para amamentar, solicitando ajuda perante dificuldades (74.7%), tendo 80.3% recorrido à ajuda do enfermeiro.

Quanto à introdução da chupeta, a grande maioria das inquiridas assume tê-lo feito (75.8%). Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 4.712$, $p = 0.030$) que se localizam nas mães com menos de 35 anos, que introduziram chupeta (77.8%, $res.=2.2$).

Constataram-se diferenças estatisticamente significativas ao relacionar-se a remuneração, número de filhos, tipo de parto e idade com a intensidade das dificuldades apresentadas. A relação entre a idade e o tipo de parto confirma-se também nas diferentes dimensões das dificuldades apresentadas.

Desta forma, o teste t revela que existem diferenças estatisticamente significativas para os fatores (dificuldades técnicas e do recém-nascido), concluindo-se que, o tipo de parto influencia o desenvolvimento de dificuldades na amamentação.

Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, pelo que a idade é um fator determinante nas dificuldades do recém-nascido, uma vez que existem diferenças significativas.

Por outro lado, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas ao relacionar-se a qualidade de informação recebida e os níveis de motivação maternos com o nível de dificuldades apresentadas ($X^2=14.392$, $p=0.006$ e $X^2=70.775$, $p=0.000$, respetivamente) pelo que estas variáveis são também determinantes nas dificuldades sentidas pelas mães.

Atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação

A descrição das frequências de resposta das mulheres aos fatores analisados da escala de atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação encontra-se na tabela 33 (cf Anexo III). Da sua observação destaca-se que 35.0% refere os enfermeiros sempre estabeleceram consigo uma relação que favoreceu a sua decisão em amamentar, 43.6%

refere que os enfermeiros sempre se mostraram disponíveis para ajudar na iniciação da amamentação e 41.2% referem que sempre mostraram compreensão face às dificuldades que manifestadas. De igual modo, 43.6% assume que as informações que os enfermeiros lhe forneceram sempre as ajudaram na amamentação e 48.6% diz que os enfermeiros sempre as encorajaram a amamentar. Porém, 14.2% diz nunca ter sido elogiada pelos enfermeiros nas suas habilidades maternas. Relativamente aos enfermeiros respeitarem a vontade e a decisão sobre amamentação das mulheres, 49.1% refere sempre. E 38.6% assume que sempre ou frequentemente (27.7%) os enfermeiros se aproximaram para ajudar a amamentar.

As respostas obtidas revelam um score que pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 110 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação melhor é a atitude do enfermeiro. Estabeleceram-se três grupos de coorte em função dos percentis para as atitudes dos enfermeiros. Desta forma, consideraram-se atitudes pouco adequadas, adequadas ou muito adequadas, consoante o score for inferior a 41, entre 41 e 59 e superior a 49, respetivamente.

Pode ler-se, na tabela 34, que a maioria das inquiridas (45.7%) considera as atitudes dos enfermeiros como adequadas relativamente à promoção do aleitamento materno, 26.8% julga-as como muito adequadas e 27.5% pouco adequadas.

Relativamente às mulheres que consideraram as atitudes como sendo pouco adequadas, estas caracterizam-se por ter, na sua maioria, idade inferior a 35 anos (68.0%), ser portuguesas (96.0%), desempenhar profissões intelectuais (34.8%), tendo salário entre 500 e 999 euros (49.5%) e residir em meio urbano (65.0%).

Quanto às mães cuja perceção das atitudes dos enfermeiros as classificou como adequadas, estas caracterizam-se por ter, na sua maioria, idade inferior a 35 anos (63.5%), ser portuguesas (98.4%), desempenhar profissões técnicas (38.3%), tendo salário entre 500 e 999 euros (52.5%) e residir em meio urbano (65.3%).

Por outro lado, as mães que referem que as atitudes demonstradas pelos enfermeiros são muito adequadas têm, na sua maioria, idade inferior a 35 anos (64.7%), ser portuguesas (98.0%), desempenhar profissões intelectuais (36.0%), tendo salário entre 500 e 999 euros (52.0%) e residir em meio urbano (63.4%).

De facto a sua distribuição é bastante semelhante, não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 34- Caracterização sociodemográfica em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação

Variáveis	Atitudes						Total		Residuais			X ²	p
	Pouco Adequadas		Adequadas		Muito Adequadas								
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
	303	27.5	504	45.7	295	26.8	1102	100.0					
Idade													
<35 Anos	266	68.0	320	63.5	191	64.7	717	65.1	1.3	-1.0	-1.0	1.700	0.427
≥35 Anos	97	32.0	184	36.5	104	35.3	385	34.9	1.3	1.0	1.0		
Nacionalidade													
Portuguesa	291	96.0	496	98.4	289	98.0	1076	97.6	-2.2	1.6	0.4	4.811	0.090
Estrangeira	12	4.0	8	1.6	6	2.0	26	2.4	2.2	-1.6	-0.4		
Profissão													
Intelectuais	103	34.8	172	34.9	98	36.0	373	35.2	-0.2	-0.2	0.4	3.905	0.419
Técnicas	100	33.8	189	38.3	89	32.7	378	35.6	-0.8	1.7	-1.2		
Indiferenciadas	93	31.4	132	26.8	85	31.3	310	29.2	1.0	-1.6	0.9		
Remuneração													
<500	58	20.1	89	18.5	56	20.7	203	19.5	0.3	-0.7	0.6	2.596	0.858
500-900	143	49.5	252	52.5	141	52.0	536	51.5	-0.8	0.6	0.2		
1000-1400	75	26.0	119	24.8	59	21.8	253	24.3	0.8	0.3	-1.1		
≥1500	13	4.5	20	4.2	15	5.5	48	4.6	-0.1	-0.6	0.8		
Local Residência													
Urbano	197	65.0	329	65.3	187	63.4	713	64.7	0.1	0.4	-0.6	0.309	0.857
Rural	106	35.0	175	34.7	108	36.6	389	35.3	0.6	-0.4	0.6		

A tabela 35 demonstra a distribuição das características da gravidez e do bebe em função da percepção das mães em relação às atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação.

Reconhece-se que no grupo das mulheres que considerou as atitudes como pouco adequadas, 73.6% tiveram bebes com peso ao nascer entre 2500gr e 3999gr, 83.2% vigiou a sua gravidez, experienciou um parto eutócico (60.1%), com um tempo de internamento igual ou superior a três dias (78.9%) e tem dois ou mais filhos (50.5%).

As mães que percecionaram as atitudes como adequadas caracterizam-se por ter bebes com peso ao nascer entre 2500gr e 3999gr (78.4%), vigiar a sua gravidez (84.3%), ter um parto eutócico (47.7%), com um tempo de internamento igual ou superior a três dias (82.5%) e ter um filho (48.0%).

Por último as mulheres que consideraram as atitudes como muito adequadas tiveram, na sua maioria, bebe com peso entre 2500gr e 3999gr (76.4%), 84.4% vigiou a sua gravidez, experienciou um parto eutócico (61.0%), com um tempo de internamento igual ou superior a três dias (84.1%) e tem dois ou mais filhos (50.8%).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas quando se analisa a relação da qualidade da informação recebida com a percepção das mães relativamente às atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação ($X^2 = 59.956$, $p = 0.000$), que se localizam no grupo das mulheres que considerou as atitudes como muito adequadas e recebeu boa

informação sobre aleitamento materno (40.0%, res.=6.0) e no grupo das mulheres que considerou as atitudes pouco adequadas e recebeu informação fraca (38.2%, res.=4.8).

Tabela 35 - Características da gravidez e do bebe em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação

Variáveis	Atitudes						Total	Residuais			X ²	p	
	Pouco Adequadas		Adequadas		Muito Adequadas			1	2	3			
	N	%	N	%	N	%							
Peso do bebe													
<2500	60	19.8	87	17.3	56	19.0	203	18.4	0.7	-0.9	0.3	3.718	0.445
2500-3999	223	73.6	395	78.4	220	74.6	838	76.0	-1.2	1.7	-0.7		
≥4000	20	6.6	22	4.4	19	6.4	61	5.5	1.8	2.0	1.7		
Gravidez													
Vigiada	252	83.2	425	84.3	249	84.4	926	84.0	-0.5	0.2	0.2	0.232	0.891
Não Vigiada	51	16.8	79	15.7	46	15.6	176	16.0	0.5	-0.2	-0.2		
Tipo de Parto													
Eutócico	182	60.1	291	47.7	180	61.0	653	59.3	0.3	-0.9	0.7	0.942	0.624
Distócico	121	39.9	213	42.3	115	39.0	449	40.7	-0.3	0.9	-0.7		
Tempo de Internamento													
≤2 dias	64	21.1	88	17.5	47	15.9	199	18.1	1.6	-0.5	-1.1	2.945	0.229
≥3 dias	239	78.9	416	82.5	248	84.1	903	81.9	-1.6	0.5	1.1		
Número de filhos													
1 filho	150	49.5	272	48.0	145	49.2	567	51.5	-0.8	1.5	-0.9	2.362	0.307
≥2 filhos	153	50.5	232	46.0	150	50.8	535	48.5	0.8	-1.5	0.9		
Qualidade Informação													
Boa	36	14.2	117	24.9	106	40.0	259	26.2	-5.1	-0.9	6.0	59.956	0.000
Moderada	121	47.6	226	48.2	119	44.9	466	47.2	0.2	0.6	-0.9		
Fraca	97	38.2	126	26.9	40	15.1	263	26.6	4.8	0.2	-5.0		

Pela análise da tabela 36, conclui-se que o grupo das mulheres que se apresentaram pouco motivadas para amamentar considera as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação pouco adequadas (40.3%). Entre as que estavam motivadas 53.0% considera as atitudes adequadas.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 71.1555$, $p=0.000$), no grupo das mulheres que estando pouco motivadas para amamentar considera as atitudes dos enfermeiros pouco adequadas (res.=6.7) e no grupo das mulheres que estando muito motivadas considerou as atitudes muito adequadas (37.3%, res.=5.3).

No que concerne às dificuldades observadas nas mães, das que apresentaram dificuldades mais baixas, 36.9% considera as atitudes muito adequadas, com diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 33.008$ $p=0.000$). De entre as que apresentaram dificuldades intermédias, 51.2% considera as atitudes adequadas e 33.7% das mulheres com dificuldades altas julga as atitudes como pouco adequadas, havendo diferença significativa em ambos os casos (res.=2.2 e res.=3.2).

Tabela 36- Motivação e dificuldades maternas em função das atitudes promotoras da amamentação dos enfermeiros

Variáveis	Atitudes						Total	Residuais			X ²	p	
	Pouco Adequadas		Adequadas		Muito Adequadas			1	2	3			
	N	%	N	%	N	%							
Motivação													
Pouco motivada	122	40.3	125	24.8	39	13.2	286	13.2	6.7	-0.8	-5.8	71.155	0.000
Motivada	120	39.6	267	53.0	146	49.5	533	49.5	-3.6	2.8	0.5		
Muito motivada	61	20.1	112	22.2	110	37.3	283	37.3	-2.6	-2.4	5.3		
Dificuldades													
Baixas	59	19.5	116	23.0	109	36.9	284	25.8	-2.9	-1.9	5.1	33.008	0.000
Intermédias	142	46.9	258	51.2	124	42.0	524	47.5	-0.3	2.2	-2.2		
Elevadas	102	33.7	103	25.8	62	21.0	294	26.7	3.2	-0.6	-2.6		

A tabela 37 apresenta a distribuição da amamentação aos 6 e 24 meses em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. Verifica-se que 63.3% das mães que amamentam aos seis meses considerou as atitudes dos enfermeiros pouco adequadas. Quanto às que as consideraram adequadas 71.0% amamentavam aos seis meses e destas 67.8% considerou as atitudes como muito adequadas. Para a amamentação aos seis meses não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Pelo contrário, no que se refere à amamentação aos 24 meses, observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=18.334$, $p=0.000$) no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses e percecionaram as atitudes dos enfermeiros como muito adequadas (20.0%, $res.=4.1$) e no grupo das mulheres que não amamenta aos 24 meses e entende as atitudes como pouco adequadas (91.4%, $res.=2.8$).

Tabela 37-Prevalência da amamentação aos 6 e 24 meses em função das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação

Prevalência Amamentação	Atitudes						Total	Residuais			X ²	p	
	Pouco Adequadas		Adequadas		Muito Adequadas			N	%	1			2
	N	%	N	%	N	%							
Amamenta aos 6 meses	204	67.3	358	71.0	200	67.8	762	69.1	-0.8	1.2	-0.6	1.562	0.458
Não amamenta aos 6 meses	99	32.7	146	29.0	95	32.2	340	30.9	0.8	-1.2	0.6		
Amamenta aos 24 meses	26	8.6	60	11.9	59	20.0	145	13.2	-2.8	-1.1	4.1	18.334	0.000
Não amamenta aos 24 meses	277	91.4	444	88.1	236	80.0	957	86.8	2.8	1.1	-4.1		

Síntese de Resultados

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao analisarmos a relação entre as características sociodemográficas e a percepção das mães em relação às atitudes dos enfermeiros.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas quando se analisa a relação da qualidade da informação recebida com a percepção das mães relativamente às atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação ($X^2 = 59.956$, $p=0.000$), que se localizam no grupo das mulheres que considerou as atitudes como muito adequadas e recebeu boa informação sobre aleitamento materno (40.0%, res.=6.0) e no grupo das mulheres que considerou as atitudes pouco adequadas e recebeu informação fraca (38.2%, res.=4.8).

Por outro lado, quando ao relacionar-se a qualidade da informação recebida com a percepção das mães relativamente às atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 59.956$, $p=0.000$), que se localizam no grupo das mulheres que considerou as atitudes como muito adequadas e recebeu boa informação sobre aleitamento materno (40.0%, res.=6.0) e no grupo das mulheres que considerou as atitudes pouco adequadas e recebeu informação fraca (38.2%, res.=4.8). Assim como, se observam diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 71.1555$, $p=0.000$), no grupo das mulheres que estando pouco motivadas para amamentar considera as atitudes dos enfermeiros pouco adequadas (res.=6.7) e no grupo das mulheres que estando muito motivadas considerou as atitudes muito adequadas (37.3%, res.=5.3).

Relativamente às dificuldades observadas nas mães, das que apresentaram dificuldades mais baixas, 36.9% considera as atitudes muito adequadas, com diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 33.008$ $p=0.000$). De entre as que apresentaram dificuldades intermédias, 51.2% considera as atitudes adequadas e 33.7% das mulheres com dificuldades altas julga as atitudes como pouco adequadas, havendo diferença significativa em ambos os casos (res.=2.2 e res.=3.2).

No que respeita à prevalência da amamentação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na amamentação aos seis meses. Pelo contrário, no que se refere à amamentação aos 24 meses, observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 18.334$, $p=0.000$) no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses e percecionaram as atitudes dos enfermeiros como muito adequadas (20.0%, res.=4.1) e no grupo das mulheres que não amamenta aos 24 meses e entende as atitudes como pouco adequadas (91.4%, res.=2.8).

4-Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos permitem traçar um perfil da amostra. Constituída por 1102 mulheres de Portugal Continental, mães há pelo menos dois anos. Com uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, e uma idade média de 32 anos, (± 5.87 anos).

A maioria das mulheres é da região centro do país (57.1%) e que quase a totalidade das mulheres é de nacionalidade portuguesa (97.6%).

Há um claro predomínio de participantes com companheiro (93.1%), constata-se que 50.5% das participantes têm escolaridade igual ou superior ao 12º ano de escolaridade. Relativamente à profissão, observa-se que 35.6% exerce profissões técnicas, salientando-se que as profissões indiferenciadas apresentam uma representatividade de 29.2%. Grande parte da amostra (83.9%) está empregada, com 51.5% a possuir entre 500 e 999 euros de remuneração. De igual modo, na amostra de Costa, Souza, Pedroso e Strufaldi (2018) a maioria as mulheres possuíam companheiro (80.7%) e tinham trabalho remunerado (50,7%). Também no estudo de Oliveira (2016) a maioria das mães (48%) encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 34 anos, com uma média de idade de 29,4 ($\pm 4,8$ anos), tinha o 12º ano de escolaridade (34,6%) e eram casadas (71%).

Constata-se que há um predomínio de participantes residentes no meio urbano (64.7%), no meio rural reside 35.3% da amostra. Contrariamente, no estudo de Lanzaro et al. (2015, p. 103), a maioria das mulheres tinha entre 26 e 35 anos, com 61,9% a residirem em meio urbano e 70,7% em meio rural. Por outro lado, o mesmo autor refere que as mulheres da sua investigação eram maioritariamente casadas (71,9%) e empregadas (79,5% na população urbana e 87,8% na população rural), o que está em conformidade com as características das mulheres que participaram no presente estudo.

Quanto à composição do agregado familiar, verifica-se que 45.1% das participantes possui um agregado constituído por três pessoas, seguindo-se 38.5% das mulheres cujo agregado familiar é constituído por quatro pessoas, com uma representatividade de 33.9% de participantes mais novas e 47.0% com mais idade.

Em relação às características do bebe ao nascimento verifica-se que 49.6% dos bebes são do sexo feminino e 50.0% do sexo masculino. Relativamente ao peso do bebe ao nascer observa-se que na sua maioria os bebes nasceram com peso adequado, entre os 2500Kg e os 3999Kg (76.0%) e sem problemas de saúde (94.4%). São relatados 5.6% de

bebes com problemas de saúde ao nascer, com maior expressividade entre as mães com idade igual ou superior a 35 anos (6.0%). Salieta-se que dos bebes da amostra 84.8% procurava a mama com facilidade quando tinha fome.

De entre as mães que referiram que o bebe apresentava problemas ao nascimento apenas 50 designaram o problema. Os mais prevalentes são 16% com prematuridade, 10% com fratura da clavícula e sopro cardíaco (12%), que compõem 38% dos problemas. Contrariamente, no estudo de Costa, Souza, Pedroso e Strufaldi (2018) a prematuridade foi encontrada em apenas 6.7% das crianças. Por outro lado, Alves, Couto de Oliveira & Rito (2018) referem que 6.1% dos bebes estudados nasceram com baixo peso.

Dos resultados relativos às características da gravidez constata-se que, no total da amostra, 87.5% das participantes indica que a sua gravidez durou 37 ou mais semanas. Verifica-se que apenas 12.5% das mulheres referem que a gravidez durou menos de 37 semanas e 59.3% tiveram um parto eutócico. Contrariamente, 40.7% das mulheres tiveram um parto distócico, sendo mais expressivo nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (43.9%). A maioria das participantes (84.0%) vigiou adequadamente a gravidez e 51.5% das mulheres têm apenas um filho, sendo que destas 59.8% têm idade inferior a 35 anos e 35.8% têm 35 ou mais anos. Por outro lado, 48.5% refere ter dois ou mais filhos, sendo mais expressivo no grupo das mães com idade igual ou superior a 35 anos (64.2%). Dados que vão de encontro aos apurados no estudo de Oliveira (2016), em que a maioria das mães eram primíparas (59%), tendo as gravidezes vigilância média (100%), com predomínio do parto eutócico (44,2%) e a média de peso do bebe ao nascer foi de 3251 ± 724 gramas. Também no estudo de Alves, Couto de Oliveira & Rito (2018) apenas 10.7% das mulheres realizaram menos de seis consultas de vigilância da sua gravidez, sendo que 42.4% tiveram o seu bebe por cesariana.

A maioria das participantes não teve problemas durante a gravidez (83.3%), enquanto 16.7% confirmam que tiveram problemas durante a gravidez.

Em relação ao tipo de gravidez, verifica-se que quase a totalidade da amostra (98.0%) diz que a gravidez é de feto único (98.2% participantes com <35 anos vs. 97.7% participantes com ≥35 anos), com apenas uma percentagem de 2.0% a referir que a gravidez é gemelar.

Observa-se que mais de metade da amostra (81.9%) teve um tempo de internamento igual ou superior a três dias, enquanto 18.1% teve dois dias ou menos de internamento.

Dos problemas referidos durante a gravidez com maior expressividade salientam-se a diabetes gestacional (25.5%), hipertensão arterial (14.1%) e descolamento da placenta (12.5%).

Do total das participantes constata-se que 57.7% da amostra não frequentou aulas de preparação para o parto, enquanto 42.3% indicam que as frequentaram.

Quanto ao facto de as participantes terem recebido conhecimentos sobre o aleitamento materno, constata-se que 85.7% refere que ter recebido, sendo que para 89.4% das mulheres foi transmitido pelos enfermeiros. Relativamente às outras fontes de informação, 51.2% menciona o médico, 29.2% refere a família e 10.7% que diz ter sido a comunicação social. Também no estudo de Oliveira (2016) todas as mães são unânimes ao afirmarem ter recebido informação durante a gravidez, sendo as principais fontes de informação os profissionais de saúde destacando-se os enfermeiros (80,5%). No estudo de Alves, Couto de Oliveira & Rito (2018) 82.9% das mães haviam sido orientadas nos cuidados de saúde primários sobre a importância do aleitamento materno até aos seis meses.

Os resultados indicam ainda que 47.2% das participantes considera que a qualidade da informação transmitida durante a gravidez é moderada, secundadas pelas que classificam a qualidade da informação como fraca (26.6%), enquanto 26.2% relatam que a qualidade da informação recebida foi boa.

Nas características do aleitamento materno em função da idade, constatando-se que 54.9% das mulheres refere que o seu bebe tomou leite materno, sendo 53.8% com menos de 35 anos e 56.9% com 35 ou mais anos. Apenas 8.5% das respondentes referem que o bebe foi alimentado com leite artificial (10.2% com menos de 35 anos vs 5.5% com mais de 35 anos). Uma percentagem significativa (36.6%) expressa que o seu bebe fez aleitamento misto.

Verifica-se que apenas 76.2% das mulheres amamentou o filho na primeira hora de vida, enquanto em 20.7% dos casos o bebé não mamou na primeira hora de vida, estes resultados estão em concordância, embora ligeiramente inferiores, com os obtidos pela DGS (2104), no seu relatório do registo do aleitamento materno, em que 84.1% dos bebes havia mamado na primeira hora de vida.

Em 79.7% da amostra houve contacto pele a pele. Em oposição, em 20.8% dos casos esse contacto não existiu. Das mulheres que admitiram o contacto pele a pele, a maioria (72.3%) informa que o mesmo durou até 30 minutos, enquanto em 13.7% o contacto pele a pele durou até 45 minutos e em 14.0% da amostra o contacto pele a pele foi até 60

minutos. Também o estudo de Pinto, Chaves, Duarte, Nelas & Coutinho (2016) revelou que 84.7% das mães tiveram contacto pele a pele com o bebe na sua primeira hora de vida. Salienta-se que a OMS (2018) mantém as recomendações da existência de contato pele a pele durante uma hora para promover a amamentação e colocar o bebe à mama, após o parto, assim que possível.

Verifica-se que 76.8% das participantes admitem ter amamentado outros filhos, das quais 72.5% possuem idade inferior aos 35 anos e 83.0% situam-se na faixa etária igual ou superior aos 35 anos. Observa-se que 23.2% assume não ter amamentado outros filhos. Contrariamente, no estudo de Ferreira, Oliveira, Bernardo, Almeida, Aquino e Pinheiro (2018) apenas metade das mulheres (50,1%) possuía experiência prévia na amamentação, e só 39,16% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida.

Relativamente à decisão de amamentar, questionaram-se as participantes quem as terá influenciado, apurando-se que a grande maioria (88.8%) refere que não foi influenciada por ninguém. Por outro lado, 6.0% atribui essa influência ao enfermeiro e 0.9% ao médico.

No que respeita a quem as mulheres referem beneficiar com a amamentação, 96.5% da amostra atribui benefícios ao bebe, seguindo-se as que admitem trazer benefícios para a mãe (72.8%). Uma menor percentagem atribui benefícios ao pai (18.7%) e à família/sociedade (18.4%). O estudo de Oliveira (2016) concluiu também na sua amostra que as mães reconhecem inúmeros benefícios ao aleitamento materno, de entre os quais se destacam as vantagens para o recém-nascido (36,7%), o facto de ser mais económico (28,0%) e de favorecer a ligação mãe/filho (25,3%).

Objetivo: *Determinar a prevalência da amamentação*

Em relação à prevalência do aleitamento materno conclui-se que apenas 5.0% da amostra refere não ter amamentado. Verifica-se que as maiores prevalências se encontram até aos seis meses de idade do bebe, salientando-se 95% ao mês de vida, 83.7% aos três meses e 69.1% aos seis meses. Tendência também revelada no estudo de Ferreira et al., (2018) onde a prevalência do aleitamento materno exclusivo ao longo dos seis meses de vida da criança foi caracterizada por uma linha descendente, sendo de 89,03% no primeiro mês de vida e de 30,03% aos seis meses.

Contudo, as prevalências obtidas mostram-se superiores às encontradas em outros estudos. A DGS (2014) apresenta 88.1% de amamentação à 5ª semana de vida, 76.7% aos

três meses, 63.6% aos quatro meses e 53.9% aos seis meses. Por outro lado, Lanzaro et al. (2015) apresenta 50.0% de prevalência do aleitamento materno aos seis meses. Oliveira (2016) obteve uma taxa de aleitamento aos três meses de 56,7% e aos 6 meses de 40%. Sardo (2016) indica uma elevada incidência de amamentação na alta hospitalar (98,5%) e em exclusivo (65,2%), diminuindo consideravelmente no quarto mês (26,9%) de aleitamento exclusivo e (34,0%) de amamentação predominante.

Efetivamente aos nove meses a prevalência da amamentação desce para 53.7%, sendo aos doze meses de 40.6%. Aos 15 meses a prevalência é de 29.3% e de 21.7% aos 18 meses. Observam-se prevalências mais baixas aos 21 e 24 meses (14.8% e 13.2%, respetivamente).

Objetivo: *Identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação*

Pretende-se com este estudo identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação. Para tal procurou estabelecer-se relação entre a prevalência calculada e as diferentes variáveis em estudo.

Verifica-se que das mulheres que amamentam aos seis meses, 65.8% têm idade inferior a 35 anos e 75.3% têm 35 ou mais anos. Em oposição, 34.2% das mulheres não amamenta aos seis meses e tem menos de 35 anos e 24.7% tem idade igual ou superior a 35 anos, observando-se diferença estatisticamente significativa ($X^2=10.585$; $p=0.001$; $res.=3.3$).

Relativamente, à prevalência da amamentação aos 24 meses, observa-se também a existência de diferença estatisticamente significativa entre as mulheres com 35 ou mais anos e que amamentam aos 24 meses (20.8%) e as 90.9% de mulheres com idade inferior a 35 anos e que já não amamentam aos 24 meses ($X^2 =30.079$; $p=0.000$; $res.=5.5$). Concluindo-se que mulheres com mais de 35 anos amamentam até mais tarde, sendo assim a idade fator determinante na amamentação. Dados discordantes dos obtidos por Oliveira, Boccolini, Faertein & Verly-Jr (2016) em que dos fatores associados ao risco de interrupção do aleitamento materno destacaram a idade da mãe. Mães com idade mais elevada apresentam maior risco para desmame.

Ao analisar-se a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses em função da nacionalidade da mãe, verifica-se não haver diferença estatisticamente significativa, sendo a prevalência aos 6 meses de 69.2% nas portuguesas e 65.4% estrangeiras. No que respeita

à prevalência aos 24 meses, observa-se que as mulheres portuguesas amamentam em maior número do que as estrangeiras (13.4% para 3.8%). Grant (2016) revela num estudo realizado no Reino Unido que mães jovens, brancas, provenientes de zonas carenciadas têm menor probabilidade de amamentar.

Quando se procede à avaliação das prevalências em estudo em função do estado civil, constata-se que aos seis meses existe uma distribuição homogénea de 69.4% e 65.8% nas mulheres com e sem companheiro, respetivamente.

Por outro lado, apura-se uma diferença estatisticamente significativa no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses e que têm companheiro (14.0%), e nas que não amamentam aos 24 meses e não têm companheiro ($X^2 = 10.018$; $p = 0.002$; $res. = 3.2$). Desta forma, também o estado civil surge como fator determinante na amamentação. Dados corroborados por Alves, Couto de Oliveira & Rito (2018) que verificaram que não viver com o companheiro está associado a uma prevalência de aleitamento materno exclusivo 24% inferior. Revelando a importância do apoio e estímulo do companheiro na amamentação.

Examinou-se também a prevalência da amamentação em função das habilitações literárias da mãe. Aos seis meses observa-se que a maior percentagem de amamentação ocorre entre as mulheres com maiores habilitações literárias (74.6%), existindo uma diferença estatisticamente significativa, que se encontra neste grupo e em oposição no grupo das mulheres com menores habilitações literárias e que já não amamentam aos seis meses (36.2%), segundo os valores de $X^2 = 15.091$; $p = 0.000$; $res. = 3.9$.

Também na amamentação aos 24 meses se verifica o mesmo ($X^2 = 9.626$; $p = 0.002$; $res. = 3.1$), sendo de 10.0% para as mães com escolaridade inferior ou igual ao 12º ano e de 16.4% para as que têm formação académica superior ao 12º ano. Pelo que as habilitações literárias maternas também interferem na prevalência da amamentação. Diferentes estudos apontam neste sentido, Alves, Couto de Oliveira e Rito (2018) revelam uma menor prevalência de aleitamento materno exclusivo em mães com escolaridade inferior ao ensino médio, até 10 anos completos (RPb AM-0.827; $p < 0.20$). A maior escolaridade materna parece ser determinante para o êxito da prática do aleitamento materno, podendo estar relacionada com uma maior autoconfiança materna e maior capacidade de obter informação para ultrapassar desconfortos e problemas do ato de amamentar.

Relacionando esta prevalência com o local de residência, observa-se que 68.6% das mulheres que amamentam aos seis meses reside em meio urbano e 70.2% em meio rural, não se verificando diferença estaticamente significativa. No que respeita à amamentação aos 24 meses de idade a distribuição é ainda mais homogénea, com 13.2% das mulheres a residir em meio urbano e 13.1% em meio rural. Também Lanzaro at al. (2015) não verificou

diferenças entre as populações urbanas e rural, com taxas de amamentação aos seis meses de 50,0% (IC 95%:43,2-56,9%).

Ao analisar-se a amamentação com a vigilância da gravidez pode concluir-se que existem diferenças significativas ($X^2 = 14.923$; $p=0.000$) e que estas se encontram entre as mulheres que amamentam aos seis meses e tiveram uma gravidez vigiada (res.=3.9), o que revela que a vigilância da gravidez está associada à prevalência da amamentação.

Existe relevância estatística quando se compara a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses com o número de consultas ao longo da gravidez ($X^2 = 13.213$; $p=0.000$), com os valores residuais a indicarem diferença no grupo das mulheres que tiveram cinco ou mais consultas e amamentam aos seis meses e no grupo das que tendo menos de cinco consultas não amamentam aos seis meses (res.=3.6). Também num estudo de Raheem (2014) receber apoio de um profissional de saúde na amamentação, onde se incluem a consultas de gravidez, surge como fator determinante na prevalência da amamentação (OR-0.2, 95%, IC-0.04-0.7).

Por outro lado, verifica-se não haver diferenças estatisticamente significativas em relação à amamentação aos 24 meses, sendo de 11.3% para as mulheres com menos de cinco consultas e de 13.5% para as que tiveram cinco ou mais consultas de vigilância.

Procurou determinar-se a relação entre a prevalência da amamentação aos seis e 24 meses e a frequência de aulas de preparação para o parto. Constata-se que 75.3% das mulheres que amamenta aos seis meses assistiu a aulas de preparação para o parto com frequência e que 71.0% amamenta aos seis meses ainda que raramente tenha frequentado as aulas. Desta forma, conclui-se que não existem diferenças significativas entre as mães que amamentam aos seis meses e a frequência das aulas de preparação para o parto ($X^2 = 0.575$; $p=0.448$). Contrariamente, no estudo de Alves, Couto de Oliveira e Rito (2018) o aleitamento materno exclusivo aos seis meses surge associado ao ter recebido orientação sobre aleitamento materno exclusivo, em ambiente de consulta, grupos educativos ou visita domiciliária, com uma Razão de Prevalência bruta (RPb) de 1.424 e $p < 0.20$. Relativamente à prevalência da amamentação aos 24 meses, 85.4% das mães que amamentam os seus bebés aos 24 meses assistiram com frequência a aulas de preparação para o parto. Por outro lado, também 14.5% amamentam aos 24 meses sem frequência assídua em aulas de preparação para o parto, pelo que também não se observam diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 0.001$; $p=0.980$). Dados corroborados por Lanzaro et al. (2015) que também não verificou relação entre a duração da amamentação e frequência de aulas de preparação para o parto ($p < 0.001$).

Observa-se uma relação entre a prevalência da amamentação e o tipo de parto, observando-se diferença estatisticamente significativa no grupo das mulheres que experienciaram um parto eutócico e que amamentam aos seis meses ($X^2=13.394$; $p=0.000$; $res.=3.6$). O que é corroborado por Mugadza, Zvinvashe, Gumbo, Stray-Pedersen e Haruzivishe (2016), que no seu artigo de revisão de literatura, apresentam um estudo em que o parto vaginal influencia positivamente o início precoce da amamentação na primeira hora de vida. Também Lanzaro et al. (2015), numa análise multivariada, verificou que a maior duração do aleitamento materno teve uma relação significativa com parto por via vaginal (HR 1,6; IC 95% 1,2-2,2; $p = 0,002$).

Em oposição a prevalência da amamentação aos 24 meses não está relacionada com o tipo de parto vivenciado, sendo de 14.5% nas mulheres que tiveram parto eutócico e de 11.1% nas que experimentaram um parto distócico. Já em 1985 a OMS declarava que não existia justificativa para uma percentagem superior a 15% de cesarianas em nenhuma região do mundo (Teixeira, 2016). Atualmente, emanou uma serie de recomendações que incluem o direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e o respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão (OMS, 2018).

Analisando a prevalência da amamentação em função do peso do bebe ao nascer, constata-se que 67.0% das mães de bebes com baixo peso ao nascer amamentam aos seis meses não havendo diferença estatisticamente significativa em relação às mães de bebes que nasceram com peso igual ou superior a 2500gr (69.6%).

Em relação à amamentação aos 24 meses apurou-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($X^2=6.062$; $p=0.014$), que se encontra, segundo os valores residuais no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses, tendo os seus filhos nascido com peso igual ou superior a 2500gr.

Relacionando a prevalências da amamentação aos seis e 24 meses com o número de filhos, não se observa relevância estatisticamente significativa. Verifica-se uma distribuição semelhante em ambos os grupos, sendo de 66.7% e 71.8% para as mães com um ou dois ou mais filhos respetivamente. De igual modo, aos 24 meses amamentam 12.3% e 13.2% das mulheres com um ou dois e mais filhos. Muito embora, não se tenha verificado relação entre o número de filhos e a prevalência da amamentação, a literatura refere que a existência de experiências anteriores de amamentação bem-sucedida podem não garantir, mas possivelmente interferem positivamente na decisão e na prática de aleitamento materno com filhos posteriores. No presente estudo 76.8% das mães refere ter amamentado outros

filhos, podendo este fato estar na origem das prevalências elevadas de amamentação apuradas.

Objetivo: *Caracterizar as atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno.*

A decisão de amamentar e o sucesso do aleitamento materno dependem de diversos fatores de ordem física, psicológica, social e cultural. As intervenções de promoção realizadas pelos enfermeiros nos diferentes contextos têm uma importância determinante.

Verificou-se que das mulheres, inquiridas neste estudo, 35.0% refere que os enfermeiros sempre estabeleceram consigo uma relação que favoreceu a sua decisão em amamentar, 43.6% refere que os enfermeiros sempre se mostraram disponíveis para ajudar na iniciação da amamentação e 41.2% referem que sempre mostraram compreensão face às dificuldades que manifestadas. De igual modo, 43.6% assume que as informações que os enfermeiros lhe forneceram sempre as ajudaram na amamentação e 48.6% diz que os enfermeiros sempre as encorajaram a amamentar. Por outro lado, os enfermeiros respeitaram sempre a vontade e a decisão sobre amamentação das mulheres (49.1%). E 38.6% assume que sempre ou frequentemente (27.7%) os enfermeiros se aproximaram para ajudar a amamentar.

A maioria das inquiridas (45.7%) considera as atitudes dos enfermeiros como adequadas relativamente à promoção do aleitamento materno, 26.8% julga-as como muito adequadas e 27.5% pouco adequadas. Resultados semelhantes foram apurados no estudo de Castro, Silva & Silva (2015) em que as práticas na promoção do aleitamento materno experienciadas por 43,2% das mães foram consideradas como razoáveis e em 29,5% das mães foram consideradas más e as experiências de 27,3% foram classificadas como boas.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas das mães em relação à categorização das atitudes dos enfermeiros, contrariamente no estudo de Castro, Silva & Silva (2015) verificou-se relação entre a situação profissional e a perceção das práticas de promoção do aleitamento materno no seu global ($p=0,037$). As mães que trabalham fora de casa e a tempo inteiro têm uma perceção mais favorável sobre a promoção do aleitamento materno.

Assim como, não se detetou relação entre a perceção das mulheres quanto às atitudes dos enfermeiros e as características do bebe e gravidez. Ou seja, não se

verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao peso do bebé ao nascer, ao número de filhos, vigilância da gravidez e tipo de parto. Mesmo resultado obtiveram Castro, Silva & Silva (2015) quanto à relação da experiência de amamentação anterior com a percepção sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno tendo verificado não existir diferenças entre o número de filhos e a percepção sobre as práticas da promoção do aleitamento materno.

A motivação surge como fator determinante na percepção das mulheres das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação. Observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=71.1555$, $p=0.000$), no grupo das mulheres que estando pouco motivadas para amamentar considera as atitudes dos enfermeiros pouco adequadas (res.=6.7) e no grupo das mulheres que estando muito motivadas considerou as atitudes muito adequadas (37.3%, res.=5.3). Assim como, se observam diferenças estatisticamente significativas ($X^2=71.1555$, $p=0.000$), no grupo das mulheres que estando pouco motivadas para amamentar considera as atitudes dos enfermeiros pouco adequadas (res.=6.7) e no grupo das mulheres que estando muito motivadas considerou as atitudes muito adequadas (37.3%, res.=5.3). Contrariamente, no estudo de Castro, Silva & Silva (2015) não se observou relação entre a motivação e a percepção das mães sobre a promoção do aleitamento materno ($p>0,05$).

Por outro lado, quando ao relacionar-se a qualidade da informação recebida com a percepção das mães relativamente às atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=59.956$, $p=0.000$), que se localizam no grupo das mulheres que considerou as atitudes como muito adequadas e recebeu boa informação sobre aleitamento materno (40.0%, res.=6.0) e no grupo das mulheres que considerou as atitudes pouco adequadas e recebeu informação fraca (38.2%, res.=4.8). Desta forma se conclui que a qualidade da informação fornecida condiciona a forma como as mães percebem as atitudes dos enfermeiros. Um estudo realizado no município de Coimbra verificou que 82,4% dos profissionais nunca tinham participado de cursos específicos sobre o aleitamento materno e que grande parte dos conhecimentos transmitidos às mães foi obtido através da sua vivência, como mãe, ou da observação de mães da comunidade na qual vivem e/ou trabalham, o que aponta para uma limitação na formação e educação desses profissionais (Marinho et al., 2015). Este fato pode explicar a caracterização da informação obtida como fraca.

Relativamente às dificuldades observadas nas mães, das que apresentaram dificuldades mais baixas, 36.9% considera as atitudes muito adequadas, com diferença estatisticamente significativa ($X^2=33.008$ $p=0.000$). De entre as que apresentaram

dificuldades intermédias, 51.2% considera as atitudes adequadas e 33.7% das mulheres com dificuldades altas julga as atitudes como pouco adequadas, havendo diferença significativa em ambos os casos (res.=2.2 e res.=3.2). Se as dificuldades sentidas influenciam a forma como são percebidas as atitudes dos enfermeiros, é importante caracterizar o tipo de dificuldades mais expressivas para uma intervenção sistematizada na prevenção das mesmas. Verifica-se que 30.4% diz ter alguma dificuldade em estabelecer uma boa pega e que 10.3% refere muita dificuldade no estabelecimento de uma boa sucção do bebe à mama. Assim como 12.0% apresenta muita dificuldade em manter o mamilo sem ferida. Destaca-se que 43.4% das mulheres considerou não ter nenhuma dificuldade em satisfazer o bebe com o meu leite. Porém 14.3% manifesta alguma dificuldade em receber apoio para amamentar. No estudo de Pinto, Chaves, Duarte, Nelas & Coutinho (2016) a maior dificuldade expressa foi em manter a pega correta do bebe à mama (70.6%), tendo as mulheres recorrido à ajuda dos enfermeiros para amamentar em 90.4%.

No que respeita à prevalência da amamentação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na amamentação aos seis meses. Pelo contrário, no que se refere à amamentação aos 24 meses, observam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=18.334$, $p=0.000$) no grupo das mulheres que amamentam aos 24 meses e perceberam as atitudes dos enfermeiros como muito adequadas (20.0%, res.=4.1) e no grupo das mulheres que não amamenta aos 24 meses e entende as atitudes como pouco adequadas (91.4%, res.=2.8). Os resultados de um estudo realizado no Canada revelaram que a probabilidade de amamentar era duas vezes maior em mães que haviam falado com o profissional de saúde sobre a amamentação e cuja percepção fora positiva, quando comparadas com as que tiveram percepção negativa. Outro estudo realizado na Austrália indica a cessação da amamentação antes das 10 semanas está associada a uma “fraca” ajuda das enfermeiras (OR-2.09; 95% IC-1.31-3.36) (Raheem, 2014).

Na sua revisão de literatura Miranda, Zangão e Risso (2017) identificam como intervenções de enfermagem promotoras para o sucesso do aleitamento materno, o incentivo emocional e o suporte concreto na amamentação em ambiente hospital e domiciliário, revelando evidência de que quem recebe estes dois tipos de apoio tem maior satisfação, e se verifiquem maiores taxas de sucesso de aleitamento exclusivo.

4-Conclusão

O aleitamento materno foi o tema central deste estudo. A sua pertinência decorre do facto de ser encarado como uma prioridade de saúde. A sua prática é considerada pela OMS/UNICEF uma recomendação mundial de saúde Pública, sendo reconhecido o importante papel dos enfermeiros na sua promoção, proteção e apoio nos diferentes contextos, mantendo sempre uma preocupação com o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais, aquisição e incorporação na prática de conhecimentos científicos atualizados. Para que as decisões sejam fundamentadas na evidência científica, permitam a utilização de uma metodologia de trabalho adequada e a prestação de cuidados de excelência.

Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, com uma amostra de 1102 mulheres de Portugal Continental, com uma idade média de 32 anos (± 5.87) onde se procurou determinar a prevalência do aleitamento materno, identificar fatores determinantes na prevalência da amamentação e caracterizar as atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno.

No que concerne às prevalências de amamentação apuradas, as maiores prevalências encontram-se até aos seis meses de idade, sendo de 95% ao mês de vida, 87.3% aos três meses e 69.1% aos seis meses. Como tem sido demonstrado noutros estudos esta é uma tendência em Portugal como nos restantes países. As medidas instituídas a nível hospitalar com vista à promoção do estabelecimento da amamentação têm-se revelado eficazes, pelo que ao mês de vida a prevalência da amamentação é bastante satisfatória. Porém, torna-se evidente a necessidade de reforço das medidas que apoiem as mulheres na manutenção da amamentação e mais ainda no seu regresso à vida profissional. Aos seis meses 69.1% dos bebés são amamentados e aos nove meses apenas 53.7% o são. Impõe-se o ensinamento das mães dos recursos existentes para extração e conservação do leite materno e a sensibilização da sociedade para a importância da manutenção do aleitamento materno além dos seis meses de idade, adotando-se políticas de proteção efetivas à amamentação. Este estudo não almejou determinar a prevalência do aleitamento materno exclusivo, permanecendo a necessidade de se apurar o cumprimento da meta da OMS para 2025 de 50% das crianças serem amamentadas exclusivamente até aos seis meses de idade.

Relativamente aos fatores determinantes da prevalência da amamentação destaca-se o fato de se terem apurado diferentes fatores intervenientes aos seis e aos 24 meses. De fato o estabelecimento da amamentação e sua prevalência aos seis meses surge associada à idade materna, suas habilitações literárias, vigilância adequada da gravidez e tipo de parto vivenciado. O que deve orientar as intervenções dos profissionais de saúde, investindo os seus esforços junto das gestantes mais jovens, com menores habilitações literárias e promovendo o acesso ao número de consultas de vigilância adequado. Por outro lado, mais uma vez se reforça a importância do parto eutócico, cada vez mais centrado nos desejos da mulher que devidamente informada será capaz de intervir ativamente no seu plano de parto, favorecendo-se também o contato pele a pele e a amamentação o mais precoce possível.

Conhecer a influência de diferentes variáveis por forma a um maior conhecimento das mulheres e também perceber de que forma estas percecionam as intervenções dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno foi outra finalidade atingida. A maioria das inquiridas (45.7%) considera as atitudes dos enfermeiros como adequadas relativamente à promoção do aleitamento materno, 26.8% julga-as como muito adequadas e 27.5% pouco adequadas, contudo estes resultados ficam aquém do esperado, dada a prioridade assumida relativamente ao aleitamento materno nas políticas de saúde. O que levanta a questão do porquê as atitudes serem percecionadas dessa forma.

Os cuidados de enfermagem prestados de acordo com o modelo de enfermeiro de família surgem como cuidados prestados à família em contexto comunitário permitem aos enfermeiros o acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, refletem a conceção das famílias como unidades a ser cuidadas a fim de construir movimentos que as fortaleçam e possibilitem um viver saudável. Tendo sido verificada a associação de fatores como a qualidade de informação recebida e dificuldades sentidas com a perceção das atitudes dos enfermeiros será importante reforçar todas as intervenções de enfermagem nesse sentido. Considerando que as primeiras experiências de amamentação requerem atenção especial, principalmente nas primíparas, dadas as dificuldades naturais na sua implementação, cabe ao enfermeiro de cuidados de saúde primários a intervenção cuidada no período mais crítico da amamentação, o primeiro mês de vida e mais concretamente no regresso a casa, pela falta de apoio profissional vivenciada pelas mães. Deste modo, o enfermeiro enquanto profissional mais próximo da mulher, grávida ou nutriz, e detentor de conhecimentos técnicos e científicos, intervém na educação em saúde e na assistência direta a essas mulheres e sua família, assim como na comunidade. É essencial o ensinar e treinar competências nas mães no que se refere ao posicionamento e pega adequadas do bebé à mama, bem como o desmistificar de conceitos errados, por forma a aumentar os níveis de confiança e satisfação da mãe ao amamentar. Revestem-se de reconhecida importância as

visitas domiciliares neste contexto, ao possibilitarem a observação do meio envolvente da família e avaliação de potenciais problemas, de modo a que a intervenção do enfermeiro seja individualizada à mulher e sua família, promovendo relações de entre ajuda de adaptação aos novos papéis saudáveis. Será importante desenvolver sistemas que garantam a continuidade de cuidados especializados na lactação/amamentação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, pela formação de um maior número de enfermeiros na amamentação, reforçando-se a boa prática de na existência de um elemento de referência da área informar a mulher da sua identificação e forma de contacto. Com efeito, as ações e atitudes dos profissionais de saúde podem ter um efeito negativo no aleitamento materno, se estas forem contraditórias, insuficientes, não providenciando um suporte adequado e de que as mães carecem. Diferentes estudos têm demonstrado que as atitudes dos profissionais influenciam o estabelecimento e manutenção da amamentação. Na presente investigação verificou-se que a amamentação aos 24 meses se relacionava com a percepção que as mães revelaram ter das atitudes dos enfermeiros, concluindo-se que as mães que amamentavam aos 24 meses haviam percebido atitudes adequadas ou muito adequadas. Se no estabelecimento da amamentação o conhecimento das suas vantagens, a decisão de querer amamentar parecem ser fatores intervenientes, a manutenção da amamentação surge relacionada também com as atitudes dos profissionais e suporte assistencial valorizado pelas mulheres.

Pode-se destacar também a importância da primeira consulta de enfermagem do recém-nascido, no momento do diagnóstico precoce, onde o enfermeiro deve observar a mamada, corrigir técnica desadequada, esclarecer dúvidas e reforçar informações transmitidas ao longo das consultas de gravidez, essencialmente reforçando a confiança da mãe nas suas competências e estabelecendo com ela uma ligação de respeito face às dificuldades expressas.

O estabelecimento de Cantinhos da Amamentação em todas as unidades de saúde, como espaço de excelência onde a mãe pode amamentar em privacidade e num ambiente calmo e tranquilo, favorecedor do aleitamento materno.

Será importante instituírem-se programas formais de educação para profissionais de saúde relacionados com a amamentação já que muitos estudos demonstram que quantos melhor preparados estão os profissionais e maiores habilidades possuem, maior é o impacto positivo na prevalência da amamentação. Isto pela maior facilidade na deteção e ajuda nas dificuldades. Só o conhecimento correto, permanente e renovado deste tema e dos fatores sociais e culturais da comunidade onde se insere, permitirão o estabelecimento de programas e práticas informativas e formativas adequadas às necessidades de cada mulher,

com medidas concretas e efetivas que promovam, protejam e suportem esta prática. Profissionais de saúde capacitados poderão transformar a cultura da amamentação. De entre as iniciativas existentes salienta-se a comemoração da Semana Mundial do Aleitamento Materno, em Portugal, incentivada pela Ordem dos Enfermeiros, como oportunidade de dinamização junto da comunidade de diferentes ações educativas e de esclarecimento da população no que ao aleitamento materno respeita, eliminando mitos, e aumentando a consciencialização da sociedade para a sua importância.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, H.; Silva, A. I. (2011). Aleitamento materno- A importância de intervir. Artigo de revisão. *Acta médica portuguesa*, 24, 2011.
- Alves, J. S.; Couto de Oliveira, M.I.; Rito, R. V.V.F. (2018). Orientações sobre a amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23, 2018.
- American Academy of Pediatrics (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, vol. 129, n.3, Março 2012.
- Anstey, E. H. (2013). Factors related to the professional management of early breastfeeding problems: Perspectives of lactation consultants. Graduate theses and dissertations, University of South Florida, Scholar Commons in <https://scholarcommons.usf.edu/etd/4860>
- Antunes, L. S., Antunes, A. A. L., Corvino, F. M. O., Maia, C. L. (2008). Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, n 1, Janeiro-Fevereiro, 2008, pp. 103-109. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil.
- Azevedo, A. R. R., Alves, V. H., Sousa, R. M. P., Rodrigues, D. P., Branco, M. B. L. R., Cruz, A. F. N. (2015). O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* N.19, Julho- Setembro 2015.
- Batista, K. R. A., Farias, M. C. A. D., Mello, W.S. N. (2013). Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em debate*, vol.37, n.96, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil, janeiro – março, 2013.
- Boccolinia, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I.C., Escamilla, R. P. (2015). A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Rev Soc Bol Ped. Bolivia*, 2015.

- Caminha, M. F.C., Serva, V. B., Arruda, I. K.G., Filho, M. B. (2010). Aspectos históricos, científicos, socioeconómicos e institucionais do Aleitamento Materno. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil.*, Recife, 10, Janeiro-Março, 2010.
- Carneiro, L.M.M.C., Barbieri, F., Moro, A.S.S., Freitas, H.M.B.- Colomé, J.S., Backes, d.s. (2014). Prática do Aleitamento materno por puérperas: Factores de risco para o desmame precoce. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da saúde.* Santa Maria, vol.15, n.2, p.239-248.
- Castro, R.J.S.; Silva, E.M.B.; Silva, D.M. (2015). Perceção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção da amamentação. *Revista Enfermagem Referência, Série IV* ,Nº6 Julho/Agosto/Setembro 2015.
- Castelli, C. T. R., Maahs, A. M. P., Almeida, S.T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao Aleitamento Materno. *Revista CEFAC*, vol.16, n.4,julho-agosto, 2014. S. Paulo, Brasil.
- Chiavenato, Idalberto (2000). *Introdução à teoria Geral da Administração.* (6ª Edição). Madrid: Elsevier.
- Chiavenato, Idalberto (2000). *Recursos Humanos.* (6ª Edição). São Paulo, Editora Altas.
- Coelho, A. M. G. (2015). *Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa.* Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Comité português para a UNICEF (2004). *Proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projeto em ação.* Documento;
- Costa, D.O.; Souza, F.I.S.; Pedroso, G.C.; Strufaldi, H.W.L. (2018). Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atuação básica. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23, 2018.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro. *Diário da República* n.º 228 - I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro. Diário da República n.º38 - I Série. Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril. Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-19. Conselho de Ministros e Saúde. Lisboa, Portugal.
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C., Alexandrino A. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- 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. V. 2, n.1, Maio, 2014.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Código Internacional de marketing de substitutos de leite materno, Direção Geral de Saúde, Programa Nacional de saúde Reprodutiva, 2008.
- Direção-Geral da Saúde (2014). Registo do Aleitamento Materno- Relatório Janeiro a dezembro 2013. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
- Ferreira, H.L.O.C.; Oliveira, M.F.; Bernardo, E.B.R.; Almeida, P.C.; Aquino, P.C.; Pinheiro, A.K.B. (2018). Fatores à adesão ao aleitamento materno exclusivo. Ciências & Saúde Coletiva, 23, 2018.
- Ferreira, M.; Nelas, P.; Duarte, J. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. Referência, II Serie, nº6 (39-56).
- Ferreira, M.; Nelas, P.; Duarte, J. (2011). Motivação para p aleitamento materno: variáveis intervenientes. Millenium, 40, 2011.
- Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de família: Um contexto do cuida (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

- Figueiredo, S. H.; Mattar, M.J.G.; Abraão, A.C.F.V. (2013). Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. Ver. Esc. Enferm USF, 47, 2013.
- Fortin, M.F.(2003). O Processo de Investigação – da Concepção à Realização. Lusocência: Loures, 3ª Edição.
- Furtado, A.; Nascimento, J. (2017). Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na promoção do aleitamento materno. Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017.
- Galvão, D.M.P.G; Cardoso, C.M. (2017). Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria e promoção da amamentação após o regresso ao trabalho. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia nº1, Monográfico 2, 2017.
- Grabman, L.H.; Hiltenburg, A. S.; Portela, A. (2017). Factors affecting effective community participation in maternal and newborn health programme planning, implementation and quality of care interventions. BMC Pregnancy and Childbirth, Bio Med Central, USA, 2017.
- Grant, A. (2016). I...don't want to see you flashing your bits around: exhibitionism, othering and good motherhood in perceptions of public breastfeeding. Elsevier, Geoforum, 71, 2016.
- Guedes, A. C.B.S., Filho, L. C. P. S., Taveira, J. (2015). Amamentação: uma reavaliação dos benefícios. Sociedade de Patologia de Tocantins. Revista Patologia de Tocantins, v 2 n 2 p.8-14.
- Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. S., Apóstolo, J. L. A. (2016). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização. Revista de Enfermagem Referência Série IV – N. 8 - jan./fev./mar. 2016.

- 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 Pediatrica Portuguesa* n.46. 2015.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF.
- Levy, L. (2011). *Um Acto de Amor - Tudo o que precisa de saber para Amamentar o seu bebe com sucesso*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa: UNICEF.
- Machado, M.; Assis, K.; Oliveira, F.; Ribeiro, A.; Araujo, R.; Cury, A.; Priore, S. Franceschini, S. (2014). Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, 48(6), 2014.
- Marinho, M. S., Andrade, E. N., Abrão, A. C. F. V. (2015). A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno- revisão bibliográfica. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Jul./Dez. 2015.
- Marques, R. (2017). *Intervenção do enfermeiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em contexto dos cuidados de saúde primários. Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária*. Lisboa, 2017.
- Marques, S. M. N.; Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2015). Aleitamento materno: um estudo descritivo no centro de saúde da região oeste. *International Journal of development and education psychology, INFAD Revista de Psicologia*, n1-vol1, 2015.
- Meek, J.Y., Hatcher, A.J. (2017). The breastfeeding- friendly pediatric office practice. *Pediatrics*. Vol.139, N.5 Maio, 2017.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o Spss Statistics*. ReportNumber ISBN:9789899676343

- Miranda, L.; Zangão, O.; Risso, S. (2017). O papel do enfermeiro no sucesso para o aleitamento materno- Revisão da literatura. *RIASE Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, vol.3, nº1, 2017.
- Moura, L. P., Oliveira, J. M, Noronha, D. D. , Torres, J. P. R. V., Oliveira, K. C. F. , Teles, M. A. B. (2017). Perception of mothers enrolled in a family health strategy on exclusive breastfeeding. *Journal of Nurses UFPE on line*, Recife 11. Março 2017.
- Mugadza, G.; Zvinavashe, M.; Gumbo, F.Z.; Stray-Pederso, B.; Harusivishe, C. (2016). Early breastfeedindinitiation (EBFI) *International Journal of Nursing and Midwifery. Academic Journal*, Vol.8, Dezembro, 2016.
- Nelas, P.; Santos, C.; Duarte, J.; Coutinho, E.; Chaves, C., Amaral, O.; Ferreira, M.; Cruz, C. (2016). Motivation for breastfeeding: a matter of educational level? *Atencion Primária*, 48, 2016.
- Oliveira, M. (2016). Aleitamento Materno: Estudo de Prevalência e Fatores Condicionantes nos Primeiros Seis Meses de Vida. *Pensar Enfermagem*, Vol. 20, N.º 1, 1º Semestre de 2016.
- Oliveira, A. C., Dias, I. K. R., Figueredo, F. E., Oliveira, J. D., Cruz, R.B. L.C., Sampaio, K. J.A.J. (2016). Breastfeeding exclusive breastfeeding: interruption of causes in mothers of teens perception. *Journal of Nursing, UFPE on line*. Recife, 10, Abril., 2016.
- Oliveira, S.; Boccolini, C. S.; Faestein, E.; Verly- Jr, E. (2017). Duração do Aleitamento materno e fatores associados entre 1960 e 2000. *Jornal de pediatria*, n2- vol93, marzo-abril 2017, Sociedade Brasileira de pediatria, Porto Alegre, Brasil.
- Ordem dos Enfermeiros, (2004). *Divulgar, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, (Conselho de Enfermagem). Lisboa: Sociedade Gráfica;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Recomendações para a Preparação para o Nascimento.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). Descobrimo regressão: com a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Silabo
- Pinto, E.; Chaves, C.; Duarte, J.; Nelas, P.; Coutinho, E.; (2016) Maternal affection and motivation for breastfeeding. *Elsivier Procedia- Social and Behavior Sciences* 217, 2016.
- Plano Nacional de Saúde - DGS - 2012-2016.Revisão e Extensão a 2010 (04 de Maio de 2016). Obtido de Plano Nacional de Saúde - DGS - 2012-2016:
<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>;
- Polit, D. F.; Beck, C. T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- .Raheem, R.A. (2014). A cohort study of postnatal depression, infant feeding practices and infant growth in Male', the Republic of Maldives. Thesis presented for the degree of doctor of philosophy of Curtin University, School of Public Health, 2014.
- Robinson, C. (2016). Misshapen motherhood: placing breastfeeding distress emotion, space and society XXX, Elsevier Ltd.
- Rocha, F.A.A., Junior, A.R.F.; Junior, C.C.M.; Rodrigues, E. N.G. (2016). O enfermeiro de estratégia de saúde familiar como promotor do aleitamento materno. *Revista Contexto & Saúde*, Vol. 16, Nº31, 2016.
- Saavedra, J. M. Dattilo, A.M. (2012). Factores alimentários y dietéticos asociados a la obesidade infantil: recomendaciones para suprevencion antes de los dos años de vida. *Rev.Peru Med Exp Salud Publica*, 29 (3), p.379-385.

- Santos, A.; Araújo dos Santos, G.; Siqueira, S. (2017). Ações desencadeadas pelo enfermeiro para promoção do aleitamento materno e prevenção do desmame precoce. *Revista Brasileira da Saúde Funcional*, Vol. 1, Nº1, Junho 2017.
- Sardo, D. (2016). Intrinsic and extrinsic motivation to breastfeed scal: adaptation and validation for portuguese population. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 217, Elsevier Ltd, 2016.
- Siqueira, T.R., Medeiros, A.S.O.L., Moura, C.C.L., Oliveira, C.M., Kairala, A.L.R., Oliveira, M.S. (2015). A amamentação segundo a óptica da mãe primípara: uma prespetiva compreensiva de promoção e apoio. XV Safety, Health and Environmental Word Congress, p.19-22, Porto, July, 2015.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e fatores que influenciam a duração da sua modalidade exclusive nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, n.44, 2013.
- Soares, M.; Silva, M. A.; Fonseca, P. C. A.; Vieira, A. S.; Araujo, R. H. A. Franceschini, S. C.C. (2016). Associação entre fatores sociodemográficos e a prevalência do aleitamento materno exclusive no primeiro mês de vida. *Journal of management and primary health care*, 7, 2016.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Tamiru, D.; Jisha, H. (2017). Breastfeeding skills in Arba Minchzuria: The position and attachment initiatives. *International Journal of Nursing and Midwifery, Academic Journals*, Vol.9, April 2017.
- Teixeira, S. C. N. A. (2016). Aplicabilidade da taxa de cesarianas proposta pela OMS a nivel global. Artigo de revisão Bibliográfica, Dissertação de Mestrado de Medicina 2015/2016, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2016.

Uchoa, J. L., Joventino, E. S., Javorsk, M., Almeida, P. C., Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B. (2017). Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. Aquichan, Vol. 17. N.1 Columbia, Março, 2017

UNICEF (2004). Health Benefits of Breastfeeding. UNICEF UK Baby Friendly Initiative.

World Health Organization (2008). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusion of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC: USA.

World Health Organization (2008). The Optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.

World Health Organization (2009). UNICEF. Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization

World Health Organization; (2012.)Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Sixty-Fifty World Health Assembly. Geneva, 2012..

World Health Organization (2013). Long-term effects of breastfeeding: a Systematic review.

World Health Organization (2018). WHO Recommendations Intrapartum care for positive childbirth experience, 2018.

ANEXOS

algumas doenças.	30	2.7	36	3.3	126	11.4	356	32.3	554	50.3
20.Os bebés amamentados vão apresentar um melhor desenvolvimento.	63	5.7	77	7.0	254	23.0	331	30.0	377	34.2
21.Ao amamentar irei contribuir para o bem-estar da minha família.	63	5.7	102	9.3	233	21.1	350	31.8	354	32.1
22.Se ocorrer alguma situação que me impeça de amamentar conheço outras alternativas.	8	0.7	19	1.7	107	9.7	416	37.7	552	50.1
23.Considero que o leite materno tem propriedades protetoras contra infeções e inflamações no meu bebé.	15	1.4	19	1.7	92	8.3	337	30.6	639	58.0
24.O leite materno torna as crianças mais inteligentes.	207	18.8	175	15.9	323	29.3	218	19.8	179	16.3
25.O meu ambiente familiar favoreceu a minha decisão em amamentar.	88	8.0	86	7.8	212	19.2	289	26.2	427	38.7
26.O pai do bebé incentivou-me a amamentar.	101	9.2	91	8.3	191	17.3	287	26.0	432	39.2

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Não concordo; 2- Concordo pouco, 3- Concordo moderadamente, 4- Concordo muito, 5- Concordo muitíssimo.

ANEXO II

Tabela 24- Frequência de respostas da escala de dificuldades na amamentação

	Nenhuma dificuldade		Pouca dificuldade		Alguma dificuldade		Muita dificuldade		Total dificuldade	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-Posicionar o bebe para mamar	368	33.4	343	31.3	328	29.8	50	4.5	13	1.3
2-Estabelecer uma boa pega à mama	304	27.6	319	28.9	335	30.4	100	9.1	44	4.0
3-Estabelecer uma boa sucção do bebe à mama	303	27.5	347	31.5	300	27.2	114	10.3	38	3.4
4-Manter uma mamada sem dor	255	23.1	321	29.1	331	30.0	139	12.6	56	5.1
5-Manter uma mamada sem calor e/ou vermelhidão na mama	316	28.7	378	34.3	274	24.9	96	8.7	38	3.4
6-Manter o mamilo sem ferida	301	27.3	333	30.2	274	24.9	132	12.0	62	5.6
7-Fazer o esvaziamento das mamas	317	28.8	368	33.4	290	26.3	85	7.7	42	3.8
8-Satisfazer o bebe com o meu leite	478	43.4	279	25.3	197	17.9	91	8.3	57	5.2
9-Apresentar mamilos salientes e adequados à pega	477	43.3	296	26.9	200	18.1	65	5.9	64	5.8
10-Ter leite em quantidade suficiente	498	45.2	262	23.8	191	17.3	88	8.0	63	5.7
11-Manter o bebe desperto durante a mamada	275	25.0	397	36.0	281	25.5	111	10.1	38	3.4
12-Manter o bebe interessado na mama	390	35.4	426	38.7	195	17.7	60	5.4	31	2.8
13-Receber apoio adequado para amamentar	463	42.0	410	37.2	158	14.3	51	4.6	20	1.8

ANEXO III

Tabela 30- Frequência de respostas relativas à escala das atitudes dos enfermeiros promotoras da amamentação

	1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2-A relação que os enfermeiros estabeleceram comigo favoreceu a minha decisão em amamentar	138	12.5	108	9.8	136	12.3	227	20.6	38.6	35.0	107	9.7
4-Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para me ajudar na iniciação da amamentação	64	5.8	78	7.1	179	16.2	279	25.3	481	43.6	21	1.9
7-Os enfermeiros mostraram compreensão face às dificuldades que eu manifestei	19	1.7	64	5.8	223	20.2	312	28.3	454	41.2	30	2.7
8-As informações que os enfermeiros me forneceram ajudaram-me na amamentação	30	2.7	62	5.6	204	18.5	304	27.6	480	43.6	22	2.0
10-Os enfermeiros responderam às minhas dúvidas sobre amamentação	26	2.4	44	4.0	193	17.5	298	27.0	519	47.1	22	2.0
11-Os enfermeiros encorajaram-me a amamentar	55	5.0	43	3.9	153	13.9	75	25.0	536	48.6	40	3.6
12-Foi-me fornecida informação sobre a técnica para amamentar pelos enfermeiros	53	4.8	73	6.6	191	17.3	272	24.7	492	44.6	21	1.9
13-Os enfermeiros elogiaram as minhas habilidades maternas	156	14.2	120	10.9	228	20.7	248	22.5	297	27.0	53	4.9
14-As atitudes do enfermeiro facilitaram o início/manutenção da amamentação	68	6.2	107	9.7	190	17.2	296	26.9	394	35.8	47	4.3
18- Os enfermeiros valorizam-me enquanto pessoa única e diferente	125	11.3	92	8.3	194	17.6	271	24.6	305	27.7	115	10.4
19- Os enfermeiros respeitam a minha vontade e a minha decisão sobre amamentação	49	4.4	35	3.2	170	15.4	252	22.9	541	49.1	55	5.0
20- Os enfermeiros aproximaram-se para me ajudar a amamentar	46	4.2	71	6.4	218	19.8	301	27.3	425	38.6	41	3.7
21- Os enfermeiros respeitaram o meu tempo para amamentar e do meu bebe para mamar	28	2.5	47	4.3	178	16.2	305	27.7	509	46.2	35	3.2

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

Nunca; 2- Raramente, 3- Às vezes, 4- Frequentemente, 5- Sempre, 6- Não se aplica

ANEXO IV

Informações relativas ao projeto de investigação

O presente estudo inclui-se no projeto com a referência PROJ/CI&DETS/2016/0017 com o título “Prevalência da Amamentação. Motivação, dificuldades e a ajuda dos enfermeiros”, início a janeiro de 2017, com a duração de 12 Meses sob a coordenação de projeto de Emília de Carvalho Coutinho. A equipa de investigação é constituída pelos investigadores João Carvalho Duarte, Paula Alexandra Batista Nelas, Cláudia Margarida Balula Chaves, Maria Odete Pereira Amaral e Rui Dionísio.

Todas as autorizações e instrumento de colheita de dados podem ser solicitados junto da coordenadora pelo projeto de investigação, Emília de Carvalho Coutinho.

ssvgeral@essv.ipv.pt