

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

Agradecimentos

À Senhora Professora Doutora Emília Coutinho, pela orientação na condução deste estudo, pelas críticas e conselhos prestados, estímulo e reconhecimento ao longo do meu percurso académico e profissional.

Aos que acreditaram e me fizeram acreditar que era possível!

Os que foram e continuam a ser, parte integrante do meu crescimento e desenvolvimento profissional, acima de tudo pessoal.

A todas as mães que colaboraram e fizeram parte deste estudo.

Às pessoas especiais com quem tenho o privilégio de partilhara minha vida.

A ti Fernanda o meu bem haja!

A todos, o meu mais sincero e reconhecido agradecimento

Resumo

Enquadramento: O aleitamento materno [AM] é a forma ideal de alimentação de todos os recém-nascidos a nível mundial, sendo determinante na prevenção da morbidade e mortalidade infantil. Pretende-se determinar a taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo ao 6º mês de vida e identificar os determinantes do AM.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal descritivo-correlacional. Amostra aleatória de 349 mães, cujos filhos nasceram entre janeiro 2016 e dezembro 2018. Aplicado questionário *online* após contacto telefónico, durante abril 2019.

Resultados: A taxa de prevalência do AME ao 6º mês de vida é de 33.2%. São determinantes do AM: local de residência urbano ($p=0,028$:1º mês); situação profissional - trabalho por conta de outrem ($p=0.035$:1º mês); rendimento mensal durante AM ($p=0.020$:4º mês; $p=0.010$:5º mês); gravidez não planeada ($p=0.015$:1º mês); acompanhamento no parto por pessoa significativa ($p=0.012$:4º mês); parto vaginal ($p=0.015$:1º mês; $p=0.018$:4º mês); contacto pele-a-pele ($p=0.002$:1º mês; $p=0.040$:4º mês); início precoce AM ($p<0.001$:1º mês; $p<0.001$:4º mês; 0.015 :5º mês); experiência anterior positiva ($p<0.001$:1º mês; $p<0.001$:4º mês; $p=0.002$:5º mês); AM anterior ≥ 11 meses ($p=0.009$:1º mês; $p<0.001$:4º mês; $p<0.001$:5º mês; $p=0.001$:6º mês); influência de terceiros na decisão AM ($p=0.023$:4º mês; $p=0.040$:5º mês); assistir cursos AM ($p=0.009$:5º mês; $p=0.006$:6º mês); receber informação escrita AM ($p<0.024$:1º mês); muito confiante durante gravidez e alta na capacidade para amamentar ($p<0.001$:1º mês; $p=0.001$:4º mês; $p<0.001$:5º mês; $p=0.003$:6º mês e $p<0.001$:1º mês; $p=0.001$:4º mês; $p<0.001$:5º mês; $p=0.003$:6º mês); visita domiciliária primeiras duas semanas pós-parto ($p<0.001$:1º mês); satisfação no AM nas primeiras duas semanas pós-parto ($p<0.001$: 1º, 4º e 5º mês); classificação Boa na informação AM após alta ($p=0.022$:4º mês; $p=0.028$:5º mês); classificação Boa na ajuda prática AM após alta ($p=0.010$:4º mês); regresso trabalho ($p=0.021$:5º mês); Idade bebé aquando regresso ao trabalho ($p=0.014$:5º mês; $p<0.001$:6º mês).

Conclusões: São determinantes do AM: fatores sociodemográficos, obstétricos, experiência anterior, assim como visita domiciliária nas duas semanas pós-parto, informação e ajuda prática recebida após alta, devendo estas práticas ser incentivadas.

Palavras-chave – Aleitamento materno, prevalência, determinantes.

Abstract

Background: Breastfeeding is the ideal feeding method for all newborns worldwide and is a key determinant to prevent infant morbidity and mortality). The aim is to determine the prevalence rate of exclusive breastfeeding at 6th month of life and to identify the determinants of breastfeeding.

Methods: Quantitative, cross-sectional descriptive-correlational study. Random sample of 349 mothers, whose children were born between January 2016 and December 2018. Applied online questionnaire after telephone contact, during April 2019.

Results: The prevalence rate of breastfeeding at the 6th month of life is 33.2%. The determinants of breastfeeding are: urban place of residence ($p = 0.028$: 1st month); professional status - work for others ($p = 0.035$: 1st month); monthly income during breastfeeding ($p = 0.020$: 4th month, $p = 0.010$: 5th month); unplanned pregnancy ($p = 0.015$: 1st month); attendance at birth by significant person ($p = 0.012$: 4th month); vaginal delivery ($p = 0.015$: 1st month, $p = 0.018$: 4th month); skin-to-skin contact ($p = 0.002$: 1st month, $p = 0.040$: 4th month); early breastfeeding ($p < 0.001$: 1st month, $p < 0.001$: 4th month, 0.015 : 5th month); previous positive experience ($p < 0.001$: 1st month, $p < 0.001$: 4th month, $p = 0.002$: 5th month); Previous breastfeeding ≥ 11 months ($p = 0.009$: 1st month, $p < 0.001$: 4th month, $p < 0.001$: 5th month, $p = 0.001$: 6th month); influence of third parties in AM decision ($p = 0.023$: 4th month, $p = 0.040$: 5th month); attend breastfeeding courses ($p = 0.009$: 5th month, $p = 0.006$: 6th month); receive written information about breastfeeding ($p < 0.024$: 1st month); very confident during pregnancy and hospital leave in the ability to breastfeed ($p < 0.001$: 4th month, $p = 0.001$: 4th month, $p < 0.001$: 5th month, $p = 0.003$: 6th month and < 5 th month, $p = 0.003$: 6th month); domiciliary visit in the first two weeks postpartum ($p < 0.001$: 1st month); satisfaction in breastfeeding at first two weeks postpartum ($p < 0.001$: 1st, 4th and 5th month); rating Good on breastfeeding information ($p = 0.022$: 4th month, $p = 0.028$: 5th month); rating Good on practical help breastfeeding after hospital leave ($p = 0.010$: 4th); return work ($p = 0.021$: 5th month); baby age when returning to work ($p = 0.014$: 5th month, $p < 0.001$: 6th month).

Conclusions: The determinants of breastfeeding are socio-demographic, obstetric, previous experience, as well as domiciliary visit in the two weeks postpartum, information and practical help received after hospital leave, and these practices should be encouraged.

Keywords - Breastfeeding, prevalence, determinants.

Preâmbulo

Quando se assinala o 45^a aniversário da primeira resolução da Assembleia Mundial de Saúde em prol da promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, que identifica o leite materno como o alimento ideal para o desenvolvimento físico e intelectual harmonioso da criança e que recomenda a criação de medidas legislativas de proteção à mãe, assim como a formação de profissionais de saúde, mães e comunidade, visando a criação de um ambiente socioculturalmente recetivo a esta prática, constata-se que há ainda muito a fazer para concretizar quer estas, quer outras recomendações que derivaram de Assembleias subsequentes, e alcançar a meta definida para 2025 de aumentar até 50% a taxa de aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade.

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras.....	XV
Lista de Tabelas.....	XVII
Lista de Quadros	XIX
Lista de Abreviaturas Siglas e Acrônimos	XXII
Introdução.....	23
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1. ALEITAMENTO MATERNO	29
2. DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO.....	37
3. ALEITAMENTO MATERNO: RECOMENDAÇÕES GERAIS; TENDÊNCIAS E PREVALÊNCIA	47
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	65
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	67
4.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	67
4.2. MÉTODOS	68
Fig 1. Componentes de um ambiente favorável ao AM- Modelo Concetual	69
4.3. PARTICIPANTES	71
Quadro 1- Caraterização sociodemográfica	72
Quadro 1- Caraterização sociodemográfica (cont.)	73
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	73
4.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	83
4.6. PROCEDIMEENTOE ESTATISTICOS	83
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	84
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO E RESULTADOS	110
Conclusão.....	122
Referências Bibliográficas	125
APÊNDICE.....	134
Apêndice: 1 . Instrumento de colheita de dados.....	136
ANEXOS	150
ANEXO 1. Iniciativa amiga dos bebês	152

ANEXO 2. Análise dos progressos na execução do plano respeitante ao cumprimento das metas Mundiais de Nutrição 2015	156
Anexo 3- TENDÊNCIAS DO AM EM PORTUGAL (Relatório WBTi).....	158
Avaliação da implementação de estratégias e políticas em Portugal pelo WBTi	158
ANEXO 4- Aprovação do estudo pela comissão ética e pelo conselho de administração do CHUCB para realização de estudo	171

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Componentes de um ambiente favorável ao AM- Modelo Concetual.....	69

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Operacionalização e recodificação das variáveis sociodemográfica.....	75
Tabela 2. Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (gravidez)...	76
Tabela 3. Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (trabalho de parto / parto).....	76
Tabela 4. Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (pós-parto).....	77
Tabela 5. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM A: Experiência anterior de outros filhos.....	78
Tabela 6. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM B: Preparação prévia para o aleitamento materno (durante a gravidez).....	78
Tabela 7. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM C: Experiência de aleitamento materno (após o parto, enquanto esteve no hospital)	79
Tabela 8. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM D: Experiência de aleitamento materno (após a alta, já em casa com o bebê)	80
Tabela 9. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM D: Experiência de aleitamento materno (regresso ao trabalho).....	81
Tabela 10. Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM Caraterísticas do aleitamento/alimentação do bebê.....	82

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1. Caraterização sociodemográfica.....	72
Quadro 2. Dados obstétricos (gravidez).....	85
Quadro 3. Dados obstétricos (parto).....	86
Quadro 4. Dados obstétricos (pós-parto).....	87
Quadro 5. Dados relativos ao aleitamento materno de outros filhos e desta durante a gravidez.....	89
Quadro 6. Dados relativos à informação à informação e ajuda prática do AM, recebida durante o internamento.....	90
Quadro 7. Dados relativos ao aleitamento materno aquando da alta.....	91
Quadro 8. Classificação do contributo/qualidade da informação obtida durante a gravidez, o internamento e após a alta sobre o AM.....	93
Quadro 9. Classificação da ajuda prática no AM recebida no internamento e após a alta.....	94
Quadro 10. Dados relativos ao regresso ao trabalho.....	95
Quadro 11. Prevalência do aleitamento materno exclusivo.....	97
Quadro 12. Caraterísticas do aleitamento/alimentação.....	98
Quadro 13. Resultados dos estudos dos determinantes do aleitamento materno exclusivo.....	103
Quadro 14. Resultados dos estudos dos determinantes do aleitamento materno exclusivo (continuação).....	107

Lista de Abreviaturas Siglas e Acrônimos

AM- Aleitamento materno

AME- Aleitamento materno exclusivo

BFHI- *Baby-friendly Hospital Initiative*

CHUCB- Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

DGS- Direção geral da saúde

EESMO- Enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia

IBFAN- International Baby Food Action Network

IHAB- Iniciativa Hospital Amigo dos bebês

INS- Inquéritos Nacionais de Saúde

LA- Leite adaptado

LM- leite materno

Nº- Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização não governamental

ONU- Organização das Nações Unidas

PNSIJ- *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*

RAM- Registo aleitamento materno

RN- Recém-nascido

UNICEF- Fundo de emergência das nações unidas para a infância

UNRIC- United Nations Regional Information Centre

WBTI- Iniciativa internacional sobre tendências do aleitamento materno

WHA- World health assembly

WHO- World Health Organization

Introdução

Em qualquer parte do mundo, independentemente do local onde um recém-nascido [RN] respira pela primeira vez, o desejo de lhe dar o melhor começo de vida é universal e, o aleitamento materno [AM] oferece aos bebês o melhor início de vida possível (Dr. Theodor Adhanom Ghebreyesus, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde [OMS], como citado em World Health Organization [WHO] & United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF], 2018).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, afirma o direito que todos os lactentes e crianças pequenas têm a uma boa nutrição. Contudo, a OMS aponta para o facto de que 45% da totalidade das mortes anuais em crianças (cerca de 2,7 milhões) são devidas a desnutrição (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018a), estando muitas vezes associadas a práticas alimentares inadequadas durante o primeiro ano de vida. As crianças desnutridas que sobrevivem tornam-se, frequentemente, doentes e sofrem toda a vida as consequências de um desenvolvimento prejudicado (World Health Organization [WHO], United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF] & International Baby Foods Action Network [IBFAN], 2005).

Os primeiros 2 anos de vida da criança são especialmente importantes, uma vez que a nutrição adequada durante este período reduz a morbilidade, a mortalidade, assim como o risco de desenvolver doenças crónicas, melhorando o desenvolvimento geral e cognitivo (OMS, 2018a; WHO & UNICEF, 2018).

O Aleitamento Materno Exclusivo [AME] durante os primeiros seis meses de vida, é a intervenção preventiva com maior impacto potencial sobre a mortalidade infantil (Jones et al., 2003 como citado em Organização Mundial da Saúde [OMS] & Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2017; Victora, Bahl, Barros, França, Horton, Krasevec, . . . Rollins, 2016;). Faz parte das práticas ótimas do aleitamento natural recomendadas pela OMS e pelo Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (do inglês Internacional United Nations International Children's Emergency Funds), que incluem também o início precoce do AM na 1ª hora de vida e o aleitamento continuado até aos 2 anos

ou mais, complementado com alimentos seguros e nutricionalmente adequados (OMS, 2018a; OMS & UNICEF, 2017).

A importância do AM é tal, que melhorar as práticas e conseguir um AM ótimo, em todos os lactentes entre os 0 e os 23 meses, salvaria anualmente a vida a mais de 820 000 crianças com idade inferior a 5 anos (OMS, 2018a; Victora, et al., 2016), a maioria dos quais com menos de seis meses de vida (WHO & UNICEF, 2018), assim como evitar a morte de 20 000 mulheres devido a cancro da mama (Victora, et al., 2016).

A relevância atribuída ao AM em países de baixos e médios recursos é bem reconhecida, contudo, nos países de maiores recursos as opiniões não são tão consensuais, e, salvo raras exceções, a duração do AM é menor nos países com mais recursos do que nos países mais pobres (Victora, et al., 2016).

Os determinantes multifatoriais do AM, acarretam a necessidade de medidas de suporte em vários níveis, desde o nível legal e diretivas políticas até às atitudes e valores sociais, o trabalho e condições laborais das mulheres, assim como ao nível dos serviços de saúde para capacitar profissionais e empoderar as mães para o AM (Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Norton, S., Luther, C. k., Martines, J. C., . . . Victora, C. G., 2016). Quando intervenções relevantes são implementadas adequadamente, as práticas do AM alteram-se e podem ser melhoradas rapidamente, obtendo-se os melhores resultados quando são implementadas medidas através de diferentes canais (Rollins, et al., 2016). Neste contexto, o mesmo autor refere também o investimento financeiro como fundamental para proteger, promover e apoiar o AM, uma vez que apesar dos benefícios, o AM não é a norma em muitas comunidades, verificando-se que em muitos países as mães introduzem Leite Adaptado [LA] e outros alimentos antes dos quatro meses de idade, suspendendo o AM muito antes dos 2 anos (OMS & UNICEF, 2007).

Nenhum outro comportamento de saúde consegue afetar tão variados resultados nos dois indivíduos envolvidos: mãe e criança (Victora, et al., 2016), o que afinca a relevância do AM e a imperatividade do cumprimento das recomendações da OMS e UNICEF para a sua otimização, quer em países ricos, quer pobres, não obstante a necessidade de adaptação das estratégias aos padrões específicos registados em cada país: nos países mais pobres o maior desafio prende-se com o início tardio e com as taxas insatisfatórias de AME; nos de médios recursos e nos mais ricos, a curta duração do AM é um desafio adicional (Victora, et al., 2016).

Não obstante as múltiplas iniciativas de promoção do AM, (WHO & UNICEF, 2018), um pouco por todo o mundo, ainda não se conseguiu uma compreensão plena do fenómeno que seja empoderadora e transformadora das práticas das mães durante o AM dos seus filhos.

Em Portugal, não existem estatísticas sobre a incidência e prevalência do AM, contudo, os estudos locais sugerem que a evolução do AM se processou de forma idêntica à dos restantes países europeus (Levy & Bértolo, 2012). Estudos mais recentes, mostram uma alta incidência do AM, significando que mais de 90% das mães iniciam AM. Contudo, indicam também que quase metade abandona o AM no 1º mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte não consegue cumprir o seu projeto de AM (Levy & Bértolo, 2012). Quanto à manutenção do AM com leite extraído, esta prática parece não ser nem muito divulgada e muito menos analisada.

Existe pouca informação oficial disponível em Portugal, nomeadamente a que se encontra no relatório do Registo Aleitamento Materno [RAM] de 2013 e a de um documento sobre a evolução do AM nas duas últimas décadas, com base nos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde [INS]. Não obstante, esta obscuridade não se deve ao desinteresse dos profissionais de saúde pelo tema, uma vez que sobre ele recaem sumamente os estudos de mestrado e pós-licenciaturas de enfermeiros, quer na área da saúde materna e obstetrícia, quer na área da pediatria nomeadamente neonatologia, assim como os estudos empreendidos por estudantes de medicina. Contudo, na região da Cova da Beira, à imagem do resto do país, não existem evidências sobre o AM, exceção feita à iniciação e tipo de aleitamento à data da alta, através do registo RAM. No entanto, a prática diária, sugere que quer o AME, quer o AM continuado fica aquém do desejável.

A perceção desta realidade desfavorável a nível mundial, e da falta de dados concretos tanto a nível nacional como local, incita a um estudo abrangente, que permita por um lado analisar o *status quo* atual, sobretudo no que respeita à prevalência do AM na região de abrangência do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira [CHUCB], e por outro identificar os determinantes que condicionam esta prática, na população em estudo, visando a implementação de ações de promoção, apoio e suporte do AM, contribuindo assim para o desenvolvimento ótimo, tanto físico quanto cognitivo das futuras gerações.

Neste contexto, partindo das questões iniciais:

‘Qual a prevalência do AM na região de abrangência do CHUCB?’

‘Quais os determinantes do AM na região de abrangência do CHUCB?’

Delimitado o estudo, definiu-se como enunciado do problema de investigação:

“Aleitamento Materno: determinantes e prevalência na região de abrangência do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira”

Em consonância com as questões de investigação, estabeleceram-se como objetivos do estudo:

- Determinar prevalência do AM à data da alta;
- Determinar prevalência do AM exclusivo ao 1º mês de vida;
- Determinar prevalência do AM exclusivo ao 4º mês de vida;
- Determinar prevalência do AM exclusivo ao 5º mês de vida;
- Determinar prevalência do AM exclusivo ao 6º mês de vida;
- Identificar determinantes do AM.

Para atingir estes objetivos, responder a estas questões e elucidar o problema de investigação, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo descritivo-correlacional, transversal, com uma amostra constituída por 349 mães, cujos bebés nasceram entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018, no CHUCB.

A colheita de dados fez-se através da aplicação de um questionário autoadministrado, construído pela autora, tendo como referência o modelo concetual proposto por (Rollins, et al., 2016). A análise dos dados foi realizada mediante utilização do programa da IBM, Statistic Package for Social Sciences [SPSS], versão 25.

Este relatório está dividido em duas partes essenciais: na Parte I, faz-se a revisão bibliográfica, com o enquadramento teórico relativamente aos benefícios do AM para a mãe e criança; recomendações da OMS e UNICEF e determinantes do AM. Nesta primeira parte é também apresentado o estado da arte, analisando o que já foi escrito sobre as tendências e prevalências mundiais e nacionais do AM.

Na Parte II, o estudo empírico, onde se faz o enquadramento metodológico, apresentando todos os passos metodológicos empreendidos; a apresentação de resultados, e análise descritiva dos mesmos. Para identificar os determinantes, realizou-se uma análise inferencial com aplicação do teste do Qui-quadrado. Por fim a discussão de resultados. As conclusões do estudo e as sugestões para melhorar as práticas, com base na evidência, finalizam o relatório de investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ALEITAMENTO MATERNO

Hoje em dia, é dada particular importância ao AM, assim como à promoção das práticas ótimas a ele relacionadas. Contudo, nem sempre a sua importância foi reconhecida, tendo sido negligenciada durante décadas pela prática médica, e pelas entidades responsáveis pela saúde pública, conduzindo ao pressuposto de que o LM poderia ser substituído por produtos artificiais sem que houvesse consequências prejudiciais (Victora, et al., 2016). Atualmente, trava-se uma luta constante, visando reconquistar o lugar primordial do AM, para que esta prática desejável, volte a ser a norma na alimentação das crianças em todo o mundo (OMS & UNICEF, 2017)

Aleitamento materno: do declínio à norma antiga

No séc. XX, o AM apresentou um decréscimo considerável, devido a determinantes multifatoriais, incluindo condições socioculturais, económicas, políticas e ambientais, sobretudo: a industrialização; a II Guerra Mundial; a massificação do trabalho feminino; os movimentos feministas; a perda da família alargada; a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde (Levy & Bértolo, 2012); e os interesses comerciais, nomeadamente o *marketing* agressivo e enganoso das empresas de produtos alimentares, que engendrou e divulgou a ideia errada, de que o AM era inferior ao aleitamento com substitutos do LM (OMS, 2008; Resolución WHA 27.43, mayo de 1974). Em consequência, os substitutos do LM passaram a ser vistos como modernos e prestigiosos e o AM era associado ao ser pobre e sem sofisticação (Meldrum, 1982 como citado em Rollins, et al., 2016). Foram as mulheres com maior escolaridade que mais precocemente deixaram de amamentar, sendo desde logo imitadas pelas mulheres com menor escolaridade, resultando este abandono, numa baixa incidência e prevalência do AM (Levy & Bértolo, 2012).

Este fenómeno tornou-se comum em todas as partes do mundo, tendo apresentado consequências gravíssimas em termos do aumento da mortalidade infantil e malnutrição nos lactentes, especialmente nos países em desenvolvimento (Levy & Bértolo, 2012; Resolución WHA 27.43 mayo 1974).

A partir de meados do séc. XX, emerge a preocupação sobre a nutrição da mãe, do lactente e da criança pequena, sob o olhar atento de organizações internacionais, nomeadamente da OMS e da UNICEF, ambas agências da Organização das Nações Unidas [ONU]. Estas entidades têm sido profícuas quer na identificação de problemas, quer no estabelecimento de metas, estratégias e orientações, de modo a garantir uma nutrição mais adequada que permita o melhor desenvolvimento físico e cognitivo das futuras gerações. Apesar disso, só na década de 70 é que se verifica um retorno gradual à prática do AM, sobretudo nas mulheres mais informadas (Levy & Bértolo, 2012). Ainda assim, um retorno lento e por vezes, desalentador (WHO & UNICEF, 2018).

Com a associação da UNICEF e OMS em 1972, dá-se um ponto de viragem (Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2017): a saúde materna e a nutrição infantil tornam-se parte integrante dos cuidados de saúde primários e a comunidade internacional é despertada para a importância do AM, como forma de melhorar a nutrição e a saúde das crianças em todo o mundo (OMS, 2008). O assunto entra formalmente na agenda mundial em 1974 na 27ª Assembleia Mundial da Saúde (do inglês World Health Assembly [WHA]). Na Resolução WHA 27.43 em maio desse ano, foi considerado demonstrado que o AM é o método de alimentação ideal, mais adequado e conveniente para o desenvolvimento físico e mental harmonioso da criança, surgindo as primeiras recomendações no sentido de fomentar o AM e de responsabilização dos governos para a adoção de medidas sociais adequadas que permitissem às mães amamentar os seus filhos; a revisão das ações de promoção e venda de alimentos para lactentes, e a necessidade de instruir adequadamente não só o pessoal de saúde, como também as mães e a comunidade em geral (Resolución WHA 27.43, mayo de 1974).

O interesse e a ênfase dada ao AM como forma de ultrapassar os problemas de nutrição infantil, estendeu-se para além da OMS e da UNICEF e em 1979, decorre uma reunião (9-12 de outubro) em Genebra, onde estiveram presentes cerca de 150 representantes de governos, organizações do sistema das Nações Unidas [UN] e outros organismos intergovernamentais, organizações não governamentais [ONG] indústrias de alimentação infantil e especialistas de disciplinas relacionadas com a matéria, da qual resultou a elaboração do Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do Leite Materno¹ que regula a utilização de substitutos do LM, circuitos de *marketing* e distribuição (OMS, 2008).

¹ Mais informação disponível em: OMS. (2008). *Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno: 1981*. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/aleitamento-materno/codigo-internacional-de-marketing-substitutos-do-lm-pdf.aspx>

A elaboração do Código foi um marco importante na promoção do AM, e as décadas seguintes foram férteis em regulamentações e compromissos entre todas as partes interessadas. O AM e as questões a ele relacionado são, desde então, presença assídua na agenda das WHA, originando importantes resoluções² sempre em prol do suporte, promoção e apoio ao AM (OMS, 2008).

De entre os marcos mais importantes salientam-se:

*Convenção sobre os Direitos da Criança*³ (1989): consagra o AM como um direito legal da criança a uma alimentação nutritiva, ficando estabelecida a obrigação de todos os países que ratificaram a Convenção, a incluir o AM nas suas políticas de saúde;

*Declaração de Innocenti*⁴ (1990): recomenda AM exclusivo até aos 4-6 meses de vida, e até aos 2 anos de idade ou mais, em complemento com outros alimentos;

Lançamento da *Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê [IHAB]*⁵ (1991) código de conduta, para promover o estabelecimento e a continuidade do AM; (anexo 1)

Resolução *WHA 45.34, maio de 1992*⁶: adota a Declaração de *Innocenti*, recomenda aos países a promoção de uma cultura recetiva ao AM, a adoção de políticas de apoio à maternidade e AM, o estabelecimento de condições laborais que permitissem o AM e a extração e conservação de LM, e a capacitação de profissionais para apoiar o AM;

*Resolução WHA 54.2, maio de 2001*⁷: exorta o AM exclusivo até aos seis meses de idade⁸ enquanto recomendação global de saúde pública;

*Estratégia Global para a Alimentação de Bebés e Crianças Pequenas [IYCF]*⁹ em 2002.

² Resoluções WHA27.43 (1974); WHA31.47 e WHA31.55 (1978); WHA32.42 (1979); WHA33.32 (1980); WHA34.22 (1981); WHA35.26 (1982); WHA37.30 (1984); WHA39.28 (1986); WHA41.11 (1988); WHA43.3 (1990); WHA45.34 (1992); WHA46.7 (1993); WHA47.5 (1994); WHA49.15 (1996); WHA54.2 (2001); WHA55.25 (2002); WHA58.32 (2005); WHA59.21 (2006); WHA61.20 (2008); WHA63.23 (2010); WHA65.6 (2012); WHA68.19 (2015); WHA69.8 (2016); WHA70.30 (2017); WHA71.22 (2018); Acedidos em Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: <http://www.who.int/iris/>

³ *Convenção sobre os Direitos da Criança: Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.* (2019). Acedido em UNICEF: https://www.unicef.pt/meda/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf

⁴ *Innocenti Declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding.* (august de 1990). Acedido em UNICEF: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

⁵ *A Iniciativa Amiga dos Bebés.* (2017). Acedido de UNICEF Portugal: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>; WHO. (2019a). *Baby-Friendly Hospital Initiative.* Acedido em WHO: <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>

⁶ *Resolução WHA 45.34, maio de 1992.* Acedido em Comité de Protecção Promoção e Suporte do Aleitamento Materno Portugal: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-aleitamento/resolucao-4534-portugues-pdf-pdf.aspx>

⁷ *Resolución 54.2, mayo de 2001.* Acedido em Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260188/WHA54-2001-REC1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸ Mais informação disponível em: WHO. (28-30 march 2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation.* Acedido em World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf.8

Com a adoção de medidas, por parte de governos e sociedades, para promover e assegurar o exercício do direito ao AM, verificaram-se enormes progressos na melhoria das práticas alimentares dos lactentes e crianças pequenas, nomeadamente nos padrões do AM em todo o mundo (Resolución WHA 69.8, mayo de 2016¹⁰; Declaração *Innocenti* 2005¹¹). Não obstante, essas práticas de alimentação continuavam inapropriadas: o AM inexistente e a alimentação complementar insuficiente e inadequada, constituíam a maior ameaça para a saúde e sobrevivência das crianças em todo o mundo, calculando-se que poderia ser salva a vida de 3500 crianças por dia através do AM, muito mais do que as conseguidas com qualquer outra intervenção preventiva (Declaração *Innocenti*, 2005).

A necessidade de apoio prático e qualificado às mães, investimento público, elaboração e implementação de políticas e projetos nacionais, e as recomendações anteriores acerca do AM ótimo, é reiterada na Declaração de *Innocenti* (2005) tendo em vista os *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015*¹², que estabelece a redução em dois terços, da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos (Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, 2000), visando garantir os direitos humanos das gerações presentes e futuras (Declaração *Innocenti*, 2005).

Para alcançar este objetivo, o AM manteve-se na ordem de trabalhos da WHA, salientando-se:

Resolução WHA 65.6 de maio de 2012¹³: apoia a aplicação integral de um plano sobre nutrição da mãe, do lactente e criança pequena¹⁴, no qual se estabelecem 6 Metas Mundiais de

⁹ Mais informação disponível em: WHO, UNICEF, & IBFAN, B. (Setembro de 2005). *Estratégia global para a alimentação do lactente e crianças de primeira infância*. acedido em IBFAN Brasil: <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>;

Montaigne, J. d., Stilwell, M., & Col. (2015). Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WTBi): Portugal 2015. *WTBi: World Trend breastfeeding initiative: Relatório*. Acedido em <http://worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Portugal-2015.pdf>

¹⁰ *Resolución WHA69.8 mayo de 2016, sobre la Nutrición de la madre, del lactante e del niño pequeño: adoptada por la 69ª Asamblea Mundial de la Salud*. (Ginebra, 23-28 de mayo de 2016). Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información. Acedido em dezembro de 2018, de <http://www.who.int/iris/handle/10665/260364>

¹¹ *Declaração de Innocenti: Sobre a alimentação do lactente e da criança pequena*. (22 de novembro de 2005). Acedido em UNICEF: https://www.unicef.pt/media/1604/3-declaracao_innocenti_2005.pdf

¹² *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*. (setembro de 2000). Acedido em UNRIC- Centro Regional de Informação das Nações Unidas: <https://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>

¹³ *Resolución WHA65.6 de mayo de 2012, sobre la Nutrición de la madre, del lactante e del niño pequeño: adoptada por la 65ª Asamblea Mundial de la Salud*. (Ginebra, 21-26 de mayo de 2012). Acedido em Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: <http://www.who.int/iris/handle/10665/260315>

¹⁴ Mais informação disponível em: OMS, & UNICEF. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna*. Acedido em Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/

Nutrição a alcançar em 2025¹⁵, incluindo conseguir uma taxa de AM exclusivo aos 6 meses de 50% ou mais (Meta nº 5).

Alcançar esta meta, implica aumentar a taxa estimada de 37% no período 2006-2010 para 50% em 2025, correspondendo a mais 2,3% por ano, que se traduz num incremento de 10 milhões de crianças a fazer AM exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida (Resolución WHA 65.6, mayo de 2012¹⁶).

Resolução WHA 71.9, de maio 2018¹⁷: analisa os progressos na execução do plano respeitante ao cumprimento das Metas Mundiais de Nutrição 2025 (ANEXO 2), enfatizando (entre outros) a necessidade de fomentar o investimento público nacional no AM.

Semana Mundial do AM

Em 2017 OMS e UNICEF publicaram conjuntamente um *scorecard* global do AM e uma série de argumentos a favor do investimento, que foram analisados nessa WHA. Os argumentos apresentados demonstram que um investimento de 4,70 dólares americanos por recém-nascido [RN], seria suficiente para cumprir a meta de AM exclusivo aos 6 meses de pelo menos 50%, em 2025. Cada dólar investido, geraria um benefício económico de 35 dólares (Resolución WHA71.9, mayo de 2018; Rollins, et al., 2016);

A avaliação dos progressos da implementação do plano para atingir as Metas, evidenciaram que nenhum país do mundo cumpre integralmente as políticas e programas recomendados para o AM (Resolución WHA71.9 mayo de 2018; UNICEF & WHO, 2017).

Na 71ª WHA, foi também apresentada a evolução da taxa de AM exclusivo aos 6 meses, evidenciando um aumento inferior ao previsto. O AM exclusivo no período 2011-2016 foi de 40%, o que equivale a um aumento de 3%, relativamente ao período 2006-2011 (37%), representando um incremento de meio ponto percentual/ano, muito aquém dos 2,3% previstos. Contudo, ficou anotada a análise sobre a extensão a 2030 das metas estabelecidas para 2025, que indica a possibilidade de repercussão no AM exclusivo até aos seis meses com um incremento até 70% (valores calculados com base nos resultados dos países com melhor desempenho)..

¹⁵ Mais informação disponível em: OMS, & UNICEF. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna*. Obtido em diciembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/

¹⁶ Resolución WHA65.6 de mayo de 2012, sobre la Nutrición de la madre, del lactante e del niño pequeño: adoptada por la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra, 21-26 de mayo de 2012). Acedido em Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: <http://www.who.int/iris/handle/10665/260315>

¹⁷ Resolución WHA71.9, mayo de 2018. Acedido em Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: <http://www.who.int/iris/handle/10665/279518>

Benefícios do AM

O AM promove a sobrevivência, saúde e desenvolvimento das crianças, salva a vida das mulheres e contribui para o desenvolvimento do capital humano (Victora, et al., 2016). Além disso, propicia também benefícios económicos e ambientais para as crianças, mulheres e sociedade. Não fazer AM pode acarretar perdas económicas até de 0,49% do Produto Interno Bruto nacional, em todo o mundo (Rollins, et al., 2016).

O AM exclusivo constitui uma pedra angular da sobrevivência e saúde infantil, proporcionando nutrientes essenciais e insubstituíveis para o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo da criança (OMS & UNICEF, 2017; WHO & UNICEF, 2018).

O LM funciona como primeira imunização do lactente, conferindo proteção contra vírus e bactérias, prevenindo contra doenças infecciosas (respiratórias, gastrointestinais, urinárias) e outras doenças potencialmente mortais (Levy & Bértolo, 2012; Horta et al, 2013 como citado em OMS & UNICEF, 2017; Victora, et al., 2016). Exerce também um efeito protetor contra alergias, maloclusões dentárias, excesso de peso e obesidade, assim como algumas doenças não transmissíveis, como diabetes, doenças inflamatórias intestinais e linfomas, em etapas mais avançadas da vida (Levy & Bértolo, 2012; Horta et al, 2013 como citado em OMS & UNICEF, 2017; Real, 2010; Victora, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018).

O AM é uma parte integrante do processo reprodutivo com implicações importantes para a saúde das mães (Victora, et al., 2016; WHO, UNICEF, & IBFAN, 2005): facilita a involução uterina precoce no pós-parto; reduz o risco de diabetes tipo II e cancro do ovário; previne a ocorrência de cancro da mama (Levy & Bértolo, 2012; Real, 2010; Victora, et al., 2016), protegendo contra a osteoporose, doenças cardíacas e artrite reumatoide (Real, 2010). Se bem-sucedida, aumenta a confiança e a sensação de bem-estar da mãe, promovendo o vínculo entre a díade mãe-bebé (Real, 2010).

Sucesso no AM

O AM pode ser afetado por vários fatores que determinam a adesão e a manutenção do AM. Estes, operam em múltiplos níveis, influenciando decisões e comportamentos (Rollins, et al., 2016), que podem promover ou condicionar o sucesso desta prática. O sucesso do AM é

entendido enquanto um AM mais prolongado e pela qualidade da interação entre mãe e bebê (Levy & Bértolo, 2012). Tendo em conta as recomendações da OMS e da UNICEF, o sucesso passa pelo início precoce do AM, pelo AM em exclusivo até aos seis meses de idade, e o AM continuado até pelo menos aos dois anos de idade. Contudo o sucesso passa também pelo projeto materno, sendo definido neste contexto pela correspondência ou não às expetativas criadas (Levy & Bértolo, 2012).

As práticas do AM, são condicionadas por fatores multivariados que contribuem para o início, manutenção e suspensão do AM. Levy e Bértolo (2012) aludem à conjugação de 3 premissas, para um AM com sucesso: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte do AM.

Decisão de amamentar

“A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências, resultantes da socialização de cada mulher.” (Levy & Bértolo, 2012; Pinto, Chaves, Duarte, Nelas, & Coutinho, 2016). Os fatores psicológicos, nomeadamente a intenção, interesse e confiança materna são determinantes nesta decisão (Thulier & Mercer, 2009), que é não só complexa, como também dependente de múltiplos fatores de ordem demográfica, biológica, psicológica, social e educacional (Sandes, et al., 2007; Thulier & Mercer, 2009)

A intenção e o desejo de engravidar contribuem favoravelmente para a decisão, adesão e manutenção do AM (Taylor & Cabral, 2002). Levy & Bértolo (2012) corroboram esta afirmação, salientando a importância da gestação planeada e das consultas de planeamento familiar, assim como a frequência de aulas de preparação para o parto - por permitirem a familiarização com os procedimentos do trabalho de parto e parto, assim como do início do AM, facultando um suporte informacional importante (Levy & Bértolo, 2012; Rollins, et al., 2016). A intenção materna pré-natal e o interesse em fazer AM são fatores que determinam positivamente o sucesso deste processo (Forster, et al., 2006; Levy & Bértolo, 2012; Thulier & Mercer, 2009), ao que também não será alheia a definição prévia da duração do AM pelas mães - por incitar a um maior compromisso destas com o AM (Levy & Bértolo, 2012).. A iniciativa pode partir da mulher, entre o casal, ou ser sugerida por terceiros. A mulher pode decidir amamentar porque vive num ambiente favorável ao AM, em que várias gerações coabitam, existindo uma transmissão de saberes e práticas tradicionais favoráveis ao AM; por ter visto outras mães a amamentar; ela própria ter sido amamentada; ou por ter tido uma

experiência anterior de AM bem-sucedida (Galvão D. M., 2006; Levy & Bértolo, 2012). Outras mães decidem amamentar por considerarem este tipo de alimentação o mais correto para o seu bebê, podendo ou não, sofrer influências do seu companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde. Neste caso, é especialmente importante a autoestima e a percepção materna, do seu próprio controlo sobre a prática do AM, traduzindo-se por uma maior confiança nas suas capacidades de alimentar o bebê por AM (Levy & Bértolo, 2012).

Estabelecimento da lactação

Levy & Bértolo (2012) apontam o estabelecimento da lactação como o 2º ponto de viragem, para o sucesso no AM. As práticas hospitalares ligadas ao trabalho de parto, parto, pós-parto, os acontecimentos ligados a essas práticas, e os sentimentos vivenciados durante a 1ª mamada e a estada da mãe e do bebê no hospital, são consideradas decisivas no estabelecimento da lactação, assim como na manutenção e duração do AM (Galvão D. M., 2006; Levy & Bértolo, 2012; Rollins, et al., 2016), o que sugere a importância da assistência qualificada durante o parto e pós-parto imediato.

Hoje em dia, a maior parte dos nascimentos em todo o mundo, são assistidos por 4profissionais qualificados (Rollins, et al., 2016; Requejo, Bryce, Barros et al, 2015 como citados em Victora et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018), pelo que práticas elementares, como o contacto pele a pele imediatamente após o parto e o início precoce do AM, podem ser promovidos e apoiados (Rollins, et al., 2016; Victora, et al., 2016).

Suporte do AM

O 3º ponto de viragem é o suporte do AM depois da alta da maternidade, revestindo-se de especial importância, os primeiros 15 dias de vida do bebê, período de tempo necessário, até que a lactação esteja bem estabelecida (Levy & Bértolo, 2012).

Embora seja um ato natural, o AM é também um comportamento aprendido (WHO, UNICEF, & IBFAN, 2005) e, tendo em conta que a alta hospitalar ocorre um ou dois dias após o parto, numa altura em que a lactação ainda não está bem estabelecida, não é possível contornar todas as dificuldades iniciais que surgem à mãe, durante a sua estada no hospital. Para fazer frente a tais arduidades, é imperativo a existência de uma estrutura de suporte após

a alta hospitalar para apoiar as mães, evitando a interrupção precoce do projeto de AM (Galvão D. M., 2006; Levy & Bértolo, 2012).

2. DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO

As práticas relativas ao AM, são afetadas por um sem número de fatores de origem histórica, socioeconómica, cultural e individual, não dependendo por tanto, exclusivamente da díade mãe/bebé (Rollins, et al., 2016). Os fatores sociais, como o apoio familiar e a atividade profissional da mãe são determinantes para a adesão e manutenção do AM (Forster, et al., 2006; Thulier & Mercer, 2009).

Uma revisão sistemática, conduzida por (Rollins, et al., 2016), permitiu identificar um conjunto multifatorial de determinantes. O ambiente desfavorável ao AM, as falhas na qualidade dos cuidados prestados, as políticas e práticas dos estabelecimentos de saúde, as condições maternas e do RN, a família e práticas tradicionais, o emprego da mãe, fatores obstétricos, individuais maternos e neonatais e o entrosamento entre a díade, são determinantes, não só para o início, como também para o estabelecimento e manutenção do AM (Forster, et al., 2006; Rollins, et al., 2016; Thulier & Mercer, 2009).

Ambiente desfavorável ao AM

Apesar do AM ser considerado como o ideal para o bebé demonstrando a devoção materna, a verdade é, que uma mulher a amamentar em público pode experienciar reações negativas das outras pessoas (Acker, 2009; Hannan, Li, Benton-Davies & Grummer-Strawn como citados em Rollins, et al., 2016). A este respeito, também alguns empregadores e colegas, referem sentir-se desconfortáveis com mulheres a amamentar no local de trabalho (Rollins, et al., 2016). Tais circunstâncias, podem coagir a mãe a não amamentar, seja pelo desconforto que ela própria vivencia, seja por receio de algum tipo de represálias.

Falhas na qualidade dos cuidados prestados

Nos sistemas de saúde, os profissionais influenciam e apoiam as decisões de alimentação nos momentos chave, antes e após o nascimento e mais tarde, quando novos desafios se colocam, para manter o AM exclusivo e continuado (Labbok & Taylor, 2008 como citados em Rollins, et al., 2016). Apesar disso, são reportadas lacunas substanciais relativamente a conhecimentos e competências para apoiar o AM, em todos os níveis de profissionais de saúde (McAllister, Bradshaw & Ross-Adjie, 2005; Leviniene, Petrauskiene, Tamulaviciene, Kudzyte & Labanauskas, 2009 como citados em Rollins, et al., 2016), o que se traduz em falhas na qualidade dos cuidados prestados a mães e RNs e ao não cumprimento das recomendações em vigor (WHO & UNICEF, 2018).

Atualmente, 75% dos partos ocorrem em estabelecimentos de saúde e, em todo o mundo, a proporção de partos com assistência de pessoal qualificado passou de pouco mais de 60% no ano 2000, para quase 80% em 2016, o que faz pressupor um melhor nível de assistência não só no nascimento, como também no apoio e promoção do contacto pele a pele e início precoce do AM. Não obstante, a presença de um médico, uma enfermeira ou uma parteira, não significa que a mãe receba apoio para amamentar o seu filho na 1ª hora de vida (UNICEF, 2016 como citada em WHO & UNICEF, 2018). Uma análise dos dados mais recentes sobre os cuidados durante o parto e o momento de início do AM em 74 países entre 2010 e 2017, concluiu que as taxas de início precoce eram semelhantes quer tivessem assistência ou não de pessoal qualificado durante o nascimento (48% e 44% respetivamente), (WHO & UNICEF, 2018).

A ausência de fatores individuais maternos que impeçam o AM na 1ª hora, sugerem que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão no AM e como tal dependem das práticas institucionais vigentes nas maternidades (Boccolini, Carvalho, Oliveira, & Vasconcelos, 2011).

Num subconjunto de 58 países que dispõem de dados sobre tendências relativas ao lugar onde ocorrem os partos e o início precoce do AM, o incremento de partos ocorridos em estabelecimentos de saúde é muito superior (18%) ao aumento das taxas de início precoce do AM (6%) durante o mesmo período: entre 2005-2017: de 53% para 71%; e de 45% para 51% respetivamente (WHO & UNICEF, 2018).

Vários estudos referidos por (Cruz, 2012) sublinham a importância da implementação precoce de intervenções de enfermagem que visem proporcionar o desenvolvimento das

competências maternas no AM. Os primeiros dias após o parto constituem momentos de intensa aprendizagem para a mãe e RN, pelo que a maior parte do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, deve ter lugar imediatamente após o nascimento. A promoção da aprendizagem correta de fazer AM nas primeiras horas após o parto constitui uma boa prática de saúde (Levy & Bértolo, 2012).

As práticas profissionais e os comportamentos de suporte necessários, mostram-se muito mais complexos do que o simples incremento de educação e conhecimento acerca da alimentação infantil. Demonstram sim, a necessidade de cuidados sensíveis e individualizados, exibindo que este tipo de suporte pode aumentar a confiança das mulheres no AM (Sheehan & Virginia Schimed, 2009).

O estudo dos autores supracitados, demonstrou que as mulheres que amamentam consideram as primeiras duas a seis semanas, o período mais difícil para o AM. Durante este período, as mulheres expressam frequentemente sentimentos de incerteza e falta de confiança sobre sua capacidade de fazer AM, pelo que uma intervenção adequada, suporte contínuo e avaliação, são fundamentais para o sucesso desta prática. A intervenção dos enfermeiros pode contribuir positiva ou negativamente, dependendo da forma como se processa: um apoio positivo aumenta a confiança da mãe, mas uma intervenção desadequada aumenta a incerteza e contribui para o abandono do AM. A ausência de orientação durante o internamento é por incrível que pareça uma prática comum, como descrito por Cruz (2012), em cujo estudo, 65,7% das mães entrevistadas, referiram não ter recebido qualquer apoio em relação ao AM.

Por vezes, os enfermeiros apresentam comportamentos desencorajadores da aprendizagem do AM: o atendimento apressado, a pressão excessiva para a prática do AM, demonstração de despreocupação, exibição de comportamentos negativos para com a mãe, ausência de assistência durante a mamada, falta de disponibilidade para a orientação, avaliação inadequada da técnica da amamentação, ausência de informações ou informações inconsistentes, conflitantes e práticas inúteis. Tais condutas contribuem para o descontentamento das mães, com as suas experiências de AM e são descritas como desfavoráveis à iniciação e manutenção desta prática (McInnes e Chambers, 2008; Szucs, Miracle e Rosenman, 2009 como citados por Cruz, 2012).

Numa revisão sistemática de intervenções de suporte por profissionais relativamente ao AM, durante a gravidez, pós-parto no hospital e durante o período pós-natal em casa, realizada por (Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008), concluiu que as intervenções de enfermagem que envolveram interação com as mães, revelaram-se mais eficazes assim como

aquelas que tiveram um *continuum* iniciado na gravidez, continuado no pós-parto, e prolongando-se no período pós-natal. Estas, foram muito mais efetivas do que intervenções concentradas em curtos períodos e de forma dispersa. Outro achado, refere-se ao facto de que o uso de vários métodos: informação escrita, instrução verbal e não-verbal, aconselhamento e apoio moral por profissionais bem treinados, é mais eficaz do que as intervenções que se concentram num único método (Ebersold, D.Murphi, Paterno, Sauvager, & M.Wright, 2007; Hannula, et al., 2008).

Hannula, et al., (2008) encontraram diferenças entre os tipos de abordagem e a fase em que as mães se encontravam. Assim, durante a gravidez as intervenções mais efetivas eram as interativas, envolvendo as mães em conversação; no período pós-natal a BFHI, assim como o ensino prático, combinado com o encorajamento e suporte foram abordagens efetivas. A orientação das mães sobre AM no pós-parto aumenta os seus conhecimentos e ajuda na prática, aumentando a prevalência por um período mais longo (Giugliani, 2000; Galvão D. M., 2006). As mães necessitam de orientação e apoio congruente, sensível, eficaz e salutar para que vivenciem esta experiência com sucesso e sem drama. A uniformidade da informação é crucial para o sucesso da intervenção de enfermagem e as mães que recebem suporte informativo adequado têm menor no AM (Carneiro & Galvão, 2012).

No período pós-natal, as visitas domiciliárias, suporte via telefónica e centros de apoio ao AM, combinado com apoio de pares (Grupos de Apoio Mútuo [GAM]), são intervenções positivas no apoio ao AM. As intervenções não padronizadas, que se adequam às necessidades específicas de cada mãe, foram identificadas por vários autores como mais eficazes (Ebersold, et al., 2007; Barona-Vilar, Escribá-Aquir, & Ferrero-Gandía, 2009; Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Resende, 2010). Deste modo, os maiores benefícios para as mães advirão do encorajamento e orientações que suportem a sua autoeficácia e sentimentos de empoderamento, direcionando essas orientações para os seus problemas individuais (Hannula, et al., 2008), dando resposta às necessidades específicas de cada mãe, ampliando-se a autoconfiança e competência maternas.

Práticas dos estabelecimentos de saúde:

As práticas hospitalares são também determinantes na adesão e manutenção do AM. Apesar de pouco comum, existem ainda hospitais a aplicar práticas inadequadas, obsoletas e até mesmo, erradas. Exemplo disso, são as rotinas hospitalares: de separar o RN da mãe logo

após o nascimento (Richard & Alade, 1990 como citados em Rollins, et al., 2016); de administrar líquidos específicos, como água açucarada ou mesmo LA antes de iniciar o AM; de oferecer amostras de substitutos do LM, entre outros. Tais práticas, podem atrasar o início do AM e/ou afetar o seu decurso normal (Thurston, Bolin & Chezem, 2013 como citados em Rollins, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018).

A introdução prematura de LA prejudica a implementação do processo de AM e contribui para o seu abandono precoce (Bolton, Chow, Benton, & Olson, 2009; Carneiro & Galvão, 2012; Forster, et al., 2006). Por outro lado, o início precoce do AM favorece a adesão e a manutenção da mesma (Levy & Bértolo, 2012; Tarkka, Paunonen, & Laippala, 1998).

Diversos estudos demonstraram que os partos por cesariana podem reduzir a probabilidade de contacto imediato pele a pele, assim como também o início precoce do AM (Heather & Fisher, 2002; Riyadh, 2017; Sharma & Byrne, 2016 como citados em WHO & UNICEF (2018). Porém, o número de partos por cesariana tem vindo a aumentar, de uma média de 13% em 2015, para mais de 20% em 2017 e, mais preocupante ainda, tem aumentado o número de cesarianas eletivas (WHO & UNICEF, 2018). Em Portugal, segundo dados divulgados pelo PORDATA¹⁸, estas taxas são assustadoras, com 33,1 % de cesarianas em hospitais oficiais em 2016/2017, chegando aos 37,15% na região da Cova da Beira com 597 cesarianas no triénio 2016-2018.

No estudo de Jodi, Thompson e DeFranco (2013 como citado em WHO & UNICEF, 2018), as mães que deram à luz por cesariana logo após um trabalho de parto vaginal sem êxito, tinham maior probabilidade de fazer AM aos seus filhos durante a 1ª hora de vida, do que as que foram submetidas a cesariana programada, e cujo último parto, tinha sido também por cesariana. A análise dos fatores associados com as taxas de início precoce do AM entre os RNs, nascidos com assistência de pessoal qualificado, demonstrou que o tipo de parto pode influenciar consideravelmente o início do AM: dos 51 países estudados, as taxas de início precoce do AM nos bebés nascidos de parto vaginal foram mais do dobro do que as verificadas nos bebés nascidos por cesariana, tendo-se observado em 47 desses países, uma diferença estatisticamente significativa (WHO & UNICEF, 2018).

Ainda assim, Thulier & Mercer (2009), contrapõem que, no que respeita ao tipo de parto, não é possível estabelecer uma correlação entre este e o AM, justificando que, se por um lado o parto eutócico facilita o início precoce do processo de AM, por outro lado no parto

¹⁸ <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>

por cesariana as mães permaneceram durante mais tempo no hospital, tendo maior acesso a informação, apoio e incentivo. Warren (2005), à imagem de muitos outros autores referem a alta hospitalar precoce como um determinante negativo que dificulta o desenvolvimento da competência parental respeitante ao AM.

Condições maternas e neonatais

As gravidezes de alto risco (Kzhimannil, Jou, Attanasio, Joarnt & McGovern, 2014 como citados em Rollins, et al., 2016), os partos assistidos medicalizados, e longas estadas no hospital por gravidez de risco (Prior, Santhakurnaran, Gale, Philips, Modi & Hyde, 2012 como citados em Rollins, et al., 2016), a doença materna (Simmons, Controy & Thomson, 2005 como citados em Rollins, et al., 2016), assim como a prematuridade, doença ou baixo peso ao nascer do RN (Adair & Popkin, 1996 como citados em Rollins, et al., 2016), podem resultar em inícios mais tardios do AM.

Família e práticas tradicionais

Em muitas sociedades, as práticas tradicionais incluem descartar o colostro, por ser considerado prejudicial (Bandyopadhyay, 2009 como citado em Rollins, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018); outras, implicam que um membro mais velho da família alimente o bebé com mel (WHO & UNICEF, 2018). Em ambos os casos, a alimentação de substituição pode atrasar o início do AM em vários dias (Ojofeitimi, Olaogun, Osokoya & Owolabi, 1999 como citados em Rollins, et al., 2016). Ainda assim, exceção feita aos rituais e tradições, cuja interpretação e juízo não nos cabe fazer, a família é o foco primordial de apoio à mãe, concomitantemente com os profissionais de saúde.

Dentro da família, as práticas e experiências de outras mulheres, afetam a incidência e duração do AM (Fuller & White, 1998; Meyerink & Marquis, 2002 como citados em Rollins, et al., 2016). O mesmo acontece relativamente às atitudes e preferências do pai, observando-se que mulheres cujos companheiros apoiam o AM, fazem-no durante mais tempo (Bar-Yam & Darby, 1997; Gibson-Davies & Brooks-Gunn, 2007 como citados em Rollins, et al., 2016). A opinião do companheiro em relação ao AM é determinante na adesão e manutenção da mesma, sendo considerada como o segundo fator mais importante a influenciar a decisão materna, constatando-se que, a maioria das mães, concorda que o incentivo e apoio dos seus companheiros são determinantes no sucesso do AM (Kong & Lee, 2004; Olayemi, Aimakhu,

Bello, Montavo, Ogunleye, Odunukan & Ojenqbede., 2007). Também para Silva, P.P., Silveira, Mascarenhas, Silva, M. B., Kaufmann e Albernaz (2012), o apoio e suporte paterno são fatores influentes na decisão de fazer AM, sendo importante a atitude positiva do pai, quer no início do AM, quer na sua prevalência, principalmente nos primeiros três meses de vida. Curiosamente, estes autores constataram que a partir dessa data a atitude paterna parece mudar e funcionar como pressão inversa, observação essa, já anteriormente identificada por Arora, McJunkin, Wehrer, & Kuhn (2000), num estudo realizado na Pensilvânia, em que o fator mais significativo para o início do LA e abandono do AM foi a atitude do pai.

Emprego da mãe

O trabalho da mulher é o motivo principal para não iniciar ou para interromper o AM. A maioria dos estudos reporta efeitos negativos do trabalho no AM (Dearden, Quan, Do, et al., 2002; Ong, Yap, Li & Choo, 2005; Ogbuanu, Glover, Probst, Liu & Hussey, 2011 como citados em Rollins, et al., 2016). As condições socioeconômicas ditam muitas vezes o regresso precoce à atividade profissional (Mannel, Martens, & Walker, 2011), para fazer face às despesas familiares.

Como resultado, as mulheres que planeiam voltar ao trabalho precocemente após o parto, apresentam menor probabilidade de iniciar e/ou manter o AM, conduzindo com maior frequência ao abandono completo ou quase completo do AM (Hawkins, Griffiths, Dezateux, Law & The Millennium Cohort Study Child Health Group, 2007; Mizkovic, Perrine, Scanlon & Grummer-Strawn, 2014 como citados em Tarkka, Paunonen, & Laippala, 1998; Kurinij, Shiono, Ezrine, & Rhoads, 1989). Tal, pode ser justificada quer pela fadiga, pela inconveniência ou pela impraticabilidade e dificuldade em conciliar ambas as coisas (Roe, Whittington, Fein & Teisl, 1999 como citados em Rollins, et al., 2016; Levy & Bértolo, 2012).

O aumento do número das mulheres no mercado de trabalho, chamou a atenção para a importância da licença de maternidade das pausas e da necessidade de existir um espaço no local de trabalho para amamentar ou para extrair e conservar LM, com condições de privacidade e salubridade (Visness & Kennedy, 1997; International Labor Organization, 2014 como citados em Rollins, et al., 2016; WHO, UNICEF & IBFAN, 2005). Esta questão havia sido já identificada décadas antes, existindo recomendações das WHA desde os anos 70, no sentido de responsabilizar os governos para a adoção de medidas sociais e criação de leis que

proporcionassem às mães, condições para poder constinuar o AM (Resolución WHA 27.43 mayo de 1974).

As licenças de maternidade curtas (menos de seis semanas), aumentam quatro vezes mais as probabilidades de que a mãe não inicie ou cesse precocemente o AM (Guendelman, Kosa, Pearl, Graham, Goodman & Kharrazi, 2009 como citados em Rollins, et al., 2016). Mas independentemente da duração, o regresso efetivo ao trabalho e a incapacidade de conciliar trabalho/AM leva muitas vezes ao abandono precoce deste último (Levy & Bértolo, 2012).

Caraterísticas individuais

Ao nível pessoal, a intenção de fazer AM, é geralmente estabelecida no 3º trimestre (Stein, Cooper, Day & Bond, 1987 como citados em Rollins, et al., 2016). As normas subjetivas e os benefícios do AM são as razões mais frequentemente citadas para a intenção de fazer AM, sendo a intenção fortemente preditiva da iniciação (Lawton, Ashley, Dawson, Waiblinger & Conner, 2012 como citados em Rollins, et al., 2016) e da duração do AM (DiGirolamo, Thompson, Martorell & Grummer-Strawn, 2005 como citados em Rollins, et al., 2016), desde que o contexto seja favorável (Kervin, Kemp & Pulver, 2010 como citados em Rollins, et al., 2016).

Das caraterísticas individuais capazes de influenciar o início e manutenção do AM, Sandes, et al.(2007), Thulier e Mercer (2009), salientam os fatores demográficos, biológicos, psicológicos, sociais e educacionais. Forster et al. (2006), Pinto, et al. (2016), Thulier e Mercer (2009), destacam a idade, estado civil, grau de escolaridade e o estatuto socioeconómico, salientando que as mães com mais idade, casadas, com elevado nível de escolaridade e de classe social mais alta aderem mais e por mais tempo ao AM

Os problemas de saúde da criança, obesidade materna, tabagismo materno, paridade, tipo de parto e mudanças físicas, foram identificados por Forster et al. (2006) e Thulier e Mercer (2009) como fatores que dificultam o AM. No outro extremo, Sandes, et al. (2007) aponta a adoção de estilos de vida saudáveis e a atividade física ativa, durante a gravidez, como condicionantes que favorecem o AM.

Segundo os estudos, uma percentagem significativa de mães conhece os benefícios do AM para o RN/lactente (Sandes, et al., 2007; Fujimori, et al., 2010). No entanto só uma minoria conhece os benefícios para a mãe (Sandes, et al., 2007). De acordo com Sandes, et al. (2007), a duração do AM exclusivo é significativamente superior nas mães que estão mais

informadas sobre, as vantagens desta, para si próprias sendo justificado por esta autora e corroborado por Forster, et al., (2006), que o nível educacional mais elevado, o conhecimento sobre os benefícios do AM para a saúde materna e a frequência de ações de educação para a saúde proporcionam o desenvolvimento de competências parentais e influenciam significativamente a decisão de fazer AM.

Apesar destas observações, no estudo de Fujimori, et al., (2010) destaca-se que, o facto das mães terem conhecimento acerca dos benefícios e do tipo de aleitamento mais adequado para os bebés até aos seis meses, a verdade é que os bebés que mantinham AME, tinham no máximo 35 dias de vida e os restantes tinham feito AME durante o máximo de um mês. As autoras chamam assim a atenção para o facto de que o AM passa por outras questões, para além do conhecimento da importância dessa prática, nomeadamente, os traumas mamilares e a insensibilidade dos profissionais de saúde em relação à dor, que conduz ao abandono precoce desta prática; a conciliação do AM com outros afazeres domésticos ou profissionais; as dúvidas e inseguranças muitas vezes alimentados e acrescidos por familiares, amigos e vizinhos.

Ao nível de fatores biológicos, capazes de influenciar o AM, destaca-se a produção insuficiente de leite, que pode comprometer o processo de AM, podendo dever-se a causas primárias: 5 % das mulheres têm produção insuficiente de leite relacionada com anomalias anatómicas da mama ou alterações hormonais; quer a causas secundárias (mais comuns), relacionadas a maior parte das vezes com a inadequada gestão do processo de AM (Thulier & Mercer, 2009).

O posicionamento inadequado e outras dificuldades iniciais no AM (Odom, Li, Scanlon, Perrine & Grummer-Strawn, 2013 como citados em Rollins, et al. (2016), o suporte e apoio desapropriado (especialmente nas primeiras semanas após o nascimento), e a antecipação das dificuldades relativamente ao AM, são razões comuns para o abandono desta prática (Levy & Bértolo, 2012; Rollins, et al., 2016).

Levy & Bértolo (2012) e TheLancet (2016), identificam dificuldades que podem estar ligadas quer a problemas da mama (mamilos dolorosos, fissuras, ingurgitamento mamário e mamilos rasos, entre outros), susceptíveis de provocar desconforto físico (TheLancet, 2016), quer ligadas a características do bebé (temperamento, ou características fisiológicas) que impeçam ou dificultem o AM (Levy & Bértolo, 2012), contribuindo significativamente para o abandono precoce desta prática. O choro do bebé e a sua irritabilidade, fome percebida e a incapacidade de acalmar o filho (Howard, Lanphear N., Lanphear BP., Eberly & Lawrence,

2006; Wasser, Bentley, Borja, et al., 2011, como citados em Rollins, et al., 2016), são situações passíveis de provocar sentimentos de perda de confiança em si mesma, podendo levar a mãe a dar leite adaptado ao bebê para responder às pressões da família e amigos (Rollins, et al., 2016). Sequencialmente, as dúvidas da mãe quanto à sua capacidade de prover alimento ao filho através do AM, podem levá-la a assumir que o seu leite é insuficiente ou fraco, e a introduzir substitutos do LM, o que pode conduzir ao abandono precoce do AM (Forster, et al., 2006; Fujimori, et al., 2010; Levy & Bértolo, 2012; McCann & Bender, 2006 como citados em Rollins, et al., 2016; Sandes, et al., 2007).

Vários autores citados por Rollins, et al., (2016), (Avery, Zimmermann, Underwood & Magnus, 2009; Brown, Dodds, Legge, Bryanton & Semmenic, 2014), identificam também os conselhos e práticas desfavoráveis ao AM como fatores atuantes ao nível individual e que influenciam negativamente o AM, uma vez que podem afetar a autoconfiança e autoeficácia materna. A este respeito, Galvão D. M. (2006) refere que as mães que abandonam o AM durante o primeiro mês de vida do bebê, fazem-no motivadas por falsos conceitos, insegurança e *stress*. Por outro lado, a autoestima materna e a satisfação em amamentar aumentam a probabilidade de iniciar e manter o AM (Rollins, et al., 2016; Galvão D. M., 2006; Carneiro & Galvão, 2012). Neste contexto, contribuir para o restabelecimento da confiança em si mesma, empoderando e promovendo sentimentos de competência, pode ajudar a mãe a superar as suas dúvidas e relutâncias, assim como a resistir às pressões de outras pessoas (Henriques & Martins, 2011; OMS & UNICEF, 2007). Carneiro e Galvão (2012), Galvão D. M. (2006), referem que as mães que recebem suporte informativo adequado sobre o AM têm menores dificuldades, sendo crucial a uniformidade da informação para o sucesso da intervenção de enfermagem. As mães necessitam de orientação e apoio congruente, sensível, eficaz e salutar para que vivenciem esta experiência com sucesso.

Fujimori, et al. (2006), Levy e Bértolo (2012), Thulier e Mercer (2009) acrescentam o facto da mãe ter sido amamentada, ver frequentemente outras mulheres a amamentar, conhecer histórias de sucesso em AM, assim como uma experiência anterior de sucesso na amamentação como fatores que influenciam positivamente o AM. Contudo, atualmente, a predominância das famílias nucleares impede que os pais tenham modelos ou influência da família alargada durante a aprendizagem e a prática do papel parental (Mannel, Martens, & Walker, 2011). Logo, as mães primíparas necessitam de maior atenção e apoio para que desenvolvam competências parentais no AM, uma vez que a primiparidade encontra-se associada a taxas de abandono mais precoces e elevadas do AM (Caldeira, Moreira, & Pinto,

2007). Em oposição, também as mães com experiências anteriores de insucesso, têm menor probabilidade de fazer AM em gravidezes subsequentes (DaVanzo, Starbird & Leibowitz, 1990 como citados em Rollins, et al., 2016).

Do anteriormente referido, depreende-se a necessidade de apoio profissional atempado e sensível para as preocupações e dificuldades individuais exibidas pelas díades mãe/bebé.

3. ALEITAMENTO MATERNO: RECOMENDAÇÕES GERAIS; TENDÊNCIAS E PREVALÊNCIA

Tendências e Prevalência a nível mundial

O LM é um alimento vivo, completo e natural, adequado para a maioria dos RNs, constituindo o método mais económico e seguro de alimentar os bebés (Levy & Bértolo, 2012) e o AM, constitui uma forma inigualável para prover esse alimento (WHO, UNICEF, & IBFAN, 2005), ideal para o crescimento e desenvolvimento físico e cognitivo harmonioso da criança, seja diretamente da mama seja através de LM extraído.

Apesar das suas qualidades e da taxa de iniciação ser superior a 80% em quase todos os países (à exceção de Espanha, França e Estados Unidos da América [EUA]), 21% dos RN de países de maiores recursos nunca foram alimentados com LM em oposição a 4% dos países de baixos e médios recursos, o que significa que 2,6 milhões de crianças perdem os benefícios do AM em países mais desenvolvidos (Victora, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018); a prevalência é baixa em todos os indicadores (6, 12 e 24 meses) e em qualquer uma das tipologias de países, constatando-se os mesmos resultados insatisfatórios no que respeita quer ao início precoce, quer ao AME (Victora, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018).

Nos países de maiores recursos, as mulheres mais ricas e com maiores níveis de educação amamentam durante mais tempo que as mais pobres e com menor educação. Nos países de baixos recursos, as mulheres mais pobres fazem AM durante mais tempo do que as mais ricas (Victora, et al., 2016).

Contacto pele a pele e Início precoce do AM

As recomendações mais recentes da WHO e UNICEF (2018), exortam o contacto pele a pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o RN, assim como o início precoce do AM, na 1ª hora de vida, como práticas basilares para estabelecer e manter o AM, dando ao bebé a melhor hipótese de sobreviver, crescer e desenvolver todo o seu potencial.

As primeiras horas e dias após o nascimento comportam um dos períodos mais críticos da vida, mas instituir estas medidas simples, dá ao bebé uma poderosa linha de defesa, proporcionando benefícios a curto e longo prazo (Rollins, et al., 2016). O contacto imediato pele a pele, isto é, colocar o RN despido, em decúbito ventral, diretamente sobre o peito ou abdómen da mãe, logo após o nascimento (Marin Gabriel, et al., 2010 como citado em Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), ajuda a regular a temperatura corporal do RN e incorpora no seu organismo bactérias benéficas provenientes da pele da mãe, protegendo-o contra doenças infecciosas e contribuindo para a formação do seu sistema imunológico (Rollins, et al., 2016). O reflexo de procura e a estimulação da mama promovem a produção de colostro, denominada como primeira vacina do bebé pelo seu alto teor de nutrientes e anticorpos (WHO & UNICEF, 2018); liberta também prolactina na mãe, o que estimula a produção de leite e favorece a provisão de alimento contínuo para o RN (Victora, et al., 2016), estando demonstrado que o contacto pele a pele imediatamente após o parto e até depois que o bebé mame pela primeira vez, contribui para o sucesso do AM, incrementando a probabilidade do bebé continuar a mamar durante os primeiros meses de vida (Moore et al., 2016, como citado em WHO & UNICEF, 2018).

O reflexo de sucção permite ao RN alimentar-se com LM imediatamente após o parto, mas apesar dos bebés nascerem prontos para mamar iniciar o AM na 1ª hora de vida não é fácil, não se podendo esperar que as mães o façam sem auxílio (WHO & UNICEF, 2018).

A WHO e UNICEF (2018) referem que apenas uma pequena percentagem de mães não pode amamentar por razões médicas, as outras, simplesmente precisam de ajuda, requerendo apoio e orientação adequada, sobre a posição que devem adotar e a maneira de fazer com que os seus filhos se alimentem. O contacto com pessoal qualificado durante a gravidez e parto pode proporcionar o apoio requerido pelas mães, para aplicar as práticas de lactação recomendadas, incluindo o início precoce do AM durante a 1ª hora de vida do bebé. Oferecer à mãe e ao RN cuidados apropriados nos momentos após o parto, é decisivo, não só para que o AM se inicie, mas também para que se mantenha satisfatoriamente.

Os mesmos autores sublinham que estas medidas revestem-se de importância particular em contextos humanitários, onde o acesso a água potável, saneamento básico e serviços básicos é limitado. Não obstante, estima-se que, só em 2017, 78 milhões de RN (3 em cada 5), não mamaram LM durante a 1ª hora de vida, o que aumenta o perigo de morte ou de contraírem alguma doença, diminuindo também as possibilidades de que continuem a mamar depois. A maioria desses bebês nascem em países de baixos ou médios recursos, onde tão somente algumas horas de atraso para a primeira mamada pode colocar a vida do bebê em risco¹⁹ (WHO & UNICEF, 2018). Estes dados são corroborados na revisão de literatura de Rocha, L.B., Araujo, Rocha, N.C., Almeida, Santos e Rocha, C.H. (2017), onde vários estudos indicam a possibilidade de redução da mortalidade infantil superior a 20 pontos percentuais, se todas as crianças iniciassem AM na 1ª hora de vida.

O efeito protetor do início precoce do AM, é corroborado por Smith, et al. (2017 como citados em WHO & UNICEF, 2018), que a partir de um estudo com 4000 RN na Tanzânia, reporta que os bebês que não receberam LM na 1ª hora de vida apresentaram um risco 50% superior, de apresentar infecções comuns, como tosse e dificuldades respiratórias durante os primeiros seis meses de vida.

Apesar da importância do início precoce do AM, os resultados mostram que esta prática parece não fazer parte dos cuidados prioritários na assistência ao parto e pós-parto imediato, salientando-se contudo, que muitas das razões para atrasar a primeira mamada, ocorrem simplesmente porque as mães não recebem ajuda suficiente para amamentar nesses momentos cruciais após o nascimento, sendo situações e coisas que se podem mudar (Henrietta Fore como citada em WHO & UNICEF, 2018).

Prevalência do Início precoce do AM

A análise da situação mundial, sobre tendências dos últimos 10 anos, em 74 países de médios e baixos recursos, mostra um lento progresso do AM na 1ª hora de vida de 37% em 2005 para 42% em 2017 (WHO & UNICEF, 2018). Victora et al. (2016) analisaram também as tendências globais do AM, entre 1993 e 2013, em 127 países de médios e baixos recursos e 37 países de recursos elevados, tendo chegado a resultados idênticos, indicando que em 2010,

¹⁹ Smith, et al. (2017 como citado em WHO & UNICEF, 2018) numa metanálise incluindo 130 000 RN, reporta que os bebês que iniciam AM entre as 2 e 23 horas de vida, têm 33% mais possibilidades de morrer do que os que iniciam na 1ª hora, aumentando o risco para o dobro, naqueles que só iniciam o AM a partir do 2º dia de vida.

apenas 40% dos RN iniciaram precocemente o AM. As taxas variam de região para região²⁰, não existindo diferenças significativas nas taxas de início relacionadas com o sexo do RN, lugar de residência (rural/urbano) ou os rendimentos da família (WHO & UNICEF, 2018).

AM exclusivo

Como recomendação de saúde pública global, reconhecida desde 2001 e adotada pela 54ª Assembleia Mundial de Saúde, os lactentes devem fazer AME durante os primeiros seis meses de vida para terem um crescimento, desenvolvimento cognitivo e saúde ótimos (OMS & UNICEF, 2017; WHO, 2002).

Entende-se por ‘aleitamento materno exclusivo’, que o bebê seja alimentado exclusivamente com LM (diretamente da mama ou extraído) e que não lhe seja dado nenhum outro alimento, líquido ou sólido (inclusivamente água), com exceção de medicamentos, a saber: gotas, vitaminas, sais minerais e Sais de Rehidratação Oral [SRO]²¹ (*Innocenti Declaration*, 1990; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2009; Organização Mundial de Saúde [OMS] & Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2017).

Prevalência do AM exclusivo

A OMS (2018a) refere que no período 2007-2014, em média, 36% dos lactentes de zero a seis meses foram alimentados exclusivamente com LM. A nível mundial, as taxas de AME aumentaram de 14% em 1985, para 25% em 1993 (Rollins, et al., 2016), atingindo o máximo de 38% em 1995 (Resolución WHA 65.6 mayo de 2012; OMS & UNICEF, 2017), o que corresponde a um crescimento anual médio de 2,4 pontos percentuais (OMS & UNICEF, 2017).

Posteriormente o aumento foi sendo menos significativo, tendo inclusivamente diminuído em várias regiões (OMS & UNICEF, 2017), constatando-se em 2013 uma taxa de AME aos seis meses de 37% (Rollins, et al., 2016; Victora, et al., 2016). Victora et al. (2016) a partir da análise de 214 *surveys* de 117 países entre 2000 - 2013, evidenciou que, na maioria

²⁰ Desde 32% na Ásia Oriental e pacífico; 35% no Oriente Médio e África do Norte; 40% na Ásia Meridional e África Ocidental e Central; 52% América Latina e Caribe; 56% na Europa Oriental e Ásia Central; 65% na África Oriental e Meridional (WHO, 2019a). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>

²¹ Por se tratar de um medicamento, o SRO foi incluído no AM exclusivo em 2007 (OMS, Indicadores para avaliar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Parte 1: definiciones, 2009)

dos países as taxas de AME estão bem abaixo dos 50% sendo a correlação com a duração de qualquer tipo de AM apenas moderada. Ainda assim, as taxas progrediram positivamente, de 24,9% em 1993, para 35,7% em 2013. Nos 20% de famílias mais ricas o aumento foi muito mais abrupto, enquanto que nos 20% mais pobres, seguiram a tendência geral. Rollins, et al. (2016) apurou resultados idênticos na comparação entre países, indicando que nos 20% de países com maiores recursos, a taxa de AME aumentou 20% (de 16% em 1993, para 37% em 2013), enquanto que nos 20% mais pobres o aumento seguiu também a tendência geral.

A análise de progressos com vista a alcançar as Metas Mundiais de Nutrição para 2025, mostram que no período 2011-2016, apenas 40% dos lactentes com menos de seis meses de idade, fizeram AME (Resolución WHA 71.9 mayo de 2018). Contudo, alguns países mostraram um aumento rápido e significativo, ultrapassando mesmo a meta proposta²² (Resolución WHA 65.6 mayo de 2012; OMS & UNICEF, 2017).

AM continuado

A partir dos seis meses de vida, para satisfazer a evolução das suas necessidades nutricionais, os lactentes devem receber alimentos complementares nutricionalmente adequados e seguros, ao mesmo tempo que continuam o AM até aos dois anos de idade ou mais (OE, 2019; OMS, 2009; OMS & UNICEF, 2017; WHO, 2018; WHO, 2019b).

Prevalência do AM continuado

Entre 1993 e 2013, apesar dos incrementos obtidos na taxa de AM exclusivo, verificou-se um ligeiro decréscimo global do AM continuado aos 12 meses, de 76% para 73%, (Rollins, et al., 2016). A análise de 217 *surveys* de 117 países realizada por Victora et al. (2016) mostrou resultados semelhantes no mesmo período (de 76,0% para 73,3%), em grande parte associada à diminuição da prevalência do AM nos 20% de países mais pobres (Rollins, et al., 2016; Victora, et al., 2016), salientando-se contudo que, em 2010, 37% das crianças entre os seis e os vinte e três meses não faziam qualquer tipo de AM.

Globalmente, o AM aos 12 meses é comum nos países com baixos e médio-baixos recursos e incomum nas restantes tipologias de países: médio-altos e altos recursos, sendo

²² A saber: Camboja, de 12% para 60% entre 2000 e 2005 e para 74% em 2010; Mali, de 8% para 38% entre 1996 e 2006; e Perú, de 33% para 64% entre 1992 e 2007 e para 71% em 2010.

inferior a 20% neste último (Victora, et al., 2016). Um achado curioso, é que apesar dos países com maiores recursos apresentarem uma duração do AM mais curta, são as mulheres mais ricas que fazem AM durante mais tempo, enquanto que nos países com menores recursos, são as mulheres mais pobres que fazem AM durante mais tempo. A mesma autora apurou que a prevalência do AM aos 12 meses é mais elevada na África Sub-Sariana, Sul da Ásia e algumas zonas da América latina.

Nos países com maiores recursos, pouco mais de uma em cada cinco crianças fazem AM aos 12 meses de idade, calculando-se que, por cada duplicação no produto interno bruto nacional *per capita*, a prevalência do AM aos 12 meses diminui em 10 pontos percentuais. Com exceção do início precoce, a prevalência dos outros indicadores apresenta correlação inversa com o aumento da saúde nacional (Victora, et al., 2016).

Tendências e prevalência do AM em Portugal

Como já referido, os estudos nacionais dos países mais desenvolvidos não obedecem a indicadores estandardizados e, como tal, os resultados obtidos não se regem exatamente como preconizado pela OMS e UNICEF, impossibilitando algumas comparações com interesse para a análise de tendências do AM, uma vez que as diferenças significativas entre países, não se deverá apenas ao seu grau de desenvolvimento mas também ao conjunto de múltiplos fatores já abordados anteriormente.

Portugal não foge a esta regra, não sendo conhecidas estatísticas oficiais, conseguindo-se contudo obter alguma informação a partir do relatório do Registo do Aleitamento Materno [RAM] de 2013 (Direção Geral da Saúde [DGS] & Observatório para o Aleitamento Materno [OBAM], 2016), e a um documento sobre a evolução do AM nas duas últimas décadas, com base nos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde [INS] de 1995/96 - 1998/99 - 2005/06 – 2014 (Kislaya, et al., s.d).

Dos resultados oficiais dados a conhecer pelo RAM, salienta-se a elevada taxa de iniciação do AM (98,5%), verificando quebras acentuadas, ao longo do tempo. Ambas observações corroboradas por Kislaya, et al., (s.d), que constata uma iniciação do AM superior a 90% com subsequentes decréscimos substanciais.

O AM na 1ª hora de vida manteve taxas consideráveis (84,1%), assinalando-se no entanto, a diminuição do AME à data da alta em quase 20 pontos percentuais (78,8%) traduzindo-se numa taxa iniciação de LA à data da alta de 19,7%, que aumenta para 28,7%

antes da 7ª semana de vida e para 41,2% antes dos quatro meses de vida (DGS & OBAM, 2016).

Kislaya, et al., (s.d), constataram que a percentagem de mulheres residentes no continente, que fizeram AME pelo menos até aos três meses, subiu de 34,6% em 1995/96, para 60,6% em 2014; e as que fizeram AME pelo menos até aos quatro meses aumentou de 26,8% em 1995/96 para 53% em 2014, no continente e de 41,2% em 2005/06 para 48,5% em 2014, no continente e ilhas; a percentagem de mulheres que fizeram AM até aos seis meses aumentou de 20,6% em 1995/96 para 36,6% em 2005/06, no continente, mas o mesmo não se verificou quando se comparam os dados dos dois últimos inquéritos para Portugal.

A constatação de que aos seis meses, apenas 53,9% das crianças recebeu algum tipo de AM; que a duração mediana do AM foi de seis meses e que a taxa de AME aos seis meses de vida foi de 22,1% (DGS & OBAM, 2016) não traduz resultados muito alentadores, agravando-se mais ainda, quando nos reportamos aos resultados apresentados por Kislaya, et al., (s.d), que mostram uma taxa de prevalência do AM aos seis meses, de cerca de 53,5%, baixando a de AME para 14,7%.

Relativamente à prevalência do AM aos 24 meses, os dados não são conhecidos, mas sabe-se que aos 15 meses foi de 25% e aos 18 de 12,5% (DGS & OBAM, 2016).

O estudo de Kislaya, et al., (s.d), revela uma evolução positiva nas práticas do AM aos 3 e 4 meses, tendo duplicado a prevalência de mulheres a fazer AME. Esta melhoria parece estar relacionada não só, com as ações desenvolvidas no âmbito do programa IHAB e as medidas de promoção preconizadas, como também da influência positiva das alterações na legislação implementadas em Portugal sobre o período de licença de maternidade.

Para além destes dados mais “oficiais”, mas que ainda assim não representam os indicadores preconizados pela OMS e UNICEF, podem encontrar-se alguns estudos independentes que abordam o tema do AM, da sua prevalência e determinantes. Analisemos então alguns desses estudos, de forma a conhecer melhor a realidade nacional, apesar das limitações impostas pelos próprios estudos.

Tendo como principal objetivo analisar as práticas do AM em Portugal, procuraram-se artigos científicos que tivessem alguma correspondência com os indicadores definidos pela OMS (OMS, 2009), nomeadamente os indicadores básicos: início precoce do AM; AM exclusivo até aos 6 meses de idade; e o AM continuado aos 12 meses de vida. Não existindo

grande uniformidade, recorreu-se também a indicadores opcionais, a saber: AM continuado aos dois anos e duração de qualquer AM.

Para além destes indicadores, pesquisaram-se artigos que fizessem referência aos determinantes do AM, de forma a estabelecer comparações. A tarefa não foi fácil, uma vez que muitos artigos não definem concretamente o tipo de AM (exclusivo ou não), e analisam os dados relativamente a *timings* que não são os recomendados como ideais. Um achado curioso relativamente a um estudo nacional realizado em 2007 (Sandes, et al., 2007), é a afirmação de que “O leite materno constitui o melhor alimento para o bebé nos primeiros quatro a seis meses de vida.” (p.193), estando definido, desde 2001 os seis meses como idade até à qual o LM é recomendado como alimento exclusivo, levando a considerar análises superficiais de alguns factos e acontecimentos importantes em matéria de AM.

Em 2006, (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, & Gomes, 2006), analisaram a evolução do AM na última década, no Hospital Garcia de Orta em Almada. Para tal, empreenderam um estudo prospetivo, envolvendo 200 RN da maternidade, através da realização de entrevistas em diferentes momentos: entrevista inicial aplicada às puérperas no dia da alta, e acompanhamento da evolução feito por via telefónica ao 1º, 3º e 6º mês de vida.

Os autores consideraram os RN/lactentes em AME, quando não tinha sido introduzido na sua alimentação outro leite para além do LM; e os RN/lactentes em AM, todos os que para além do LM tinham introduzido LA (ou outro leite que não).

Em 191 casos, correspondente a 95,5%, as gravidezes foram vigiadas. No que diz respeito ao tipo de parto, 60,5% foram eutócicos, 12% fórceps/ventosa e 27,5% cesarianas (30 de emergência e 25 eletivas). A duração do internamento, em função do tipo de parto foi, respetivamente, 2, 3 e 4 dias, traduzindo-se em 54% RN a permanecer dois dias na maternidade e 4% mais de 4 dias.

As autoras observaram que a prevalência de AM foi de 98,5% (95% AME) aquando da alta; 75% (60% AME) ao 1º mês de vida, 55% (37% AME) ao 3º mês e de 36% (25% AME) ao 6º mês de vida. Constataram ainda um aumento significativo da prevalência de AME à data da alta; uma diminuição do AM ao fim do 1º mês, tendência que se manteve também ao 3º mês. Aos seis meses as taxas de AM e AME foram semelhantes.

Sarafana , et al., (2006) notaram que 34% das mães introduziram LA ainda na maternidade, centrando-se os motivos em situações relacionadas com a convicção de que não tinham leite (26,5%) ou que a criança ficava com fome (22%). Em 16% das situações, as

mães não perceberam o motivo de introdução de LA, referindo que se tratou de uma decisão da enfermeira. Dos motivos de introdução de LA já em casa, são recorrentes os de caráter subjetivo, nomeadamente o “leite fraco”, “pouco leite”, “o RN fica com fome”; os motivos mais objetivos foram raros, sendo o mais comum a “perda de peso do bebé”, mencionada por 7,42% das mães. A introdução do LA na alimentação dos bebés foi aconselhada maioritariamente pelo médico assistente (56,2%) embora num número significativo de situações o aconselhamento ocorreu em farmácias (22,2%). 49% da amostra tiveram algum tipo de orientação pré-natal para o AM. Os enfermeiros, uma vez mais, apontados como os principais agentes desta ação, seguidos dos folhetos de puericultura. Em 77% dos casos as orientações decorreram no 3º trimestre de gestação.

Fatores como a etnia negra (ao que não será alheio “o meio aleitante” que persiste nos países e culturas africanas), idade materna superior a 34 anos e melhor nível de escolaridade, bem como o aconselhamento pré-natal para o AM parecem contribuir para o sucesso desta prática (Sarafana, et al., 2006).

Sandes, et al., (2007), realizaram um estudo longitudinal com 475 puérperas do Hospital de Sta. Maria, para avaliar a prevalência do AM e identificar fatores determinantes nos primeiros seis meses de vida, nomeadamente, características sócias económicas e estilos de vida. Dos resultados obtidos, salienta-se que, à saída da maternidade, 91% das puérperas faziam AM, 77,7% dos quais em exclusividade. Aos três meses de idade esta percentagem diminuiu para 54,7% e 40,4% respetivamente, sendo ainda mais reduzidos aos seis meses para 34,1% e 17,3% respetivamente.

As causas referidas para o abandono foram a hipo ou agalactia, a má pega e o regresso ao trabalho. Os autores salientam o facto de que em 68,6% a iniciativa de prescrever LA coube ao médico assistente. A decisão da mulher em manter o AM aos três e aos seis meses foi influenciada pela experiência positiva de amamentar; o nível educacional mais elevado; o não-tabagismo; a prática de exercício físico e a informação sobre as vantagens do AM para a saúde materna. A fonte de informação sobre o AM coube, por ordem decrescente, aos meios de comunicação e folhetos informativos (61%), amigos, família e profissionais de saúde (9%), 17% fontes múltiplas e 13% referiam não ter tido qualquer informação (Sandes, et al., 2007).

Apesar dos 9% de fontes de informações atribuídas a profissionais e amigos/familiares, as mães que a eles recorreram, mantiveram AM durante mais tempo. Não houve diferenças estatisticamente significativa entre a idade das mães e o tipo de aleitamento realizado, repetindo-se o mesmo com o número de filhos. Os autores encontraram uma

duração do AM mais prolongada em mães que conheciam as vantagens do AM para si próprias, sem grande referência às relacionadas com o bebé. Referem, no entanto, que as questões dos benefícios foram mais importantes para a manutenção do AM, do que as que se referem a questões psicoafectivas entre a díade. O abandono do AM relacionou-se com a insegurança das mães para amamentar e a incapacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé (Sandes, et al., 2007).

Em 2010, (Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010), publicaram um estudo que deu a conhecer a prevalência do AM, fatores de abandono e duração, num meio semiurbano específico. Realizaram um estudo descritivo, retrospectivo, com 42 participantes, efetuado na Unidade de Saúde Famílias em Lourosa, através de questionário aplicado às mães com filhos entre os 6 e os 18 meses de idade. Consideraram AM, quando o LM foi a única fonte láctea, ou suplementada com LA ocasionalmente, mas não de forma mantida.

Os autores observaram que todas as mães tiveram intenção de fazer AM antes do parto, contudo, apenas 88,1% iniciaram esta prática. Essa percentagem foi diminuindo progressivamente e aos seis meses, somente 30,9% das mães mantinham AM, sendo o maior declínio na prevalência, entre o 1º e 2º mês de vida, com uma diminuição de 26,2%. Das participantes, 67% eram primíparas e 33% múltiparas, tendo todas feito AM aos filhos anteriores, 50% das quais durante pelo menos 6 meses (Rebimbas, et al., 2010).

Apesar das mães possuírem bons conhecimentos sobre a AM (90,5%), persistiam alguns mitos prejudiciais a esta prática (35,7%). Os técnicos de saúde foram a principal fonte de informação. Os principais motivos evocados para o abandono do AM foram sobretudo subjetivos: a não satisfação do bebé (61,1%), a noção de pouco leite (44,4%) e de leite fraco (41,7%). O motivo mais objetivo apontado foi a má progressão ponderal (22,2%). A introdução de LA foi aconselhado pelo médico assistente em 80,5% dos casos.

A maioria das mães (92,9%) fizeram vigilância da gravidez; em 88,1% dos casos a gravidez foi desejada. Contudo, 60% das mães que não desejaram a gravidez fizeram AM pelo menos seis meses, o que sugere que o facto de uma gestação não ser desejada, não deve ser motivo de desinvestimento no AM. Quanto ao tipo de parto 54,8% foram eutócicos, 14,3% instrumentados, e 30,9% cesarianas, sendo a prevalência do AM aos seis meses de 34,8%, 33,3% e 23,1% respetivamente, o que parece mostrar algum tipo de associação entre estas variáveis. O regresso ao trabalho foi evocado como motivo de abandono precoce por 25% das mães, alertando para a necessidade de discutir com a mãe estratégias individualizadas que permitam manter o AM, recorrendo a métodos de extração e

conservação do LM, bem como do aconselhamento para a negociação e flexibilidade laboral aproveitando das disposições legais de apoio ao AM.

A prevalência do AM mostrou-se superior nas mães com maior nível de escolaridade (ensino superior) e com trabalhos menos especializados, (71% e 60% respectivamente amamentaram pelo menos 6 meses). Neste estudo os autores observaram não existir diferença de resultados entre as mães que frequentaram cursos de preparação para o parto e as que não frequentaram (Rebimbas, et al., 2010).

Em 2011, Barge e Carvalho, fizeram também uma pesquisa sobre a prevalência do AM aos seis meses de idade, procurando identificar fatores condicionantes do mesmo, levando a cabo um estudo observacional, transversal e analítico, com um amostra constituída por 158 mães, inscritas em duas Unidades de Saúde Familiar (USF) do concelho de Ponte de Lima: USF Lethes e USF Mais Saúde. Sendo os dados recolhidos através de entrevista telefónica. Não existe referência a tratar-se de AME ou qualquer AM aos seis meses de vida.

Os autores constataram uma prevalência de AM aos seis meses de 36%. Aos três, nove e doze meses, a prevalência foi, respetivamente, de 60%, 27% e 14%. Obtiveram uma relação estatisticamente significativa entre o AM aos seis meses e a idade materna: aumento da prevalência do AM com a idade; a escolaridade: prevalência de AM maior nos extremos de escolaridade; e a frequência de aulas de preparação para o parto: prevalência do AM maior nas mulheres que não frequentaram as aulas de preparação para o parto. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o AM aos seis meses e a situação profissional, o tabagismo, o alcoolismo e a vigilância na USF. Apesar de não se ter obtido relação estatisticamente significativa, observou-se uma tendência para um aumento do AM aos seis meses com o aumento da paridade.

Através da análise multivariada por regressão logística, para identificar variáveis estranhas, constataram afinal, não haver relação estatisticamente significativa relativamente aos fatores escolaridade e frequência das aulas de preparação para o parto (Barge & Carvalho, 2011).

Silva (2013), conduziu um estudo observacional, transversal e analítico, de uma amostra de conveniência (n=195) obtida através da aplicação de questionário com o objetivo de determinar a prevalência do AM nos primeiros seis meses e vida, identificar as razões que motivam as mães a iniciar e a abandonar esta prática, e identificar fatores relacionados com a duração da sua modalidade exclusiva até aos seis meses de vida.

Os resultados mais importantes salientam os benefícios para o bebê como as razões mais frequentes apontada pelas mães para iniciar o AM. A prevalência do AME ao primeiro, terceiro e quinto mês, foi respectivamente de 79,5%, 63,6% e 36,4%. A maioria das mães justificou o abandono com razões de carácter subjetivo, nomeadamente o “não ter leite suficiente” (62,8%), ou “ter leite fraco” (21,8%). O género masculino do bebê, o parto eutócico, um maior rendimento mensal médio do agregado familiar e a experiência anterior de AM, foram os fatores que se associaram a uma maior duração do AME. Outro dado a reter é o número de partos por cesariana cuja taxa atingiu os 38,5% e o vaginal de 61,5%.

Também em 2013, Dias, Monteiro, Oliveira, Guedes, Godinho, e Alexandrino, procuraram identificar os fatores que influenciam a adesão ao AM e os períodos críticos de abandono desta prática. A partir de um estudo quantitativo, descritivo, prospetivo, que incluiu 147 puérperas internadas numa Maternidade com cuidados perinatais diferenciados e Hospital Amigo dos Bebés. Os dados foram recolhidos através de questionário durante o internamento e posterior contato telefónico ao 1º, 3º, 6º e 12º mês de vida do bebê.

Os autores obtiveram como resultados, uma prevalência do AM de 98% à data da alta e de 95% ao 1º mês, baixando para 76% aos 3 meses de idade, 56% aos 6 meses de idade e 31% ao ano de vida.

O AM na 1ª hora de vida (90% dos RNs) apresentou uma relação estatisticamente significativa com AME aquando da alta. A experiência positiva, a motivação para o AM e a não utilização de tetina revelaram-se como fatores protetores do AM até aos três meses, constatando-se o mesmo relativamente ao conhecimento da técnica para a manutenção do AM aos 9 meses de vida. A administração de LA e a noção de hipogalactia influenciaram significativamente o abandono do AM aos três meses e o regresso ao trabalho foi determinante para o abandono do AM aos 12 meses de vida. As vantagens do AM foram identificadas por 93,2% das mães, e as maiores dificuldades referenciadas foram: o horário de AM (56%) e a técnica da pega (60%).

A principal conclusão dos autores, foi a necessidade de acompanhamento das mães, por profissionais de saúde, desde o período pré-natal até ao primeiro ano de vida para garantir o início e manutenção do AM.

Lanzaro, Santos, Guerra, Hespanhol, e Esteves (2015), analisaram a prevalência do AM, comparando uma população rural e outra urbana no norte do país. Para tal empreenderam um estudo observacional, de coorte retrospectivo, colhendo os dados através de

um questionário por via telefónica. A amostra, seleccionada por randomização era constituída por 333 crianças (210 população urbana e 123 na rural). As mães fizeram vigilância da gravidez (97,6% na população urbana e 100,0% na rural). Metade das mulheres em ambos os grupos, teve parto por cesariana (47,6% urbana e 50,4% rural).

Os autores identificaram algumas diferenças estatisticamente significativas entre as populações, nomeadamente: idade materna; habilitações literárias; tempo que as mães ficaram em casa após o parto; setor económico; hábitos tabágicos; vigilância da gravidez; e frequência das aulas de preparação para o parto. Não se verificou relação com a duração do AM, o mesmo acontecendo com o facto de a mãe ter sido amamentada, enquanto bebé, ou de ter amamentado numa gestação anterior.

A prevalência de AM aos seis meses foi de 50,5% no total da amostra estudada, e a prevalência de AME aos seis meses de 17,7%. Não se verificando diferenças entre as populações urbana, mostrando os resultados uma prevalência do AM aos seis meses de 50,0% e 51,2% e de AME de 17,1 % e 18,7%, respetivamente, em meio urbano e rural. Na população urbana, as crianças fizeram AM em média durante 7,7 (\pm 8,8) meses e AME durante 3,0 (\pm 2,3) meses. Na população rural, fizeram AM durante 8,6 (\pm 9,0) meses e de forma exclusiva durante 3,1 (\pm 2,2) meses. Não tendo sido encontrada também diferenças entre os meios urbano e rural quanto à duração total do período de AM e de AME .

Entre as múltíparas, as mulheres urbanas tinham história de AM em filho anterior superior às rurais, de 82,4% *versus* 68,9%, mas, em média, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois meios (7,2 (\pm 5,9) meses; 6,4 (\pm 6,9) meses).

Em análise multivariada, verificou-se que a maior duração do AM teve uma relação significativa com: o emprego durante a gravidez e seis meses após o parto; o parto por via vaginal; a permanência em casa após o parto superior a cinco meses; e inversamente, com a introdução de LA no hospital. Este último apresentou também uma associação inversa na maior duração do AME (Lanzaro, et al., 2015).

Os determinantes de início do AM mais frequentemente referidos pelas mães, em ambas populações, foram “o leite materno é o mais adequado para o bebé” (81,4% urbana; 82,1% rural). Quanto aos determinantes de abandono, uma vez mais, foi referido maioritariamente, em ambas populações, a perceção materna que “não tinha leite suficiente” (51,9% urbano e 41,5% rural). O regresso ao trabalho é um marco temporal relevante nesta análise, representando um motivo importante para o abandono do AM, em ambas populações.

Os autores destacam a correlação positiva da exclusividade do AM aos seis meses com a evicção de LA (sobretudo durante o período a seguir ao parto), com o parto por via vaginal e com a implementação de medidas laborais que favoreçam esta prática. Outros fatores relacionados com a maior duração do AM foram ter emprego durante a gravidez e seis meses após o parto; ter permanecido pelo menos cinco meses em casa após o parto (Lanzaro, et al., 2015).

Oliveira (2016), procurou também conhecer a prevalência do AM nos primeiros seis meses de vida, identificar os fatores que influenciam o seu abandono, e analisar a relação entre a duração do AM com idade e escolaridade materna. Realizou um estudo observacional, transversal e analítico, com 83 participantes, através da aplicação de um questionário às mães de filhos inscritos na UCSP Vagos 1 (sede), que recorreram à unidade para a consulta de saúde infantil aos seis meses de vida. Os autores consideraram qualquer tipo de AM (inclusivamente introdução de alimentos sólidos) e não o AME até aos seis meses de vida. Dos resultados salientam a unanimidade das mães ao afirmarem ter recebido informação durante a gravidez, reconhecendo inúmeros benefícios do AM, de entre os quais se destacam as vantagens para o RN (36,7%), o facto de ser mais económico (28,0%) e de favorecer a ligação mãe/filho (25,3%). Todas as mães manifestaram o desejo de fazer AM antes do parto, contudo apenas 75% o faziam no momento da alta hospitalar. Esta percentagem foi diminuindo gradualmente com 57,7% de AM aos três meses e 46,2% aos seis meses de vida. Os resultados contrariam o momento mais crítico da manutenção do AM, durante o primeiro mês de vida, com o regresso a casa e a falta de apoio profissional, sendo de 67,3%.

O autor, observou que quanto mais jovens são as mães, menor a taxa de AM e menor o tempo de manutenção do mesmo, registando-se o contrário relativamente à escolaridade: à medida que a escolaridade aumenta, maior a taxa de AM e tempo de duração. As principais fontes de informação foram os profissionais de saúde destacando-se os enfermeiros (80,5%) (Oliveira, 2016).

Quanto às causas do abandono do AM, destaca-se objetivamente “a má progressão ponderal” (42,9%) e subjetivamente a referência das mães à “falta de leite” (14,3%). Apesar do abandono do AM ser muitas vezes atribuído ao início da atividade profissional, o autor considera existir estabilidade das taxas de AM entre os três e seis meses (57,7% e 46,2% respetivamente), atribuindo os resultados ao esforço realizado pelos profissionais no sentido de estabelecer estratégias conjuntas (enfermeiro/mãe) e individualizadas no sentido de permitir a manutenção do AM, como a possibilidade de recorrer a métodos de extração e

conservação do leite e/ou o aconselhamento de negociação e flexibilidade laboral tendo por base as disposições legais existentes, tal como já tinha sido referenciado anteriormente por Rebimbas, et al. (2010).

Nos estudos relacionados com o AM, surge frequentemente a participação dos profissionais de saúde, com destaque especial para os enfermeiros. Galvão D. G. (2009), conduziu um estudo quantitativo, descritivo transversal, com o objetivo de descrever as estratégias de intervenção desenvolvidas por futuros Enfermeiros Especialistas Em Saúde Materna e Obstetrícia [EEESMO] no apoio às mães a iniciar o AM na 1ª hora após o parto e quais os seus conhecimentos e experiências sobre o AM imediatamente após o parto.

Os participantes no estudo foram 97 alunos que frequentavam o Curso pós Licenciatura em enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia [CPLESMO] em quatro escolas superiores de enfermagem de Portugal e que já tinham realizado o ensino clínico no bloco de partos. Como instrumento de recolha de dados, utilizou um questionário.

Os principais resultados mostram que 90,7% dos formandos referiu que coloca o RN a mamar na 1ª hora após o parto; 70,1% fá-lo sempre e 9,3% nunca colocam o bebé à mama na 1ª hora após o parto. A totalidade dos futuros enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica [EESMO] reconhece as vantagens do início precoce do AM para a díade. 59,8% destes estudantes referiu colocar o RN despido sobre o abdómen da mãe. Apenas 17,5% o fazem sempre e 40,2% nunca o faz. A maioria dos participantes, (91,8%) coloca a criança a mamar quando ela regressa para junto da mãe, após a prestação de cuidados imediatos, completamente vestida.

Dos participantes 84,5% conheciam os 10 passos preconizados pela OMS/UNICEF para o sucesso da amamentação, sobretudo o 4º passo (Providenciar o contacto pele-a-pele imediata e ininterruptamente e ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno tão cedo quanto possível após o nascimento) com 69,1% e o passo 9 (Aconselhar as mães sobre o risco de alimentação por biberão, tetinas e chupetas) com 70,1%. Dos inquiridos 16,5% responderam que não desenvolviam nenhum dos 10 passos; e aqueles que desenvolviam referiram ser o passo 3 (discutir a importância e a prática do AM com as mulheres grávidas e suas famílias) 42,3%, o passo 4 (63,9%), o passo 7 (praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia) 47,4% e o passo 9 (49,5%).

Face aos resultados, Galvão D. G. (2009), conclui que é imperativa a necessidade de na formação de novos especialistas, desenvolver esforços para implementar os 10 passos

preconizado pela OMS/UNICEF, com ênfase especial para o 4º passo, que se traduz na importância de colocar os bebês em contacto pele a pele com as mães logo após o nascimento, durante pelo menos uma hora e incentivar as mães a reconhecer quando os RN estão aptos a mamar, oferecendo ajuda se necessário, para iniciar o AM precoce.

Avaliação da implementação de estratégias e políticas em Portugal

Em 2015, as tendências do AM em Portugal, foram avaliados pela primeira vez, pela Iniciativa Mundial sobre Tendências em Aleitamento Materno (do inglês World Breastfeeding Trends Initiative [WBTi])²³. A pontuação global de Portugal nos 15 indicadores foi de 91,5 em 150 pontos, correspondendo a uma codificação por cores, azul (ANEXO 3). As principais lacunas encontradas dizem respeito ao ‘Indicador 1: Políticas, programas e coordenação nacionais’, constatando-se a inexistência de políticas nacionais para o AM, ou para a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Outra lacuna é a inexistência de uma Comissão Nacional para o AM e de um Coordenador Nacional para o AM. O relatório recomenda como prioridades até nova avaliação (2018), melhorar o AM exclusivo até aos 6 meses e a constituição de um Comité Nacional para o AM (Montaigne, Stilwell, & Col, 2015). Na pesquisa realizada, no âmbito deste estudo, não se encontraram referências à criação da Comissão Nacional para o AM/ alimentação do lactente e crianças pequenas.

O relatório aponta para o facto de que, embora exista uma proteção da maternidade muito abrangente em Portugal, comparando com muitos outros países, as mulheres não recebem apoio para ficarem em casa durante seis meses, para facilitar o AM exclusivo tal como preconizado pela OMS, sendo a recomendação para prolongar a licença de maternidade paga até aos 6 meses (Montaigne, et al., 2015).

A legislação nacional de proteção à mãe e ao AM tem sido atualizada ao longo dos anos. Atualmente, a licença mínima é de 6 semanas. A licença de maternidade é de 120 dias

²³ Conhecida internacionalmente como World Breastfeeding Trends Initiative [WBTi], trata-se de uma iniciativa inovadora, desenvolvida pela International Baby Food Action Network [IBFAN] Asia, que documenta a implementação de estratégias e políticas em cada país sob a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas [IYCF], avaliando o estado e comparando o progresso dessa implementação. A WBTi ajuda os países a avaliarem os pontos fortes e fracos das suas políticas e programas para proteger, promover e apoiar boas-práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Não só identifica as lacunas e cria estratégias para as suprimir, como identifica e documenta as iniciativas eficientes. O relatório WBTi analisa 15 indicadores: Parte I- indicadores 1-10, sobre políticas e programas; Parte II - indicadores 11-15 sobre as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Cada indicador tem uma significância específica, é pontuado e classificado por cores individualmente, na sequência ‘vermelho, amarelo, azul, verde’, em que verde é a melhor pontuação e o vermelho a pior [Mais informação disponível em: Montaigne, J. d., Stilwell, M., & Col. (2015). Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WTBi): Portugal 2015. *WTBi: World Trend breastfeeding initiative: Relatório*. Obtido em janeiro de 2019, de <http://worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Portugal-2015.pdf>

paga a 100%, com opção de 150 dias pagos a 85%, podendo a licença de maternidade ser prolongada para 240 dias, pagos a 25% do valor de referência.

Muitos empregadores apoiam os seus empregados no AM e na extração de LM, uma vez que é um direito protegido na Lei, mas não existe ainda qualquer obrigação legal para que os empregadores disponibilizem uma zona específica no local de trabalho para amamentar, extrair ou armazenar LM.

O relatório realça ainda a existência de iniciativas independentes de apoio e informação às mães e às grávidas. Contudo, a única vez em que o AM é mencionado e promovido oficialmente é durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno, que é celebrada em Portugal durante a 41^a semana do ano, todos os anos. Os autores salientam a necessidade de desenvolver uma campanha nacional e uma estratégia nacional de informação, educação e comunicação, assim como o encorajamento de iniciativas de AM e de boas-práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, durante todo o ano e não apenas na semana mundial do AM, sempre em conformidade com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subseqüentes resoluções da WHA (Montaigne, et al., 2015).

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Enquanto secção de um relatório de investigação, descreve os métodos e técnicas utilizados no quadro dessa investigação (Fortin, 2009).

Coutinho (2013, p. 254), refere que “O capítulo *Metodologia* destina-se a dar informação sobre os procedimentos gerais usados na pesquisa empírica, os instrumentos utilizados e relatar a maneira como os dados foram recolhidos.”

Neste contexto, este capítulo explicita os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico e que irão dar resposta às questões de investigação colocadas. Como tal, especifica o tipo de investigação, as variáveis em estudo, plano de amostragem, os procedimentos formais e éticos, os instrumentos de recolha de dados utilizados, tipo de análise de dados e o tratamento estatístico.

4.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O AM é a forma ideal de alimentação de todos os RNs e lactentes em todo o mundo. As recomendações da OMS e UNICEF, enfatizam o AM precoce na 1ª hora de vida e o AME até aos seis meses de idade, assim como o AM continuado até aos 2 anos ou mais, como práticas fundamentais para dar às crianças todas as oportunidades de desenvolvimento físico e cognitivo, que uma nutrição adequada pode fornecer. Apesar disso, estas práticas deixaram de fazer parte do quotidiano da alimentação infantil, traçando agora o seu caminho para recuperar esse lugar.

A OMS e UNICEF (2018), Rollins et al. (2016), Victora et al. (2016) efetuaram megaestudos para analisar a incidência e prevalência do AM em todo o mundo, e todos chamam a atenção para a falta de disponibilidade de resultados com base em indicadores fiáveis, nos países mais desenvolvidos, levando à ignorância sobre a incidência e prevalência do AM nesses países. Portugal não é exceção, e a região da Cova da Beira também não.

É desta incongruência, que surge a necessidade de fazer este estudo, para conhecer o real valor destes indicadores, assim como dos determinantes do AM, com o intuito de planear

ações de promoção, suporte e apoio, com vem sendo preconizado pela OMS e UNICEF, há já várias décadas.

A falta de bases científicas e consenso sobre indicadores fáceis de medir, respeitantes às práticas de alimentação adequadas em crianças entre os seis e vinte e três meses de idade, limitaram o progresso na medição e melhoramento dessas práticas, restringindo a obtenção de melhores resultados nutricionais em lactentes e crianças pequenas (OMS, 2009).

Em 2008, a OMS definiu uma série de indicadores para estudar essas práticas de nutrição infantil, entre os quais se encontram indicadores básicos e opcionais, alguns deles dedicados exclusivamente ao AM. Como indicadores básicos acerca do AM estabeleceram: Início precoce do AM; AME antes dos seis meses de vida; AM continuado ao ano de vida. Quanto aos opcionais definiram: crianças que tenham feito AM alguma vez; AM continuado aos dois anos de vida, AM adequado à idade; AM predominante antes dos seis meses de vida; e duração do AM. A OMS estabelece ainda como indicadores prioritários o AM antes dos seis meses de vida e o início precoce do AM. (OMS, 2009)

A intenção da criação destes indicadores é a realização de estudos que por um lado analisem concretamente os parâmetros mais importantes e por outro, permitir a comparação a nível internacional.

4.2. MÉTODOS

Em virtude do atrás descrito, tendo em conta que qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação que é considerado problema, necessitando de ser estudado para que seja melhor compreendido, determinaram-se as seguintes questões de investigação:

Q1. ‘Qual a prevalência do AME aos seis meses na região de abrangência do CHUCB?’

Q2. ‘Quais os determinantes do AM na região de abrangência do CHUCB?’

Uma vez definidas as questões e bem delimitado o estudo a empreender, estabeleceu-se como enunciado do problema: ‘Aleitamento materno: determinantes e prevalência na região de abrangência do CHUCB’

Em função das questões de investigação referidas, estabeleceram-se como objetivos do estudo: determinar a taxa de aleitamento materno à data da alta; determinar a taxa de aleitamento materno ao primeiro mês de vida, determinar a taxa de aleitamento materno ao quarto mês de vida, determinar a taxa de aleitamento materno ao quinto mês de vida,

determinar a taxa de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida; identificar determinantes do AM.

Modelo conceitual

Rollins et al. (2016) empreenderam um megaestudo a nível mundial, através de uma revisão sistemática da literatura, realizaram um exercício de metanálise dos estudos existentes sobre os fatores que afetam positiva ou negativamente o AM, o que permitiu identificar os determinantes desta prática.

Mediante a análise de outros quadros de referência e considerando os resultados da sua metanálise, conceberam um modelo conceitual, onde incluíram determinantes que operam em múltiplos níveis e que afetam as decisões e comportamentos ligados ao AM.

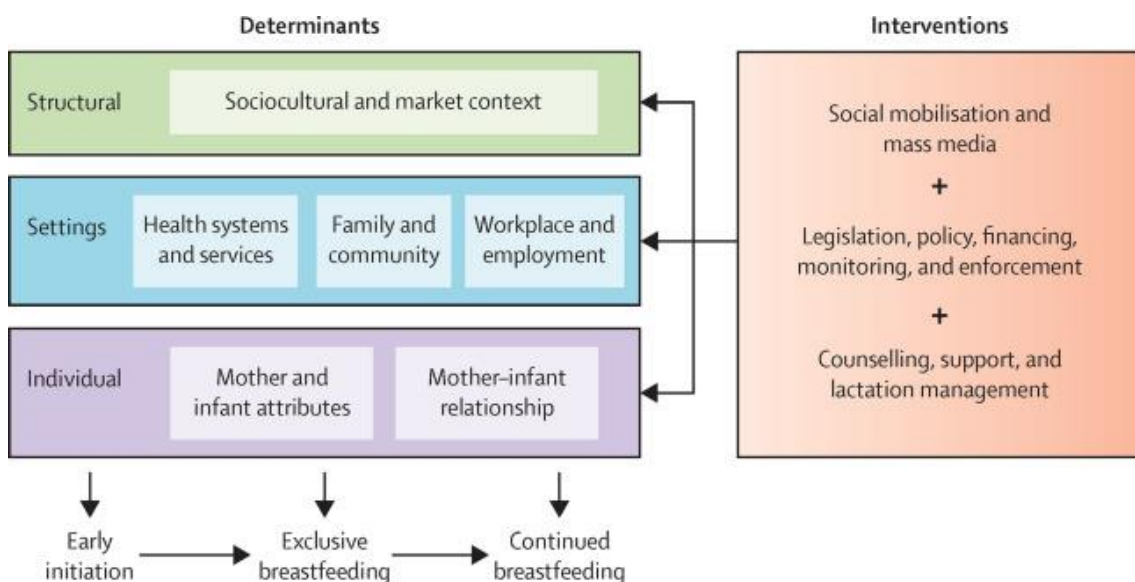


Fig 1. Componentes de um ambiente favorável ao AM- Modelo Conceitual

Fonte: (Rollins, et al., 2016, p. 492)

O nível estrutural refere-se aos fatores sociais que atuam sobre toda a população. Para os determinantes, estes fatores incluem tendências sociais, publicidade, massmídia, e mobilização social, produtos disponíveis em lojas; intervenções ao nível estrutural inclui legislação, políticas, mobilização social e dos mass média, para alterar as atitudes e práticas. Estes fatores são distais e unidirecionais. A população é exposta uniformemente a estes

fatores, mas estes não são interpretados uniformemente. Mulheres grávidas e mulheres com filhos pequenos, são afetadas de formas mais diretas e personalizadas, do que o são mulheres sem filhos, os homens e os restantes membros da comunidade. Estes efeitos ocorrem através de várias intervenções, atitudes, práticas e informações ao nível as três configurações principais, que são, por sua vez, afetadas pelo contexto social, cultural. Ao nível mais íntimo, o comportamento de amamentação das mães, é influenciado por atributos pessoais, como a sua idade, peso, educação, pela confiança e pelos atributos do seu bebé, com o sexo, bem-estar e temperamento. O AM é um comportamento que engloba a relação entre a mãe e o bebé; interações momento a momento entre ambos incluindo quando o bebé parece estar satisfeito e contente, são o resultado interiorização das influências ao nível dos determinantes estruturais e configurações (cenários). As intervenções afetam os determinantes aos seus vários níveis, que por sua vez vão condicionar o início precoce do AM, o AME aos seis meses de idade e o AM continuado.

Tipo de estudo

De modo a concretizar os objetivos mencionados, desenvolvemos para o efeito um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo correlacional.

Utilizou-se a metodologia quantitativa uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo visando analisar a incidência, distribuição e relação entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificadas em função, de três objetivos: descrever, explicar ou ainda explorar (Coutinho C. P., 2014). Os estudos transversais são estudos cuja recolha de dados é efetuada num único período de tempo, num determinado momento (Haro, et al., 2016).

O estudo descritivo permite descrever um fenómeno, uma população ou um conceito relativo a essa população, não estabelecendo relações entre as variáveis (Haro, et al., 2016). “O estudo descritivo-correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las.” (Fortin M. F., 2009, p. 244), desta forma permite-nos não só calcular a prevalência do AME aos seis meses na região da Cova da Beira como também, identificar alguns determinantes capazes de influenciar essa prevalência.

4.3. PARTICIPANTES

A população alvo deste estudo, é simultaneamente a população acessível e define-se como as mães, cujos filhos nasceram no CHUCB, entre o dia 01 de janeiro de 2016 e o dia 31 de dezembro de 2018, num total de 1607 mulheres.

A amostra, constituída por 349 mães, foi selecionada a partir de um plano probabilístico com amostragem aleatória simples.

Definiram-se como critérios de inclusão, mães cujos filhos nasceram no CHUCB, dentro das datas definidas; e como critérios de exclusão, o ser mãe adolescente, mãe de gémeos e o não saber ler nem escrever.

Caraterização da amostra

Observando o Quadro 1 pode-se constatar que as mães que constituem a amostra em estudo tinham idades compreendidas entre 19 e 51 anos, sendo mais frequente a idade de 35 anos. A idade média $34,13 \pm 4,88$ anos revelando um coeficiente de variação cujo valor é 14,3% pelo que podemos afirmar que a dispersão é fraca. Metade das mães apresentava idades iguais ou inferiores a 34,00 anos e o grupo etário mais representado correspondia às idades iguais ou superiores a 35 anos (39,0%). A distribuição e frequência das idades revelou-se simétrica e mesocúrtica, ou seja, para um nível de significância de 0,05 pode ser considerada normal.

As mães eram quase na totalidade de nacionalidade portuguesa, sendo a percentagem destes casos 97,7%.

Os agregados familiares eram, maioritariamente, constituídos por um número de elementos inferior ou igual a três, correspondendo estas situações a 54,7% dos casos. O número de elementos varia entre um e sete, sendo mais frequentes os agregados constituídos por três pessoas. Em média os agregados familiares eram constituídos por $3,49 \pm 0,74$ pessoas, sendo o coeficiente de variação 21,1%. Este facto permite-nos afirmar que a amostra revela dispersão média. A análise dos valores dos quocientes de assimetria e curtose evidencia que a distribuição de frequência é assimétrica, com assimetria positiva, e leptocúrtica pelo que, com um nível de significância de 0,05 não pode ser considerada normal.

Como se constata, também a maioria das mães, concretamente 67,3%, residia em meios urbanos.

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que 38,1% das mães possuíam uma licenciatura, seguindo-se 23,5% que tinham o ensino secundário (12.º ano completo), de 14,3% que tinham cursos técnico-profissionais e de 13,5% que possuíam mestrado. De salientar que ao nível de habilitações académicas (ensino superior: bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento), 54,2% de mães com ensino superior.

Relativamente à profissão da mãe, agrupadas de acordo com a classificação nacional de profissões, constatamos que 28,4% pertenciam ao grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas, 21,2% eram trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores e 16,0% possuíam profissões enquadradas no grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio.

Em maior percentagem as mães eram trabalhadoras por conta de outrem com vínculo definitivo (64,5%), seguidas de 14,9% que estavam desempregadas e de 10,6% que trabalhavam por conta de outrem com vínculo precário.

Verificamos, ainda, que 41,5% das mães referiram que o rendimento mensal do agregado familiar, durante o período de aleitamento materno, se situava entre 601 e 1200 euros, seguidas de 31,2% que mencionaram rendimentos entre 1201 e 1800 euros e de 13,5% cujos agregados familiares tinham rendimento mensal entre 1801 e 3000 euros.

Quadro 1- Caraterização sociodemográfica

Variável	n	%
Grupo etário da mãe (anos)		
< 30	61	17.5
[30 – 35[	117	33.5
≥ 35	171	49.0
Estatísticas: Moda = 35; Intervalo modal: ≥ 35; Média = 34,13; DP = 4,88 Mediana = 34,00; CV = 14.3%; Mín. = 19; Máx. = 51; Quoc. assim. = -1.01; Quoc. curt. = 0.95		
Nacionalidade da mãe		
Portuguesa	341	97.7
Outra	8	2.3
Número de pessoas do agregado familiar		
≤ 3	191	54.7
> 3	158	45.3
Estatísticas: Moda = 3; Int. modal: ≤ 3; Média = 3,49; DP = 0,74; Mediana = 3; CV = 21,1%; Mín. = 1; Máx. = 7; Quoc. assim. = 4,14; Quoc. curt. = 7,25		

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica (cont.)

Variável	n	%
Meio de residência	114	32.7
Rural	235	67.3
Urbana		
Habilitações Literárias da mãe	0	0.0
1.º Ciclo incompleto	2	0.6
1.º Ciclo (4.º ano completo)	2	0.6
2.º Ciclo (6.º ano completo)	24	6.9
3.º Ciclo (9.º ano completo)	82	23.5
Secundário (12.º ano completo)	50	14.3
Curso técnico-profissional	8	2.3
Bacharelato	133	38.1
Licenciatura	47	13.5
Mestrado	1	0.3
Doutoramento		
Profissão da mãe	0	0.0
Profissões das Forças Armadas		
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	13	3.7
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	99	28.4
Técnicos e profissionais de nível intermédio	56	16.0
Pessoal administrativo	34	9.7
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	74	21.2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca e da floresta	2	0.6
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	30	8.6
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0.3
Trabalhadores não qualificados	12	3.4
Desempregados	21	6.0
Domésticas	4	1.1
Estudantes	3	0.9
Situação profissional que a mãe manteve mais tempo durante o período de AM		
Trabalhadora por conta de outrem com vínculo definitivo	225	64.5
Trabalhadora por conta de outrem com vínculo precário	37	10.6
Trabalhadora por conta própria	23	6.6
Desempregada	52	14.9
Doméstica	11	3.2
Estudante	1	0.3
Rendimento mensal do agregado familiar durante o período de AM		
Inferior ou igual a 600 €	36	10.3
Entre 601 e 1200 €	145	41.5
Entre 1201 e 1800 €	109	31.2
Entre 1801 e 2400 €	47	13.5
Entre 2401 e 3000 €	7	2.0
Superior a 3000 €	5	1.4

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados utilizaram-se vários métodos:

Análise documental: número de partos/ano; número de partos eutócicos, instrumentalizados e cesarianas; número de conselheiras em AM e formadoras de conselheiras em AM da região da Cova da Beira

Questionário autoadministrado (cf. Apêndice 1).

O questionário foi construído *ad hoc*, com base na revisão da literatura. Depois da sua elaboração, foi revisto, por um grupo de enfermeiras EESMO e de algumas mães, a fim de assegurar a validade do construto. Antes da aplicação efetiva do questionário procedeu-se ao pré-teste, através da sua aplicação a 6 mães, que não foram incluídas no estudo.

Posteriormente foi aplicado o questionário efetivo via email, a mães que foram contactadas previamente por telefone a serem convidadas a participar no estudo.

O questionário é composto por questões abertas, fechadas, de escolha múltipla, dicotómicas e escalas, sendo constituído por três partes:

Parte I- Caracterização sociodemográfica: constituída por 8 questões, através das quais se obtém um perfil sociodemográfico das participantes.

Parte II- Dados obstétricos: composta por 18 questões, através das quais se obtém dados relativos à gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Parte III- Dados relativos ao aleitamento materno: contém 49 questões, dividida em quatro secções: Secção A- Experiência anterior de AM; Secção B- Preparação prévia para o AM durante a gravidez; Secção C- Experiência atual de AM, após o parto, durante o período de internamento na maternidade; e Secção D- Experiência atual de AM, após a alta, já em casa com o bebé.

Variáveis e operacionalização

Qualquer investigação decorre sobre variáveis, que têm de ser identificadas. Esta identificação não é somente designar a variável pelo seu nome, mas também atribuir-lhe um significado específico para o estudo, de modo a torná-las mensuráveis. Para tal as variáveis têm de ser operacionalizadas concetual e empiricamente (Fortin M. F., 2009; Sousa & Baptista, 2011). Assim as variáveis representam aspetos relevantes dos fenómenos, é importante saber individualizá-las, utilizá-las de modo adequado na investigação.

A variável de estudo é designada pela **‘Prevalência do AM’**.

A prevalência do AM foi analisada aquando da alta hospitalar ao 1º, 4º, 5º e 6º mês.

Para se poder diminuir a probabilidade de ocorrência de divergências interpretativas e conferir-se um significado claro às variáveis, de modo a torná-las mensuráveis, procedeu-se à operacionalização através das tabelas que se seguem.

Tabela 1- Operacionalização e recodificação das variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Idade	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão aberta: idade da mãe em anos	Recodificada em 3 grupos etários: < 30 $[30 - 35[$ ≥ 35
Nacionalidade	Elaborada uma questão aberta: nacionalidade da mãe	Recodificada em: Portuguesa Outra nacionalidade
Agregado familiar	Elaborada uma questão aberta para saber o número de pessoas do agregado familiar	Recodificada em 2 grupos: ≤ 3 > 3
Residência	Para mensurar esta variável foi formulada uma questão fechada e dicotómica	Meio: Rural Urbano
Habilitações Literárias	Para avaliar esta variável formou-se uma questão fechada e foram agrupadas as habilitações literárias da mãe em dez grupos	Recodificação segundo o quadro de qualificações da Direção Geral do Ensino Superior ²⁴
Profissão	Com esta variável pretendeu-se conhecer a situação da atividade profissional da mãe, através de uma questão aberta: profissão da mãe	Recodificação da mesma em grupos profissionais segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) ²⁵
Situação profissional	Com esta variável pretendeu-se conhecer a situação da atividade profissional da mãe através de uma questão fechada com sete opções de escolha, isto é, aquela que a mãe manteve mais tempo, durante o período de AM	Recodificada em 2 grupos: Trabalhadora por conta de outrem Outras situações
Rendimento mensal	Pretendeu-se conhecer com esta variável o rendimento mensal do agregado familiar durante o período de aleitamento materno através de uma questão fechada com seis opções de resposta	Recodificada em 3 grupos: ≤ 1200 euros $[1201 - 1800[$ ≥ 1801

²⁴ Disponível em https://www.dges.gov.pt/pt/quadro_qualificacoes?plid=371

²⁵ Diário da República, 2.ª série — N.º 106 — 1 de Junho de 2010. Deliberação n.º 967/2010

Para a operacionalização das variáveis obstétricas consideramos 3 períodos: gravidez, trabalho parto/parto e pós-parto. Na tabela 2, apresentam-se as variáveis relativas à gravidez.

Tabela 2- Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (gravidez)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Tempo de gravidez	Elaborada uma questão aberta. Para determinar o tempo de gravidez quando nasceu o bebé: idade gestacional mensurável em semanas	Recodificada dois grupos: < 37 semanas ≥ 37 semanas
Planeamento de gravidez	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada dicotómica	Gravidez planeada: Sim Não
Número consultas	Elaborada uma questão fechada dicotómica	
Vigilância da gravidez	Para mensurar esta variável foi formulada uma questão fechada, dicotómica	
Aulas de preparação para o parto e parentalidade	Com esta variável pretendeu-se saber a se os pais frequentaram este tipo de aulas, através de duas questões fechadas dicotómicas	

Na tabela 3, apresentam-se as variáveis obstétricas relativas ao trabalho de parto/parto

Tabela 3- Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (trabalho de parto / parto)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Acompanhamento durante o trabalho de parto e parto por pessoa significativa	Elaboradas duas questões fechadas, com resposta dicotómica Se parturiente esteve acompanhada por pessoa significativa e por quem esteve acompanhada	Acompanhada por pessoa significativa durante trabalho parto e parto: Sim Não
Tipo de parto	Elaborada uma questão fechada com três opções de resposta	Recodificada em 2 grupos: Parto vaginal Cesariana

Tabela 3- Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (trabalho de parto / parto) (cont.)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Contacto pele a pele precoce com o RN	<p>Para mensurar esta variável foram formuladas três questões fechadas</p> <p>Uma questão dicotômica, para saber se foi efetuada contacto pele a pele</p> <p>Outra questão relacionada com o tempo de contacto com três opções de resposta, mensurável em horas</p> <p>Outra questão para averiguar, o motivo pelo qual o RN não fez AM na primeira hora com oito opções de resposta</p>	<p>Contacto pele a pele precoce na primeira hora de vida</p> <p>Sim</p> <p>Não</p>
Peso e sexo do RN	<p>Elaborada uma questão aberta relativamente ao peso, mensurável em gramas</p> <p>Para operacionalizar esta variável (sexo) foi elaborada uma questão fechada, dicotômica</p>	

Na tabela 4, apresentam-se as variáveis obstétricas relativas ao pós-parto.

Tabela 4- Operacionalização e recodificação das Variáveis obstétricas (pós-parto)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Aleitamento materno	<p>Elaboradas duas questões fechadas com opções de resposta.</p> <p>Uma questão e para avaliar se o RN fez AM na primeira hora de vida com três opções de resposta</p> <p>Outra questão foi saber o motivo pelo qual o RN não fez AM na primeira hora de vida com oito opções de resposta</p>	<p>Recodificada AM na primeira hora de vida do RN em 2 grupos:</p> <p>Sim</p> <p>Não</p>
Alojamento conjunto	<p>Elaborada uma questão fechada, dicotômica. Procurou-se saber se após o parto e ao longo do internamento o bebé esteve sempre junto da mãe</p>	
Tempo de internamento	<p>Para operacionalizar esta variável foram elaboradas três questões abertas, para saber a data do parto e data de alta da mãe e data de alta do RN</p>	

As tabelas seguintes são referentes ao AM

Tabela 5 - Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

A: Experiência anterior de outros filhos

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Experiência anterior de AM	<p>Para operacionalizar esta variável foram elaboradas duas questões uma fechada e outra aberta</p> <p>Uma pergunta tem três opções de resposta, para saber o tipo de experiência vivenciada</p> <p>Outra questão foi, para saber durante quanto tempo fez AM de outros filhos</p>	<p>Experiência global de AM</p> <p>Recodificada em 3 grupos:</p> <p>Positiva</p> <p>Ambivalente</p> <p>Negativa</p> <p>Tempo médio de amamentação</p> <p>Recodificada em 2 grupos:</p> <p>< 11 meses</p> <p>≥ 11 meses</p>

Tabela 6- Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

B: Preparação prévia para o aleitamento materno (durante a gravidez)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Posição do pai sobre o aleitamento materno	Foi elaborada uma questão fechadas, com quatro opções de resposta	<p>Recodificada em 3 grupos:</p> <p>A favor</p> <p>Indiferente</p> <p>Algumas coisas a favor outras contra</p>
Decisão de fazer AM	<p>Para operacionalizar esta variável foram elaboradas três perguntas fechadas, duas com três opções de resposta. e outra dicotômica</p> <p>Uma pergunta foi para saber de quem foi a iniciativa ou decisão de amamentar</p> <p>Outra questão foi para averiguar se essa decisão foi influenciada por outras pessoas além do casal</p> <p>Outra questão foi para saber quem teve influência na decisão de fazer AM</p>	<p>Decisão de fazer AM foi influenciada por outras pessoas:</p> <p>Sim</p> <p>Não</p>
Sessões/Cursos/workshop Sobre AM	Elaborada uma questão fechada dicotômica, para saber se assistiram a formação sobre AM	<p>Recodificada em 3 grupos:</p> <p>Apenas a mãe</p> <p>Ambos</p> <p>Nenhum</p>

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Informação escrita dos profissionais de saúde sobre AM (gravidez)	Elaborada uma questão fechada dicotômica, para saber se recebeu informação escrita acerca AM	Recebeu informação escrita sobre AM: Sim Não
Fontes de informação sobre AM	Para avaliar esta variável formou-se uma questão fechada com sete opções de escolha, para saber qual a fonte que a grávida recorreu mais para obter informações acerca do AM	
Grau de confiança na gravidez	Com esta variável pretendeu-se conhecer o grau de confiança quanto à capacidade de alimentar o bebé com AM, através de uma pergunta fechada, com uma escala de avaliação	Recodificá-la em 3 grupos: Muito confiante Confiante Pouco ou nada confiante

Tabela 7- Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

C: Experiência de aleitamento materno (após o parto, enquanto esteve no hospital, no internamento)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Informação sobre AM (internamento)	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas duas perguntas fechadas, uma dicotômica e outra com quatro opções de resposta. Para saber se recebeu informação sobre AM, de quem recebeu mais informação e se recebeu informação escrita	
Ajuda prática para iniciar e manter o AM (internamento)	Foi elaborada questão fechada com seis opções de resposta.	

Tabela 8- Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

D: Experiência de aleitamento materno (após a alta, já em casa com o bebê)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Tipo de alimentação do RN quando alta	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada, com opção de três respostas	
Grau de confiança	Com esta variável pretendeu-se conhecer o grau de confiança quanto à capacidade de alimentar o bebê com AM, aquando a alta hospitalar através de uma pergunta fechada, com uma escala de avaliação	Recodificada em 3 grupos: Muito confiante Confiante Pouco ou nada confiante
Visita domiciliar de enfermagem	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas duas questões fechadas, uma com opção de quatro respostas para saber se recebeu visita domiciliar e com quantas semanas de vida do bebê foi efetuada Outra com opção dicotômica para saber se teve informações acerca do AM e/ou ajuda prática	Recebeu visita domiciliar. Recodificada em 2 grupos: Sim Não
Problemas do AM	Com esta variável pretendeu-se saber qual ou quais os problemas que surgiram nas duas primeiras semanas de vida do bebê, através de uma pergunta fechada, com várias opções de resposta	
Experiência relativamente ao AM	Com esta variável pretendeu-se saber como foi a experiência ao longo das duas primeiras semanas de vida do bebê através de uma pergunta fechada, com uma escala de avaliação	Recodificada em 3 grupos: Muito satisfatória Satisfatória Pouco ou nada satisfatória
Fonte de informação sobre AM	Para avaliar esta variável formou-se uma questão fechada com sete opções de escolha, para saber qual a fonte que a mãe recorreu mais para manter o AM	
Ajuda prática (domicílio)	Com esta variável pretendeu-se conhecer de quem teve mais ajuda prática, para manter AM, através de uma pergunta fechada, com oito opções de resposta	

Classificação do contributo/qualidade da informação obtida durante a gravidez, o internamento e após a alta sobre o aleitamento materno

Contributo/qualidade da informação obtida durante a gravidez

Contributo/qualidade da informação obtida durante o internamento

Contributo/qualidade da informação obtida após a alta

Classificação da ajuda prática recebida no internamento e após a alta sobre o aleitamento materno

Ajuda prática obtida após a alta

Ajuda prática obtida durante o internamento

Para operacionalizar e analisar a avaliação que as mães fizeram do contributo/qualidade da informação e ajuda prática do AM, durante a gravidez, parto, internamento e após a alta, utilizou-se a escala de qualidade de informação (EQI) validada por Coutinho et al (2016). É uma escala bipolar de diferencial semântico, tendo em cada extremo dois adjetivos opostos (negativo e positivo), vão de incompleta a completa, inapropriada a apropriada, desagradável a agradável, incorreta a correta e inútil a útil. Em cada afirmação, a magnitude de resposta situa-se num intervalo de 10 pontos (1 a 10), sendo que quanto menor a cotação, menor é a qualidade de informação, a cotação máxima é de 60 pontos e a mínima de 6.

De acordo com os *scores* obtidos, a classificação global é considerada:

Má : score <24; Razoável [24-42]; Boa \geq 42

Tabela 9- Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

D: Experiência de aleitamento materno (regresso ao trabalho)

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
Regresso ao trabalho	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas sete questões fechadas. Uma dicotómica para saber se já regressou ao trabalho	Regresso ao trabalho foi Recodificada em 3 grupos: Sim Não Não se aplica
	Outra para saber a idade do bebé quando regressou ao trabalho, através de uma questão aberta.	
	Uma outra questão dicotómica para averiguar se conhece as leis que protegem a trabalhadora lactante	Idade do bebé quando mãe regressou ao trabalho. Recodificada em 2 grupos Até aos 6 meses Mais de 6 meses
	Saber se as leis são cumpridas	

	<p>Se no local de trabalho existe um espaço com condições para extrair e conservar o leite materno</p> <p>No seu local de trabalho existe um espaço com condições para amamentar com privacidade?</p> <p>Quando regressou ao trabalho manteve o aleitamento materno?</p> <p>Enquanto trabalhadora, a que estratégia recorreu mais vezes para manter o aleitamento materno</p>	
--	---	--

Tabela 10- Operacionalização e recodificação das variáveis relativas ao AM

Caraterísticas do aleitamento/alimentação

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	RECODIFICAÇÃO
AM exclusivo	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão aberta para saber até que idade o bebé fez apenas leite materno	
Aleitamento misto	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas duas questões, uma fechada, dicotómica para saber se o bebé faz ou fez aleitamento misto foi elaborada uma questão aberta para saber com que idade o bebé iniciou o aleitamento misto	
Introdução de alimentos	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão aberta para saber com que idade foram introduzidos alimentos para além de leite	
AM	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas cinco questões fechadas, uma dicotómica para saber se o bebé mantém o AM Uma questão aberta para saber quando o bebé parou por completo o AM Outra questão fechada com 16 opções de resposta para saber o motivo pelo qual parou por completo o AM Outra questão fechada, dicotómica para saber se sentiu influenciada/pressionada para parar o AM Quem a influenciou/ pressionou para parar o aleitamento materno	
Marketing/publicidade De substitutos de leite	Para operacionalizar esta variável foram elaboradas duas questões fechadas, dicotómica para saber se durante a	

materno	gravidez e depois do parto, recebeu ofertas ou amostras de LA/papas lácteas e se a publicidade a leites adaptados ou papas lácteas influenciaram as suas decisões em relação ao aleitamento do seu filho	
Cumprir objetivo de praticar AM	Conseguiu fazer aleitamento materno durante o tempo que tinha estabelecido como objetivo	
Experiência de AM	Globalmente como considera esta experiência de aleitamento materno	
Probabilidade de voltar a fazer AM se tiver outro filho filhos	Qual a probabilidade de voltar a fazer aleitamento materno, se tivesse outro filho	

4.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A colheita de dados realizou-se entre os dias 10 e 30 de abril de 2019, após aprovação pela Comissão de Ética do CHUCB e posterior autorização pelo Conselho de Administração do CHUCB (Anexo 4).

Após contacto telefónico a informar as mães do estudo, objetivos e da importância da sua participação, foi pedida a sua colaboração para preenchimento de questionário *on-line*, ou em suporte de papel caso fosse essa a sua preferência. Para além da informação dada na primeira abordagem, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, foi reafirmada na apresentação do formulário, sendo solicitada a aceitação de preenchimento do formulário e a autorização para utilização dos dados, única e exclusivamente para o presente estudo.

4.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para sistematizar a informação obtida com a aplicação do questionário elaborado utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado, informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, na versão 25.

As técnicas estatísticas aplicadas foram quadros de frequências (absolutas e relativas), medida de tendência central (moda e intervalo modal, média e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor

máximo), medidas de forma (quociente de assimetria e curtose), teste de independência do Qui-quadrado e Odds rácio e respetivo intervalo de confiança a 95%.

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos às características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por (Maroco, 2007) (Pestana & Gageiro, 2014)

Para todos os testes foi fixado o valor 0,05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor atrás mencionado, ou seja, quando $p < 0,05$.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo do trabalho pretende-se fazer a análise e apresentação descritiva dos os e resultados obtidos com a aplicação do questionário elaborado. Posteriormente, fez-se a análise e apresentação dos estudos desenvolvidos para identificar os determinantes do aleitamento materno exclusivo.

Análise descritiva

No que diz respeito aos dados obstétricos durante a gravidez, por observação do quadro 2, verifica-se que a maioria dos bebés nasceu com 37 semanas ou mais (92,6%). Situando-se os tempos de gravidez entre 33 e 42 semanas, sendo mais frequente as 40 semanas. O tempo médio foi de $39,06 \pm 1,63$ semanas e a dispersão de resultados pode ser considerada baixa pois o coeficiente de variação apresenta o valor 4,2%. Metade das mães referiu que o seu filho nasceu com, pelo menos, 39 semanas de gestação. A distribuição de frequências revelou ter assimetria negativa e ser leptocúrtica. Tal significa que, para o nível de 0,05 não apresenta características de uma distribuição normal.

Constata-se, também, que a maior parte das mães, exatamente 81,7%, afirmou que a gravidez foi planeada.

Quanto ao número de consultas de vigilância da gravidez, 92,0% das mães afirmaram que fizeram, pelo menos, seis consultas de vigilância e 61,9% disseram que a gravidez foi considerada normal.

Relativamente à frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade, verifica-se que 41,3% dos progenitores não as frequentaram, seguindo-se 35,2% em que ambos frequentaram este tipo de aulas e de 23,5% que apenas a mãe as frequentou.

Quadro 2. Dados obstétricos (gravidez)

Variável	n	%
Idade Gestacional (semanas)		
< 37	26	7.4
≥ 37	323	92.6
Estatísticas: Moda = 40; Int. modal: ≥ 37; Média = 39.06; DP = 1.63; Mediana = 39.00; CV = 4.2%; Mín. = 33; Máx. = 42; Quoc. assim. = -7.04; Quoc. curt. = 4.55		
Gravidez planeada		
Sim	285	81.7
Não	64	18.3
Número de consultas de vigilância da gravidez		
Menos de 6	28	8.0
Igual ou superior a 6	321	92.0
A gravidez foi considerada		
Normal	216	61.9
Risco	133	38.1
Mãe e pai frequentaram aulas de preparação para o parto e parentalidade		
Apenas a mãe	82	23.5
Ambos	123	35.2
Nenhum	144	41.3

Observando os dados apresentados no quadro 3 verifica-se que 84,2% das mães durante o trabalho de parto estiveram acompanhadas por uma pessoa significativa e na maioria destes casos essa pessoa foi o pai do bebé (92,5%).

Constata-se maioritariamente o tipo parto vaginal (54,2%), seguindo-se 35,5% de partos por cesariana e 10,3% de parto vaginal instrumentado (ventosa ou fórceps).

Em 55,9% dos casos houve contacto pele a pele precoce entre a mãe e o bebé. Em 64,9% destes casos o contacto decorreu durante um tempo inferior a 1 hora. O principal motivo apontado pelas mães para a não realização de contacto precoce pele a pele foi o facto de o bebé ter nascido por cesariana (64,9%) ou ter necessitado de cuidados urgentes (13,0%).

A distribuição dos bebés segundo o sexo foi praticamente equitativa, predominando o sexo masculino com 50,1%.

Quanto ao peso do bebé ao nascer, verificamos que 90,0% tinham entre 2500 e 4000 gramas. Os pesos situaram-se entre 1720 e 4440 gramas, sendo mais frequente o peso de 3280 gramas. Em média os bebés nasceram com $3160,57 \pm 451,92$ gramas e o valor observado para o coeficiente de variação permite-nos afirmar que a dispersão dos resultados é fraca. Metade dos bebés nasceu com peso igual ou superior a 3190,00 gramas. Os quocientes de dispersão e de curtose apresentam valores que, ao nível de 0,05 permitem classificar a distribuição de frequências como sendo simétrica e mesocúrtica, ou seja, apresenta características semelhantes à de uma distribuição normal.

Quadro 3. Dados obstétricos (parto)

Variável	n	%
Durante o trabalho de parto e parto esteve acompanhada por uma pessoa significativa		
Sim	294	84.2
Não	55	15.8
Por quem esteve acompanhada		
Pai do bebé	272	92.5
Outra pessoa significativa	22	7.5
Tipo de parto		
Parto vaginal	189	54.2
Parto vaginal com ventosa ou fórceps	36	10.3
Cesariana	124	35.5
Contacto pele a pele precoce com o bebé		
Sim	195	55.9
Não	154	44.1
Tempo de contacto pele a pele com o bebé		
Menos de 1 hora	126	64.6
1 hora ou mais	46	23.6
Não se lembra	23	11.8
Motivo pelo qual não fez contacto pele a pele		
O bebé nasceu de cesariana	100	64.9
O bebé necessitou de cuidados urgentes	20	13.0
Mãe teve necessidade de cuidados urgentes	1	0.6
Estava sob o efeito de anestesia	1	0.6
A pedido da mãe	1	0.6
Não foi permitido pelo enfermeiro	1	0.6
O bebé nasceu no Bloco Operatório	1	0.6
Porque me vestiram logo	1	0.6
Não se falou sobre o assunto	2	1.3
Não sabe	26	16.9
Sexo do bebé		
Masculino	175	50.1
Feminino	174	49.9
Peso do bebé ao nascimento (gramas)		

< 2500	24	6.9
[2500 – 4000[	314	90.0
≥ 4000	11	3.1
Estatísticas: Moda = 3280; Int. modal: [250 – 4000[; Média = 3160.57; DP = 451.92; Mediana = 3190.00; CV = 14.3% Mín. = 1720; Máx. = 4440; Quoc. assim. = -0.74; Quoc. curt. = 1.34		

Os dados que constituem o quadro 4 permitem-nos verificar que 56,7% dos bebés receberam aleitamento materno na primeira hora de vida. Das 146 mães que não fizeram este aleitamento na primeira hora, 78,1% referiram que tal não ocorreu pelo facto de o bebé ter nascido de cesariana. A maioria das mães (76,5%) afirmou que após o parto e ao longo do internamento o bebé esteve sempre junto delas.

O tempo de internamento das mães situou-se entre dois e sete dias, sendo mais frequentes as situações de três dias de internamento. O tempo médio foi de $2,69 \pm 0,80$ dias e os resultados apresentaram uma dispersão moderada ($CV = 29,7\%$). Metade das mães referiu tempos de internamento inferiores ou iguais a 3.00 dias mas a maioria (51,0%) indicou tempos entre três e quatro dias, seguindo-se 45,8% que estiveram internadas apenas dois dias. A Distribuição de frequências revelou ter assimetria positiva e ser leptocúrtica, ou seja, para o nível de 0,05 não podemos considera-la como normal.

Quanto ao tempo de internamento dos bebés, foram referidos valores entre dois e dezanove dias, sendo mais frequente os três dias de internamento. Em média os bebés estiveram internados $3,05 \pm 1,79$ dias mas a dispersão dos resultados é elevada. Metade dos bebés estiveram internados até três dias e para a maioria (50,1%) os tempos de internamento situaram-se entre três e quatro dias, seguidos de 40,4% que estiveram internados dois dias. A distribuição de frequências não pode ser considerada normal, para um nível de significância de 0.05, atendendo a que os quocientes de assimetria e curtose evidenciam que ela é fortemente assimétrica positiva e leptocúrtica.

Quadro 4. Dados obstétricos (pós-parto)

Variável	n	%
Fez aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé		
Sim	198	56.7
Não	146	41.9
Não se lembra	5	1.4
Motivo porque não fez aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé		
O bebé nasceu de cesariana	114	78.1
O bebé não conseguiu mamar	12	8.2
O bebé teve de ser internado	4	2.7
Mãe teve necessidade de cuidados urgentes	5	3.4

A pedido da mãe	1	0.7
O bebé necessitou de cuidados urgentes	7	4.8
Não sabe	3	2.1
Após o parto e ao longo do internamento o bebé esteve sempre junto da mãe		
Sim	267	76.5
Não	82	23.5
Tempo de internamento da mãe (dias)		
2	160	45.8
3 a 4	178	51.0
> 4	11	3.2
Estatísticas: Moda = 3; Int. modal: 3 a 4; Média = 2.69; DP = 0.80; Mediana = 3.00; CV = 29.7%; Mín. = 2; Máx. = 7; Quoc. assim. = 13.02; Quoc. curt. = 19.84		
Tempo de internamento do bebé (dias)		
2	141	40.4
3 a 4	175	50.1
> 4	33	9.5
Estatísticas: Moda = 3; Int. modal: 3 a 4; Média = 3.05; DP = 1.79; Mediana = 3.00; CV = 58.6%; Mín. = 2; Máx. = 19; Quoc. assim. = 40.71; Quoc. curt. = 149.35		

A análise dos dados que apresentamos no quadro 5 permitem-nos constatar que a maioria (83,6%) das mães que tinha outros filhos considerou positiva a experiência de fazer aleitamento materno. Estas mães referiram ter feito aleitamento materno entre 1,00 e 39,20 meses, sendo mais frequente o tempo de 12 meses. Em média, o tempo deste tipo de aleitamento situou-se $12,53 \pm 8,17$ meses. A dispersão dos resultados é elevada mas metade das mães fez aleitamento materno dos outros filhos até aos 11,00 meses. Verificamos também que, em média, 35,2% destas mães alimentaram os outros filhos com leite materno entre 12 e 24 meses, seguindo-se 30,1% que o fizeram entre os 6 e os 12 meses e 22,5% que fizeram aleitamento materno menos de 6 meses. Ao nível de 0,05 a distribuição de frequências apresenta assimetria positiva e é mesocúrtica.

Verifica-se que 93,4% dos pais eram a favor do aleitamento materno e em 62,2% dos casos a decisão de fazer aleitamento materno foi tomada pelo casal. Nos restantes 37,8% esta decisão foi tomada pela mãe.

A maioria das mães, concretamente 89,4%, afirmou que a decisão de fazer aleitamento materno não foi influenciada por outras pessoas. Verifica-se que das 37 mães que disseram ter sido influenciadas, 51,4% referiram que essa influencia teve origem em familiares ou amigos, seguindo-se 43,2% que mencionaram os profissionais de saúde.

Maioritariamente (55,2%) as mães afirmaram que nem elas nem os pais dos bebés assistiram a sessões/cursos/workshops sobre aleitamento materno. Em 24,4% dos casos assistiram ambos os progenitores e em 20,1% só a mãe assistiu.

Larga maioria das mães (90,5%) afirmou que durante a gravidez recebeu dos profissionais de saúde informação escrita sobre aleitamento materno.

As fontes a que as mães, durante a gravidez, mais recorreram para obter informação sobre aleitamento materno foram os enfermeiros (33,0%), os livros/internet (28,4%) e os médicos (10,3%). Constata-se que 16,9% das mães afirmaram que não sentiram necessidade de obter mais informação sobre o assunto.

Quanto ao grau de confiança na capacidade de alimentar o bebé através de AM verifica-se que 53,6% das mães manifestaram estar confiantes, seguidas de 35,2% que se sentiam muito confiantes.

Quadro 5. Dados relativos ao AM de outros filhos e desta durante a gravidez

Variável	n	%
Se tem outros filhos, como considera globalmente a experiência em relação ao AM		
Positiva	184	83.6
Ambivalente	19	8.6
Negativa	10	4.6
Não amamentou	7	3.2
Se tem outros filhos, em média quanto tempo fez AM (meses)		
< 6	48	22.5
[6 – 12[	64	30.1
[12 – 24[	75	35.2
≥ 24	26	12.2
Estatísticas: Moda = 12; Int. modal: [12 – 24[; Média = 12.52; DP = 8.17; Mediana = 11.00; CV = 65.2%; Mín. = 1.00; Máx. = 39.20; Quoc. assim. = 4.23; Quoc. curt. = 0.15		
Posição do pai sobre o AM		
A favor	326	93.4
Indiferente	12	3.4
Algumas coisas a favor outras contra	11	3.2
Decisão de fazer AM		
Mãe tomou a iniciativa	132	37.8
Decisão conjunta do casal	217	62.2
Decisão de fazer AM foi influenciada por outras pessoas		
Sim	37	10.6
Não	312	89.4
Quem influenciou a decisão de fazer AM		
Familiares ou amigos	19	51.4
Profissionais de saúde	16	43.2
Literatura	1	2.7
Familiares, amigos e profissionais de saúde	1	2.7
Mãe e pai assistiram a sessões/cursos/workshops sobre AM		
Só a mãe	70	20.1
Só o pai	1	0.3
Ambos	85	24.4

Nenhum	193	55.2
Durante a gravidez recebeu dos profissionais de saúde informação escrita AM		
Sim	316	90.5
Não	33	9.5
Durante a gravidez qual a fonte a que mais recorreu para obter informação sobre AM		
Médico	36	10.3
Enfermeiro	115	33.0
Familiares/Amigos	23	6.6
Outras mães	12	3.4
Livros/Internet	99	28.4
Não sentiu necessidade de obter mais informação	59	16.9
Conselheira de amamentação	3	0.9
Vários	2	0.6
Grau de confiança, durante a gravidez, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno		
Muito confiante	123	35.2
Confiante	187	53.6
Pouco confiante	36	10.3
Nada confiante	3	0.9

Todas as mães afirmaram que enquanto estiveram no hospital receberam informação sobre aleitamento materno, conforme quadro 6. Esta informação foi recebida, essencialmente, através dos enfermeiros (90,8%). Também durante o internamento, 54,4% das mães afirmaram ter recebido dos profissionais de saúde informação escrita sobre aleitamento materno e disseram que, sempre ou quase sempre que precisaram, receberam ajuda prática para fazer este tipo de aleitamento ao bebé (57,3% e 14,6%).

Quadro 6. Dados relativos à informação e ajuda prática no AM, recebida durante o internamento

Variável	N	%
Enquanto esteve no hospital recebeu informação sobre AM		
Sim	349	100.0
Não	0	0.0
Enquanto esteve no hospital de quem recebeu mais informação sobre AM		
Médico	29	8.3
Enfermeiro	317	90.8
Outras mães	2	0.6
Família	1	0.3
Durante o internamento recebeu informação escrita dos profissionais de saúde sobre o AM		
Sim	190	54.4
Não	159	45.6
Enquanto esteve no hospital recebeu ajuda prática para iniciar e manter AM		
Sempre que precisou de ajuda	200	57.3
Quase sempre que precisou de ajuda	51	14.6
Às vezes teve ajuda	34	9.7
Poucas vezes teve ajuda	32	9.2
Nunca teve ajuda quando precisou	8	2.3
Nunca precisou de ajuda	24	6.9

Questionadas acerca da alimentação do bebê aquando da alta 88,8% das mães referiram que o bebê estava a fazer aleitamento materno, seguidas de 8,0% cujo filho estava a fazer aleitamento misto (quadro 7).

Relativamente ao grau de confiança, no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebê através de aleitamento materno 47,0% das mães referiram estar confiantes, seguidas de 36,7% que consideraram estar muito confiantes.

Após a alta 30,4% das mães disseram não ter recebido visita domiciliária de enfermagem, 30,1% afirmaram que esta visita aconteceu durante a segunda semana de vida do bebê e 27,5% tiveram a visita domiciliária de enfermagem durante a primeira semana. Das 243 mães que receberam a visita domiciliária de enfermagem, 43,6% afirmaram ter recebido informação, 37,9% disseram que receberam informação e ajuda prática e 17,3% disseram não ter recebido qualquer delas, ou seja, não receberam informação nem ajuda prática.

Os problemas mais frequentes que as mães tiveram durante as duas primeiras semanas de vida do bebê foram dores na mama (37,2%), fissuras no mamilo (34,1%), o bebê adormecer à mama muitas vezes (31,8%), cansaço excessivo (26,1%), leite a mais (22,6%) e dificuldade em conseguir que o bebê pegasse na mama (19,8%).

Verifica-se que 40,2% das mães avaliaram como muito satisfatória a experiência de aleitamento materno durante as primeiras duas semanas de vida do bebê, seguidas de 39,5% que avaliaram esta experiência como satisfatória.

Após a alta as fontes de informação que mais contribuíram para as mães manterem o aleitamento materno foram os enfermeiros (23,58%), os familiares/amigos (15,8%) e outras fontes de informação (12,3%). Verifica-se também que 34,4% das mães afirmaram que não tiveram necessidade de ter mais informação.

Quanto à ajuda prática relativamente ao aleitamento materno, 41,5% das mães referiram o pai do bebê, 9,7% mencionaram os avós do bebê, 8,0% indicaram os profissionais de saúde e 6,6% referiram outros familiares/amigos. Constata-se que 22,3% das mães afirmaram não terem precisado de ajuda.

Quadro 7. Dados relativos ao aleitamento materno aquando da alta

Variável	n	%
Quando teve alta o bebê estava a ser alimentado com:		
Leite materno exclusivo	310	88.8
Leite adaptado	11	3.2
Leite materno mais leite adaptado (aleitamento misto)	28	8.0
Grau de confiança, no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebê por AM		

Muito confiante	128	36.7
Confiante	164	47.0
Pouco confiante	51	14.6
Nada confiante	6	1.7
Após a alta recebeu visita domiciliar de enfermagem		
Durante a primeira semana de vida do bebê	96	27.5
Durante a segunda semana de vida do bebê	105	30.1
Após a segunda semana de vida do bebê	42	12.0
Não recebeu visita domiciliar de enfermagem	106	30.4
Durante a visita de enfermagem recebeu informação e/ou ajuda prática relativamente ao AM		
Informação	106	43.6
Ajuda prática	3	1.2
Ambas	92	37.9
Nenhuma delas	42	17.3
Problemas que teve durante as duas primeiras semanas do bebê		
Dores na mama	130	37.2
Fissuras no mamilo	119	34.1
Leite a mais	79	22.6
Pouco leite	45	12.9
Cansaço excessivo	91	26.1
O bebê chorava muito	52	14.9
Dificuldade em conseguir que o bebê pegasse na mama	69	19.8
O bebê adormecia à mama muitas vezes	111	31.8
Não conseguiu extrair leite	27	7.7
O bebê não ganhava ou perdeu peso	54	15.5
Outros	5	1.5
Não teve qualquer problema	1	0.3

Quadro 7. Dados relativos ao aleitamento materno aquando da alta (cont.)

Variável	n	%
Avaliação da experiência relativa ao AM durante as primeiras duas semanas de vida do bebê	140	40.2
Muito satisfatória	138	39.5
Satisfatória	57	16.3
Pouco satisfatória	14	4.0
Nada satisfatória		
Após a alta qual foi a fonte de informação que mais contribuiu para manter o AM		
Médico	23	6.6
Enfermeiro	83	23.8
Familiares/Amigos	55	15.8
Linhas telefónicas de apoio à amamentação	14	4.0
Outras fontes de informação	43	12.3
Outras mães	11	3.2
Não teve necessidade de ter mais informação	120	34.4
Após a alta quem deu mais ajuda prática relativamente ao AM		
Pai do bebê	145	41.5
Avós do bebê	34	9.7
Outros familiares/amigos	23	6.6
Outras mães	10	2.9
Profissionais de saúde	28	8.0
Conselheira de amamentação	1	0.3
Não teve ajuda	29	8.3
Não precisou de ajuda	78	22.3
Não amamentou	1	0.3

Os dados e resultados que apresentamos no quadro 8 permitem-nos conhecer a avaliação que as mães fizeram do contributo/qualidade da informação, sobre aleitamento

materno, obtida durante a gravidez, o internamento, o pós-parto e a avaliação global dessa mesma informação.

Atendendo a que a avaliação foi efetuada numa escala de 1 a 10 podemos afirmar que, em todos os momentos, as mães tenderam a avaliar como Bom/Boa, o contributo/qualidade dessa informação. Constata-se ainda que, globalmente, cerca de três em cada quatro (74,5%) tenderam a classificar como Bom/Boa o contributo/qualidade da informação recebida.

Numa análise mais pormenorizada verificamos que, durante a gravidez, as mães tenderam a avaliar melhor a utilidade, a compreensão e a agradabilidade da informação. A classificação em níveis de contributo/qualidade permite-nos verificar que a maioria das mães (77,4%) considerou como boa a informação recebida. Durante o internamento, as mães valorizaram mais a utilidade, a correção e a forma apropriada como a informação foi transmitida. Verifica-se que 72,8% das mães tenderam a classificar como boa a informação recebida durante o internamento. Após a alta, as mães valorizaram mais a utilidade, a correção e a agradabilidade da informação recebida, sendo que 72,1% classificaram a informação como sendo de boa qualidade.

Quadro 8. Classificação do contributo/qualidade da informação obtida durante a gravidez, o internamento e após a alta sobre o AM

Variável				
Contributo/qualidade da informação durante a gravidez	Moda	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Complicada vs Compreensível		9.00	1	10
Incompleta vs Completa		8.00	1	10
Inapropriada vs Apropriada		9.00	1	10
Desagradável vs Agradável		9.00	1	10
Incorreta vs Correta		9.00	1	10
Inútil vs Útil		9.00	1	10
Global		53	6	60
Classificação	N		%	
Má	31		8.9	
Razoável	48		13.7	
Boa	270		77.4	
Contributo/qualidade da informação no internamento		Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Complicada vs Compreensível		8.00	1	10
Incompleta vs Completa		8.00	1	10
Inapropriada vs Apropriada		9.00	1	10
Desagradável vs Agradável		9.00	1	10
Incorreta vs Correta		9.00	1	10
Inútil vs Útil		9.00	1	10
Global		52	6	60
Classificação	N		%	
Má	42		12.0	

	Razoável	53	15.2
	Boa	254	72.8
Contributo/qualidade da informação obtida após a alta	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Complicada vs Compreensível	8.00	1	10
Incompleta vs Completa	8.00	1	10
Inapropriada vs Apropriada	9.00	1	10
Desagradável vs Agradável	9.00	1	10
Incorreta vs Correta	9.00	1	10
Inútil vs Útil	9.00	1	10
Global	52	6	60
Classificação	N	%	
Má	25	10.9	
Razoável	39	17.0	
Boa	165	72.1	
Classificação global do contributo/qualidade da informação	N	%	
Má	29	8.3	
Razoável	60	17.2	
Boa	349	74.5	

Observando os dados e resultados que constituem o quadro 9 podemos ter a noção de como as mães avaliaram a ajuda prática sobre o aleitamento materno durante o internamento e após a alta. Tal como verificamos para a informação também a ajuda prática foi avaliada como tendencialmente boa.

Verifica-se que, no internamento, as mães atribuíram maior valor à utilidade, à correção e à compreensão da ajuda prática. Como podemos constatar 77,3% das mães classificaram essa ajuda como boa.

Após a alta, as mães tenderam a valorizar mais a utilidade, a agradabilidade e a correção da ajuda recebida. Tendo 78,5% das mães classificado como boa a ajuda recebida.

No global dos dois momentos, 78,2% das mães classificaram como boa a ajuda prática sobre o AM. Tal como na avaliação da informação, também na ajuda prática, nos dois tempos avaliados, a resposta mais vezes assinalada (moda) foi sempre dez.

Quadro 9. Classificação da ajuda prática no AM recebida no internamento e após a alta

Variável				
Ajuda prática obtida durante o internamento	Moda	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Complicada vs Compreensível		9.00	1	10
Incompleta vs Completa		9.00	1	10
Inapropriada vs Apropriada		9.00	1	10
Desagradável vs Agradável		9.00	1	10
Incorreta vs Correta		9.00	1	10
Inútil vs Útil		9.00	1	10
Global		54.00	6	60
Classificação	N	%		
Má	33	10.4		

	Razoável	39	12.3
	Boa	245	77.3
Ajuda prática obtida após a alta	Moda	Mediana	Valor mínimo
			Valor máximo
	Complicada vs Compreensível	9.00	1 10
	Incompleta vs Completa	9.00	1 10
	Inapropriada vs Apropriada	9.00	1 10
	Desagradável vs Agradável	9.00	1 10
	Incorreta vs Correta	9.00	1 10
	Inútil vs Útil	9.00	1 10
	Global	54.00	6 60
	Classificação	N	%
	Má	22	9.1
	Razoável	30	12.4
	Boa	190	78.5
Classificação global da ajuda prática		N	%
	Má	26	7.9
	Razoável	46	13.9
	Boa	331	78.2

No que concerne ao regresso ao trabalho verifica-se (quadro 10) que a maioria das mães, exatamente 90,8%, já tinha retomado a respetiva atividade profissional depois do bebé nascer.

A idade do bebé quando a mãe regressou ao trabalho situou-se entre 1 e 40 meses, sendo mais frequente os 6 meses de idade. Em média, as mães regressaram ao trabalho quando os filhos tinham $6,51 \pm 4,58$ meses. A dispersão das respostas é elevada mas metade das mães retomou a atividade profissional quando o bebé tinha 6 meses ou mais. Verifica-se, ainda, que 47,5% das mães regressaram ao trabalho quando o filho tinha entre 6 e 12 meses e 46,6% fizeram-no antes do filho ter completado os 6 meses de idade. Considerando o nível de 0,05 a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal, podendo classificar-se como tendo uma assimetria positiva acentuada e ser leptocúrtica.

Em larga maioria (96,0%) as mães afirmaram conhecer as leis de proteção da trabalhadora lactente e em 69,9% essas leis foram cumpridas. Salienta-se que em 11,0% dos casos as leis de proteção foram cumpridas em parte e que para 9,6% das mães essas leis não foram cumpridas.

Constata-se que 65,6% das mães afirmaram que no local de trabalho não existem espaços com condições para extrair e conservar o leite materno e em 61,3% dos casos não existe espaço com condições para amamentar com privacidade. Mesmo nestas condições, que podemos designar como pouco promotoras do aleitamento materno, 66,5% das mães mantiveram este tipo de aleitamento após o regresso ao trabalho. As estratégias mais comuns para que tal situação se mantivesse foram o dar de mamar antes de a mãe sair de casa e quando regressava a casa (41,0%), tirar leite em casa para o darem ao bebé na ausência da

mãe (11,7%), fazer pausas no trabalho para ir amamentar o bebê (6,9%) e extrair e conservar leite no local de trabalho (5,4%).

Quadro 10. Dados relativos ao regresso ao trabalho

Variável	N	%
Regressou ao trabalho depois do bebê nascer		
Sim	317	90.8
Não	5	1.4
Não se aplica	27	7.7
Idade do bebê quando a mãe regressou ao trabalho (meses)		
< 6	150	46.6
[6 – 12[	153	47.5
[12 – 18[	8	2.5
[18 – 24[	4	1.2
≥ 24	7	2.2
Estatísticas: Moda = 6; Int. modal: [6 – 12]; Média = 6.51; DP = 4.58; Mediana = 6.00; CV = 70.3%; Mín. = 1; Máx. = 40 Quoc. assim. = 34.51; Quoc. curt. = 99.84		

Quadro 10. Dados relativos ao regresso ao trabalho(cont.)

Variável	N	%
Conhece as leis que protegem a trabalhadora lactante	335	96.0
Sim	14	4.0
Não		
As leis são ou foram cumpridas		
Sim	234	69.9
Não	32	9.6
Em parte	37	11.0
Não se aplica	32	9.6
No local de trabalho existe espaço com condições para extrair e conservar o LM		
Sim	74	21.2
Não	229	65.6
Não se aplica	39	11.2
Podia ir a casa	4	1.1
Não foi necessário	2	0.6
Não sabe	1	0.3
No local de trabalho existe um espaço com condições para amamentar com privacidade		
Sim	95	27.2
Não	214	61.3
Não se aplica	40	11.5
Quando regressou ao trabalho manteve o AM		
Sim	232	66.5
Não se aplica (já não estava a fazer AM quando regressou ao trabalho)	83	23.8
Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)	34	9.7
Enquanto trabalhadora a que estratégia recorreu mais vezes para manter o aleitamento materno		
Dar de mamar antes de “sair de casa” – “quando chegava a casa”	143	41.0
Levar o bebê para o emprego e dar de mamar durante o trabalho	2	0.6
Fazer uma pausa no trabalho para ir amamentar o meu bebê	24	6.9
Levarem o bebê ao local de trabalho para lhe dar de mamar	3	0.9
Extrair e conservar leite no local de trabalho	19	5.4
Tirar leite em casa para darem ao meu bebê na minha ausência	41	11.7
Não se aplica (já não estava a fazer ou parou o AM por completo quando		

regressou ao trabalho	82	23.5
Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)	34	9.7
Não amamentou	1	0.3

Com base na informação obtida foi possível calcular a prevalência do AM exclusivo à data da alta e aos primeiro, quarto, quinto e sexto meses de vida do bebê (quadro 11).

Verifica-se, aquando da alta a prevalência do AM era de 88,8%, ao primeiro mês a baixou ligeiramente para os 88,0%, diminuindo em maior grau nos restantes tempos analisados: 73,6% ao quarto mês, 51,6% ao quinto mês e 3,2% ao sexto mês.

Quadro 11. Prevalência do aleitamento materno exclusivo

Variável	N	%
Aleitamento materno exclusivo à data da alta		
Sim	310	88.8
Não	39	11.2
Aleitamento materno exclusivo até ao 1.º mês		
Sim	307	88.0
Não	42	12.0
Aleitamento materno exclusivo até ao 4.º mês		
Sim	257	73.6
Não	92	26.4
Aleitamento materno exclusivo até ao 5.º mês		
Sim	180	51.6
Não	169	48.4
Aleitamento materno exclusivo até ao 6.º mês		
Sim	116	33.2
Não	233	66.8

Relativamente às características do aleitamento/alimentação do bebê (quadro 12) verifica-se que 55,3% das mães disseram que o seu bebê não fazia ou não fez aleitamento misto. As 156 mães que disseram que o bebê fazia ou fez este tipo de aleitamento indicaram que o iniciaram quando o bebê tinha entre 1 dia (0,03 meses) e 18,17 meses. Em termos médios o aleitamento misto iniciou-se quando o bebê tinha $2,18 \pm 3,15$ meses. Metade das mães iniciou o aleitamento misto até aos 10 dias (cerca de 0,33 meses) de vida do bebê e 87,2% afirmaram que este aleitamento foi iniciado antes dos 6 meses. A dispersão de respostas é elevada dado que o coeficiente de variação apresenta o valor 144,7%. Ao nível de

0,05 a distribuição de frequência pode ser classificada como sendo assimétrica positiva e leptocúrtica, ou seja, afasta-se significativamente de uma curva normal.

Na data em que responderam ao questionário a maioria das mães (68,5%) afirmou que o bebê já não era alimentado com LM. A idade que o bebê tinha quando parou por completo o AM situou-se entre os zero e os 37 meses, sendo mais frequente esta situação ocorrer aos três meses. Em média, o AM foi parado por completo quando os bebês tinham $9,18 \pm 7,69$ meses mas a dispersão dos resultados é elevada. Metade dos bebês deixaram de se alimentados com LM com idade igual ou superior a 7 meses. A distribuição de frequências apresenta assimetria positiva e pode ser considerada mesocúrtica. Verifica-se, ainda, que 39,8% pararam o aleitamento materno antes dos 6 meses, seguindo-se 30,5% que pararam este aleitamento quando o bebê tinha entre 6 e 12 meses e de 20,9% que retiraram o leite materno da alimentação do bebê quando este tinha entre 12 e 24 meses.

Os motivos mais frequentes que conduziram à paragem do AM foram a mãe não ter leite ou ter perdido o leite (30,5%), o bebê ter perdido o interesse (25,5%), o bebê não ficar satisfeito (11,7%), a mãe estar doente e medicada (8,4%), a mãe ter tido a sensação de era a altura de parar (7,5%) e o facto de o bebê ter começado a morder (5,0%).

A maior parte das mães (85,1%) afirmou que não se sentiu influenciada/pressionada para parar o AM. Das 52 mães que responderam o oposto, 40,4% afirmaram que a influência/pressão foi feita pelos profissionais de saúde, 30,8% mencionaram os familiares/amigos e 11,5% disseram que essa influência/pressão foi exercida por parte dos colegas de trabalho.

Verifica-se que 96,8% das mães afirmaram não ter recebido ofertas ou amostras de LA ou papas lácteas durante a gravidez ou depois do nascimento do bebê.

Questionadas acerca do facto de terem conseguido fazer o AM durante o tempo que tinham estabelecido como objetivo, 36,7% das mães afirmaram que não estabeleceram qualquer objetivo, 23,2% disseram que tinham atingido o objetivo definido e 22,9% não conseguiram atingir esse objetivo.

A maioria das mães (55,9%) afirmou que, globalmente, avaliavam como muito satisfatória a experiência de fazer aleitamento materno, seguindo-se 31,8% que avaliaram essa experiência como satisfatória.

Questionadas acerca da probabilidade de voltar a fazer AM, caso tivessem outro filho, 87,4% das mães afirmaram que tal seria muito provável.

Quadro 12. Características do aleitamento/alimentação

Variável	N	%
O bebé faz ou fez aleitamento misto		
Sim	156	44.7
Não	193	55.3
Idade com que o bebé iniciou o aleitamento misto (meses)		
< 6	136	87.2
[6 – 12[	18	11.5
[12 – 24[	2	1.3
Moda = 0.03; Int. modal: < 6; Média = 2.18; Mediana = 0.33; DP = 3.15; CV = 144.7%; Mín. = 0.03; Máx. = 18.17 Quoc. assim. = 10.11; Quoc. curt. = 12.08		

Quadro 12. Características do aleitamento/alimentação (cont.)

Variável	N	%
No momento atual o bebé mantém o aleitamento materno		
Sim	110	31.5
Não	239	68.5
Idade do bebé quando parou por completo o aleitamento materno (meses)		
< 6	95	39.8
[6 – 12[	73	30.5
[12 – 24[	50	20.9
≥ 24	21	8.8
Estatísticas: Moda = 3; Int. modal: <6; Média = 9.18; DP = 7.69; Mediana = 7.00; CV = 83.7%; Mín. = 0; Máx. = 37; Quoc. assim. = 6.90; Quoc. curt. = 1.84		
Principal motivo que levou a parar por completo o aleitamento materno		
O bebé ficou doente e não podia mamar	2	0.8
O bebé perdeu o interesse	61	25.5
O bebé começou a morder	12	5.0
O bebé não ficava satisfeito	28	11.7
O bebé não aumentava de peso	8	3.3
A mãe não tinha leite/perdeu o leite	73	30.5
A mãe tinha infeção/abcesso na mama	5	2.1
A mãe tinha os mamilos doridos/gretados/sangrantes	2	0.8
A mãe não gostava de extrair leite	1	0.4
A mãe estava doente e medicada	20	8.4
A mãe teve a sensação de que era a altura	18	7.5
A mãe teve que voltar a trabalhar	7	2.9
A mãe teve depressão pós-parto	1	0.4
A mãe engravidou	1	0.4
Sentiu-se influenciada/pressionada para parar o aleitamento materno		
Sim	52	14.9
Não	297	85.1
Quem influenciou/pressionou para parar o aleitamento materno		
Profissionais de saúde	21	40.4
Companheiro/pai do bebé	5	9.6
Familiares/amigos	16	3.8
Chefe no trabalho	4	7.7
Colegas de trabalho	6	11.5
Durante a gravidez ou depois do nascimento do bebé recebeu ofertas ou amostras de leite adaptado/papas lácteas		
Sim	11	3.2

Não	338	96.8
Conseguiu fazer aleitamento materno durante o tempo que tinha estabelecido como objetivo		
Sim	81	23.2
Não	80	22.9
Não estabeleceu objetivo	128	36.7
Ainda mantém aleitamento materno	60	17.2
Globalmente como avalia esta experiência de aleitamento materno		
Muito satisfatória	195	55.9
Satisfatória	111	31.8
Pouco satisfatória	34	9.7
Nada satisfatória	9	2.6
Probabilidade de voltar a fazer aleitamento materno, se tiver outro filho		
Muito provável	305	87.4
Provável	32	9.2
Pouco provável	2	0.6
Nada provável	5	1.4
Não sabe	5	1.4

Análise inferencial

Os estudos desenvolvidos para identificar determinantes do aleitamento materno exclusivo envolveram múltiplas variáveis e a prevalência deste tipo de aleitamento nos cinco momentos, ou seja, à data da alta e nos primeiro, quarto, quinto e sexto meses de idade do bebê. Atendendo ao elevado volume de informação obtida, optámos por apresentar, unicamente, as situações onde, em algum dos momentos, foi observada associação estatisticamente significativa. Para avaliar a significância estatística das associações aplicámos o teste de independência do Qui-quadrado e pelo cálculo do Odds rácio e do respetivo intervalo de confiança a 95%.

Para tornar menos extensa e mais acessível a apresentação dos resultados, nos quadros incluímos os valores das prevalências, da significância do teste, do Odds rácio e do respetivo intervalo de confiança.

A análise dos resultados que constituem os quadros 13 e 14 permite-nos verificar que existe uma associação significativa entre o local de residência e a prevalência do AME ao primeiro mês de idade do bebê ($p = 0,028$) e pela comparação dos valores das prevalências podemos afirmar que a proporção de bebês alimentados exclusivamente com leite materno é mais elevada nas mães que residem em meio urbano. Da análise do valor do OR podemos afirmar que, ao primeiro mês, as mães que residem em meios rurais evidenciam probabilidade de fazer aleitamento materno exclusivo que é aproximadamente metade da probabilidade de tal acontecer com as mães que residem em meios urbanos.

De modo semelhante, observamos a existência de associação estatisticamente significativa entre a situação profissional que a mãe manteve mais tempo durante o período de aleitamento materno e a prevalência deste tipo de aleitamento exclusivo ao primeiro mês do bebé ($p = 0,035$). Nas mães que eram trabalhadoras por conta de outrem a prevalência é mais elevada do que nas mães que se encontravam em outras situações. O valor do OR permite-nos afirmar que a probabilidade de as mães que trabalham por conta de outrem fazerem aleitamento materno exclusivo ao primeiro mês de vida do bebé é 2,046 vezes superior à probabilidade da mesma situação se verificar para as mães que se encontram em outras situações profissionais.

O rendimento mensal do agregado familiar durante o período de aleitamento materno está significativamente associado à prevalência do aleitamento materno exclusivo aos quarto e quinto meses ($p = 0,020$; $p = 0,010$). Comparando os valores percentuais podemos afirmar que as mães que pertencem a agregados com maior rendimento mensal tendem a evidenciar prevalências mais elevadas. Os valores observados para o OR permite-nos afirmar que a probabilidade de as mães que pertenciam a agregados familiares com menores rendimentos fazerem aleitamento materno exclusivo ao quarto mês de vida do bebé é 0,553 da probabilidade da mesma situação se verificar para as mães que tinham rendimentos entre 1201 e 1800 euros e é 0,422 da probabilidade de as mães com maiores rendimentos fazerem aleitamento materno exclusivo ao quarto mês. Observamos, ainda, que ao quinto mês a probabilidade de as mães que pertenciam a agregados familiares com menores rendimentos fazerem aleitamento materno exclusivo é 0,389 da probabilidade desta situação ocorrer para as mães que tinham maiores rendimentos.

Verifica-se que a prevalência do aleitamento materno exclusivo, ao primeiro mês, está significativamente associada ao planeamento da gravidez ($p = 0,015$) e que a prevalência tende a ser mais elevada para as mães cuja gravidez não foi planeada. As mães que afirmaram ter planeado a gravidez apresentam uma probabilidade de fazer aleitamento materno exclusivo, ao primeiro mês, que é 0,198 vezes a probabilidade de tal se verificar com as mães que cuja gravidez não foi planeada.

O facto de a mãe ter tido a companhia de pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto está significativamente associado à prevalência do aleitamento materno exclusivo ao quarto mês de vida do bebé ($p = 0,012$). Verifica-se que a prevalência tende a ser mais elevada para as mães que estiveram acompanhadas e o valor do OR sugere que as mães que estiveram acompanhadas têm uma probabilidade de fazer aleitamento materno exclusivo

ao quarto mês que é 2,133 vezes superior à probabilidade da situação se verificar com as mães que não estiveram acompanhadas.

Existe associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a prevalência de aleitamento materno exclusivo ao primeiro e ao quarto meses ($p = 0,015$; $p = 0,018$). As mães que tiveram parto vaginal tendem a apresentar prevalência mais elevada. Os valores do OR indicam que, ao primeiro mês, a probabilidade de as mães que tiveram parto vaginal estarem a fazer aleitamento exclusivamente materno é 2,211 vezes superior à probabilidade da mesma situação se verificar para as mães que fizeram cesariana. Ao quarto mês a relação entre as probabilidades é de 1,793.

Verifica-se que para as mães que fizeram contacto pele a pele precoce com o bebé existe associação significativa com a prevalência de aleitamento materno exclusivo à data da alta e aos primeiro e quarto meses ($p = 0,003$; $p = 0,002$; $p = 0,040$). Nestes momentos a prevalência tende a ser mais elevada para as díades que fizeram contacto pele a pele precoce e os valores do OR revelam que a probabilidade de fazer aleitamento materno exclusivo para as mães que fizeram contacto pele a pele é 2,844; 2,873 e 1,650 vezes superior à probabilidade para as mães que não tiveram este contacto.

O teste revela que a associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé e a prevalência deste tipo de aleitamento no momento da alta e aos primeiro, quarto e quinto meses, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$ e $p = 0,015$). Em cada um destes quatro momentos, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é mais elevada para as díades em que foi feito o aleitamento materno na primeira hora de vida. Os valores observados para o OR permitem-nos afirmar que a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo nas mães em que houve o contacto é 6,402; 4,009; 2,400 e 1,703 vezes superior que a probabilidade para as mães que não tiveram oportunidade de fazer o contacto pele a pele com o filho.

Existe associação significativa entre a avaliação da experiência de aleitamento materno de outros filhos e a prevalência deste aleitamento ao último filho na alta e nos primeiro, quarto e quinto meses ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,002$). Verifica-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo é mais elevada para as mães que tiveram experiências anteriores positivas e mais baixa para aquelas que classificaram como negativa essa experiência. Analisando os valores observados para o OR constata-se que, à data da alta, a probabilidade para as mães que classificaram como positiva a experiência é 3,850 vezes superior à probabilidade das que referiram ter tido uma experiência ambivalente e 3,932 vezes

superior à probabilidade das que tiveram experiências negativas. Ao primeiro mês a relação entre as probabilidades são 3,686 e 6,143 vezes superiores para as mães que classificaram a experiência como positiva face às que a classificaram como ambivalente ou negativa, respetivamente. Ao quarto mês a probabilidade de manter aleitamento materno exclusivo para as mães que tiveram experiência positiva é 10,677 vezes superior à probabilidade para aquelas que consideram a experiência como negativa e ao quinto mês esta relação entre as probabilidades é de 5,946 vezes superior.

O teste revela que também a existência de associação significativa entre o tempo de aleitamento materno de outros filhos e a prevalência de aleitamento materno exclusivo do último filho. Esta situação verifica-se para o primeiro, quarto, quinto e sexto meses ($p = 0,009$; $p < 0,001$; $p < 0,001$ e $p = 0,001$) tendendo a prevalência a ser mais elevada para as mães que alimentaram com leite materno os outros filhos durante mais tempo. As probabilidades de manter o aleitamento materno exclusivo para as mães que o fizeram, nos outros filhos, durante menos tempo tendem a ser inferiores às probabilidades das que amamentaram durante mais tempo, sendo as relações de 0,240; 0,116; 0,227 e 0,396, respetivamente.

A associação entre o facto da decisão de fazer aleitamento materno ter sido influenciada por outras pessoas e prevalência do aleitamento materno exclusivo é estatisticamente significativa aos quarto e quinto meses ($p = 0,023$; $p = 0,040$), sendo que as mães que afirmaram ter sido influenciadas por outras pessoas apresentam prevalências mais elevadas. Os valores do OR sugerem que a probabilidade para as mães em que a decisão de fazer aleitamento materno foi influenciada por outras pessoas é 3,241 e 2,110 superior à probabilidade daquelas em que a decisão não foi influenciada.

O estudo da associação entre a assistência a sessões/cursos/workshops sobre aleitamento materno e a prevalência deste tipo de alimentação do bebé em exclusivo revelou ser estatisticamente significativa aos quinto e sexto meses. A prevalência é mais elevada para as situações em que ambos os progenitores assistiram às sessões/cursos/workshops. Face à situação em que ambos (mãe e pai) assistiram às sessões/cursos/workshops as probabilidades de manter o aleitamento materno exclusivo, aos quinto e sexto meses, é cerca de metade para as situações em que apenas assistiu a mãe (0,489 e 0,516).

Quadro 13. Resultados dos estudos dos determinantes do AM exclusivo

Variável	Prevalência do aleitamento materno exclusivo				
	Alta	1.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês
Local de residência					
Rural	89.5%	82.5%	70.2%	51.8%	34.2%
Urbana	88.5%	90.6%	75.3%	51.5%	32.8%
Significância do teste (p)	0.789	0.028	0.306	0.963	0.788
Odds rácio (OR)	1.103	0.485	0.771	1.011	1.067
IC_{95%} do OR	]0.537 ; 2.267[	]0.253 ; 0.932[	]0.468 ; 1.270[	]0.646 ; 1.581[	]0.665 ; 1.713[
Situação profissional que a mãe manteve mais tempo, durante o período de aleitamento materno (agrupada)					
Trabalhadora por conta de outrem	89.3%	90.1%	76.0%	51.1%	31.3%
Outras situações	87.4%	81.6%	66.7%	52.9%	39.1%
Significância do teste (p)	0.616	0.035	0.088	0.780	0.182
Odds rácio (OR)	1.210	2.046	1.579	0.933	0.710
IC_{95%} do OR	]0.575 ; 2.545[	]1.039 ; 4.025[	]0.931 ; 2.678[	]0.574 ; 1.517[	]0.429 ; 1.175[

Quadro 13. Resultados dos estudos dos determinantes do AM exclusivo (cont.)

Variável	Prevalência do aleitamento materno exclusivo				
	Alta	1.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês
Rendimento mensal do agregado familiar durante o período de aleitamento materno (agrupado)					
Inferior ou igual a 1200 euros	85.6%	85.1%	67.4%	47.0%	32.6%
Entre 1201 e 1800 euros	91.7%	89.9%	78.9%	49.5%	30.3%
Igual ou superior a 1801 euros	93.2%	93.2%	83.1%	69.5%	40.7%
Significância do teste (p)	0.140	0.187	0.020	0.010	0.380
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	0.537	0.640	0.553	0.389	1.114
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	]0.241 ; 1.192[	]0.304 ; 1.349[	]0.317 ; 0.964[	]0.208 ; 1.451[	]0.667 ; 1.861[
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	0.434	0.415	0.422	0.389	0.705
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	]0.145 ; 1.298[	]0.139 ; 1.239[	]0.200 ; 0.891[	]0.208 ; 0.727[	]0.385 ; 1.292[
Gravidez planeada					
Sim	88.4%	86.0%	72.6%	51.9%	33.0%
Não	90.6%	96.9%	78.1%	50.0%	34.4%
Significância do teste (p)	0.613	0.015	0.367	0.780	0.831
Odds rácio (OR)	0.790	0.198	0.743	1.080	0.940
IC_{95%} do OR	]0.316 ; 1.973[	]0.046 ; 0.840[	]0.389 ; 1.420[	]0.628 ; 1.858[	]0.530 ; 1.665[
Durante o trabalho de parto e parto, esteve acompanhada por uma pessoa significativa					
Sim	89.5%	89.1%	76.2%	53.4%	33.3%
Não	85.5%	81.8%	60.0%	41.8%	32.7%
Significância do teste (p)	0.387	0.127	0.012	0.115	0.930
Odds rácio (OR)	1.444	1.819	2.133	1.594	1.028
IC_{95%} do OR	]0.625 ; 3.335[	]0.836 ; 3.958[	]1.168 ; 3.897[	]0.890 ; 2.855[	]0.557 ; 1.898[
Tipo de parto (agrupado)					
Parto vaginal	91.1%	91.1%	77.8%	53.3%	32.9%
Cesariana	84.7%	82.3%	66.1%	48.4%	33.9%
Significância do teste (p)	0.068	0.015	0.018	0.376	0.852
Odds rácio (OR)	1.855	2.211	1.793	1.219	0.957
IC_{95%} do OR	]0.949 ; 3.626[	]1.154 ; 4.237[	]1.102 ; 2.917[	]0.786 ; 1.891[	]0.601 ; 1.522[
Contacto pele a pele precoce com o bebé					

Sim	93.3%	92.8%	77.9%	53.3%	33.8%
Não	83.1%	81.8%	68.2%	49.4%	32.5%
Significância do teste (p)	0.003	0.002	0.040	0.460	0.786
Odds rácio (OR)	2.844	2.873	1.650	1.173	1.064
IC_{95%} do OR	]1.408 ; 5.744[	]1.455 ; 5.675[	]1.022 ; 2.664[	]0.768 ; 1.791[	]0.679 ; 1.668[
Aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé	96.0%	93.9%	80.8%	57.1%	34.8%
Sim	78.8%	79.5%	63.7%	43.8%	31.5%
Não					
Significância do teste (p)	<0.001	<0.001	<0.001	0.015	0.516
Odds rácio (OR)	6.402	4.009	2.400	1.703	1.163
IC_{95%} do OR	]2.845 ; 14.406[	]1.974 ; 8.141[	]1.472 ; 3.912[	]1.107 ; 2.622[	]0.737 ; 1.833[

Quadro 13. Resultados dos estudos dos determinantes do AM exclusivo (cont.)

Variável	Prevalência do aleitamento materno exclusivo				
	Alta	1.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês
Globalmente como considera a experiência em relação ao aleitamento materno de outros filhos	94.0%	93.5%	82.1%	59.8%	38.0%
Positiva	89.5%	89.5%	78.9%	57.9%	47.4%
Ambivalente	80.0%	70.0%	30.0%	20.0%	20.0%
Negativa					
Significância do teste (p)	<0.001	<0.001	<0.001	0.002	0.097
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	3.850	3.686	1.220	1.081	0.682
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	]1.379 ;	]1.348 ;	]0.380 ;	]0.415 ;	]0.264 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	9.045[	8.168[	3.914[	2.816[	1.761[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	3.932]1.744 ; 20.783[	6.143]1.407 ; 26.815[	10.677]2.622 ; 43.468[	5.946]1.228 ; 28.788[	2.456]0.507 ; 11.898[
Tempo médio de amamentação de outros filhos (agrupado)					
Inferior a 11 meses	91.3%	86.4%	63.1%	38.8%	26.2%
Igual ou superior a 11 meses	93.6%	96.4%	93.6%	73.6%	47.3%
Significância do teste (p)	0.511	0.009	<0.001	<0.001	0.001
Odds rácio (OR)	0.710	0.240	0.116	0.227	0.396
IC_{95%} do OR	]0.254 ; 1.981[	]0.076 ; 0.755[	]0.049 ; 0.276[	]0.127 ; 0.406[	]0.223 ; 0.706[
A decisão de fazer aleitamento materno foi influenciada por outras pessoas					
Sim	94.6%	94.6%	89.2%	67.6%	29.7%
Não	88.1%	87.2%	71.8%	49.7%	33.7%
Significância do teste (p)	0.239	0.190	0.023	0.040	0.632
Odds rácio (OR)	2.355	2.574	3.241	2.110	0.834
IC_{95%} do OR	]0.544 ; 10.197[	]0.596 ; 11.116[	]1.116 ; 9.417[	]1.024 ; 4.349[	]0.397 ; 1.753[
Mãe e pai assistiram a sessões/cursos/workshops sobre aleitamento materno					
Apenas a mãe	84.3%	90.0%	75.7%	48.6%	31.4%
Ambos	89.4%	94.1%	80.0%	65.9%	47.1%
Nenhum	90.2%	84.5%	69.9%	46.1%	27.5%
Significância do teste (p)	0.582	0.063	0.195	0.009	0.006

Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	0.635	0.563	0.779	0.489	0.516
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	]0.247 ;	]0.170 ;	]0.364 ;	]0.256 ;	]0.266 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	1.633[	1.857[	1.670[	0.936[	0.998[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	0.586]0.263 ; 1.302[	1.656]0.692 ; 3.964[	1.339]0.716 ; 2.507[	1.104]0.638 ; 1.908[	1.211]0.667 ; 2.196[

O facto de as mães, durante a gravidez, terem recebido informação escrita dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno está significativamente associado com a prevalência deste tipo de aleitamento em exclusivo ao primeiro mês de idade do bebé ($p = 0,024$). A análise das percentagens revela que a prevalência é mais elevada para as mães que receberam aquela informação e o valor do OR leva-nos a afirmar que a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo ao primeiro mês para as mães que, durante a gravidez, receberam informação escrita dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno é 2,645 vezes superior à probabilidade das mães que não receberam esta informação.

A associação entre o grau de confiança, durante a gravidez, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno e a prevalência deste aleitamento exclusivo em todos os cinco momentos é estatisticamente significativa ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,001$; $p < ,001$; $p = 0,003$), verificando-se que as prevalências são mais elevadas para as mães que afirmaram estar muito confiantes e mais baixas para aquelas que disseram estar pouco ou nada confiantes. Os valores obtidos para os OR revelam que as probabilidades de manter o aleitamento materno para as mães mais confiantes na sua capacidade para fazer este tipo de aleitamento são superiores às mesmas probabilidades para as mães com menores graus de confiança, variando os coeficientes de relação entre as probabilidades entre 2,100 e 10,489.

O grau de confiança das mães, no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno está significativamente associado com as prevalências de aleitamento materno exclusivo em todos os momentos ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,003$). As prevalências tendem a ser mais elevadas para as mães que manifestaram maior grau de confiança e vice-versa e os OR sugerem que as probabilidades de manter o aleitamento materno para as mães mais confiantes são superiores às probabilidades das outras mães de manter este tipo de aleitamento, variando os coeficientes de relação entre 1,723 e 10,455.

Existe associação estatisticamente significativa entre o facto de as mães terem recebido, em casa, visita domiciliária de enfermagem e a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês do bebé ($p = 0,001$), sendo mais elevada a prevalência para as

mães que receberam aquela visita. O valor do OR revela que a probabilidade das mães que receberam a visita domiciliária manterem o aleitamento materno exclusivo ao primeiro mês é 2,920 vezes superior à probabilidade de manter este aleitamento para as mães que não receberam a visita.

Entre a avaliação que as mães fizeram da experiência de aleitamento materno durante as primeiras duas semanas de vida do bebê e a prevalência do aleitamento materno exclusivo existe associação significativa nos cinco momentos ($p < 0,001$ em todos). Consta-se que as prevalências são mais elevadas para as mães que consideraram a experiência muito satisfatória e mais baixas para aquelas que avaliaram a experiência como pouco ou nada satisfatória e os valores observados para o OR sugerem que a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo por parte das mães mais satisfeitas é mais elevada que a probabilidade da mesma situação para as outras mães, variando os coeficientes da relação entre 1,964 e 21,882.

Entre a classificação do contributo/qualidade da informação obtida, após a alta, para manter o aleitamento materno e a prevalência deste tipo de aleitamento em exclusivo existe associação significativa à data da alta e aos quarto e quinto meses ($p = 0,034$; $p = 0,022$; $p = 0,028$). Verifica-se que as mães que classificaram a informação como boa tendem a evidenciar prevalências mais elevadas. Os OR sugerem que as probabilidades de manter o aleitamento materno exclusivo são inferiores para as mães que classificam aquele contributo/qualidade como má, situando-se os fatores da relação entre 0,022 e 0,370.

A classificação da ajuda prática recebida pelas mães, após a alta, para manter o aleitamento materno está associada significativamente com a prevalência do aleitamento materno exclusivo ao quarto mês de idade do bebê ($p = 0,010$). A prevalência é mais elevada para as mães que classificaram a ajuda prática como boa e o valor de OR sugere que a probabilidade de manter o aleitamento materno para estas mães é 1,750 vezes superior às que consideraram como razoável aquela ajuda.

Entre o regresso ao trabalho e a prevalência do aleitamento materno exclusivo existe associação significativa ao quinto mês de idade do bebê ($p = 0,021$), sendo a prevalência deste tipo de aleitamento mais elevada para as mães que ainda não tinham regressado ao trabalho. O valor do OR leva-nos a afirmar que a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo é mais 0,491 vezes inferior para as mães que já regressaram ao trabalho face à probabilidade daquelas a que a situação não se aplica.

O estudo da associação entre a idade que o bebê tinha quando a mãe regressou ao trabalho e a prevalência do aleitamento materno exclusivo revelou a existência de associação significativa aos quinto e sexto meses ($p = 0,014$; $p < 0,001$). A prevalência é mais elevada para as mães que regressaram ao trabalho quando o filho tinha mais idade. Analisando os valores do OR somos levados a afirmar que a probabilidade de manter o aleitamento materno exclusivo é cerca de duas ou três vezes inferior (0,495 e 0,309) para as mães que regressaram ao trabalho quando o filho era mais novo face à probabilidade para as mães que regressaram ao trabalho quando o filho era mais velho.

Quadro 14. Resultados dos estudos dos determinantes do aleitamento materno exclusivo

Variável	Prevalência do aleitamento materno exclusivo				
	1.º mês	1.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês
Durante a gravidez recebeu informação escrita dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno					
Sim	89.2%	89.2%	74.4%	52.5%	34.2%
Não	84.8%	75.8%	66.7%	42.4%	24.2%
Significância do teste (p)	0.446	0.024	0.339	0.269	0.249
Odds rácio (OR)	1.481	2.654	1.451	1.502	1.623
IC_{95%} do OR	]0.536 ; 4.091[	]1.110 ; 6.348[	]0.674 ; 3.122[	]0.728 ; 3.100[	]0.708 ; 3.719[
Grau de confiança, durante a gravidez, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno					
Muito confiante	94.3%	95.9%	85.4%	55.7%	44.7%
Confiante	89.3%	86.6%	69.0%	46.0%	27.8%
Pouco ou nada confiante	69.2%	69.2%	59.0%	30.8%	23.1%
Significância do teste (p)	<0.001	<0.001	0.001	<0.001	0.003

Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	1.985	3.642	2.623	2.349	2.100
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	]0.813 ;	]1.355 ;	]1.456 ;	]1.464 ;	]1.302 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	4.846[	9.792[	4.723[	3.767[	3.387[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	7.365]2.651 ; 20.464[	10.489]3.409 ; 32.274[	4.058]1.804 ; 9.128[	4.500]2.070 ; 9.782[	2.696]1.818 ; 6.154[
Grau de confiança, no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebê através de aleitamento materno					
Muito confiante	96.1%	96.1%	83.6%	63.3%	44.5%
Confiante	89.6%	87.8%	72.6%	50.0%	27.4%
Pouco ou nada confiante	70.2%	70.2%	54.4%	29.8%	24.6%
Significância do teste (p)	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.003
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	2.845	3.417	1.927	1.723	2.123
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	]1.020 ;	]1.246 ;	]1.078 ;	]1.075 ;	]1.302 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	7.933[	9.372[	3.442[	2.763[	3.462[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	10.455]3.626 ; 30.148[	10.455]3.626 ; 30.148[	4.273]2.121 ; 8.609[	4.055]2.072 ; 7.938[	2.466]1.229 ; 4.949[
Em casa recebeu visita domiciliar de enfermagem					
Sim	91.8%	91.8%	75.7%	51.4%	33.3%
Não	92.1%	79.2%	68.9%	51.9%	33.0%
Significância do teste (p)	0.080	0.001	0.182	0.939	0.954
Odds rácio (OR)	1.435	2.920	1.410	0.982	1.014
IC_{95%} do OR	]0.840 ; 4.783[	]1.516 ; 5.625[	]0.851 ; 2.336[	]0.622 ; 1.551[	]0.625 ; 1.647[
Como avalia a experiência de aleitamento materno durante as primeiras duas semanas de vida do bebê					
Muito satisfatória	_____	95.0%	87.1%	68.6%	49.3%
Satisfatória	_____	95.7%	77.5%	50.7%	26.8%
Pouco ou nada satisfatória	_____	59.2%	39.4%	19.7%	14.1%
Significância do teste (p)	_____	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	_____	0.864	1.964	2.119	2.653
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	_____	]0.283 ;	]1.039 ;	]1.300 ;	]1.606 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	_____	2.638[	20.682[	3.455[	4.381[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	_____	13.119]5.359 ; 32.117[	10.409]5.238 ; 20.682[	8.883]4.478 ; 17.621[	5.928]2.811 ; 12.503[

Quadro 14. Resultados dos estudos dos determinantes do aleitamento materno exclusivo
(cont.)

Variável	Prevalência do aleitamento materno exclusivo				
	1.º mês	1.º mês	4.º mês	5.º mês	6.º mês
Classificação do contributo/qualidade da informação obtida, após a alta, para manter o aleitamento materno	_____	80.0%	52.0%	24.0%	16.0%
Má	_____	79.5%	59.0%	43.6%	38.5%
Razoável	_____	89.7%	74.5%	52.1%	34.5%
Boa	_____				
Significância do teste (p)	_____	0.131	0.022	0.028	0.138
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1	_____	1.032	0.754	0.409	0.305
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1	_____	]0.296 ;	]0.274 ;	]0.134 ;	]0.087 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1	_____	3.606[	2.072[	1.246[	1.062[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1	_____	0.459]0.153 ; 1.382[	0.370]0.157 ; 0.874[	0.290]0.110 ; 0.763[	0.361]0.118 ; 1.102[
Classificação da ajuda prática recebida, após a alta, para manter o aleitamento materno	_____				
Má	_____	81.8%	63.6%	31.8%	18.2%
Razoável	_____	83.3%	50.0%	40.0%	30.0%

Boa		88.9%	75.8%	51.1%	34.7%
Significância do teste (p)		0.473	0.010	0.151	0.277
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1		0.900	1.750	0.700	0.519
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1		]0.212 ;	]1.012 ;	]0.220 ;	]0.136 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1		3.828[	5.393[	2.226[	1.971[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1		0.559]0.173 ; 1.810[	0.559]0.221 ; 1.417[	0.447]0.175 ; 1.147[	0.418]0.136 ; 1.284[
Regresso ao trabalho					
Sim	_____	87.4%	73.2%	49.5%	32.5%
Não	_____	100.0%	100.0%	100.0%	40.0%
Não se aplica	_____	92.6%	74.1%	66.7%	40.7%
Significância do teste (p)		0.514	0.401	0.021	0.648
Odds rácio (OR) – categoria 2 vs categoria 1		0.000	0.000	0.000	0.722
IC_{95%} do OR – categoria 2 vs categoria 1		]0.000 ;	]0.000 ;	]0.000 ;	]0.119 ;
Odds rácio (OR) – categoria 3 vs categoria 1		0.000[	0.000[	0.000[	4.388[
IC_{95%} do OR – categoria 3 vs categoria 1		0.554] 0.126; 2.429[	0.955]0.390 ; 2.340[	0.491]0.214 ; 0.925[	0.700]0.314 ; 1.563[
Idade do bebé quando a mãe regressou ao trabalho					
Até aos 6 meses	_____	88.8%	73.3%	46.9%	27.1%
Mais de 6 meses	_____	82.8%	75.0%	64.1%	54.7%
Significância do teste (p)		0.197	0.777	0.014	<0.001
Odds rácio (OR)		1.639	0.913	0.495	0.309
IC_{95%} do OR		]0.770 ; 3.489[	]0.487 ; 1.713[	]0.281 ; 0.873[	]0.176 ; 0.542[

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO E RESULTADOS

O capítulo Apresentação e Discussão de Resultados destina-se a informar o leitor sobre as respostas que os dados obtidos forneceram em relação às questões empíricas formuladas no início do trabalho.” (Coutinho, 2013, p. 254).

Neste capítulo pretende-se fazer a análise e apresentação descritiva dos dados e resultados obtidos com a aplicação do questionário elaborado. Posteriormente, fez-se a análise e apresentação dos estudos desenvolvidos para identificar os determinantes do AME.

A discussão de resultados alicerça-se num raciocínio crítico, reportando os resultados considerados mais importantes e pertinentes obtidos na análise descritiva e inferencial, extraíndo deles a resposta às questões de investigação, de forma a alcançar os objetivos definidos para o estudo.

O raciocínio crítico significa que os resultados obtidos serão comparados com os resultados apresentados por outros autores, já identificados no enquadramento teórico, refletindo as diferenças e semelhanças encontradas.

Os resultados apresentados dizem respeito a um estudo descritivo correlacional, a partir da aplicação de um questionário a 349 mães, escolhidas aleatoriamente, e que tiveram os seus filhos na maternidade do CHUCB, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018.

O questionário, extenso, permitiu fazer um ponto da situação do AM na região de abrangência do CHUCB, abarcando múltiplos níveis, que afetam as decisões e comportamentos sobre AM ao longo do tempo, tal e como descrito no modelo concetual de (Rollins, et al., 2016).

Observa-se que as mães constituintes da amostra em estudo, tinham idades compreendidas entre 19 e 51 anos, com uma idade média de 34,13 (± 4.88) anos, sendo esta mais elevada que o valor médio a nível nacional: 31,9 e 32 nos anos 2016 e 2017 respetivamente²⁶. O grupo etário mais representado correspondia às idades superiores ou iguais a 35 anos (49,0%).

As participantes eram quase na totalidade de nacionalidade portuguesa (97,7%), residindo principalmente em meio urbano (67,3%), sendo os agregados familiares constituídos em média por 3,49 ($\pm 0,74$) igual a três, sendo superior à média nacional de 2,5 tanto em 2016 como em 2017²⁷.

No que concerne às habilitações literárias, salienta-se a formação académica da maioria das mães: 38,1% com licenciatura, e 13,5% com mestrado, num total de 51,6% de mães com ensino superior, tendo as restantes concluído pelo menos o 3.º ciclo do ensino básico. Estes resultados são superiores aos encontrados a nível nacional, que dão conta de 37% de mães com o ensino superior e 9% com habilitações literárias abaixo do 3º ciclo, em 2016; 36,85% e 8,5% respetivamente, em 2017; e 38,3% e 7,7% respetivamente em 2018²⁸.

Relativamente à profissão da mãe mais vezes referida (28,4%), respeita ao grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas, sendo a maioria trabalhadoras por conta de outrem com vínculo definitivo (64,5%). De salientar o desemprego em 14,9% das mães, percentagem esta superior à nacional: 11,5%, 9% e 7,4% em 2016, 2017 e 2018²⁹ respetivamente. Durante o período de AM, 41,5% das mães referiram que o rendimento

²⁶ Ainda não estão disponíveis estatísticas relativas a 2018; Dados disponíveis em:

<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>

²⁷ <https://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+dos+agregados+dom%C3%A9sticos+privados+-511>

²⁸ <https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+da+m%C3%A3e-2513>

²⁹ [https://www.pordata.pt/Portugal/taxa+de+desemprego+total+pe+por+sexo+\(%\) -550](https://www.pordata.pt/Portugal/taxa+de+desemprego+total+pe+por+sexo+(%) -550)

mensal do agregado familiar, se situava entre 601 e 1200 euros e apenas 13,5% ultrapassavam os 1800 euros.

Quanto ao RN, 92,6% nasceram de termo, isto é, com 37 semanas ou mais de idade gestacional, cujos extremos foram de 33 e 42 semanas, sendo a média de 39,06 ($\pm 1,63$) semanas de gestação. Constata-se que, 81,7% das mães planeou a gravidez, fazendo uma vigilância adequada (mais de 6 consultas) de acordo com as recomendações da DGS. Sendo semelhante à encontrada em outros estudos (Sarafana, et al., 2006; Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010; Lanzaro, et al., 2015).

Relativamente à frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade, verifica-se que 41,3% dos progenitores não as frequentaram, seguindo-se 35,2% em que ambos frequentaram estas aulas e de 23,5% em que apenas a mãe as frequentou. Mais de metade das mães (55,2%), afirmaram que nem elas nem os pais assistiram a sessões/cursos/*workshops* sobre AM, o que corresponde a uma perda de oportunidades de aprendizagem.

A maioria das mães (84,2%), referiram ter estado acompanhadas por uma pessoa significativa durante o trabalho de parto, que em 92,5% dos casos foi o pai do RN.

Salienta-se a elevada taxa de cesarianas registada: 35,5%, valor este superior às taxas de cesarianas nos hospitais nacionais que foram de 33,1% tanto em 2016, como em 2017, chegando a 37,15% na Região da Cova da Beira durante o triénio 2016-2018³⁰. A situação assume tal importância, que em março de 2013 foi criada a Comissão nacional para a redução da taxa de cesarianas (Despacho 3482/2013), de forma a estabelecer um plano com vista à redução desta taxa. A OMS propõe que a Classificação de Robson³¹ seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo, almejando alcançar a taxa de cesarianas considerada ideal pela comunidade internacional de saúde nos últimos 30 anos, situada entre 10% e 15% de todos os partos. (OMS, 2014)

Ao nascimento, 90,0% dos RN, tinham entre 2500 e 4000 gramas, tendo 56,7% dos bebés receberam AM na primeira hora de vida. Das 146 mães que não fizeram AM na primeira hora 78,1% referiram como motivo o facto de o bebé ter nascido de cesariana.

³⁰ <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>

³¹ Sistema de classificação de grávidas em um de entre dez grupos, mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, de forma a seleccionar as elegíveis para cesariana. Mais informação disponível em: OMS, (2014). *Declaração da OMS sobre taxa de cesárias*. Acedido em fevereiro de 2019, de rpn: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442?jsessionid=6730C09E1321675E1A4ADB93CE694093?sequence=3>

Apesar das indicações para realização precoce do contacto pele a pele, este apenas ocorreu em 55,9% dos casos, dos quais 64,9% com duração inferior a uma hora, contrariamente ao preconizado sendo, contudo, uma prática passível de ser melhorada. O principal motivo para a não realização do contacto pele a pele foi o parto por cesariana (64,9% dos casos). Constata-se desta forma que o parto por cesariana, prejudica quer o contacto pele a pele, quer o início precoce do AM, sendo este um problema mais difícil de resolver uma vez que a mãe fica na unidade de recobro do bloco operatório central, inviabilizando o alojamento conjunto nas primeiras horas de vida do bebé

Para além das cesarianas, existem mais casos de separação da díade, nomeadamente por internamento do RN devido a necessidade de cuidados especiais.

O tempo de internamento das mães foi em média de 2,69 ($\pm 0,80$) dias, com 45,8% que estiveram internadas apenas dois dias, o que encurta o tempo de aprendizagem para um AM de sucesso, o que salienta a importância da implementação precoce de intervenções de enfermagem que visem proporcionar o desenvolvimento das competências maternas no AM (Cruz, 2012). A intervenção dos enfermeiros pode contribuir positiva ou negativamente, dependendo da forma como se processa: um apoio positivo aumenta a confiança da mãe, mas uma intervenção desadequada aumenta a incerteza e contribui para o abandono do AM (Cruz, 2012).

Verifica-se que 93,4% dos pais eram a favor do AM, o que se reveste de suma importância uma vez que na literatura encontram-se referências ao facto de que a maioria das mães concorda que o incentivo e apoio dos seus companheiros são determinantes no sucesso do AM (Kong & Lee, 2004; Olayemi, et al., 2007). A par destes dados, há a acrescer que a decisão de fazer AM coube em grande parte ao casal (62,2%), o que no conjunto se pode traduzir em apoio e suporte paterno, que segundo Silva, et al (2012) é importante quer no início quer na manutenção do AM. De salientar que 10,6% as mães disseram ter sido influenciadas por familiares ou amigos (51,4%) e por profissionais de saúde (43,2%).

A maioria das mães (83,6%) com outros filhos, considerou positiva a experiência de AM, sendo mais frequente o tempo de 12 meses, tendo metade feito AM dos filhos anteriores durante 11 meses. Nestes termos, pode considerar-se exitosa a prevalência de AM aos 12 meses, corroborado pela evidência

Quanto ao grau de confiança na capacidade de alimentar o bebé por AM verifica-se que durante a gravidez 53,6% das mães manifestaram estar confiantes e 35,2% muito

confiantes, mantendo-se essa confiança elevada aquando da alta: 47,0% e 36,7% respetivamente, sendo este um fator decisivo no processo do AM, desde a iniciação, ao estabelecimento e manutenção, estes dados demonstram um bom indicador do *empowerment* e capacitação materna. Os sentimentos de *empowerment*, confiança em si mesma, promove sentimentos de segurança e competência, contribuindo para que a mãe supere dúvidas e relutâncias, assim como a resistir às pressões de outras pessoas (OMS & UNICEF, Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino: Manual do participante, 2007; Henriques & Martins, 2011)

A análise da avaliação que as mães fizeram do contributo/qualidade da informação e ajuda prática no AM, obtida durante a gravidez, o internamento, o pós-parto e após a alta, foi bom/boa em todos os momentos (74,5% e 78,2% respetivamente).

Neste contexto, constata-se a existência de boas práticas na utilização de vários métodos em vários momentos, conduzindo a intervenções de enfermagem supostamente mais eficientes como defendido por (Ebersold, D.Murphi, Paterno, Sauvager, & M.Wright, 2007; Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008).

Os problemas mais frequentes que as mães tiveram durante as duas primeiras semanas de vida do bebé são transversais à maioria dos estudos, tendo sido referido mais frequentemente: dores na mama (37,2%); fissuras no mamilo (34,1%); o bebé adormecer à mama muitas vezes (31,8%); cansaço excessivo (26,1%); excesso de leite (22,6%) e dificuldade em conseguir uma boa pega (19,8%). Apesar disso, verifica-se que 40,2% das mães avaliaram como muito satisfatória e 39,5% como satisfatória, a experiência de AM durante as primeiras duas semanas de vida do bebé, período de tempo necessário, até que a lactação esteja bem estabelecida (Levy & Bértolo, 2012; TheLancet, 2016).

A idade média que o bebé tinha quando parou por completo o AM foi de 9,18(\pm 7,69) meses. Metade dos bebés deixaram de se alimentados com LM com idade igual ou superior a 7 meses e 39,8% pararam o AM antes dos 6 meses. Os motivos mais frequentes que conduziram à interrupção do AM foram a mãe não ter leite ou ter perdido o leite (30,5%), o bebé ter perdido o interesse (25,5%), ou não ficar satisfeito (11,7%). Estes motivos são encontrados frequentemente na literatura e artigos sobre a matéria (Levy & Bértolo, 2012; TheLancet, 2016)

Quanto a ofertas amostras de leite adaptado ou papas lácteas durante a gravidez ou depois do nascimento do bebé, 96,8% das mães afirmaram não ter recebido qualquer oferta.

Apesar da literatura referir o estabelecimento de um objetivo quanto ao tempo de AM, (Levy & Bértolo, 2012), 36,7% das mães afirmaram que não estabeleceram qualquer objetivo, 23,2% disseram que tinham atingido o objetivo definido e 22,9% não conseguiram atingir esse objetivo. A maioria das mães (55,9%) afirmou que, globalmente, avaliavam como muito satisfatória a experiência de fazer AM, seguindo-se 31,8% que avaliaram essa experiência como satisfatória, afirmando como muito provável voltar a fazer AM, caso tivessem outro filho (87,4% das mães).

Quanto ao regresso ao trabalho, 46,6% das mães retomaram antes do filho ter completado os 6 meses de idade e, em larga maioria (96,0%) as mães afirmaram conhecer as leis de proteção da trabalhadora lactante, sendo estas leis cumpridas unicamente em 69,9% dos casos. Consta-se ainda a falta de condições para extrair e conservar o LM e a inexistência de um espaço com condições para amamentar com privacidade em mais de 60% dos locais de trabalho. 66,5% das mães mantiveram o AM após o regresso ao trabalho, utilizando como estratégias mais comuns o dar de mamar antes de sair de casa e quando regressava a casa (41,0%). Com efeito a literatura afirma que o regresso ao trabalho tem efeitos negativos no AM (Dearden, Quan, Do, et al., 2002; Ong, Yap, Li & Choo, 2005; Ogbuanu, Glover, Probst, Liu & Hussey, 2011 como citados em Rollins, et al., 2016), constituindo o motivo principal para não iniciar AM ou para o interromper precocemente essa prática (Roe, Whittington, Fein & Teisl, 1999, como citados em Rollins, et al., 2016).

Aquando da alta a prevalência de AME foi de 88,8%, diminuindo para 73,6% ao quarto mês, e abruptamente para 51,6% ao quinto mês e para 33,2% ao sexto mês de vida do bebé. A avaliação ao 4º, 5º e 6º mês, coincide com pontos chave de regresso ao trabalho, identificado na literatura como um dos maiores responsáveis pelo decréscimo e abandono desta prática (Roe, Whittington, Fein & Teisl, 1999; (Mizkovic, Perrine, Scanlon & Grummer-Strawn, 2014; Hawkins, Griffiths, Dezateux, Law & The Millennium Cohort Study Child Health Group, 2007 como citados em (Rollins, et al., 2016, p. 492), muitas vezes pela dificuldade na conciliação do AM e trabalho (Levy & Bértolo, 2012). Quanto mais precoce o regresso ao trabalho, mais precoce o abandono do AM (Mizkovic, Perrine, Scanlon & Grummer-Strawn, 2014; Hawkins, Griffiths, Dezateux, Law & The Millennium Cohort Study Child Health Group, 2007 como citados em Rollins, et al., 2016). Nos estudos analisados (Rebimbas, Pinto, & Pinto, 2010; Dias, et al., 2013; Lanzaro et al., 2015, Oliveira, 2016) , essa relação foi também estabelecida.

Assim, observamos a existência de associação estatisticamente significativa entre a situação profissional que a mãe manteve mais tempo durante o período de AM e a prevalência de AME ao primeiro mês do bebê ($p = 0,035$). Nas mães que eram trabalhadoras por conta de outrem a prevalência foi mais elevada do que nas mães que se encontravam em outras situações. Lanzaro et al.(2015) encontrou resultados idênticos, verificando uma relação significativa entre a maior duração do AM e o regresso ao trabalho seis meses após o parto. Barge e Carvalho (2011) analisaram esta associação aos seis meses de vida, não tendo encontrado um resultado estatisticamente significativo entre o AM e a situação profissional, não corroborando os resultados já referenciados.

O rendimento mensal do agregado familiar durante o período de AM está significativamente associado à prevalência do AME ao quarto e quinto mês ($p = 0,020$; $p = 0,010$). Comparando os valores percentuais podemos afirmar que as mães que pertencem a agregados com maior rendimento mensal tendem a evidenciar prevalências mais elevadas. Estes resultados são corroborados por Victora et al., (2016) em comparação entre famílias mais ricas e mais pobres e Rollins et al. (2016) em comparação entre países. São também suportados pelos estudos de Mannel, Martens, & Walker (2011) que indicam uma vertente que combina dois determinante, a saber: baixa condição socioeconómica, implica muitas vezes o regresso precoce ao trabalho para fazer face às despesas, e em consequência o abandono precoce do AM.

Quanto aos determinantes do AM, nos quatro momentos, (primeiro, quarto, quinto e sexto meses de idade do bebê, a análise dos resultados permite verificar que existe uma associação significativa entre o local de residência e a prevalência do AME ao primeiro mês de idade do bebê ($p = 0,028$) sendo mais elevada nas mães que residem em meio urbano. Estes resultados contrariam os obtidos por Lanzaro et al. (2015), que não encontraram relação com a duração do AM nem do AME; e da WHO e UNICEF (2018) que verificaram não existir diferenças significativas nas taxas de iniciação relacionadas com o lugar de residência (rural ou urbano).

Verifica-se que a prevalência do AME, ao primeiro mês, está significativamente associada ao planeamento da gravidez ($p = 0,015$) e que a prevalência tende a ser mais elevada para as mães cuja gravidez não foi planeada, o que coincide com Rebimbas, Pinto e Pinto (2010) que observaram uma prevalência de pelo menos seis meses de AM, em 60% das mães que não tinham planeado/desejado a gravidez

O facto de a mãe ter tido a companhia de pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto está significativamente associado à prevalência do aleitamento materno exclusivo ao quarto mês de vida do bebé ($p = 0,012$). Verifica-se que a prevalência tende a ser mais elevada para as mães que estiveram acompanhadas, sendo o acompanhante a maioria das vezes o pai. O apoio do pai é apontado como fundamental para o início e manutenção do AM (Bar-Yam & Darby, 1997; Gibson-Davies & Brooks-Gunn, 2007 como citados em Rollins, et al., 2016; Silava, et al., 2012), e participar nos primeiros momentos, assistir à primeira mamada e ouvir as explicações dadas torna-se uma mais valia.

Existe associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a prevalência de aleitamento materno exclusivo ao primeiro e ao quarto meses ($p = 0,015$; $p = 0,018$). As mães que tiveram parto vaginal tendem a apresentar prevalência mais elevada. O parto por cesariana atrasa o início do AM e impossibilita o contacto pele a pele imediato (Rollins, et al., 2016; WHO & UNICEF, 2018), tendo outras repercussões.

Constata-se igual situação nas mães que fizeram contacto pele a pele precoce com o bebé observa-se a existência de associação significativa com a prevalência de AME ao primeiro e quarto meses ($p = 0,002$; $p = 0,040$). Em ambos os momentos a prevalência tende a ser mais elevada para as díades que fizeram contacto pele a pele precoce.

O teste revela que a associação entre o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé e a prevalência deste tipo de aleitamento, ao primeiro, quarto e quinto meses, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$; $p < 0,001$ e $p = 0,015$). Em cada um dos três momentos, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é mais elevada para as díades em que foi feito o AM na primeira hora de vida o que vai ao encontro do referido por vários autores, que estabelecem o contacto imediato pele a pele e o início precoce do AM como “práticas basilares para estabelecer e manter o AM (WHO & UNICEF, 2018, p.7; Moore et al., 2016 como citados em WHO & UNICEF, 2018)

Existe associação significativa entre a avaliação da experiência de aleitamento materno de outros filhos e a prevalência deste aleitamento ao último filho no primeiro, quarto e quinto meses ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,002$). Verifica-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo é mais elevada para as mães que tiveram experiências anteriores positivas e mais baixa para aquelas que classificaram como negativa a experiência anterior.

O teste revela que também a existência de associação significativa entre o tempo de aleitamento materno de outros filhos e a prevalência de aleitamento materno exclusivo do

último filho. Esta situação verifica-se para o primeiro, quarto, quinto e sexto meses ($p = 0,009$; $p < 0,001$; $p < 0,001$ e $p = 0,001$) tendendo a prevalência a ser mais elevada para as mães que alimentaram com leite materno os outros filhos durante mais tempo. A associação entre estas duas variáveis surge frequentemente.

A associação entre o facto da decisão de fazer aleitamento materno ter sido influenciada por outras pessoas e prevalência do aleitamento materno exclusivo é estatisticamente significativa aos quarto e quinto meses ($p = 0,023$; $p = 0,040$), sendo que as mães que afirmaram ter sido influenciadas por outras pessoas apresentam prevalências mais elevadas. Os valores do OR sugerem que a probabilidade para as mães em que a decisão de fazer aleitamento materno foi influenciada por outras pessoas é 3,241 e 2,110 superior à probabilidade daquelas em que a decisão não foi influenciada.

O estudo da associação entre a assistência a sessões/cursos/workshops sobre aleitamento materno e a prevalência deste tipo de alimentação do bebé em exclusivo revelou ser estatisticamente significativa aos quinto e sexto meses. A prevalência é mais elevada para as situações em que ambos os progenitores assistiram às sessões/cursos/workshops. Face à situação em que ambos (mãe e pai) assistiram às sessões/cursos/workshops as probabilidades de manter o aleitamento materno exclusivo, aos quinto e sexto meses, é cerca de metade para as situações em que apenas assistiu a mãe (0,489 e 0,516).

O facto de as mães, durante a gravidez, terem recebido informação escrita dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno está significativamente associado com a prevalência deste tipo de aleitamento em exclusivo ao primeiro mês de idade do bebé ($p = 0,024$).

A associação entre o grau de confiança, durante a gravidez, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de AM e a prevalência deste aleitamento exclusivo em todos os cinco momentos é estatisticamente significativa ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,003$), verificando-se que as prevalências são mais elevadas para as mães que afirmaram estar muito confiantes e mais baixas para aquelas que disseram estar pouco ou nada confiantes.

O grau de confiança das mães, no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno está significativamente associado com as prevalências de aleitamento materno exclusivo em todos os momentos ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,003$).

Existe associação estatisticamente significativa entre o facto de as mães terem recebido, em casa, visita domiciliária de enfermagem e a prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês do bebé ($p = 0,001$), sendo mais elevada a prevalência para as mães que receberam aquela visita.

Entre a avaliação que as mães fizeram da experiência de aleitamento materno durante as primeiras duas semanas de vida do bebé e a prevalência do aleitamento materno exclusivo existe associação significativa nos cinco momentos ($p < 0,001$ em todos). Consta-se que as prevalências são mais elevadas para as mães que consideraram a experiência muito satisfatória e mais baixas para aquelas que avaliaram a experiência como pouco ou nada satisfatória.

Entre a classificação do contributo/qualidade da informação obtida, após a alta, para manter o aleitamento materno e a prevalência deste tipo de aleitamento em exclusivo existe associação significativa à data da alta e aos quarto e quinto meses ($p = 0,034$; $p = 0,022$; $p = 0,028$). Verifica-se que as mães que classificaram a informação como boa tendem a evidenciar prevalências mais elevadas.

A classificação da ajuda prática recebida pelas mães, após a alta, para manter o AM está associada significativamente com a prevalência do AME ao quarto mês de idade do bebé ($p = 0,010$). A prevalência é mais elevada para as mães que classificaram a ajuda prática como boa.

Entre o regresso ao trabalho e a prevalência do AME existe associação significativa ao quinto mês de idade do bebé ($p = 0,021$), sendo a prevalência deste tipo de aleitamento mais elevada para as mães que ainda não tinham regressado ao trabalho.

O estudo da associação entre a idade que o bebé tinha quando a mãe regressou ao trabalho e a prevalência do AME revelou a existência de associação significativa aos quinto e sexto meses ($p = 0,014$; $p < 0,001$). A prevalência é mais elevada para as mães que regressaram ao trabalho quando o filho tinha mais idade.

As mães que afirmaram não ter feito AM durante o tempo que tinham estabelecido revelam prevalências mais baixas deste tipo de AME, sendo significativa a associação entre as duas variáveis em todos os momentos ($p = 0,006$ à data da alta e $p < 0,001$ nos restantes).

Nesta fase do trabalho, cabe lugar a uma síntese. Nestes termos, podemos afirmar que os dados recolhidos e os resultados obtidos permitem responder às questões de investigação, assim como aos objetivos propostos.

Q1. ‘Qual a prevalência do AME aos seis meses na região de abrangência do CHUCB?’

Com base na informação obtida, calculou-se uma prevalência de 33,2% do AME ao sexto mês de vida do bebê.

Esta taxa, apesar de ficar aquém da meta estabelecida pela OMS de 50% , aproxima-se contudo da média referente ao período 2007-2014 de 36% (OMS, Alimentación del lactante y del niño pequeño, 2018), e muito superior à apresentada no RAM relativo a 2013, que aponta o AME exclusivo aos seis meses de vida de 22,1% (DGS & OBAM, 2016) ou os 14,7% calculados por (Kislaya, Braz, Dias, & Loureiro). O mesmo acontece relativamente a resultados obtidos em estudos nacionais: Sarafana, et al. (2006): 25%; Sandes, et al. (2007): 17.3%; Rebimbas, Pinto e Pinto (2010): 30,9%; Lanzaro, et al. (2015): 17.7% (meio urbano) e 18,7% (meio rural). Exceção faz-se a Silva (2013) que apurou uma prevalência de AME aos seis meses de 36%.

Quanto aos **objetivos**: determinou-se a prevalência do AME de 88,8% à data da alta; 73,6% ao 4º mês; 51,6% ao 5º mês; e 33,2% aos seis meses de vida do bebê

Q2. ‘Quais os determinantes do AM na região de abrangência do CHUCB?’

A análise da existência de associação estatisticamente significativa entre duas variáveis permitiu identificar como determinantes do AM:

- O local de residência em meio urbano;
- As mães trabalhadoras por conta de outrem;
- Maior rendimento mensal do agregado familiar durante o período de AM;
- Gravidez não planeada;
- Acompanhamento por pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto;
- Tipo de parto vaginal;
- O contacto pele a pele precoce;
- Aleitamento materno na primeira hora de vida;
- Experiências anteriores de AM positivas;
- O tempo de AM de outros filhos; Influência de outras pessoas na decisão de fazer AM;
- Assistência a sessões/cursos/workshops sobre AME por ambos os progenitores;
- Ter recebido informação escrita dos profissionais de saúde sobre AM durante a gravidez;

Confiança, durante a gravidez e no momento da alta, quanto à capacidade de alimentar o bebê através de AM;

Visita domiciliária de enfermagem nas primeiras duas semanas de vida;

A avaliação da experiência de AM muito satisfatória durante as primeiras duas semanas de vida do bebê;

Informação obtida após a alta, classificada como Boa;

A ajuda prática recebida pelas mães após a alta classificada como Boa;

O regresso ao trabalho.

Conclusão

As discussões sobre o AM não são recentes na literatura de várias ciências, não só das ciências da saúde como das sociais e humanas, tendo sido enfocadas em diferentes dimensões segundo a ótica e abrangência de cada campo de estudo (Carvalho & Gomes, 2017).

As questões ligadas ao AM estão atualmente na ribalta, considerada como uma recomendação de saúde pública. Contudo, sofreu um declínio durante grande parte do séc. XX, tendo recomeçado lentamente o seu regresso principalmente nas décadas de 70 e 90.

A OMS e UNICEF recomendam o contacto pele a pele precoce e o aleitamento materno na primeira hora de vida, assim como o AME até aos seis meses e continuado até aos dois anos ou mais. A meta estabelecida para alcançar uma taxa de pelo menos 50% no AME aos seis meses, parece longe de ser alcançada e, pelos estudos nacionais analisados e pelos resultados desta investigação, parece que em Portugal ainda tem um longo caminho pela frente.

O estudo empreendido apresentou como resultados, uma avaliação positiva das mães relativamente às informações e ajuda prática recebidas durante a gravidez, internamento e após a alta, tendo sido considerada como boa em qualquer dos momentos analisados. O aconselhamento, suporte e gestão do AM fazem parte também das intervenções definidas no modelo concetual de Rollins et al (2016), parecendo que estão a ser bem encaminhados os esforços dos profissionais de saúde na promoção do AM e *empowerment* e capacitação materna. Não obstante, os resultados não são tão bons como se desejaria.

O estudo permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos propostos, identificar os determinantes que atuam nos vários níveis e avaliar de que forma as recomendações da OMS e UNICEF referentes ao início precoce, AME e aleitamento materno continuado, integradas também no modelo, estão a ser geridas. O AM pode ser afetado por vários fatores que determinam a adesão e a manutenção do AM. Estes, operam em múltiplos níveis, influenciando decisões e comportamentos (Rollins, etal, 2016).

Dos resultados obtidos, o que mais preocupa é a elevada taxa de cesarianas, com recobro no bloco operatório central, o que leva à separação da díade logo após o nascimento,

inviabilizando o contacto pele a pele e o início precoce do AM. Por outro ângulo, a situação mais se agrava, quando obriga à introdução de LA nas primeiras horas de vida devido a essa separação. A introdução de LA nestas circunstâncias não é, por norma, continuada aquando da reunião da díade, pelo que não foi considerada nos resultados de AME. A considerar, teríamos de assumir o AME no 1º dia de vida de 49,7%, se tomarmos à letra o conceito estabelecido pela OMS e UNICEF. A logística e as políticas a instituição são assim um entrave que somente poderá ser ultrapassado com a tomada de medidas a nível das políticas de saúde e legislação nacionais.

A DGS, através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e dos sistemas de informação/instrumentos que o apoiam, tem em curso um conjunto de medidas que visam melhorar o (DGS, Saúde Infantil e Juvenil: Capítulo 4 - determinantes, 2018) sistema de recolha, monitorização e avaliação de dados acerca do AM com o objetivo de melhorar as práticas da alimentação do lactente e da criança pequena.

Paralelamente, foram criadas as condições para o desenvolvimento de uma Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena que enquadre a política nacional nesta matéria em alinhamento com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Importa, assim, definir uma estratégia/política de alimentação do Latente e da Criança Pequena (até aos 1000 dias de vida, incluindo o tempo de gravidez e parto), em articulação com todos os programas nacionais de saúde e orientações relacionadas com a alimentação infantil, garantindo a vigilância do cumprimento do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno (DGS, Saúde Infantil e Juvenil: Capítulo 4 - determinantes, 2018).

Estas declarações vão ao encontro das recomendações do relatório da WTBi para Portugal em 2015 (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WTBi): Portugal 2015, 2015) encaixando no modelo concetual de Rollins et al (2016), que define como intervenções a importância da legislação, políticas, financiamento, monitorização e execução das mesmas.

Os principais resultados revelam uma taxa de iniciação do AM em 93,8%, baixando para 81,7% aquando da alta; o AME aos seis meses de vida foi de 33,2%, não obstante a desconsideração do LA administrado aos bebés nascidos de cesariana; o AM continuado aos 12 meses de vida foi de 20,1% e aos 24 meses de vida de 5,7%.

Os determinantes identificados são variados e multifactoriais e incluem: o local de residência; a situação profissional que a mãe manteve mais tempo durante o período de AM; o rendimento mensal do agregado familiar durante o período de AM; o facto de a mãe ter tido a companhia de pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto; o tipo de parto; O contacto pele a pele precoce; aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé; experiências anteriores de AM; o tempo de AM de outros filhos; decisão de fazer AM; assistência a sessões/cursos/workshops sobre AME; receber informação escrita dos profissionais de saúde sobre AM durante a gravidez; o grau de autoconfiança das mães; o facto do bebé ter recebido LA ainda no hospital; visita domiciliária; a satisfação materna da experiência de AM durante as primeiras duas semanas de vida do bebé; o contributo/qualidade da informação e ajuda prática obtida após a alta; o regresso ao trabalho; estabelecer objetivo temporal para o AM;

Com base na informação obtida as intervenções de enfermagem podem ser direccionadas para problemas específicos e únicos, porque cada díade interage e responde de maneira própria, não existindo receitas aplicáveis a todas.

O AM dos lactentes e crianças pequenas deve ser promovido e apoiado, sendo necessária uma intervenção global muito para além da díade: há que mobilizar as famílias, a comunidade, as instituições de saúde e os profissionais que nelas trabalham para almejar o crescimento do AM até à meta estabelecida pela OMS de 50% de AME aos seis meses de idade. Apesar de se vislumbrar uma tarefa árdua, não é impossível, tendo todos um papel a desempenhar desde a díade, às políticas e programas nacionais.

Referências Bibliográficas

- 5 **A *Iniciativa Amiga dos Bebés*. (2017) de UNICEF Portugal. Acedido em <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- *Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., & Kuhn, P. (november de 2000). Major factors influencing breastfeeding rates: mother perception of father attitude and milk supply. *Pediatrics*, 106(5). Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11061804>
- Awano, M., & Shimada, K. (august de 2010). Development and evaluation of a self care programme on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeed Journal*, 23, pp. 5-9. Acedido em doi:10.1186/1746-4358-5-9.
- *Barge, S., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno - Estudo ALMAT. *Revista portuguesa de clínica Geral*, 27(5), pp. 18-25. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000600006&lng=pt.
- *Barona-Vilar, Escribá-Aquir, & Ferrero-Gandía. (april de 2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. 25(2), pp. 187-194. Acedido em doi:10.1016/j.midw.2007.01.013
- *Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I., & Vasconcelos, A. G. (2011). Factores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), pp. 69-78. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>
- *Bolton, T., Chow, T., Benton, P., & Olson, B. (february de 2009). Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counselling support program. *Journal of human lactation*, 25(1), pp. 18-27. Acedido em doi:10.1177/0890334408325985
- *Caldeira, T., Moreira, P., & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, pp. 685-699. Acedido em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10424/10160>
- *Carneiro, P. S., & Galvão, D. G. (jan-fev 2012). Aleitamento materno no concelho de Portimão aos 6 meses de vida do bebé. *Nursing*, 24(277), pp. 8-12. Acedido em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3642-aleitamento-materno-no-concelho-de-portimao-aos-6-meses-de-vida-do-bebe#.XNX-paR7nDc>

- Carreira, A. R. (2017). *Fatores que levam ao Abandono Precoce da Amamentação*. Acedido em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy5Y7zloyjAhVKWBoKHaG9Cy4QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fcomum.rcaap.pt%2Fhandle%2F10400.26%2F14213&usg=AOvVaw3AtEthnixlYb62V5eLVYwq>
- Carvalho, M. R., & Gomes, C. F. (2017). *Amamentação: bases científicas* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Castro, L., & Araújo, L. (2006). Aspectos socioculturais da amamentação. Em *Aleitamento materno: manual prático* (2 ed.). Londrina: Athalaia Gráfica e editora.
- 3***Convenção sobre os Direitos da Criança*. (1989) de UNICEF. Acedido em https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- *Cruz, L. M. (2012). *Competências parentais na amamentação: contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9332>
- Declaração dos Direitos da Criança*. (20 de novembro de 1959). Acedido em http://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/06/declaracao_dos_direitos_da_criancadoc.pdf
- **10***Declaração Innocenti 2005: Sobre a alimentação do lactente e da criança pequena*. (22 de novembro de 2005) de UNICEF. Acedido em https://www.unicef.pt/media/1604/3-declaracao_innocenti_2005.pdf
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil: Capítulo 4 - determinantes*. Obtido em abril de 2019, de Ministério da Saúde: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- *Direção Geral da Saúde [DGS], & Observatório para o Aleitamento Materno [OBAM]. (2016). *Registo do Aleitamento Materno: RAM: Relatório janeiro-dezembro 2013* de DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- *Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C., & Alexandrino, A. M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), pp. 313 - 318. Acedido em <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2719>
- *Ebersold, S., D.Murphi, S., Paterno, M. T., Sauvager, M. D., & M.Wright, E. (oct-nov de 2007). Nurses and breastfeeding: Are you being supportive? *AWHONN journals*, 11(5), pp. 482-487. Acedido em <https://epublications.regis.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1728&context=theses>
- Faleiros, F. T., Trezza, E. M., & Carandina, L. (set-out de 2006). Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, 19(5). Acedido em doi:10.1590/S1415-52732006000500010

- *Forster, D. A., McLachlan, H. L., & Lumley, J. (october 2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of australian women. *International Breastfeed Journal*, 18(1). Acedido em doi: 10.1186/1746-4358-1-18
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (3ª ed). Loures: Lusodidata.
- *Fujimori, E., Nakamura, E., Gomes, M. M., Jesus, L. A., & Resende, M. A. (2010). Aspectos relacionados ao estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva das mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *INterface-Comunicação, saúde, educação*, 14(33), pp. 315-327. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200007>.
- *Galvão, D. G. (2009). Promoção da amamentação na primeira hora de vida após o parto. *Suplemento Nursing (edição portuguesa)*, 242(8), pp. 7-12. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0697.pdf
- *Galvão, D. M. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- *Giugliani, E. R. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76(3), pp. 238-252. Acedido em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0050.pdf>
- *Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. (may de 2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of cinical nursing*, 17(9), pp. 1132-1143. Acedido em doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x
- Haro, F.A., Serafim, J. , Cobra, J., Faria, L., Roque, M.; Ramos, M.; Carvalho, P., Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais: Guia prático do estudante*. Lisboa: Pactor.
- *Henriques, S. N., & Martins, R. M. (2011). Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium*, 40, pp. 39-51. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/4.pdf>
- ***Innocenti Declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding*. (august de 1990) de UNICEF. Acedido em <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- *Kislaya, I., Braz, P., Dias, C. M., & Loureiro, I. (s.d.). A evolução do aleitamento materno em Portugal nas últimas duas décadas: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1995/96 -1998/99 - 2005/06 - 2014). Acedido em <https://www.unicef.pt/media/1615/9-evolucao-do-aleitamento-materno-em-portugal-duas-decadas.pdf>
- *Kong, S., & Lee, D. (may de 2004). Factors influencing decision to breastfeeding. *Journal Advance Nursing*, 46(4), pp. 369-379. Acedido em doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x
- *Kurini, N., Shiono, P., Ezrine, S., & Rhoads, G. (september de 1989). Does maternal employment affect breast-feeding? *American Journal Public Health*, 79(9), pp. 1247-1250. Acedido em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349698/>

- *Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Hespanhol, A. P., & Esteves, M. J. (2015). Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, pp. 101-108. Acedido em <https://doi.org/10.25754/pjp.2015.3612>
- *Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. UNICEF Portugal. Acedido em https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Bobak, I. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed., Vol. 9). Porto Alegre: Artmed.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- *Mannel, R., Martens, P., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures: Lusociência.
- Marques, E. S., Cotta, R. M., Magalhães, K. A., sat'Ana, L. F., Gomes, A. P., & Siqueira-Batista, R. (2010). A influência da rede social. *Ciência e saúde coletiva*, 15(1), pp. 1391-1400. Acedido em doi:10.1590/S1413-81232010000700049
- Martins, O. M., Paço, A. M., Mainardes, E. W., & Rodrigues, R. G. (jul-ago de 2013). O marketing social e a promoção de mudanças estruturais no aleitamento materno. *Revista de Administração de Empresas*, 5(4), pp. 370-380. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140403>.
- Montaigne, J. d., Stilwell, M., & Col. (2015). Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WTBi): Portugal 2015. *WTBi: World Trend breastfeeding initiative: Relatório*. Acedido em <http://worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Portugal-2015.pdf>
- Musa Abubakar Kana1, 2. C. (2018). Effect of maternal country of birth on breastfeeding practices: results from Portuguese GXXI birth cohort. *International breastfeeding journal*, pp. 13-15. Acedido em doi:<https://doi.org/10.1186/s13006-018-0157-x>
- 11***Objetivos de Desenvolvimento do Milénio* . (setembro de 2000). UNRIC- Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Acedido em <https://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>
- *Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade: Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- *Olayemi, O., Aimakhu, C., Bello, F., Montavo, V., Oqunleye, A., Odunukan, O., & Ojenqbede, O. (nov de 2007). The influence of social support on the duration on the duration of breastfeeding among antenatalpatients in Ibadan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(8), pp. 802-805. Acedido em doi:10.1080/01443610701666876

- Oliveira, M. (1º semestre de 2016). Aleitamento materno: Estudo de prevalência e fatores condicionantes nos primeiros seis meses de vida. *Pensar Enfermagem*, 20(1), pp. 4-15. Acedido em http://4/pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_4_15.pdf
- * 1**Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2008). *Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno: 1981*. DGS. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/aleitamento-materno/codigo-internacional-de-marketing-substitutos-do-lm-pdf.aspx>
- * Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Parte 1: definiciones*. Organización Mundial de la Salud. Acedido em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/
- * Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017) Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información. Acedido em <https://apps.who.int/iris/>
- * Organização Mundial de Saúde [OMS]. (16 de febrero de 2018a). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Organización Mundial de la Salud. Acedido em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (31 de julio de 2018). *Tres de cada cinco bebés no toman leche materna en la primera hora de vida*. Organization Mundial de la Salud. Acedido em <https://www.who.int/es/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>
- * Organização Mundial de Saúde [OMS] & Fundo de Emergênciadas Nações Unidas para a infância [UNICEF]. (2007). *Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino: Manual do participante*.
- * Organização Mundial de Saúde [OMS] & Fundo de Emergênciadas Nações Unidas para a infância [UNICEF]. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna*. Organización Mundial de la Salud. Acedido em https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/
- Piazzalunga, C. d., & Lamounier, J. A. (2011). O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Revista Médica de Minas Gerais*, 11(2), pp. 133-141. Acedido em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/185>
- *Pinto, E., Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., & Coutinho, E. (2016). Maternal affection and motivation for breastfeeding. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, pp. 1028-1035. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.099>
- *Real, H. (2010). *Aleitamento Materno: Promover Saúde!* (A. P. Nutricionistas, Ed.) Porto: Alexandra Bento.
- *Rebimbas, S., Pinto, C., & Pinto, R. (2010). Aleitamento Materno Análise da Situação num Meio Semi-urbano. *Nascer e Crescer Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 19(2), pp. 68-73. Acedido em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjCzN_g2cbiAhUJx4UKHXCwBswQFjABegQIARAB&url=http

%3A%2F%2Fdoczz.com.br%2Fdoc%2F213445%2F2-vol-xix-2010---revista-nascer-e-crescer&usg=AOvVaw0yZJU5KnPmNN_NTBzyA-Mw

Rede Internacional Pró-alimentação Infantil (International Baby Food Action Network [IBFAN]). (2013). IBFAN Portugal. Acedido em <http://www.ibfanportugal.org/#!quem-smos/cq3b>

*Rocha, L. B., Araujo, F. M., Rocha, N. C., Almeida, C. D., Santos, M. O., & Rocha, C. H. (2017). Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Revista de Medicina e saúde de Brasília*, 6(3), pp. 384-394. Acedido em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>

*Rollins, N.C.; Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Norton, S., Luther, C., K., Martines, J.,C., Piwoz, H.,G., Richter, L., M., Victora, C., G., (30 de January de 2016). Breastfeeding 2: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387, pp. 491-504. The Lancet. Acedido em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext#%20)

*Sandes, A. R., Nascimento, C., Gouveia, J. F., Valente, S., Martins, S., Coreia, S., . . . Silva, L. d. (2007). Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, pp. 193-200. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17639/1/aleitamento_materno.pdf

*Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), pp. 9-14. Acedido em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424155711_APP_Vol_37_N1_OR_Aleitamento_Materno.pdf

Segunda Conferencia Internacional de Nutrición: Documento final de la conferência: Declaración de Roma sobre la Nutrición. (19-21 de noviembre de 2014). Acedido em <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>

*Sheehan, A., & Virginia Schimed, L. B. (2009). Women's experiences of infant feeding support in the first six weeks post-birth. *Maternal and child nutrition*, 5(2), pp. 138-150. Acedido em doi:<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2008.00163.x>

*Silva, P. P., Silveira, R. B., Mascarenhas, M. L., Silva, M. B., Kaufmann, C. C., & Albernaz, E. P. (2012). A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(3), pp. 306-313. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n3/02.pdf>

*Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade nos primeiros seis meses de idade. *Acta pediátrica Portuguesa: Sociedade portuguesa de pediatria*, 44 (5), pp. 223-228. Acedido em <https://revistas.rcaap.pt/app/article/download/3399/2709>

SK Kong; DT Lee. (maio de 2004). *Factors influencing decision to breastfeed*, 46(4), pp. 369-379. Acedido em doi:[10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x)

Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: Lidel.

- *Tarkka, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (september de 1998). What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland. *Birth*, 25(3), pp. 175-181. Acedido em doi:10.1046/j.1523-536X.1998.00175.x
- *Taylor, J., & Cabral, H. (may de 2002). Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *51(5)*, pp. 431-436. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12019050>
- TheLancet. (30 de janeiro de 2016). Breastfeeding: achieving a new normal. *The Lancet*, 387, p. 404. The Lancet. Acedido em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol387no10017/PIIS0140-6736\(16\)X0005-0](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol387no10017/PIIS0140-6736(16)X0005-0)
- *Thulier, D., & Mercer, J. (12 de may de 2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 38(3), pp. 259-268. Acedido em doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x>
- *Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (2017). *A nossa história*. UNICEF. Acedido em <https://www.unicef.pt/unicef/a-historia/>
- United Nations International Emergency Fund [UNICEF], & World Health Organization [WHO]. (2017). *Global Breastfeeding scorecard: Tracking progress for breastfeeding policies and programmes*. Acedido em <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>
- United Nations International Emergency Fund [UNICEF]. (janeiro de 2019). *Entidades Amigas dos Bebés*. UNICEF. Acedido em <https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf>
- United Nations: Decade of Action on Nutrition (2016–2025)*. (s.d.). Acedido em https://apps.who.int/iris/handle/10665/252788?locale-attribute=es&order=desc&query=WHA69.8&scope=&sort_by=score&rpp=10&search-result=true
- United Nations Regional Information Centre [UNRIC]* (26 de janeiro de 2019). *Informação sobre a ONU*. UNRIC. Acedido em <https://www.unric.org/pt/informacao-sobre-a-onu>
- *Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C. Rollins, N. C. (30 de january de 2016). Breastfeeding 1: Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, pp. 475-490. The Lancet. Acedido em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext#%20)
- *Warren, L. (june de 2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal Advance Nursing*, 50(5), pp. 479-488. Acedido em doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x
- 8**World Health Organization [WHO]. (28-30 de march de 2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation*. WHO. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf

- World Health Organization [WHO]. (2017). World Health Organization: iris :Institutional Repository for Information Sharing. Acedido em <http://www.who.int/iris/>
- * World Health Organization [WHO]. (2018). *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. WHO: Acedido em <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2019). World Health Organization: Acedido em <https://www.who.int/>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *About WHO*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/>
- * World Health Organization [WHO]. (2019a). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Better health for everyone, everywhere*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/about>
- * World Health Organization [WHO]. (2019b). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. World Health Organization: e-Library of Evidence for Nutrition Evidence [eLena]. Acedido em https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/breastfeeding-support/en/
- World Health Organization [WHO]. (2019). *World Health Assembly*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>
- * World Health Organization [WHO], & United Nations International Emergency Fund [UNICEF]. (july de 2018). *Capture the moment: Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*. UNICEF. Acedido em <https://data.unicef.org/resources/capture-the-moment/>
- United Nations International Emergency Fund [UNICEF]. (2019). *Ten steps to successful breastfeeding: revised 2018*. World Health Organization. Acedido em <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
- * World Health Organization [WHO], United Nations International Emergency Fund [UNICEF], & International Baby Food Action Network [IBFAN] (Setembro de 2005). *Estratégia global para a alimentação do lactente e crianças de primeira infância*. IBFAN Brasil. Acedido em <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (21-26 de maio de 2012). WHA65.6 Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. *Sixty-fifth World Health Assembly: Resolutions and decisions*, pp. 10, 55-60. Acedido em e http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf

Legislação consultada

Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009). Parentalidade. Diário da república 1º Série, nº 30 (12-02-2009) 935-942

Lei nº 120/2015 de 01 de setembro (2015). Procede à nona alteração ao código do Trabalho, aprovado pela Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro, reforçando os direitos de maternidade e paternidade, à terceira alteração ao Decreto-Lei nº 89/2009, de 9 de abril. Diário da República 1ª série, nº 170 (1-09-2015) 6635-6637

Resoluções da Assembleia Mundial de Saúde

Resolução WHA 45.34 de 14 de maio de 1992, sobre: adotada pela 45ª Assembleia Mundial de Saúde. (14 de maio de 1992). Comité de Proteção Promoção e Suporte do Aleitamento Materno Portugal. Acedido em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-aleitamento/resolucao-4534-portugues-pdf-pdf.aspx>

Resolución 54.2 mayo de 2001, sobre : adotada por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra de mayo de 2001). Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información: Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260188/WHA54-2001-REC1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**Resolución WHA 27.43 mayo de 1974, sobre la Nutrición infantil y lactancia materna: adotada por la 27ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra, 7- 23 de mayo de 1974). Organización Mundial de la Salud: iris. Repositorio Institucional para Compartir Información. Acedido em <http://www.who.int/iris/handle/10665/95324>*

Resolución WHA65.6 del mayo de 2012, sobre la Nutrición de la madre, del lactante e del niño pequeño: adotada por la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra, 21-26 de mayo de 2012). Organización Mundial de la Salud: iris. Repositorio Institucional para Compartir Información: Acedido em <http://www.who.int/iris/handle/10665/260315>

Resolución WHA69.8 del de mayo de 2016, sobre : adotada por la 69ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra, 23-28 de mayo de 2016). Organización Mundial de la Salud: iris: Repositorio Institucional para Compartir Información. Acedido em <http://www.who.int/iris/handle/10665/260364>

Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adotada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud. (Ginebra, 21- 26 de mayo de 2018). Organización Mundial de la Salud: iris. Repositorio Institucional para Compartir Información: Acedido em <http://www.who.int/iris/handle/10665/279518>

APÊNDICE

Apêndice: 1 . Instrumento de colheita de dados

Aleitamento materno: Estudo de prevalência na área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu
Unidade Científico Pedagógica: Relatório Final
Investigador Principal: Enfermeira Dulce Maria Silva Lourenço
Investigador Colaborador: Prof. Doutora Emília de Carvalho Coutinho
Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

O aleitamento materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino, cuja prática resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo, tendo também repercussões positivas para a sociedade. São múltiplas as iniciativas de promoção do aleitamento materno (World Health Organization & UNICEF, 2018), mas ainda não se conseguiu uma compreensão plena do fenómeno que permita o empoderamento, transformando as práticas das mães relativamente à alimentação dos seus filhos.

Neste contexto, pretende-se realizar uma investigação no âmbito do aleitamento materno tendo como objetivo conhecer a sua prevalência na área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira, visando o planeamento de ações futuras para a sua promoção.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário:

- As questões que compõem este instrumento devem ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e veracidade;
- Responda de acordo com a sua opinião, pois não existem respostas certas ou erradas;
- Assinale a ou as respostas que considere mais adequadas à sua situação e quando se justificar, responda à restante informação complementar de forma sucinta;
- As respostas são rigorosamente anónimas e confidenciais;
- As suas respostas não serão utilizadas para outro fim que não o do presente estudo de investigação.

NOTA:

Considera-se aleitamento materno quando o bebé/criança recebe leite diretamente da mama ou leite materno extraído.

Aleitamento materno exclusivo é dar leite materno, sem dar qualquer outro alimento ou líquido ao bebé, com exceção de medicamentos.

Grata pela sua colaboração.

***Obrigatório**

Endereço de email *

Declaro que aceito participar no estudo de investigação e dou por isso o consentimento para recolha e tratamento de dados. *

Marcar apenas uma oval.

Aceito



PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1–Idade da mãe

2–Nacionalidade da mãe

3– Número de pessoas do agregado familiar

4– Local de Residência

Marcar apenas uma

- Rural
- Urbana

5– Habilitações Literárias da mãe

Marcar apenas uma oval

- 1º ciclo incompleto
- 1º Ciclo (4º ano completo)
- 2º Ciclo (6º ano completo)
- 3º Ciclo (9º ano completo)
- Secundário (12º ano completo)
- Curso técnico-profissional
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6– Profissão da mãe

7– Situação profissional que a mãe manteve mais tempo, durante o período de aleitamento materno

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhadora por conta outrem com vínculo definitivo
- Trabalhadora por conta outrem com vínculo precário
- Trabalhadora por conta própria
- Desempregada
- Doméstica
- Estudante
- Outra:

8– Rendimento mensal do agregado familiar durante o período de aleitamento materno

Marcar apenas uma oval.

- Inferior ou igual a 600€
- Entre 601 e 1200€
- Entre 1201 e 1800€
- Entre 1801 e 2400 €
- Entre 2401 e 3000 €
- Superior a 3000 €

PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

B: QUESTÕES RELATIVAS À GRAVIDEZ, PARTO E PÓS PARTO

9– Com quantas semanas de gravidez nasceu o seu bebé?

10– Gravidez planeada

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

11– Número de consultas de vigilância da gravidez

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 6 consultas
 Superior ou igual a 6 consultas

12– A gravidez foi considerada?

Marcar apenas uma oval.

- Risco
 Normal

13– Mãe e pai frequentaram aulas de preparação para o parto e parentalidade?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14– Durante o trabalho de parto e parto, esteve acompanhada por uma pessoa significativa?

Marcar apenas uma oval.

- Não (passe para a questão 16)
 Sim

15– Por quem esteve acompanhada?

Marcar apenas uma oval.

- Pai do bebé
 Outra pessoa significativa

16– Data do parto

17– Tipo de parto

Marcar apenas uma oval.

- Parto vaginal
 Parto vaginal com ventosa ou forceps
 Cesariana

18– Peso do bebé ao nascimento e sexo (masculino/feminino)

19– Fez contacto pele a pele precoce com o bebé? (bebé colocado em cima da mãe, sem roupa, logo após o nascimento)

Marcar apenas uma oval.

- Não (passe para a questão 21)
 Sim

20– Quanto tempo durou esse contacto pele a pele?

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 hora

- 1 hora ou mais
 Não me lembro

21– Porque não fez contacto pele a pele?

Marcar apenas uma oval.

- O bebé nasceu de cesariana
 O bebé necessitou de cuidados urgentes
 O bebé teve de ser internado
 Mãe teve necessidade de cuidados urgentes
 A pedido da mãe
 Não sei
 Outra: _____

22– Fez aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim (passe para a questão 24)
 Não me lembro (passe para a questão 24)

23– Porque não fez aleitamento materno na primeira hora de vida do bebé?

Marcar apenas uma oval.

- O bebé nasceu de cesariana
 O bebé não conseguiu mamar
 O bebé teve de ser internado
 Mãe teve necessidade de cuidados urgentes
 A pedido da mãe
 O bebé necessitou de cuidados urgentes
 Não sei
 Outra: _____

24– Após o parto e ao longo do internamento o bebé esteve sempre junto de si?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

25– Data da alta da mãe

26– Data da alta do bebé

Antes de passar à secção seguinte faça uma breve pausa!

PARTE III – DADOS ALEITAMENTO MATERNO

Nota: considera-se aleitamento materno: quando o bebê/criança recebe leite diretamente da mama ou leite extraído da mãe

A: EXPERIÊNCIA ANTERIOR (aleitamento materno de outros filhos)
SE NÃO TEM OUTROS FILHOS PASSE PARA A QUESTÃO 29

27– Se tem outros filhos, como considera globalmente a sua experiência em relação ao aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Positiva	Negativa	Não amamenteei
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28– Durante quanto tempo fez aleitamento materno? Especifique para cada filho (ex: 1º filho- 4 meses; 2º filho- 2 anos, 3º filho- 2 semanas e 3 dias...)

PARTE III – DADOS ALEITAMENTO MATERNO

B: PREPARAÇÃO PRÉVIA PARA O ALEITAMENTO MATERNO (durante a gravidez)

29– Qual a posição do pai sobre o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- A favor
- Contra
- Indiferente
- Algumas coisas a favor outras contra

30– Quanto à decisão de fazer aleitamento materno

Marcar apenas uma oval.

- Mãe tomou a iniciativa
- Pai tomou a iniciativa
- Decisão conjunta do casal

31– A decisão de fazer aleitamento materno foi influenciada por outras pessoas?

Marcar apenas uma oval.

- Não (passe para a questão 33)
- Sim

32– Quem influenciou a decisão de fazer aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Familiares ou amigos
- Profissionais de saúde
- Outra: _____

33– Mãe e pai assistiram a sessões/cursos/workshops sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34– Durante a gravidez recebeu informação escrita dos profissional saúde sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

35– Durante a gravidez, qual a fonte a que mais recorreu, para obter informação sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Médico
 Enfermeiro
 Familiares/Amigos
 Outras mães
 Livros/Internet
 Não senti necessidade de obter mais informação
 Outra: _____

36– Como classifica o contributo/qualidade da informação obtida durante a gravidez para iniciar e manter o aleitamento materno? (coloque a sua resposta na distância que mais se aproxima da sua opinião)

Marcar apenas uma oval por cada adjetivo

Complicada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Compreensível
Incompleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completa
Inapropriada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apropriada
Desagradável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agradável
Incorreta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Correta
Inútil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Útil

37– Durante a gravidez, como considera o seu grau de confiança quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Muito confiante
 Confiante
 Pouco confiante
 Nada confiante

PARTE III – DADOS ALEITAMENTO MATERNO

C: EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO (Após o parto, enquanto esteve no hospital)

38–Enquanto esteve no hospital recebeu informações sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

39– Enquanto esteve no hospital, de quem recebeu mais informações sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Médico
 Enfermeiro
 Outras mães
 Outra: _____

40– Durante o internamento recebeu informação escrita dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

41– Como classifica o contributo/qualidade da informação obtida enquanto esteve no hospital, para iniciar e manter o aleitamento materno? (coloque a sua resposta na distância que mais se aproxima da sua opinião).

Marcar apenas uma oval por cada adjetivo

Complicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compreensível
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incompleta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completa
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inapropriada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Apropriada
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incorreta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Correta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inútil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Útil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

42–Enquanto esteve no hospital, recebeu ajuda prática para fazer aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Sempre que precisei
 Quase sempre que precisei
 As vezes
 Poucas vezes
 Nunca tive ajuda
 Nunca precisei de ajuda

43– Como classifica a ajuda prática recebida enquanto esteve no hospital, para iniciar e manter o aleitamento materno? (coloque a sua resposta na distância que mais se aproxima da sua opinião)

Marcar apenas uma oval por cada adjetivo

Complicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compreensível
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incompleta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completa
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inapropriada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Apropriada
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incorreta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Correta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inútil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Útil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

44– Quando teve alta, o seu bebé estava a ser alimentado com:

Marcar apenas uma oval.

- Leite materno
- Leite adaptado
- Leite materno + leite adaptado (aleitamento misto)

45– Quando teve alta, como considera o seu grau de confiança quanto à capacidade de alimentar o bebé através de aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Muito confiante
- Confiante
- Pouco confiante
- Nada confiante

PARTE III – DADOS ALEITAMENTO MATERNO

D: EXPERIÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO (Após a alta, já em casa com o bebé)

46– Já em casa com o seu bebé, recebeu visita domiciliária de enfermagem

Marcar apenas uma oval.

- Durante a primeira semana de vida do bebé
- Durante a segunda semana de vida do bebé
- Após a segunda semana de vida do bebé
- Não recebi visita domiciliária de enfermagem (passe para a questão 48)

Incorreta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Correta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inútil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Útil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

52–Já em casa com o seu bebé, quem lhe deu mais ajuda prática relativamente ao aleitamento materno*

Marcar apenas uma oval.

- Pai do bebé
 Avós do bebé
 Outros familiares/amigos
 Outras mães
 Profissionais de saúde
 Não tive ajuda
 Não precisei de ajuda
 Outra: _____

53– Como classifica a ajuda prática recebida, já em casa com o seu bebé, para manter o aleitamento materno?

(coloque a sua resposta na distância que mais se aproxima da sua

opinião) Marcar apenas uma oval por cada adjetivo

Complicada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Compreensível
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incompleta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completa
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inapropriada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Apropriada
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Agradável
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incorreta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Correta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inútil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Útil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

54– Já regressou ao trabalho depois do bebé nascer?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

55– Que idade tinha o seu bebé quando regressou ao trabalho?

56– Conhece as leis que protegem a trabalhadora lactante? (mulher que mantém aleitamento materno)

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

57– No seu caso estas leis são ou foram cumpridas?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim
 Em parte

Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)

58– No seu local de trabalho existe um espaço com condições para extrair e conservar o leite materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim
 Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)

59–No seu local de trabalho existe um espaço com condições para amamentar com privacidade?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim
 Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)

60– Quando regressou ao trabalho manteve o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Não se aplica (já não estava a fazer aleitamento materno quando regressou ao trabalho)
 Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)
 Outra: _____

61– Enquanto trabalhadora, a que estratégia recorreu mais vezes para manter o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Dar de mamar antes de “sair de casa ”-” quando chegar a casa”
 Levar o bebé para o emprego e dar de mamar durante o trabalho
 Fazer uma pausa no trabalho para ir amamentar o meu bebé
 Levarem o meu bebé ao local de trabalho para lhe dar de mamar
 Extrair e conservar leite no local de trabalho
 Não se aplica (já não estava a fazer aleitamento materno/ parou o aleitamento materno por completo quando regressou ao trabalho)
 Não se aplica (ex: doméstica, desempregada...)
 Outra: _____

62– O seu bebé faz ou fez aleitamento materno exclusivo (sem dar qualquer outro alimento ou líquido para além de leite materno e medicamentos) até que idade? (meses, semanas, dias)

63– O seu bebé faz ou fez aleitamento misto (leite materno +leite adaptado)?

Marcar apenas uma oval.

- Não (passe para questão 65)
 Sim

64– Com que idade iniciou o aleitamento misto? (meses, semanas, dias)

65– Com que idade o seu bebé iniciou a introdução de outros alimentos para além de leite (materno ou adaptado)? (meses, semanas, dias)

66– Neste momento o seu bebé mantém o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim (passe para a questão 68)

67– Que idade tinha o bebé, quando parou por completo o aleitamento materno? (meses, semanas, dias)

68– Qual foi o principal motivo, que a levou a para por completo o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- O bebé ficou doente e não podia mamar
 O bebé perdeu o interesse
 O bebé começou a morder
 O bebé não ficava satisfeito
 O bebé não aumentava de peso
 Já não tinha leite/perdi o leite
 Tinha infecção/abcesso na mama
 Tinha os mamilos doridos / gretados/ sangrantes
 Dar de mamar doía muito
 Dar de mamar cansava muito
 Não gostava de amamentar
 Não gostava de extrair leite
 Eu estava doente e medicada
 Sensação de que era a altura
 Tinha que voltar a trabalhar
 Outra: _____

69– Sentiu-se influenciada/ pressionada para parar o aleitamento materno? *

Marcar apenas uma oval.

- Não (passe para a questão 71)
 Sim

70– Quem a influenciou/ pressionou para parar o aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Profissionais de saúde
 Companheiro/pai do bebé
 Familiares/amigos
 Chefe no trabalho
 Colegas de trabalho
 Outra: _____

71– Durante a gravidez ou depois do nascimento do bebé, recebeu ofertas ou amostras de leite adaptado/ papas lácteas?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

72–A publicidade a leites adaptados ou papas lácteas influenciaram as suas decisões em relação ao aleitamento do seu filho?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

73–Conseguiu fazer aleitamento materno durante o tempo que tinha estabelecido como objetivo?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim
- Ainda mantém aleitamento materno (ainda não terminou tempo estabelecido como objetivo)

74– Globalmente como considera esta experiência de aleitamento materno?

Marcar apenas uma oval.

- Muito satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Nada satisfatória

75– Qual a probabilidade de voltar a fazer aleitamento materno, se tivesse outro filho?

Marcar apenas uma oval.

- Provável
- Pouco provável
- Nada provável
- Não sei

O questionário chegou ao fim! Obrigado pela sua participação.

ANEXOS

ANEXO 1. Iniciativa amiga dos bebés

INICIATIVA AMIGA DOS BEBÉS

A OMS e a UNICEF lançaram em 1991 a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés [IAHB]³² para ajudar a motivar entidades que providenciassem cuidados de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, a proteger, promover e apoiar o AM, influenciando na prática dos profissionais de saúde e cuidadores (Ten steps to successful breastfeeding: revised 2018, 2019 <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>)

Desde o seu lançamento em 1991, a IHAB foi implementada em mais de 15 000 entidades em 152 países por todo o mundo (WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative, 2019). Esta iniciativa destaca-se como uma grande impulsionadora do sucesso no AM, apresentando resultados provados do seu impacto, pelo aumento das taxas de aleitamento materno, e da melhoria do estado de saúde das crianças (WHO, Baby-Friendly Hospital Initiative, 2019).

Em 2016 foi publicada uma revisão sistemática de 58 estudos realizados em maternidades ou unidades de cuidados ao recém-nascido, que demonstram claramente a ligação entre o impacto dos 10 passos na iniciação precoce do AM logo após o nascimento, AM exclusivo e duração total do AM (Ten steps to successful breastfeeding: revised 2018, 2019).

Em Portugal, só em 2005 foi acreditado o 1º Hospital Amigo dos Bebés, o Hospital Garcia de Orta. Atualmente estão acreditadas 15 entidades³³, que são avaliadas a cada 3 anos (UNICEF C. N., 2019).

Os critérios para acreditação de uma Entidade Amiga dos Bebés foram definidos na sequência da Declaração de Innocenti de 1990. Assim, a classificação de um organismo como Entidade Amiga dos Bebés, é atribuída a hospitais que cumpram as 10 medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés, definidas pela OMS e UNICEF, ou no caso de outras Unidades e ACeS, as 7 medidas para ser considerada uma Unidade Amiga dos Bebés (A Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017). “Estas, medidas garantem que as mães e os bebés possam receber apoio

³² Conhecida internacionalmente como Baby Friendly Hospital Initiative [BFHI]

³³ Hospital Garcia de Orta (2005); Maternidade Bissaya Barreto (2007); Hospital Barlavento Algarvio (2008); Centro Materno-Infantil do Norte (2009); Maternidade Dr. Alfredo da Costa (2009); Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (2010); Hospital São Bernardo (2011); Hospital Pedro Hispano (2011); Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro (2013); Hospital de Santa Maria (2013); Hospital S. Teotónio (2015); Hospital da Horta, Açores (2015); Hospital Sousa Martins (2015); Hospital S. Francisco Xavier (2016); ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras (2016) (UNICEF, C. N. (janeiro de 2019). *Entidades Amigas dos Bebés*. Obtido em janeiro de 2019, de UNICEF Portugal: <https://www.unicef.pt/media/2323/lista-entidades-amigas-dos-bebes-2019-01-23.pdf>

adequado e informações actualizadas no período pré-natal e pós-natal em relação à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos para o sucesso no aleitamento materno.” (A Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017). Uma Entidade Amiga dos Bebés deve ter uma norma escrita sobre AM, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de profissionais; deve cumprir o Código Internacional de Marketing de Substitutos do LM; a amamentação é encorajada, apoiada e promovida e os bebés amamentados não recebem substitutos do LM (fórmula para lactentes) a menos que seja indicado clinicamente ou seja a escolha previamente informada dos pais (A Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017) .

Em 2016 é feita a primeira revisão dos 10 passos que manteve os tópicos de cada passo inalterados, atualizando a redação de forma a integrar as alterações entretanto verificadas nas recomendações baseadas em evidência e nas políticas mundiais de saúde pública. Esta revisão encontra-se inserida numa mais vasta revisão da Iniciativa HAB que, de mais importante, também recomenda:

A revisão da IHAB a nível nacional, com ênfase no alargamento a todas as instituições (maternidades e hospitais que prestam cuidados a mães e RNs) públicas e privadas, para que seja conseguida uma cobertura universal e assegurada a sustentabilidade ao longo do tempo (a longo prazo)

A integração do programa de forma mais intensa/aprofundada no sistema nacional de saúde, de forma a garantir que todas as instituições do país cumprem os dez passos

Que os países cumpram nove responsabilidades chave através de um programa nacional IHAB: o estabelecimento e fortalecimento de um órgão de coordenação nacional; a integração dos dez passos nas normas e políticas nacionais; assegurar as competências de todos os profissionais de saúde; usar um sistema de auditoria externa para avaliar regularmente a adesão à IHAB, incentivando a mudança e disponibilizando assistência técnica; monitorizar a implementação da IHAB; divulgar e defender de forma continuada a IHAB e identificar e aplicar os recursos suficientes (A Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017).

A revisão salienta igualmente que várias outras intervenções são necessárias para assegurar um apoio adequado ao aleitamento materno seja na assistência pré-natal, no período pós-parto imediato, nas comunidades e nos locais de trabalho, assim como legislação adequada para a proteção da maternidade e do código de comercialização de substitutos do LM³⁴. (A Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017)

³⁴ Mais informações disponíveis em: *A Iniciativa Amiga dos Bebés. A Iniciativa Amiga dos Bebés. (2017)*. Obtido em janeiro de 2019, de UNICEF Portugal: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

10 medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés: 1991 e 2016

	7 medidas	1991 10 medidas	2016 10 medidas
Políticas do hospital	Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.	Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada e transmitida regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.	1a- Concordar totalmente com o Código Internacional de <i>Marketing</i> para substitutos de LM. 1b- Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada e transmitida regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde e aos pais 1c- Estabelecer sistemas de monitorização e gestão de dados contínuas
	Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.	Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.	2- Garantir que os profissionais têm conhecimentos suficientes, competência e perícia para apoiar o AM
Práticas clínicas (Procedimentos)	Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.	Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.	3- Discutir a importância e a prática do aleitamento materno com as mulheres grávidas e suas famílias.
	Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o AM exclusivo até aos 6 meses de vida.	Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.	4- Providenciar o contacto pele-a-pele imediata e ininterruptamente e ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno tão cedo quanto possível após o nascimento.
	Encorajar o AM após os 6 meses, e até aos 2 anos ou mais, conjuntamente com a introdução da alimentação complementar apropriada, adequada e segura.	Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.	5- Ajudar as mães a iniciar e manter o aleitamento materno e a gerir as dificuldades comuns (frequentes).
	Providenciar um ambiente acolhedor que favoreça a prática do AM.	Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.	6- Não dar ao recém-nascido em aleitamento materno, nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
	Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao AM e a comunidade local.	Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.	7- Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
		Dar de mamar sempre que o bebé o queira.	8- Ajudar as mães a reconhecer e a responder aos sinais de fome dos seus filhos
		Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a amamentação.	9- Aconselhar as mães sobre o risco da alimentação por biberão, tetinas e chupetas.
		Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.	10- Coordenar a alta para que os pais e seus bebés tenham acesso a suporte e cuidados contínuos

Fonte: *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. (2017). Obtido em janeiro de 2019, de UNICEF Portugal: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

ANEXO 2. Análise dos progressos na execução do plano respeitante ao cumprimento das metas Mundiais de Nutrição 2015

Em 2018, na 71ª WHA, resolução WHA71.9 foram analisados os progressos realizados na execução do plano integral de aplicação sobre nutrição da mãe, do lactente e da criança pequena, respeitante ao cumprimento das Metas Mundiais de Nutrição 2025. Assim, no que concerne ao AM à escala mundial, calcula-se que no período 2011-2016, 40% dos lactentes com menos de 6 meses de idade, fizeram AM exclusivo. Estimativas relativas a esse período apontam para que 33 países têm taxas de AM exclusivo >50%, enquanto outros têm taxas <50% (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adotada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018). Na mesma Assembleia, ficou anotada a análise sobre a extensão a 2030 das Metas estabelecidas para 2025, que indica a possibilidade de repercussão no AM exclusivo até aos 6 meses com um incremento até 70% (valores calculados com base nos resultados dos países com melhor desempenho) (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adotada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018).

Quanto aos progressos relativamente à implementação das 5 ações prioritárias para alcançar as Metas Globais de Nutrição 2025, a saber:

Ação 1. Criar condições de suporte para implementação de políticas integrais de alimentação e nutrição: pode observar-se que, de um total de 194 membros da OMS, 189 países incluem nas suas políticas e planos, objetivos concordantes com as metas mundiais de nutrição para 2025, 129 dos quais referentes ao AM exclusivo (71ª Asamblea Nacional de la Salud, 2018);

Ação 2. Incluir nos planos nacionais de nutrição todas as intervenções de saúde eficazes que tenham efeitos na nutrição: a análise do uso das diretrizes da OMS, evidenciou que 148 países estão a proporcionar assessoria sobre AM, colocando maior ênfase no AM exclusivo até aos 6 meses de vida, do que na continuação do AM até aos 2 anos ou mais;

Ação 3. Estimular o desenvolvimento de políticas e programas fora do sector da saúde que reconheçam e incluam nutrição: constata-se que 111 países estão a aplicar a iniciativa “Hospitais Amigos do Bebê”.

Para aumentar a proteção, promoção e apoio ao AM, a OMS e UNICEF adotaram medidas para garantir que todas as maternidades coloquem em prática os 10 passos rumo a uma feliz lactação natural (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del

lactante y del niño pequeño: adoptada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018). Os 10 passos foram revistos para ter em conta os dados científicos mais recentes sobre as práticas essenciais que apoiam o AM nos primeiros dias de vida. Em consequência, as orientações sobre a aplicação pelos países da iniciativa “Hospitais Amigos do Bebê” estão a ser atualizadas, com a finalidade de colocar maior ênfase no fortalecimento dos serviços de saúde e em conseguir uma estrutura de gestão e aplicação menos vertical. Atualmente apenas 10% dos nascimentos ocorrem em centros designados “Amigos do Bebê”. O novo modelo não requer um mecanismo de designação independente, pelo que deverá ser mais sustentável e fácil de ampliar (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adoptada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018);

Ação 4. Providenciar recursos humanos e financeiros para implementação das intervenções de nutrição: a análise revela que continua a existir subfinanciamento em intervenções relativas especificamente à nutrição (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adoptada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018).

Ação 5. Monitorizar e avaliar a implementação de políticas e programas: a OMS e UNICEF validaram e definiram vários indicadores, entre os quais a existência de um programa nacional onde se prevê a prestação de serviços de assessoria em AM a mães de lactentes entre os 0-23 meses, quer através dos sistemas de saúde quer de outras plataformas comunitárias (Resolución WHA71.9 del 26 de mayo de 2018: sobre la Alimentación del lactante y del niño pequeño: adoptada por la 71ª Asamblea Mundial de la Salud, 2018).

Anexo 3- TENDÊNCIAS DO AM EM PORTUGAL (Relatório WBTi)

Avaliação da implementação de estratégias e políticas em Portugal pelo WBTi

A avaliação das tendências do AM em Portugal e outros países europeus, pela Iniciativa Mundial sobre Tendências em Aleitamento Materno [WBTi]³⁵, realizou-se pela primeira vez em 2015.

Indicador 1: Políticas, programas e coordenação nacionais

Não existem políticas nacionais para o AM, ou para a alimentação de lactentes e crianças pequenas; não existe uma Comissão Nacional para o AM/Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas com representantes de vários setores (departamentos governamentais, organizações não governamentais e profissionais de saúde); não existe um Coordenador Nacional para o AM; Existem diferentes setores que abordam a alimentação (Comissão Nacional de Saúde Materna e da Criança, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável) sendo recomendado que: as políticas e programas nacionais deveriam estar de acordo com a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e crianças pequenas e que deveria ser criado um Comité para o AM nas condições já referidas (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WBTi Portugal 2015, 2015, pp. 12,43,44).

Indicador 2: Cuidados Amigos do Bebê e IHAB (10 medidas para o sucesso no AM)

Existe um programa IHAB em Portugal com um sistema de monitorização normalizado, e com entrevistas a profissionais de saúde e a mães que contribuem para o sistema de avaliação. No entanto, a percentagem de hospitais acreditados pela IHAB é reduzida (28,6%; 13 em 46 Hospitais públicos e privados), não existindo hospitais privados acreditados, pelo que a recomendação é aumentar o número de hospitais públicos e privados acreditados (Montaigne,

³⁵ Conhecida internacionalmente como World Breastfeeding Trends Initiative [WBTi], trata-se de uma iniciativa inovadora, desenvolvida pela International Baby Food Action Network [IBFAN] Asia, que documenta a implementação de estratégias e políticas em cada país sob a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Pequenas [IYCF], avaliando o estado e comparando o progresso dessa implementação. A WBTi foi criada para ajudar os países a avaliarem os pontos fortes e fracos das suas políticas e programas para proteger, promover e apoiar boas-práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Esta iniciativa é inovadora, na medida em que, não só identifica as lacunas criando estratégias para as suprimir, como também identifica e documenta a iniciativas eficientes. O relatório WBTi identifica 15 indicadores: Parte I- indicadores 1-10, sobre políticas e programas; Parte II - indicadores 11-15 sobre as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Cada indicador tem uma significância específica, é pontuado e classificado por cores individualmente, na sequência vermelho, amarelo, azul, verde, em que verde é a melhor pontuação e o vermelho a pior (Montaigne, Stilwell, & Col, 2015, pp. 6-9). Mais informações em: Montaigne, J. d., Stilwell, M., & Col. (2015). Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno (WBTi): Portugal 2015. *WBTi: World Trend breastfeeding initiative: Relatório*. Obtido em janeiro de 2019, de <http://worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Portugal-2015.pdf>; *Rede Internacional Pró-alimentação Infantil (International Baby Food Action Network [IBFAN]*. (2013). Obtido em outubro de 2015, de IBFAN Portugal: <http://www.ibfanportugal.org/#!quem-smos/cq3b>

Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 15,43,44).

Indicador 3: Implementação do Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM

Embora em Portugal existam muitas disposições na lei diretamente adotadas da Diretiva da Comissão Europeia 2006/141/EC de 22 dezembro de 2006 sobre leites de lactentes e leites de transição, esta lei não é imposta, nem o seu cumprimento é monitorizado. A Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica [ASAE] é a autoridade competente para o cumprimento do Decreto-Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro, Fórmulas para lactentes e fórmulas de transição. Este Decreto-Lei não inclui todos os artigos do Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e resoluções subsequentes relevantes da Assembleia Mundial de Saúde. Os autores recomendam o fortalecimento desse Decreto-Lei de modo a incluir todos os artigos do Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e resoluções subsequentes relevantes da WHA, assim como a criação de um órgão dentro da ASAE que monitorize o seu cumprimento, uma vez que continua a existir um sem número de infratores (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 17,43,44) .

Indicador 4: Proteção na maternidade

Muitos empregadores apoiam os seus empregados no AM e na extração de LM, uma vez que é um direito protegido na Lei, mas não existe ainda qualquer obrigação legal para que os empregadores disponibilizem uma zona específica no local de trabalho para amamentar, extrair ou armazenar LM (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 20).

Embora exista uma proteção da maternidade muito abrangente em Portugal, comparando com muitos outros países, as mulheres não recebem apoio para ficarem em casa durante 6 meses para facilitar o AM exclusivo tal como preconizado pela OMS, sendo a recomendação para prolongar a licença de maternidade paga até aos 6 meses (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 20,43,44).

Indicador 5: Sistemas de Saúde e Nutrição (que apoiem o AM e a alimentação de lactentes e crianças pequenas)

Existem iniciativas para formar profissionais de saúde e profissionais relevantes dentro das unidades de saúde públicas e privadas em muitos aspetos relacionados com as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. No entanto, não existe uma iniciativa, política ou programa oficial e nacional que seja especificamente sobre a formação em AM (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 22). A formação de profissionais de saúde não está de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subseqüentes resoluções da Assembleia Mundial de Saúde na sua totalidade (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 43).

As recomendações dos autores, assentam na formação relevante de profissionais sobre este tema, com maior ênfase no AM, formação essa livre de influências comerciais e de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subseqüentes resoluções da WHA. Mais acrescentam que esta formação deveria fazer parte das políticas nacionais nomeadamente oferecida nas escolas de saúde, ou programas para formação de profissionais de saúde (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 23,44).

Indicador 6: Apoio às mães e alcance da comunidade – Apoio baseado na comunidade para grávidas e mães lactantes

Uma vez que em Portugal não existem orientações ou políticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, não existe formação ou programas padrão nesta área. Todas as grávidas têm acesso a sistemas de apoio pré e pós-natais comunitários gratuitos, com serviços de aconselhamento sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas, parcialmente baseados nas orientações da IYNF, mas que não são monitorizados em termos de qualidade do conteúdo, nem se estão de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subseqüentes resoluções da WHA. O apoio que existe através de iniciativas independentes e/ou grupos de apoio a mães não está documentado nem monitorizado (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 25).

No passado houve uma iniciativa para criar Cantinhos de Amamentação, no entanto não foram monitorizados, nem documentados pelo Ministério da Saúde. Muitos foram encerrados e muitos dos que restam violam o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subseqüentes resoluções da WHA. Devido à falta de documentação, não é possível determinar número de Cantinhos de Amamentação ainda existentes, nem onde estão

localizados (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 25).

Neste contexto, os autores recomendam que as orientações de alimentação de lactentes e crianças pequenas deverão ser desenvolvidas ou adotadas a nível nacional para que possam ser utilizadas para regular e avaliar os serviços de aconselhamento oferecidos a grávidas e mães dentro do sistema nacional de saúde SNS; os grupos independentes de apoio a mães devem ser documentados e monitorizados para garantir que estão em linha de conta com essas orientações, e devem ser encorajados e monitorizados para estarem de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subsequentes resoluções da WHA; os Cantinhos de Amamentação que ainda existem dentro do Sistema nacional de saúde precisam de ser avaliados (pelo Comité que será criado no âmbito do Indicador 1) e documentados para assegurar que o aconselhamento que oferecem está de acordo com as orientações de alimentação de lactentes e crianças pequenas e com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subsequentes resoluções da WHA (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 25,44).

Indicador 7: Apoio de Informação

Existem iniciativas independentes para apoiar e promover práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, mas não existe uma estratégia nacional de informação, educação e comunicação abrangente para promover o AM em Portugal. A única vez em que o AM é mencionado e promovido oficialmente é para a Semana Mundial do Aleitamento Materno, que é celebrada em Portugal durante a 41ª semana do ano, todos os anos. Os autores salientam a necessidade de desenvolver uma campanha nacional e uma estratégia nacional de informação, educação e comunicação, assim como o encorajamento de iniciativas de AM e de boas-práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, durante todo o ano e não apenas na semana mundial do AM, sempre em conformidade com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de Leite Materno e subsequentes resoluções da WHA (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 27,43,44).

A Direcção-Geral de Saúde [DGS] reconhece oficialmente o “Guia do Aleitamento UNICEF”, mas os autores recomendam a criação de um guia independente sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas, com maior enfoque até aos 2 anos de vida, e

que inclua os riscos da alimentação artificial. (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 27).

Indicador 8: Alimentação de Lactentes e VIH

As políticas e programas que coordenam a alimentação de bebés de mães VIH positivas e com SIDA está adequada e sem qualquer necessidade de desenvolvimentos adicionais.

Indicador 9: Alimentação de Lactentes durante Emergências

Se ocorresse um desastre natural em Portugal não existiria qualquer tipo de informação para os serviços de emergência, profissionais de saúde ou membros do público sobre como lidar com a proteção e promoção do AM, assim como a utilização e gestão apropriada dos substitutos de LM e alimentação complementar. Já foram alocados recursos para a implementação do plano nacional de resposta a situações de emergência, no entanto, este não incorpora ainda as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 31). Os autores recomendam a adoção oficial do Guia Operacional para Profissionais de Apoio e Administradores de Programas nas Situações de Emergência – Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência versão 2.1, de fevereiro de 2007 e o incorpore nos seus planos de emergência existentes ou que crie um guia completo sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência com base neste documento. Este documento está disponível na rede Internet em Português, mas ainda não foi adotado oficialmente emergência (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 31,43,44).

Indicador 10: Mecanismos de Monitorização e Sistemas de Avaliação

Em Portugal existe um sistema de monitorização e avaliação que não está a ser utilizado para melhorar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Existe um módulo de saúde infantil e juvenil desde 2014 nos sistemas informáticos de médicos (Sistema de Apoio ao Médico [SAP]) e enfermeiros (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE]) que monitoriza a alimentação infantil no âmbito de consultas nas unidades de saúde públicas. Os dados/informação relacionados com os progressos do programa de alimentação de lactentes e crianças pequenas serão reportados aos principais decisores a partir de 2016. Existe um sistema de monitorização e avaliação que recolhe, analisa e utiliza dados periodicamente, que poderia ser utilizado para melhorar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Estes dados são recolhidos através de consultas de rotina de bebés e crianças

através do SNS (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 33,43).

Existe um estudo independente em Portugal chamado o Relatório de Aleitamento Materno [RAM]. O estudo RAM documenta práticas de AM em Portugal, mas uma vez que o estudo é voluntário, não dá uma imagem clara sobre a realidade nesta área (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 33). Os dados para o estudo RAM são recolhidos ao mesmo tempo que a vacinação das crianças, o que coincide com momentos relevantes de recolha de dados ligados ao AM e alimentação complementar, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação [PNV]. No entanto, devido a alterações à calendarização do PNV, vai deixar de ser viável para a recolha atempada de informação (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 33).

Nestas circunstâncias, os autores recomendam a contratualização de indicadores relacionados com a prática do AM, com as Unidades de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente: % de RN que receberam AM na 1^o hora de vida – dado a retirar da notícia de nascimento.; % de crianças com AM exclusivo até aos 6 meses de vida – dados a retirar do Sclínico (sistema informático); e Mediana do AM – dados a retirar do Sclínico (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 33,44).

Indicador 11: Iniciação Precoce do Aleitamento Materno

Tendo como fonte de informação o RAM (de registo facultativo), os autores indicam que em Portugal a taxa de iniciação do AM na 1^a hora de vida é de 84% (intervalo 49,1 - 89%; amostra de 31.097 crianças: >25% do total de nascimentos) (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 34). A informação sobre o aleitamento materno na 1^a hora de vida deveria ser registada em todas as unidades de saúde, para que se pudessem obter dados mais realistas (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 34,44)

Indicador 12: Aleitamento Materno Exclusivo durante os Primeiros 6 Meses

Tendo como fonte de informação o RAM (registo facultativo), os autores indicam que em Portugal a taxa de crianças em AM exclusivo aos 6 meses é de 22,1% (intervalo 49,1-89%;

amostra de 213 crianças vacinadas aos 5 meses do qual foi registado o teor de alimentos recebidos nas 24 horas anteriores (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 35). Os autores, uma vez mais, recomendam que as mulheres deveriam receber apoio para ficarem em casa durante 6 meses para aumentar esta percentagem (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 35,44)

Indicador 13: Duração Mediana do Aleitamento Materno

Tendo como fonte de informação o RAM (registo facultativo), numa amostra de 718 crianças até aos 18 meses, em Portugal a duração mediana do AM (=Idade em meses, em que 50% dos lactentes já não recebe leite materno) é de 6 meses (intervalo 0,1-18 meses). A informação sobre a duração mediana em meses do aleitamento materno dos bebés deveria ser registada em todas as unidades de saúde, para permitir obter dados mais realistas (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 36,43,44).

Indicador 14: Utilização do Biberão

Aos 6 meses apenas 22,1% dos bebés são exclusivamente amamentados, o que significa que os restantes 77,9% usarão biberão (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 37). Os autores referem a inexistência de uma campanha nacional específica pró aleitamento materno que ajude a diminuir a utilização de biberões, pelo que deveria ser desenvolvida uma campanha que incentive o AM em detrimento da utilização do biberão (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, pp. 37,43,44).

Indicador 15: Alimentação complementar – Introdução de alimentos sólidos, semi-sólidos ou moles (entre os 6-9 meses)

Até aos 6 meses cerca de 95% das crianças terão iniciado a diversificação alimentar independentemente se estavam ou não a ser exclusivamente alimentados com LM. Por outro lado, os restantes 5% iniciaram a diversificação alimentar depois dos 6 meses, mas ignora-se se o fizeram no intervalo entre os 6-9 meses e se mantiveram o AM (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WTBi Portugal 2015, 2015, p. 38). Os autores referem que a diversificação alimentar é iniciada precocemente em muitos casos indo contra o preconizado pela OMS. Assim, recomendam que o AM exclusivo até aos 6 meses deve ser incentivado pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a

introdução de alimentação complementar deverá ocorrer apenas depois desse período, de acordo com as recomendações da OMS (Montaigne, Stilwell, & Col, Iniciativa Mundial Sobre Tendências do Aleitamento Materno: WBTi Portugal 2015, 2015, pp. 38,43, 44).

Resumo Parte I: Políticas e Programas (0-10)	
Metas	Pontuação (de 10)
1. Políticas, Programas e Coordenação Nacionais	0
2. Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés	7
3. Implementação do Código Internacional	6
4. Proteção da Maternidade	7,5
5. Sistemas de Saúde e Nutrição	8,5
6. Apoio às Mães e Alcance da Comunidade	7
7. Apoio de Informação	5,5
8. Alimentação de Lactentes e VIH	10
9. Alimentação de Lactentes durante Emergências	0
10. Monitorização e Avaliação	9
Total	60,5

Guia do IBFAN Ásia para o WBTi

A pontuação total de políticas e programas de alimentação de lactentes e crianças pequenas (indicadores 1-10) é calculada de 100.

Pontuação	Classificação
0 – 30,9	Vermelho
31 – 60,9	Amarelo
61 – 90,9	Azul
91 – 100	Verde

Conclusões: A pontuação de Portugal é de 60,5 em 100 pontos, o que corresponde a uma codificação por cores amarelo.

Resumo Parte II: Práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas

Metas	Pontuação (de 10)
11. Iniciação do Aleitamento Materno	9
12. AM exclusivo nos primeiros 6 meses de vida	6
13. Duração mediana do AM	3
14. Utilização de biberão	3
15. Alimentação complementar	10
Total	31

Guia do IBFAN Ásia para o WBTi

A pontuação total das práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas (indicadores 11 a 15) é calculada de 50.

Pontuação	Classificação
0 – 15	Vermelho
16 – 30	Amarelo
31 – 45	Azul
46 – 50	Verde

Conclusões: A pontuação de Portugal é de 31 em 50 pontos, o que corresponde a uma cor azul.

Total da Parte I e Parte II (Indicadores 1 a 15): Práticas de Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas e Políticas e Programas

A pontuação total das práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas e políticas e programas (indicadores 1 a 15) é calculada de 150. Os países são então classificados como:

Pontuação	Classificação
0 – 45,5	Vermelho
46 – 90,5	Amarelo
11 – 135	Azul
136 – 150	Verde

Conclusões: A pontuação de Portugal é de 91,5 em 150 pontos, o que corresponde a uma cor azul.

O relatório WBTi de Portugal para 2015 tem pontuações positivas e negativas, sendo consideradas prioridades até nova avaliação (2018), melhorar o AM exclusivo até aos 6 meses e a constituição de um Comité Nacional para o AM (Montaigne, Stilwell, & Col, 2015, p. 45).

Portugal tem uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do mundo (2,8% <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>) e todos os menores têm acesso a cuidados de saúde gratuitos e de qualidade. Um bebé ou criança pequena tem menor probabilidade de morrer pelo resultado de não ser amamentado, ao contrário de bebés e crianças pequenas de outros países mais pobres. No entanto, a amamentação continua a oferecer o mais alto padrão de saúde a que todas as crianças têm direito, independentemente das condições socioeconómicas e da proveniência de um país desenvolvido ou subdesenvolvido (Montaigne, Stilwell, & Col, 2015, p. 6).

Indicador	Resultados	Recomendações
Indicador 1: Políticas, programas e coordenação nacionais	Não existem Políticas para o AM, ou alimentação de lactentes e crianças pequenas nem Comissão Nacional para o AM/alimentação de lactentes e crianças pequenas com representantes de vários setores (departamentos governamentais, organizações não governamentais e profissionais de saúde); não existe um Coordenador Nacional para o AM; Existem diferentes setores que abordam a alimentação (Comissão Nacional de Saúde Materna e da Criança, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável)	As políticas e programas nacionais deveriam estar de acordo com a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e crianças pequenas e que deveria ser criado um Comité para o AM nas condições já referidas
Indicador 2: Cuidados Amigos do Bebê e IHAB (10 medidas para sucesso AM)	Existe um programa IHAB com um sistema de monitorização normalizado, e com entrevistas a profissionais de saúde e a mães que contribuem para o sistema de avaliação, mas a percentagem de hospitais acreditados é reduzida (28,6%; 13 em 46). Não existem hospitais privados acreditados	Aumentar o número de hospitais públicos e privados acreditados
Indicador 3: Implementação do Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM	Embora existam muitas disposições na lei diretamente adotadas da Diretiva da Comissão Europeia 2006/141/EC de 22 dezembro de 2006 sobre leites de lactentes e de transição, esta lei não é imposta, nem o seu cumprimento monitorizado. A Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica [ASAE] é competente para o cumprimento do Dec.Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro, Fórmulas para lactentes e fórmulas de transição, mas este não inclui todos os artigos do Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e resoluções subsequentes da WHA	Fortalecer o Dec.Lei n.º 217/2008, de 11 de novembro, Fórmulas para lactentes e fórmulas de transição. de modo a incluir todos os artigos do Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e resoluções subsequentes relevantes da WHA, assim como a criação de um órgão dentro da ASAE que monitorize o seu cumprimento
Indicador 4: Proteção na maternidade	Muitos empregadores apoiam os seus empregados no AM e na extração de LM, uma vez que é um direito protegido na Lei, mas não existe ainda qualquer obrigação legal para que os disponibilizem uma zona específica no local de trabalho para amamentar, extrair ou armazenar LM. Embora exista uma proteção da maternidade abrangente, as mulheres não recebem apoio para ficarem em casa durante 6 meses para facilitar o AM exclusivo tal como preconizado pela OMS	Prolongar a licença de maternidade paga até aos 6 meses
Indicador 5: Sistemas de Saúde e Nutrição (que apoiem o AM e a alimentação de lactentes e crianças pequenas)	Existem iniciativas para formar profissionais de saúde e outros relevantes nas unidades de saúde públicas e privadas relacionados com as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, mas não existe uma iniciativa, política ou programa oficial e nacional que seja especificamente sobre a formação em AM. A formação de profissionais de saúde não está de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subsequentes resoluções da WHA	Formação relevante de profissionais sobre o tema, com maior ênfase no AM, livre de influências comerciais e de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subsequentes resoluções da WHA. Esta formação deveria fazer parte das políticas nacionais e oferecida nas escolas de saúde, ou programas para formação de profissionais de saúde

Indicador	Resultados	Recomendações
Indicador 6: Apoio às mães e alcance da comunidade – Apoio baseado na comunidade para grávidas e mães lactantes	Uma vez que não existem orientações ou política, não existe formação ou programas padrão sobre a alimentação de lactentes e crianças pequenas. Todas as grávidas têm acesso a sistemas de apoio pré e pós-natais comunitários gratuitos e serviços de aconselhamento sobre o tema, parcialmente baseados nas orientações da IYNF, mas que não são monitorizados em termos de qualidade do conteúdo, nem se estão de acordo com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subseqüentes resoluções da WHA. O apoio que existe através de iniciativas independentes e/ou grupos de apoio a mães não está documentado nem monitorizado. No passado houve uma iniciativa para criar Cantinhos de Amamentação, no entanto não foram monitorizados, nem documentados pelo Ministério da Saúde. Muitos foram encerrados e muitos dos que restam violam o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subseqüentes resoluções da WHA. Devido à falta de documentação, não é possível determinar número de Cantinhos de Amamentação existentes, nem a sua localização.	As orientações de alimentação de lactentes e crianças pequenas deverão ser desenvolvidas ou adotadas a nível nacional para ser utilizadas na regulação e avaliação dos serviços de aconselhamento oferecidos dentro do Sistema Nacional de Saúde. Os grupos independentes de apoio a mães devem ser documentados e monitorizados para garantir que estão de acordo com essas orientações, e com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subseqüentes resoluções da WHA; os Cantinhos de Amamentação que ainda existem precisam de ser avaliados (pelo Comité a criar no âmbito do Indicador 1) e documentados para assegurar que o aconselhamento que oferecem está de acordo com as orientações de alimentação de lactentes e crianças pequenas e com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subseqüentes resoluções da WHA.
Indicador 7: Apoio de Informação	Existem iniciativas independentes para apoiar e promover práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, mas não existe uma estratégia nacional de informação, educação e comunicação abrangente para promover o AM em Portugal. A única vez em que o AM é mencionado e promovido oficialmente é para a Semana Mundial do Aleitamento Materno, que é celebrada em Portugal durante a 41ª semana do ano, todos os anos. A Direcção-Geral de Saúde reconhece oficialmente o “Guia do Aleitamento UNICEF”	Desenvolver campanha e estratégia nacional de informação, educação e comunicação, encorajar iniciativas de AM e de boas-práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas, durante todo o ano, e em conformidade com o Código Internacional de Marketing de Substitutos de LM e subseqüentes resoluções da WHA. Criar um guia sobre a alimentação, até aos 2 anos de vida, que inclua os riscos da alimentação artificial.
Indicador 8: Alimentação de Lactentes e VIH	As políticas e programas que coordenam a alimentação de bebés de mães VIH positivas e com SIDA está adequada	Sem necessidade de desenvolvimentos adicionais
Indicador 9: Alimentação de Lactentes durante Emergências	Não existe qualquer tipo de informação para os serviços de emergência, profissionais de saúde ou público sobre como lidar com a proteção e promoção do AM, a utilização e gestão apropriada dos substitutos de LM e alimentação complementar. Existem recursos alocados para a implementação do plano nacional de resposta a situações de emergência, no entanto, este não incorpora ainda as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas em situações de emergência	Adotar Guia Operacional para Profissionais de Apoio e Administradores de Programas nas Situações de Emergência – Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência versão 2.1, de fevereiro de 2007 e incorporá-lo nos planos de emergência existentes ou criar um guia completo sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas em Situações de Emergência com base neste documento
Indicador 10: Mecanismos de Monitorização e Sistemas de Avaliação	Existe um sistema de monitorização e avaliação que não está a ser utilizado para melhorar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Existe um módulo de saúde infantil e juvenil desde 2014 no Sistema de Apoio ao Médico [SAM] e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE] que monitoriza a alimentação infantil no âmbito de consultas nas unidades de saúde públicas. Existe um estudo independente chamado Relatório de Aleitamento Materno [RAM] que documenta práticas de AM, mas por ser voluntário, não dá uma imagem clara sobre a realidade. Os dados para o RAM são recolhidos ao mesmo tempo que a vacinação das crianças, coincidindo com momentos relevantes ligados ao AM e alimentação complementar, mas vai deixar de ser viável devido a alterações à calendarização do Plano Nacional de Vacinação [PNV]	Utilizar o sistema existente de monitorização e avaliação, para melhorar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas. Contratualizar indicadores relacionados com a prática do AM, com as Unidades de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente: % de RN que receberam AM na 1ª hora de vida – dado a retirar da notícia de nascimento; % de crianças com AM exclusivo até aos 6 meses de vida – dados a retirar do Sclínico (sistema informático); e Mediana do AM – dados a retirar do Sclínico

Indicador	Resultados	Recomendações
Indicador 11: Iniciação Precoce do AM	De acordo com o RAM (de registo facultativo), a taxa de iniciação do AM na 1ª hora de vida é de 84% (intervalo 49,1 - 89%; amostra de 31.097 crianças: >25% do total de nascimentos)	Registar a informação sobre o AM na 1ª hora de vida em todas as unidades de saúde, para que se pudessem obter dados mais realistas
Indicador 12: AM Exclusivo até 6 Meses	De acordo com o RAM (registo facultativo), a taxa de AM exclusivo aos 6 meses é de 22,1% (intervalo 49,1-89%; amostra de 213 crianças vacinadas aos 5 meses.	As mulheres deveriam receber apoio para ficarem em casa durante 6 meses para aumentar esta percentagem
Indicador 13: Duração Mediana do AM	De acordo com o RAM (registo facultativo), numa amostra de 718 crianças até 18 meses, a duração mediana do AM (=Idade em meses, em que 50% já não recebe LM) é de 6 meses)	Registar a informação sobre a duração mediana em meses do AM em todas as unidades de saúde, para permitir obter dados mais realistas
Indicador 14: Utilização do Biberão	Aos 6 meses apenas 22,1% dos bebés são exclusivamente amamentados, o que significa que os restantes 77,9% usarão biberão. Não existe uma campanha nacional específica pró AM	Desenvolver uma campanha que incentive o AM em detrimento da utilização do biberão
Indicador 15: Alimentação complementar (entre os 6-9 meses)	A diversificação alimentar é iniciada precocemente em muitos casos indo contra o preconizado pela OMS. Até aos 6 meses cerca de 95% das crianças iniciaram a diversificação alimentar independentemente se estavam ou não fazer AM exclusivo. Os restantes 5% iniciaram a partir dos 6 meses, não sabendo se o fizeram no intervalo 6-9 meses e se mantiveram AM.	Incentivar o AM exclusivo até aos 6 meses através dos profissionais de saúde e a introdução de alimentação complementar, apenas depois desse período, de acordo com as recomendações da OMS

ANEXO 4- Aprovação do estudo pela comissão ética e pelo conselho de administração do CHUCB para realização de estudo



Recob
07 JAN 2019

Assunto: Projecto de Investigação n.º 77/2018 - "Aleitamento materno: Estudo de prevalência na área	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 03/2019
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 07-01-2019

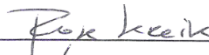
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Dulce Maria Silva Lourenço, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, para a realização de um estudo subordinado, ao tema "Aleitamento materno: Estudo de prevalência na área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira", a realizar no Serviço de Obstetrícia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 44/2018, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

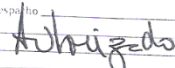
Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,



(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

Centro Hospitalar Cova da Beira	
Presente em reunião de C.A.	
14 de Jan. de 2019	
Despacho	
Presidente da C.A. - Director Clínico	Dr. João Inácio Castro, Sr. M.
Vogal da C.A.	Dr. António Nunes, Sr. M.
Vogal da C.A.	Dr. Manuel José, Sr. M.
Presidente do Conselho de Administração	Dr. João José Carlos Ramalhão