escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Aleitamento materno - sua prevalência e fatores associados - nomeadamente o "Cantinho da amamentação"

Paula Maria Cardoso

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo,

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, Maio de 2013

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Apóstolo pela orientação incansável, acreditando sempre, sem nunca desistir nos momentos mais difíceis.

Ao Enfermeiro Diretor Rui Mendes faço um agradecimento especial pois foi com a sua orientação, paciência e apoio prontamente presentes que consegui chegar ao fim deste percurso.

À Drª. Lúcia Ferreira pela sua força, determinação e carinho.

Às Instituições de Saúde e todos os colegas Enfermeiros pela sua valiosa colaboração na execução deste trabalho.

À minha querida Família cujo carinho e apoio incondicional tem sido a base da minha vida. Particularmente aos meus pais, ao Daniel, à Carla e à Maria pelo amor, carinho e paciência particularmente nos momentos retirados à sua preciosa companhia.

Ao Miguel pelo amor, carinho e compreensão.

À Lina pela sua amizade, carinho, força de viver e determinação.

À Ana e à Lénia pela perseverança, colaboração e apoio incondicional que tornaram mais fáceis algumas etapas deste processo.

A todos os meus amigos e colegas enfermeiros que apoiaram e colaboraram com a sua amizade, suporte e paciência e que direta ou indiretamente contribuíram para facilitar este momento.

ABREVIATURAS

AAP – American Academy of Pediatrics

ADA – American Dietetic Association

AEP – Asociación Española de Pediatría

AM - Aleitamento Materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

ARS – Administração Regional de Saúde

CSAC – Centro de Saúde Amigo da Criança

DGS – Direção Geral da Saúde

DRS – Direção Regional da Saúde

FAO – Food and Agriculture Organization

HAC – Hospital Amigo da Criança

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos bebés

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSDI – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Prof. - Professor

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action

WHO – World Health Organization

RESUMO

O aleitamento materno é um dos pilares principais na promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006), têm sido propostas várias iniciativas para aumentar as taxas de prevalência. Esta investigação tem como objetivos: identificar a taxa de prevalência do aleitamento materno aos seis meses em dois contextos dos Açores; identificar fatores associados à prevalência do aleitamento materno nas populações em estudo, particularmente a influência da existência do "cantinho da amamentação"; compreender como as mães avaliam a sua experiência no cantinho da amamentação. Realizou-se uma pesquisa quantitativa, transversal descritivo-correlacional. A colheita de dados foi feita por um questionário e entrevista semiestruturada a 100 parelhas mães/crianças com idades entre os 6 e os 18 meses. Os dados quantitativos foram analisados pelo SPSS e teste Qui-Quadrado de Pearson. As entrevistas pela análise de conteúdo. Resultados: verificou-se uma taxa de prevalência de 47% para a amostra estudada. O fator que apresentou uma associação estatisticamente significativa e negativa (p=0,008) com a prevalência aos seis meses foi o *ter sido administrado suplemento ao recém-nascido*. Emergiram três categorias: **importância da estrutura**, **significado para a continuidade da amamentação** e **influência na duração do aleitamento materno**. Sugerimos a criação de cantinhos da amamentação nas instituições de saúde participantes no estudo, implementação da visitação domiciliária e divulgação do registo do aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Prevalência e Cantinho da Amamentação.

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the main pillars in the promotion and protection of the health of children around the world (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006), there have been suggested several initiatives increase the prevalence of breastfeeding. This research aims to: identify the prevalence of breastfeeding at six months in two contexts of the Azores; identify factors associated with the prevalence of breastfeeding in the study population, particularly the influence of the existence of "lactation centers"; understand how mothers evaluate their experience at lactation centers. This is a quantitative, descriptive cross-correlational research. We used a questionnaire and a semi-structured interview to 100 pairs mother/children between the ages of 6 and 18 months. The quantitative data of were analyzed with SPSS and Pearson's Chi-square test. The interviews where analyzed by Bardin's content analysis. Results: there was a prevalence of breastfeeding at six months after delivery of 47% for this population. The factor that showed a statistically significant negative association ($p = 0.008$) with the prevalence of breastfeeding at six months was the administration of suplement to the newborn. From the content analysis of the interviews emerged three categories: the importance of the structure, meaning for the continuation of breastfeeding and influence on the duration of breastfeeding. We suggest the creation of lactation centers in health care facilities, the implementation of home visitation and the propagation of the breastfeeding registration.

Keywords: Breastfeeding, Prevalence and lactation centers.

LISTA DE TABELAS

Tabela n.º1: Resumo estatístico referente às caraterísticas sociodemográficas da criança.

Tabela n.º2: Resumo estatístico referente às caraterísticas sociodemográficas da mãe.

Tabela n.º3: Resumo estatístico referente às caraterísticas sociodemográficas do pai.

Tabela n.º4: Distribuição às respostas da questão nº15 “consultas de vigilância”.

Tabela n.º5: Distribuição às respostas da questão nº19 “início da amamentação”.

Tabela n.º6: Distribuição às respostas da questão nº23.1 “quantas vezes ao dia”.

Tabela n.º7: Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a Prevalência aos 6 meses e *Administração de suplemento ao recém-nascido*.

Tabela n.º8: Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a Prevalência do aleitamento materno aos seis meses e *Ser o 1º filho*.

Tabela n.º9: Sínteses dos resultados da associação de Qui-Quadrado entre a Prevalência aos 6 meses e a variável *Cantinho da amamentação*.

Tabela n.º10: Sínteses dos resultados da associação de Qui-Quadrado entre a Prevalência do aleitamento materno e as *Habilitações literárias* por dois grupos: Habilitações menos diferenciadas – 9º ano e Habilitações mais diferenciadas – Secundário e Superior.

Tabela n.º11: Sínteses dos resultados da associação de Qui-Quadrado entre a Prevalência aos 6 meses e *Experiência de amamentação*.

Tabela n.º12: Sínteses dos resultados da associação de Qui-Quadrado entre a Prevalência do aleitamento materno e as *Profissões dos pais* categorizadas em dois níveis de Graffar: Graffar mais diferenciado e Graffar menos diferenciado.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico n.º1: Distribuição às respostas da questão nº17 “incentivo à amamentação”.

Gráfico n.º2: Distribuição às respostas da questão nº18 “quem a incentivou a amamentar”.

Gráfico n.º3: Distribuição às respostas da questão nº20 “porque optou por amamentar”.

Gráficos n.º4 e n.º5: Distribuição às respostas da questão nº23.2 “porque desistiu”.

Gráfico n.º6: Distribuição às respostas da questão nº22.1 “quem apoiou em casa”.

Gráfico n.º7: Prevalência do aleitamento materno seis meses após o parto.

Gráfico n.º8: Análise da categoria a **importância da estrutura**.

Gráfico n.º9: Análise da categoria **significado para a continuidade da amamentação**.

Gráfico n.º10: Análise da categoria **influência na duração do aleitamento materno**.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 14
1–ALEITAMENTO MATERNO 15
1.1-ANATOMIA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO 15
1.2-O LEITE MATERNO 16
1.3-VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO 17
1.4-SITUAÇÕES IMPEDITIVAS OU CONTRA-INDICAÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO 20
2–ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICA PROFISSIONAL 23
2.1-ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO 23
2.2-ATÉ QUANDO AMAMENTAR? 24
2.3– POLÍTICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO 24
2.4 - CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO 28
2.5–OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO 30
3 – INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO 32
3.1 - PERSPETIVA GERAL 32
3.2 - A SITUAÇÃO PORTUGUESA 32
3.3 - FACTORES ASSOCIADOS 33
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO 41
1– METODOLOGIA 42
1.1– JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO 42
1.2– DESENHO DO ESTUDO 43
1.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 43
1.4– OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 44
1.5– AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM 48
1.7-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 49
1.8- ASPETOS ÉTICOS 51
1.9– TRATAMENTO DE DADOS 52
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 53
2.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA 53
2.2- ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS 56
2.3- RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 61
3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 69
CONCLUSÕES 76
BIBLIOGRAFIA 78

ANEXOS

Anexo 1: Formulário aplicado às mães

Anexo 2: Consentimento informado

Anexo 3: Pedidos de autorização às instituições de saúde participantes no estudo

Anexo 4: Tabela de análise categorial das entrevistas

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) constitui um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006).

> "A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas para o Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde (George, 2010, p.1)."

A sua prevalência tem passado por várias fases ao longo dos tempos. Nas décadas seguintes à II Guerra Mundial verificaram-se valores muito reduzidos devido às alterações sociais e comportamentais que mudaram o estilo de vida das mulheres. Nos anos 70 verificou-se o regresso à prática do aleitamento materno especialmente nas mães mais informadas. Nos últimos anos, várias entidades, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm trabalhado no sentido de averiguar as causas do seu declínio e encontrar estratégias que permitam conciliar a prática do aleitamento materno com as condições de vida moderna (Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006).

A amamentação e o leite humano são considerados padrões normativos para a alimentação e nutrição infantil. Perante as evidências bem documentadas das suas vantagens nutricioniais e neurodesenvolvimentais, a nutrição infantil devia ser considerada um problema de saúde pública e não apenas um estilo de vida (Eidelman & Schanler, 2012).

O aleitamento materno, enquanto ato natural, também é um comportamento aprendido, nesta perspetiva um extenso corpo de investigação tem vindo a demonstrar que as mães precisam de apoio ativo para a criação e manutenção de práticas de amamentação adequadas. Com esse intuito, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram, em 1990, a Iniciativa Hospitais Amigos dos bebés (IHAB) (OMS, 2012) e subsequentemente os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno. Desde então assistiu-se ao aumento da prevalência e da duração do aleitamento materno (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007).

Enquanto Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, prestamos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo vital e do desenvolvimento da criança e do jovem, nomeadamente a promoção do aleitamento materno (Regulamento nº 123/2011). As intervenções em Pediatria consistem em atuar nos períodos críticos ou melhores períodos da vida da criança e sua família, assim, existem oportunidades preferenciais para a intervenção em saúde, como na promoção da saúde e prevenção da doença, promoção de práticas saudáveis e, neste contexto, tem particular importância a prática do aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2008).

Alguns estudos portugueses "apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé […] " (Levy & Bértolo, 2008, p.7). Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes (2006) afirmam que as primeiras semanas são particularmente importantes, pelo que investir em estruturas de apoio no ambulatório orientadas por um profissional com formação adequada contribuem de forma decisiva para o sucesso da amamentação.

A WHO (1998) apresenta vários estudos que descrevem a importância do apoio profissional a mães que praticam o aleitamento materno após a alta da maternidade para o aumento da sua prevalência (nomeadamente o aleitamento exclusivo até aos 4 ou 6 meses de idade).

Enquanto no continente português as estatísticas nacionais sobre o aleitamento materno, relativamente aos anos 2005/2006, demonstram que cerca de 50% dos bebés fazem aleitamento materno exclusivo até aos três meses e apenas 28% o mantém até aos seis meses de idade, nos Açores, a realidade é menos promissora, com apenas cerca de 26% dos lactentes a efetuar aleitamento materno exclusivo até aos três meses e cerca de 6% até aos seis meses (Ministério da Saúde, 2007).

De modo a atingir as metas estabelecidas na IHAB, as instituições criaram estratégias que permitem aos profissionais envolverem-se de uma forma mais personalizada com os lactentes, suas mães e família, apoiando-os no aleitamento materno e esclarecendo as suas dúvidas. Numa perspetiva de operacionalização dessas estratégias surgiu o "Cantinho da Amamentação". A reactualização destes dados é fundamental para compreendermos se as estratégias estão a dar resultados ou não.

Numa perspetiva de operacionalização dessas estratégias têm-se desenvolvido "Cantinhos da Amamentação". Mas qual a sua importância? Isto é, a prevalência aumenta com a criação desta estrutura? Que outros factores estão associados? A necessidade de dar resposta a estas questões motivou a presente investigação.

Sendo assim, traçámos como objetivos específicos:

1. Identificar a taxa de prevalência do aleitamento materno aos seis meses em dois contextos dos Açores;
2. Identificar factores associados à prevalência do aleitamento materno nas populações em estudo, particularmente a influência da existência do "cantinho da amamentação";
3. Compreender como as mães avaliam a sua experiência no cantinho da amamentação.

Estes objetivos permitirão que possamos identificar contextos e estratégias que potenciem o aumento que permitam o aumento da prevalência do aleitamento materno quer nos contextos estudados, quer em qualquer outro ambiente onde ocorra a prática do aleitamento materno.

Estruturalmente este estudo divide-se em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico.

Na enquadramento teórico realiza-se uma abordagem ao aleitamento materno, aspetos relativos e prática profissional relacionada com o mesmo.

Na segunda parte, apresenta-se o estudo empírico, ou seja, a metodologia utilizada ao longo do estudo, os resultados e discussão daqueles mais relevantes para uma intervenção profissional.

Finalmente são apresentadas as conclusões, onde se evidenciam os resultados mais relevantes e apresentam-se algumas sugestões pertinentes face aos mesmos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1–ALEITAMENTO MATERNO

Este capítulo aborda a componente fisiológica, vantagens e situações impeditivas do aleitamento materno. Ter um conhecimento das particularidades da amamentação permite uma maior compreensão de todo o seu processo e assim os profissionais de saúde cimentarem os ensinos com informação pertinente para a sua promoção e manutenção.

1.1-ANATOMIA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

Ter um conhecimento da anatomia da mama permite uma melhor compreensão da fisiologia da amamentação. A compreensão deste processo facilita os ensinos e promove a manutenção da amamentação (Saraiva, 2010).

A mama, ou glândula mamária, apresenta-se como o único órgão totalmente desenvolvido ao nascimento, que passa por quatro fases de crescimento e desenvolvimento: *in útero*, nos primeiros dois anos de vida, na puberdade e durante a gravidez e lactação (Mannel, Martens & Walker, 2011). A gordura e o tecido de sustentação envolvem os alvéolos e ductos e dão forma à mama, é a particularidade que marca a diferença entre uma mama grande e uma pequena, sendo que estas podem conter a mesma quantidade de tecido glandular, produzindo as duas a mesma quantidade de leite (Pereira, 2006).

Um estudo feito com imagens obtidas por ultrassons (Saraiva, 2010) defende que os seios galactóforos, descritos convencionalmente, não existem, a quantidade de ductos é menor e ramificam-se mais perto do mamilo, o tecido glandular também se encontra mais perto do mamilo e a gordura subcutânea é mínima na base do mamilo (Mannel, Martens & Walker, 2011).

Existem milhões de alvéolos dentro da mama, compostos por células secretoras de leite, que produzem o leite a partir da ação da hormona prolactina. A sua produção é mais acentuada durante a noite e depende da sucção do bebé ou expressão do leite, encontrando-se no sangue passados 30 minutos, levando à

produção de leite para a mamada seguinte (Saraiva, 2010). Estes dois factores justificam a importância das mamadas noturnas e do aumento da sua frequência. Além disso esta hormona permite uma sensação de relaxamento e sonolência na mãe, a sua vinculação com a criança e ainda suprimir a ovulação.

A expulsão do leite para os ductos é feita pela ação das células musculares, mioepetiliais, impulsionadas pela hormona ocitocina (Levy & Bértolo, 2008). O reflexo de descida ou da ocitocina responde a estímulos condicionados como a visão, o cheiro e o choro da criança e a factores de ordem emocional como a motivação, autoconfiança e tranquilidade (Galvão, 2006).

1.2-O LEITE MATERNO

O leite materno é considerado o alimento ideal para o recém-nascido, sendo que, o produzido por mães saudáveis é suficiente para suprir todas as necessidades nutricionais do recém-nascido de termo durante os primeiros seis meses de vida, ficando com aleitamento materno exclusivo durante esse importante período de vida (Calil & Falcão, 2003; Mahan & Escott-Stump, 2010).

O leite materno é uma substância viva cujas características variam durante a mesma mamada e ao longo do crescimento da criança (Pereira, 2006).

Assim, durante a mamada, diferencia-se em leite inicial ou posterior e leite final ou anterior. O inicial produzido no início da mamada, é aquele que existe em maiores quantidades, com grandes quantidades de proteínas, lactose e outros nutrientes e possui grande quantidade de água que satisfaz as necessidades hídricas do bebé até aos seis meses de vida. O leite final, produzido no final da mamada, tem uma coloração mais branca, contém mais gordura, satisfaz as necessidades energéticas da criança durante a mamada, mantendo a criança saciada mais tempo, pelo que não se deve interromper a mamada enquanto não esvaziar a mama (Saraiva, 2010).

De acordo com o crescimento da criança é classificado em colostro, leite de transição, leite maduro e leite de desmame (Calil & Falcão, 2003).

O colostro é aquele leite produzido nos primeiros dias de vida da criança. Caracteriza-se como grosso, de cor amarelada ou transparente, rico em alguns nutrientes (proteínas), componentes protetores (anticorpos e enzimas que protegem contra infecções e alergias) e leucócitos que protegem contra infeções. Tem um efeito laxante (elimina o mecónio e previne a icterícia eliminando a bilirrubina). Tem factores

de crescimento que ajudam na maturação intestinal, previnem alergias e a intolerância alimentar. É ainda rico em vitamina A, reduzindo a gravidade das infeções e prevenindo doenças oculares (Saraiva, 2010).

A duração do período do colostro não está bem definida na bibliografia, havendo uma variação entre 5 a 7 dias de vida. Como as modificações ocorrem de forma gradual e progressiva, após o 5º ou 7º dia considera-se o leite de transição, até cerca do 15º dia de vida da criança (Calil & Falcão, 2003).

Por seu lado o leite maduro é o leite produzido após um a quatro dias de mamadas frequentes. É branco, mais fluido e em maior quantidade, substitui o colostro ao final da segunda semana e altera a sua composição ao longo do crescimento do bebé, alguns dos componentes iniciais aumentam e outros estabilizam ou diminuem as suas quantidades (Mannel, Martens & Walker, 2011).

Finalmente o leite de desmame surge quando a intensidade das mamadas diminui com a consequente redução do leite. Este leite é mais pobre em açúcar e calorias e mais rico em sal o que muitas vezes leva os bebés a deixarem de mamar (Saraiva, 2010).

Quanto à sua constituição, o leite materno é constituído por substâncias que alimentam a criança e outras que servem como proteção. Este é concebido para promover o desenvolvimento neural, cerebral, comportamental e cognitivo, sendo que as crianças amamentadas ganham peso com maior rapidez nos primeiros três meses de idade e mais lentamente até aos seis meses. Os seus componentes nutricionais estão adaptados às necessidades energéticas da criança e são: proteínas, lípidos, colesterol, glícidos, água (90% do leite), vitaminas (lipossolúveis e hidrossolúveis) e minerais. Os responsáveis pela defesa do organismo são: anticorpos, lisossoma, factor bífido, lactoferrina, oligossacáridos e leucócitos (Santos, 2009).

Esta descrição sucinta sobre a composição do leite materno demonstra que este é o alimento ideal para a nutrição dos recém-nascidos e dos lactentes sendo descritas de seguida mais pormenorizadamente as vantagens do aleitamento materno.

1.3-VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o melhor alimento para o bebé até aos seis meses, proporcionando-lhe todos os nutrientes necessários, sempre disponível, à temperatura ideal, esterilizado, e adequado às suas condições digestivas. As vantagens têm

importância não só na vida do bebé, como também posteriormente na sua vida adulta, assim como para a sua mãe. Os pais que optam por amamentar têm menos despesas familiares, em medicamentos e utilização dos serviços de saúde e menos absentismo laboral devido à menor incidência de enfermidades nas suas crianças (Comité da Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004).

Nutricionais e digestivas

O colostro tem maior densidade, maior quantidade de proteínas e minerais e por outro lado menos gorduras e hidratos de carbono do que o leite, facilitando, assim a digestão. Além disso possui um valor calórico baixo, que estimula o apetite e apresenta um poder laxante ajudando a expulsão do mecónio (Galvão, 2006). E ainda proporciona uma melhor adaptabilidade a outros alimentos (Levy & Bértolo, 2008).

Imunológicas e metabólicas

Aludindo às suas vantagens imunológicas e metabólicas, o leite materno evita alergias principalmente às proteínas do leite de vaca. Fornece anticorpos que protegem o recém-nascido de infeções, nomeadamente respiratórias e otites (American Academy of Pediatrics, 2005). Possui glóbulos brancos e proteínas que se ligam ao ferro excedentário, factores que promovem o crescimento de bactérias benéficas ao organismo e interferão (protetor de vírus), diminuindo o risco de bronquite, pneumonia e infeções urinárias (Levy & Bértolo, 2008). Existem estudos que indicam que as crianças amamentadas exclusivamente com leite materno até aos quatro meses ou mais apresentaram metade dos episódios de otite aguda em relação aos que não o fazem (Duncan *et al*. 1993, citado por Campos, 2011).

O ph intestinal das crianças amamentadas é inferior e a sua flora constituída por *Lactobacillus bifidus* o que evita a diarreia e a gastroenterite (AAP, 2005; Almeida, Spiri, Juliani & Paiva, 2008) e reduz a taxa de morbilidade e mortalidade (American Dietetic Association, 2005).

Calcula-se que cerca de dois milhões de mortes infantis poderiam ser evitadas todos os anos. Por exemplo num estudo realizado nos Estados Unidos em 2004 por Chen & Rogan demonstrou-se que as crianças amamentadas com leite materno têm uma redução da mortalidade pós-neonatal de 21% (Campos, 2011).

Foram identificados no leite humano, factores de crescimento biologicamente ativos que estimulam o crescimento do trato intestinal, seja qual for a idade gestacional ou o peso do bebé ao nascer (Levy, 1996).

A longo prazo, importa referir também a sua importância na prevenção da diabetes e de linfomas (Levy & Bértolo, 2008), leucemia, doença de Hodgkin, doença de Crohn, colite ulcerosa e doença celíaca (Martin, Gunnell, Owen & Smith, 2005) e ainda probabilidade mais baixa de apresentar eczemas, asma, dislipidemia e obesidade (Schack-Nielsen & Michael, 2006).

Desenvolvimento psicológico, sensorial e motor

Durante a amamentação há uma maior participação dos músculos temporal e masséter e menor atividade do bucinador, criando condições para o latente apresentar um crescimento adequado das estruturas dentárias, bem como o desenvolvimento da função respiratória, mastigação e fala. Os movimentos de sucção favorecem o posicionamento da língua na região palatina, na direção dos incisivos centrais, impedindo a passagem de ar pela boca, promovendo a respiração nasal e o crescimento do maxilar. A passagem do ar pelo nariz propicia o abaixamento e a expansão do palato, o que permite que o crescimento dos ossos da face acompanhe o crescimento corporal, gerando espaço para a erupção dos dentes (Pereira, 2006).

O leite materno favorece inclusive o crescimento e desenvolvimento psicomotor e intelectual, devido aos ácidos gordos presentes no leite (Almeida, Spiri, Juliani & Paiva, 2008).

A um nível psicológico favorece o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, originando uma ligação muito forte e precoce entre ambos, o que favorece o desenvolvimento da criança bem como o seu relacionamento com outras pessoas (*Idem*). As autoras referem que a criança amamentada é uma criança feliz, uma vez que está sempre perto da sua mãe.

Já na idade adulta, diminui a possibilidade de ter alguns tumores, doença celíaca, arteriosclerose, diabetes tipo 1, doença de Crohn, colite ulcerosa, cárie dentária, doença coronária, hipertensão arterial, enfarte ou acidente vascular cerebral e leucemia. Saraiva (2010) refere estudos que defendem a redução do risco de obesidade na adolescência e idade adulta. E ainda favorece a deglutição correta no adulto, que apresenta hábitos saudáveis de deglutição.

Para a mãe

As vantagens do aleitamento materno também se estendem para as mães. A redução do sangramento pós-parto, reduzindo o risco de anemia e a involução uterina mais precoce pela ação da ocitocina que provoca as contrações uterinas. O tecido mamário mantém a sua forma durante um período de tempo mais longo. Perdem o

peso ganho durante a gravidez de uma forma mais rápida, pelo facto de se dar um consumo de cerca de 600 calorias por dia (Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004).

Poderá ser um contracetivo natural se praticado de forma exclusiva nas 24 horas (Saraiva, 2010) ou seja, praticado em regime livre, sem intervalos noturnos ou suplementos de outro leite ou complementado com qualquer outro tipo de comida e poderá prolongar-se por seis meses e enquanto a menstruação não voltar (Levy & Bértolo, 2008). Assim, propicia um maior espaçamento entre os nascimentos, melhorando a saúde materna e o seu estado nutricional, associando-se a uma menor mortalidade infantil, bem como uma menor natalidade, particularmente nos países em desenvolvimento (Levy, 1996).

Além disso reduz o risco de osteoporose e de cancro da mama (pelo suprimento da produção de estrogénio) e dos ovários (Almeida, Spiri, Juliani & Paiva, 2008; Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004). Fortalece os ossos da mulher, reduzindo o risco de osteoporose ou fraturas da anca. Estabiliza os níveis de açúcar nas diabéticas e reduz o risco de hipertensão e depressão pós-parto (Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004).

Económicas

É mais económico para as famílias, instituições de saúde e governos. Com a redução das infeções e outras doenças, diminui a absentismo das mães e despesas com a saúde e o aleitamento artificial (Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004; Almeida, Spiri, Juliani & Paiva, 2008).

Ecológicas

O aleitamento materno apresenta vantagens ecológicas uma vez que é produzido, transmitido e consumido sem poluição ou produtos residuais, não consome energia ou recursos naturais e finalmente não contamina a água nem necessita de água eventualmente contaminada para a sua preparação (Saraiva, 2010, Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004).

1.4-SITUAÇÕES IMPEDITIVAS OU CONTRA-INDICAÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno apresenta qualidades inquestionáveis, no entanto existem situações em que a sua administração se encontra contraindicada, algumas apenas

temporárias e outras definitivas ou impeditivas absolutas conforme a perspetiva de cada autor.

Situações impeditivas relativas ou temporárias

As situações impeditivas relativas ou temporárias são, a varicela e outras doenças infetocontagiosas em fase ativa, herpes com lesões mamárias, tuberculose ativa (e durante os primeiros quinze dias de tratamento) e ainda hepatite C em fase ativa (Saraiva, 2010).

Outros autores referem ainda como situação impeditiva, mães portadoras de doença mental ou física severa, crónica ou debilitante (vírus da imunodeficiência adquirida), tuberculose ativa não tratada (durante a primeira semana após o início do tratamento a mãe e o bebé devem ficar separados) (Campos, 2011).

Quando a mãe esteja a tomar medicação imprescindível, nociva para o bebé ou tratamentos médicos de diagnóstico (como tomografias computorizadas que requerem injeção de isótopos radioativos) e quimioterapia (*Idem*).

Situações impeditivas absolutas ou definitivas

As situações impeditivas absolutas ou definitivas são raras e podem ser doenças maternas graves muito debilitantes, seropositividade da mãe, medicação nociva para a criança, terapia de cancro materno (como radioterapia). O uso de drogas como cocaína, "crack", heroína, marijuana e anfetaminas (ecstasy) (Saraiva, 2010; Campos, 2011).

Outras situações impeditivas são doenças autoimunes como artrite reumatoide e lúpus (hormonas da lactação agravam a doença ou evitam que entre em regressão). A cirurgia mamária (razões estéticas ou oncológicas) poderá causar a obstrução dos ductos com tecido cicatricial, dependendo da técnica cirúrgica (remoção total ou parcial da glândula). Ainda pode acontecer que a mãe simplesmente não queira amamentar ou tenha uma doença psiquiátrica grave.

Quanto a situações impeditivas do bebé temos doenças metabólicas raras como a Fenilcetonúria e a Galactosemia, que podem traduzir situações impeditivas absolutas (*Idem*).

Campos (2011) refere ainda que deve-se ponderar certas situações, tais como doenças do foro psiquiátrico e oncológico e a utilização de fármacos. No caso de medicamentos contraindicados na amamentação, deverá tentar substituir-se por outro adequado e com o mesmo leque de ação. Em caso de dúvida a autora realça que

qualquer fármaco que possa ser utilizado na gravidez ou com segurança no recém-nascido, provavelmente também será seguro na amamentação.

Será interessante desmistificar alguns mitos em relação a algumas contraindicações do aleitamento materno, sendo que não há contraindicação: da mãe com infeções agudas, como respiratórias, gripe e diarreia, assim como hepatite, toxoplasmose e malária; diabetes, situações relacionadas com a amamentação (mastite, mamilo raso, invertido e implante mamário); tratamento com metadona; hábitos tabágicos ou ingestão de álcool (mas devem ser reduzidos); gravidez ou menstruação (Galvão, 2006) .

Campos (2011) defende que no bebé também não está contraindicada a amamentação se este manifestar icterícia ou diarreia e por seu lado Saraiva (2010) menciona a Hepatite-B e o recém-nascido com sucção fraca, como situações não verdadeiramente contraindicadas.

2–ALEITAMENTO MATERNO E PRÁTICA PROFISSIONAL

Ao longo de vários anos o aleitamento materno constituiu uma prática natural nas famílias e uma garantia de sobrevivência da espécie humana. No entanto com a industrialização e o início da II Guerra Mundial, a mulher dedicou-se de forma mais particular à sua vida profissional, com menos disponibilidade para a amamentação. Isto originou uma maior adesão aos substitutos do leite materno e consequente declínio da experiência da mulher em amamentar. As gerações seguintes, sem o apoio de mães e avós experientes, têm que se apoiar em profissionais experientes e informados para conseguir ultrapassar as dificuldades da amamentação. Deste modo, este capítulo sobre o aleitamento materno e prática profissional torna-se muito pertinente, pois demonstra que os profissionais especializados em aleitamento materno são peças fundamentais no aumento da sua prevalência e manutenção.

2.1-ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL DA AMAMENTAÇÃO

Durante longos anos, o aleitamento materno foi a garantia de sobrevivência da espécie humana, constituindo o padrão normal de alimentação do recém-nascido e da criança.

A partir do início da industrialização e da II Guerra Mundial a vida profissional da mulher foi alterada. O apoio familiar é diferente, as mães e avós têm menos experiência porque não amamentaram e não conhecem os aspetos práticos da amamentação, chegando a funcionar como elementos desmotivadores (Levy & Bértolo, 2008).

A par destas situações, o avanço tecnológico da indústria de substitutos do leite materno, associado à ideia de que o leite artificial o pode substituir, a utilização precoce de biberões e tetinas e a pressão constante da comunicação social com publicidade às fórmulas de lactentes contribuíram também para a diminuição da prevalência e da duração do aleitamento materno (Campos, 2011).

A partir da década de 80 surgiu a nível mundial um movimento de promoção e proteção do aleitamento materno, com a demonstração científica dos seus benefícios, evidentes para a saúde infantil (*Idem*).

2.2-ATÉ QUANDO AMAMENTAR?

Até 2002 a OMS recomendou o aleitamento materno exclusivo por 4-6 meses, sendo que atualmente e de uma forma consensual à OMS, Academia Americana de Pediatria (AAP), Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, é recomendada a introdução de alimentos complementares apenas aos 6 meses, havendo evidências consistentes dos seus benefícios até essa idade.

Quanto à suplementação do leite materno com água ou chás nos primeiros seis meses, já está bem documentada na literatura que mesmo em climas quentes e secos, é desnecessária (Carvalho & Tamez, 2005) e mesmo que se alimentem com pouco colostro nos primeiros dois a três dias de vida, os recém-nascidos saudáveis apresentam níveis de hidratação tecidual relativamente altos, não necessitando de mais líquidos além do leite materno (WHO, 1989).

2.3– POLÍTICAS DE SAÚDE E ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é considerado atualmente uma prioridade em saúde pública, dada a sua importância na promoção da saúde e prevenção da doença (Campos, 2011).

Segundo a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Iª Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS/UNICEF/FAO), enquanto recomendação global de saúde pública, a alimentação das crianças durante os primeiros seis meses de vida deve ser por aleitamento materno exclusivo, para o alcance de taxas ideais de crescimento, desenvolvimento e saúde (Santos, 2009). Após esse período, e de modo a suprir as suas necessidades nutricionais, devem receber alimentos complementares seguros e adequados do ponto de vista nutricional, continuando a amamentação até aos dois anos ou mais (Pereira, 2006).

Em Florença, em 1990, decorreu uma reunião conjunta OMS/UNICEF, em parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (OSDI), entre outras; aqui foi elaborada e aprovada a "Declaração de Innocenti" que contempla os seguintes pontos: criação das Comissões Nacionais de Apoio ao Aleitamento Materno; implementar em todas as maternidades e que estas cumpram plenamente a totalidade dos "Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno; implementação de medidas para pôr em prática os princípios e os objetivos do Código de Comercialização dos alimentos substitutos do leite materno (desde 1981 que está

em vigor em Portugal o "Código de Ética" para os substitutos do leite materno, biberões e tetinas); e a promulgação de legislação inovadora de proteção do direito ao aleitamento da mãe trabalhadora, estabelecendo meios para a sua aplicabilidade (Marques, *et al*., 2009).

No ano seguinte, 1992, na Cimeira Mundial para a Infância a OMS e a UNICEF tendo como base a "Declaração de Innocenti" criaram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB). A IHAB surgiu com o objetivo específico de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, assim como a humanização dos cuidados de saúde prestados às mães através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais e dos Centros de Saúde. Para isso, estabeleceram-se os "Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno" descritos no documento conjunto da OMS/UNICEF de 1989, intitulado "Proteção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno".

Para preencher os requisitos de um "Hospital Amigo do Bebé", a instituição tem de cumprir o seguinte: não aceitar substitutos do leite materno gratuitos ou a baixo preço, biberões, tetinas ou chupetas; não fazer propaganda ou promoção de nenhum alimento ou líquido para além do leite materno; implementar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno; ceder assistência a todas as mulheres no início da amamentação, na primeira hora após o nascimento; a mãe e o bebé ficarem juntos 24 horas por dia no hospital; dar aconselhamento à mãe durante o internamento e seguimento após a alta. González (2008) complementa o anterior, referindo que o "Hospital amigo do bebé" deve, além disso, ter uma taxa de aleitamento materno superior a 75% no momento da alta ou 10% superior à média nacional.

Realiza-se então uma avaliação externa com equipas qualificadas às Instituições de Saúde que cumpram os 10 Passos (ou Medidas) indispensáveis para assegurar o sucesso do aleitamento materno e estas, se a avaliação for favorável, são certificadas como Hospitais Amigos dos Bebés sendo sujeitas a uma reavaliação de dois em dois anos. Esta certificação pressupõe que os seus profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) tenham recebido formação através de Cursos em Aleitamento Materno e Cursos de Formação de Formadores na mesma área (Comité Português para a Unicef, 2011).

Diversos estudos efetuados em várias instituições de saúde acreditadas como Amigas dos Bebés em países industrializados demonstraram a eficácia destas intervenções, com o aumento significativo e persistente da taxa e duração do aleitamento materno (Kramer *et al*., 2001 citado por González, 2008).

O aleitamento materno, enquanto ato natural, também necessita ser ensinado, e era isso que acontecia tradicionalmente quando as mulheres aprendiam com os familiares e amigos à sua volta. No entanto, hoje não existem modelos de experiência positiva na amamentação e é difícil encontrar alguém a quem recorrer para apoio. E é aqui que aparecem os profissionais de saúde, a quem se torna imprescindível formação adequada, com conhecimentos e competências específicos nesta área, uma vez que o sucesso depende da informação prestada às grávidas acerca das vantagens e da prática do aleitamento materno e a ajuda efetiva ao seu início e manutenção (Campos, 2011).

Com o objetivo de aumentar as taxas de aleitamento materno é necessária a implementação de medidas a nível nacional, de entre elas o incentivo e melhoria da formação pré e pós-graduada e em serviço a todo o pessoal com relevância na área da saúde nas maternidades e unidades de cuidados primários de saúde materna/obstétrica e infantil. A formação pretende a uniformização dos princípios orientadores do aleitamento materno, havendo coerência entre as informações e orientações prestadas às grávidas, puérperas e mães e entre as práticas assistenciais nas diversas unidades de saúde. Torna-se fundamental a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os hospitais da sua área com uma ação concertada e coordenada com padrões de boas práticas (Campos, 2011).

Para atingir estes objetivos, as organizações devem definir objetivos e estratégias que permitam a implementação dos "Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno". Assim, todas as maternidades e unidades que prestam assistência ao recém-nascido devem:

> "ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; praticar alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia; dar de mamar sempre que o bebé queira; não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito; encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade" (Levy & Bértolo, p.13, 2008).

No entanto a amamentação não é uma obrigação e nenhuma mãe será coagida a cumprir qualquer um dos dez passos, sendo que quem tem o dever de cumpri-los são os profissionais de saúde (González, 2008).

Reconhecendo a importância principalmente do 10º passo - incentivar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes após a alta do hospital - foram apresentados os 7 passos para o sucesso do aleitamento materno no centro de saúde. Assim, segundo a UNICEF e a Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, a *comunidade amiga dos bebés* deve: 1- ter uma política de promoção do aleitamento materno, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde; 2- dar formação à equipa para que implemente esta política; 3- informar todas as grávidas e a família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno; 4- apoiar as mães a iniciarem e manterem o aleitamento materno; 5- promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e aleitamento materno com alimentos complementares até aos 2 anos; 6- providenciar ambiente acolhedor para as famílias que amamentam; 7- promover a colaboração entre a equipa de saúde e grupos de apoio ao aleitamento materno da comunidade local.

Na sua publicação "Saúde da família – Centro de saúde amigo da criança", Lana & Lamounier (2009) descreveram o programa Centro de Saúde Amigo da Criança (CSAC) elaborado pelos mesmos autores e César em 2004, semelhante ao Hospital Amigo da Criança (HAC), mas adaptado ao Centro de Saúde e constituído por 20 passos, os "vinte passos para o sucesso do aleitamento materno no Centro de Saúde" (Lana, Lamounier & César, 2004):

1. Ter uma norma escrita;
2. Sensibilizar, treinar e capacitar a equipe materno infantil;
3. Informar grávidas, puérperas, avós e pai;
4. Consulta da grávida com abordagem dos passos do HAC;
5. Avaliar a amamentação no 5º dia;
6. Atender a criança a ser amamentada e a sua mãe mesmo sem consulta marcada;
7. Consultas mensais até ao 6º mês de vida e bimestrais até ao 24º mês;
8. Cumprir a Norma de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância e de Chuchas, Tetinas e Biberões;
9. Orientar sobre os métodos contraceptivos adequados à amamentação;
10. Informar sobre os direitos da mulher trabalhadora e como manter a amamentação durante o trabalho;
11. AM exclusivo até aos 6 meses e AM complementar até aos 2 anos;

12. Criar um grupo de grávidas;
13. Criar um grupo de puérperas;
14. Criar um grupo de grávidas e puérperas;
15. Criar um grupo de mães orientadoras;
16. Homenagear a mãe que amamenta;
17. Premiar os centros de saúde com AM satisfatório;
18. Criar um bom relacionamento equipa-cliente;
19. Não culpar a mãe;
20. Despertar a autoconfiança da mãe em amamentar.

2.4 - CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

O Cantinho da Amamentação é um local onde profissionais devidamente habilitados proporcionam às mães esclarecimentos e apoio a dúvidas que tenham durante o processo de amamentação, bem como prevenir, detetar e cuidar de eventuais problemas, de forma a reduzir a percentagem de abandono de amamentação, contribuindo assim para o seu sucesso (Portal da Saúde, 2009).

Representa uma das estratégias adotadas em diversos hospitais portugueses e cada vez mais nos centros de saúde. A importância que estes espaços podem ter na amamentação foi reconhecida pela Direção Geral de Saúde (DGS) que tem apoiado a sua criação nos cuidados de saúde primários (Campos, 2011).

No Algarve, em 2007 surgiram os Cantinhos da Amamentação em Maternidades e Centros de Saúde. Estes espaços são dinamizados por profissionais com habilitações próprias, ou seja, curso de aconselhamento em aleitamento materno da OMS/UNICEF, que disponibilizam apoio específico a grávidas, mães e suas famílias com o objetivo da concretização do projeto de amamentar de cada mulher (ARS Algarve, 2007).

No espaço de informação para o aleitamento materno poderá encontrar ajuda para: esclarecer dúvidas relativas à amamentação; evitar e/ou diminuir o risco de problemas associados à amamentação; facilitar o atendimento à mãe que amamenta; promover o desenvolvimento das competências maternas; observar as mamadas e para aconselhar/corrigir a melhor forma de amamentar; e apoiar no regresso ao trabalho às mães que amamentam (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2009).

O Cantinho de amamentação de Lagos, criado em 2007, foi um dos cinco primeiros a nível nacional a ser certificado pela DGS em parceria com a Mama Mater. Além de todas as funções referidas anteriormente, este espaço realiza ainda sessões de educação para a saúde para grávidas e aulas de preparação para o parto. A direção deste Cantinho da amamentação espera que o certificado "sirva de motivação a dirigentes e conselheiros para que a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno seja um programa prioritário, com ações contínuas e consistentes em toda a região" (Diário Online, 2009).

Em 2010 decorreu pelo quinto ano consecutivo a semana do aleitamento materno promovida pela DGS, em sintonia com a OMS e a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) com o tema "Apenas 10 passos - O caminho Amigo do Bebé". Esta teve como objetivos, valorizar o contributo dos Dez Passos, revitalizar atividades nos serviços de saúde e na comunidade, informar todas as pessoas de que a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno constitui um direito da mãe, um direito da criança e um direito humano, e garantir que os profissionais de saúde que prestam cuidados a mães e crianças estão preparados para o aconselhamento em alimentação dos latentes (Portal da Saúde, 2010).

Vários estudos demonstraram que a aplicação dos 10 passos contribui para o início da amamentação e para o aumento do aleitamento materno exclusivo. O leite materno melhora a curto e longo prazo a saúde materna e infantil e assim contribui, também, para o alcance das metas do Desenvolvimento do Milénio n.º4 e n.º5 as quais são: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna (*Idem*).

No início de 2010 foi criado pela DGS o Observatório para o Aleitamento Materno cujo objetivo é recolher dados relativos à amamentação nos Serviços de Obstetrícia / Maternidades e "Cantinhos da Amamentação", contribuindo para uma maior e melhor informação nesta área. O seu trabalho foi destacado na conferência realizada pela Ordem dos Enfermeiros em Vila do Conde a 4 de Outubro do mesmo ano (Portal da Saúde, 2010).

Nos Açores e segundo o Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar da DRS (Direção Regional da Saúde, 2009-2012), estabeleceu-se a Rede de Referenciação Materno-Infantil-Açores que deliberou competências para cada área de cuidados a atingir pelos Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, sendo uma das quais a promoção do aleitamento materno, através da generalização dos "cantinhos da amamentação".

Campos (2011) realça a importância de, além do apoio dos profissionais de saúde, as mães serem apoiadas pela família e comunidade. Refere ainda que, dentro das estratégias para a sua promoção, devem haver incentivos governamentais, institucionais, socioeconómicos; legislação que proteja todas as mulheres que amamentam; recursos humanos e financeiros adequados e ações de promoção e informação da população pelos meios de comunicação social.

2.5–OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO

Atualmente está a assistir-se a uma deslocação da transmissão tradicional de conhecimentos de mãe para filha para um papel mais relevante dos profissionais de saúde que aparecem como a principal fonte de informação, particularmente nas mulheres mais jovens (Marinho & Leal, 2004).

A amamentação no ser humano não é um ato instintivo, depende de aprendizagem. O profissional de saúde deve criar condições para essa aprendizagem levando à mudança e um maior apoio e proteção das mães que amamentam. É necessário que o profissional tenha consciência dos casos de insucesso da amamentação, refletindo sobre as suas causas e o que poderia ter feito melhor. Deve aperfeiçoar o seu conhecimento e habilidades na sua relação com a mãe pois esta por vezes está carente de apoio emocional e técnico para enfrentar e ultrapassar todos os obstáculos que podem surgir no percurso da amamentação (Lana & Lamounier, 2009).

Carneiro & Galvão (2012) concluíram que é necessário um maior investimento dos profissionais de saúde na formação sobre aleitamento materno, especialmente em cuidados de saúde primários, uniformizando a linguagem de forma a contribuir para a manutenção do AM até aos 6 meses de idade. As autores sugerem que haja uma intervenção mais precoce através de estratégias como esclarecer, encorajar e apoiar a grávida e a puérpera e o seu acompanhamento sistemático de modo a prevenir as complicações associadas à amamentação.

O incentivo ao aleitamento materno é importante, no entanto, o apoio emocional e técnico, que deve ser oferecido nas consultas pós-parto, não deve ser esquecido. Muitas mães que desistem de amamentar até queriam e podiam amamentar, mas são consumidas pela frustração de não o conseguir. Esta situação pode levar a sentimentos de culpa por parte dessas mães, impotentes para ultrapassar os obstáculos (Lana & Lamounier, 2009).

O aconselhamento tem como objetivo saber compreender profundamente os problemas que preocupam a mãe de forma a diagnosticar corretamente ajudando-a a resolvê-los. Só um profissional sensibilizado, com acesso a informação dedicará todo o seu tempo à causa do aleitamento materno, melhorando a sua motivação e desempenho (*Idem*).

O processo de amamentação está sujeita a diversos factores, amplamente descritos na literatura, biológicos, culturais, sociais, políticos, económicos, o que torna a amamentação num processo complexo na maioria das culturas. Deste modo os profissionais de saúde deparam-se com múltiplas condicionantes, o que gera problemas de diversas origens, por vezes difíceis de diagnosticar, relacionados com a díade mãe/filho quer no período inicial da amamentação quer na sua continuidade e prevalência (Pereira, 2006).

Schmied, *et al*. (2011) num estudo desenvolvido com enfermeiras num Hospital Australiano, concluíram que os profissionais apoiam intensamente a IHAB, mas que os princípios desta estratégia global são interpretados de formas diferentes pelos profissionais, concluindo a necessidade de maior formação e informação sobre esta estratégia entre os profissionais.

A formação do profissional não passa apenas sobre os aspetos orgânicos e fisiológicos, mas também pelos aspetos psicológicos, sociais e culturais da amamentação. Devem ser capacitados por um orientador, palestras e práticas clínicas quer em termos técnicos, nas habilidades de escuta e no reforço da autoconfiança materna. Aos profissionais de saúde devem ser solicitadas sugestões, ideias e críticas sobre a evolução do trabalho ou de como o mesmo pode ser melhorado para que estes sintam-se envolvidos no processo e sintam que o processo é seu (Lana & Lamounier, 2009).

3 – INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

3.1 - PERSPETIVA GERAL

As taxas de aleitamento materno são, geralmente, mais altas que o aleitamento materno exclusivo, diminuindo já nos primeiros dias pós-parto. A nível mundial, menos de metade das crianças com idade inferior a quatro meses de idade, recebem leite materno como única fonte de água e alimentos (Haggerty & Rutstei, 1999). Existem dados que demonstram as tendências da prática do aleitamento materno exclusivo para quarenta e dois países, onde em 22 países está em ascensão, em sete países em declínio e nos restantes, mantêm-se estáveis (Carvalho & Tamez, 2005).

A adesão à IHAB já se estende por mais de 20 mil organizações a nível mundial. Existe cada vez mais evidência que demonstra que esta iniciativa aumenta a iniciação ao aleitamento materno e embora com taxas mais baixas, também o prolongamento do tempo de aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo (Schmied, *et al*., 2011). As autoras referem que embora exista na Austrália uma adesão de 90% de mães a iniciar o aleitamento materno, estas taxas descem drasticamente após a alta da maternidade.

3.2 - A SITUAÇÃO PORTUGUESA

Em Portugal foi adotada pelo Conselho Nacional de Aleitamento e Nutrição, em 1995, a recomendação da OMS relativamente à duração do aleitamento materno até aos seis meses de idade.

Em 2005 o primeiro hospital português recebeu a certificação de Hospital Amigo do Bebé, o Hospital Garcia de Horta em Almada. Atualmente existem oito instituições certificadas: a Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra em 2007, o Hospital do Barlavento Algarvio em 2008, a Maternidade Júlio Dinis no Porto, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa em Lisboa em 2009, e o Hospital Fernando da

Fonseca na Amadora em 2010; Hospital Pedro Hispano em Matosinhos e Hospital de São Bernardo em Setúbal em 2011 (Comité Português para a Unicef, 2011).

No entanto, em Portugal, ainda existem poucos estudos sobre a incidência e prevalência do aleitamento materno e são "parcelares, incompletos, regionais ou locais" (Campos, 2011, p.11). No Plano Nacional de Saúde, a Direção Geral de Saúde define, na orientação estratégica para 2004/2010 que a "promoção e o incentivo do aleitamento materno" são metas prioritárias para "crescer com segurança". Foi estabelecida uma meta para 2010, de atingir uma taxa de aleitamento materno aos seis meses superior a 50%.

Entre os estudos existentes, muitos referem 90% de adesão no início do aleitamento materno, mas quase metade das mães desiste no primeiro mês de vida do bebé. Foram realizados três Inquéritos Nacionais de Saúde pelo Ministério da Saúde em 1995/1996 (Ministério da Saúde, 1997), 1998/1999 (Ministério da Saúde, 2001) e 2005/2006 (Ministério da Saúde, 2007) sendo que este último apresentava dados da Região Autónoma dos Açores.

3.3 - FACTORES ASSOCIADOS

A partir da década de 80, constatou-se que as baixas taxas de aleitamento materno apresentam graves implicações para a saúde da comunidade e do meio ambiente, representando um aumento das despesas do serviço nacional de saúde, acompanhado por um agravamento da desigualdade social. O interesse crescente das mulheres por esta prática decorre da melhoria do nível educacional, cultural, socioeconómico e das condições de trabalho das grávidas e lactantes (Campos, 2011).

A diminuição da prevalência do aleitamento materno associa-se a diversos factores, como o stress, o estilo de vida agitado, a falta de disponibilidade da mãe para estar com o filho, a existência de modelos e hábitos de amamentação maioritariamente de aleitamento artificial, a indiferença ou falta de conhecimentos das populações e dos profissionais de saúde acerca dos benefícios do aleitamento materno e a falta de recursos da comunidade (Campos, 2011), a falta de confiança e baixa autoestima da mãe, falta de apoio e suporte familiar e comunitário e promoção inapropriada de substitutos do leite materno (Carvalho e Tamez, 2005).

As variáveis que se associam ao sucesso do aleitamento materno são: a sua promoção durante a gravidez, a idade e escolaridade materna, uma gestação

desejada ou planeada, uma experiência prévia positiva com outro filho e valorizar mais o seu bebé do que o bebé médio ou vulgar; durante a gestação a frequência de aulas de preparação para o parto e o planeamento da duração da amamentação (Campos, 2011).

Idade da mãe

A idade materna está relacionada com as taxas de abandono do AM, facto evidente no estudo de Caldeira, Moreira & Pinto (2007) onde no grupo de mães mais jovens a prevalência diminui significativamente e ao sexto mês de vida do bebé nenhuma mãe adolescente se mantinha a amamentar.

O alto índice de mães adolescentes é um factor que poderá influenciar negativamente o aleitamento materno (Narchi, *et al*., 2009).

As mães com menos idade, especialmente as adolescentes, amamentam durante menos tempo, por diversos factores como a falta de apoio suficiente, um menor nível de instrução, maior insegurança, egocentrismo, problemas com a autoimagem e maior desejo de liberdade (Saraiva, 2010).

Nível social e grau de escolaridade

Estudos Portugueses revelaram uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do AM, sem ser encontrada influência pelo rendimento ou nível socioeconómico da família (Santos, *et al*., 1988; Levy, 1996). Damião (2008), Caldeira, Moreira & Pinto (2007) também concluíram haver uma maior prevalência do AME em mulheres com maior grau de escolaridade, indicando uma associação positiva entre AME e escolaridade materna.

Influência do cônjuge ou outras pessoas significativas

Determinados estudos descrevem a influência positiva do cônjuge no início e na duração da amamentação e outros realçam mesmo a importância do apoio do pai na amamentação assim como para o aleitamento materno exclusivo (Pérez-Escamilla, *et al*., 1995). Numa revisão da literatura, verificou-se que o pai tem influência em quatro aspetos principais: decisão de amamentar, auxílio da primeira mamada, duração da mamada e como factor de risco para o uso do biberão. Isto torna-se mais evidente em sociedades ocidentais modernas, onde a experiência passada da mulher é menor e as famílias não têm uma caraterística nuclear como antigamente (Carvalho & Tamez, 2005). A influência de alguns familiares e amigos, pode influenciar

negativamente a amamentação, uma vez que estes relatam experiências e orientam as mães de forma incorreta (Almeida, *et al*., 2008).

Por outro lado existem homens que não apoiam a amamentação, tendo até reações de ciúme, ansiedade, rejeição, exclusão e dificuldades sexuais, que interferem negativamente. Pode haver inclusive um sentimento de culpa e hostilidade no homem, que cause o seu afastamento e falta de apoio à família, o que pode constituir uma ameaça à amamentação. A minimização destas reações passa por estimular a envolvência do pai, propiciando a sua participação ativa nos cuidados ao bebé e à mulher (Waletzky, 1979) e pode ser feito logo no período pré-natal e após o nascimento.

Por seu lado a influência das avós exercem grande autoridade sobre as mães inexperientes, mas estas são da geração do leite artificial, que não amamentou, o que pode ser mais negativo (Lana & Lamounier, 2009).

Assim, pai e avós podem ter uma influência negativa na amamentação ou tornarem-se aliados valiosos se receberem orientações, ganhando papel relevante no apoio positivo à mãe que amamenta. O pai deve ser incluído nos ensinos e na prática da amamentação uma vez que contar com o apoio de um pai bem informado, sob o ponto de vista emocional, é sucesso quase garantido (*Idem*).

Efeitos da comunicação social

A OMS considera a comunicação como uma determinante central da saúde e o que comunicamos e como vivemos sofre influência das informações que obtemos, sendo que a publicidade e o "marketing" podem afetar-nos de forma positiva ou negativa (Silva & Souza, 2005; Cardoso, 2006).

Todos conhecemos a forma mais direta e explícita de publicidade no que se refere aos leites artificiais, enquadrada por técnicas sofisticadas, utilizando até imagens de serviços de saúde e testemunhos de profissionais que valorizam de forma exagerada as suas vantagens. A imagem que domina os meios de comunicação social quando se refere à alimentação infantil é a da alimentação artificial (Cardoso, 2006).

No entanto, uma publicidade bem dirigida também pode contribuir para a promoção do aleitamento materno, como ocorreu nos Estados Unidos e que fez aumentar em 40% o número de crianças amamentadas (Cordeiro, 1987).

Reforçando o anterior, Ludvigsson (2003) observou no seu estudo aplicado a mães lactentes da Bolívia, que a primeira informação sobre amamentação durante a

gravidez, era conhecida pela televisão (72,1%), família (66,6%), rádio (62,3%) e por serviços de saúde (médico ou enfermeira, 59,5%).

Factores profissionais

A relação entre o trabalho materno e a duração e o padrão da amamentação é influenciada por: tipo de ocupação, número de horas de trabalho, legislação laboral e tipo de suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho. Embora nos países menos desenvolvidos o trabalho materno não seja uma razão significativa para a interrupção do aleitamento materno e introdução de suplementos, sabe-se que em outras populações pode constituir um importante obstáculo, especialmente à exclusiva. Entre as mães trabalhadoras é bastante comum a introdução de substitutos do leite materno precocemente, no sentido de habituar a criança aos mesmos. Verifica-se também uma grande falta de conhecimentos da população e dos profissionais de saúde sobre a prática da amamentação entre as mães trabalhadoras (Carvalho & Tamez, 2005).

Apoio dos serviços de saúde

Para haver apoio dos profissionais de saúde a estas mães, é essencial haver um maior investimento na formação sobre aleitamento materno, dos profissionais de saúde, particularmente os que trabalham nos cuidados de saúde primários, para que tenham uma linguagem uniforme no sentido de manter o AM exclusivo até aos 6 meses de vida do bebé. Assim, o apoio destes profissionais pode passar por uma intervenção precoce com estratégias como a implementação da visitação domiciliária, desenvolvimento de programas ou projetos comunitários que envolvam a comunidade na amamentação, acesso ao cantinho da amamentação e presença dos pais nas consultas pré-natais e de preparação para o parto (Carneiro & Galvão, 2012).

Experiências prévias

Embora a amamentação seja um processo biológico, é intensamente influenciado pelo meio ambiente. Por não ser instintiva deve ser aprendida, o que acontecia habitualmente quando as mulheres mais experientes da família transmitiam a sua experiência e davam apoio às novas mães, ajudando inclusive com as tarefas domésticas. Nas sociedades modernas atuais, essa aprendizagem foi esquecida, na medida em que as famílias extensas foram substituídas pelas famílias nucleares. Assim as mulheres quando têm os seus filhos são inexperientes necessitando de constante apoio familiar, dos profissionais de saúde e da comunidade. Havendo, contudo evidências literárias da importância do apoio dos pais e avós no início e manutenção do aleitamento materno (Carvalho & Tamez, 2005).

Autoimagem corporal

Devido à sua baixa autoestima e falta de confiança, muitas mulheres acreditam que têm pouco leite, que é fraco, ou insuficiente, sendo este um fenómeno universal e a causa mais comum da introdução precoce do suplemento na alimentação da criança (Carvalho & Tamez, 2005).

Frequentemente a produção insuficiente de leite apresenta-se como uma perceção equivocada, reforçada pela família e amigos em reação ao choro da criança. Pode acontecer que mamadas ineficientes (pega ou posicionamentos inadequados) podem exigir uma demanda do bebé por mamadas mais frequentes e prolongadas para obter a quantidade suficiente de leite (*Idem*).

Também surgem "crises" transitórias na amamentação; um estudo mostrou uma prevalência de 55% de percepção de leite insuficiente, a maioria resultante de distúrbios emocionais ou recusa da criança, este estudo reforçou o facto de haver uma necessidade constante de encorajamento e suporte às mulheres que amamentam para reduzir o número de interrupções da amamentação exclusiva devido a estas crises (*Idem*).

Dificuldades fisiológicas e comportamentais

O facto de alguns bebés mamarem relativamente pouco nos dois primeiros dias de vida, mas começarem a pedir continuamente mama ao terceiro dia marca o início da recuperação de peso. Mas este aumento da frequência das mamadas geralmente acontece quando a mãe já está em casa e não tem ninguém a quem pedir informações, sendo fundamental a informação e esclarecimento antes da alta hospitalar (González, 2008).

Políticas ativas de promoção do aleitamento materno

Diversos estudos relacionam o AM com a redução da diarreia e das doenças respiratórias e enfatizam que os programas de promoção do AM, como a IHAC resultam no prolongamento do tempo de amamentação. Portanto, as evidências mostram que a prática dos dez passos em conjunto, com apoio contínuo às mães e capacitação e formação de todos os profissionais das instituições mesmo os que não estão envolvidos diretamente na assistência (Narchi, *et al*., 2009).

Decisão de amamentar precoce

A adesão ao aleitamento materno está relacionada diretamente com a decisão da mãe, sendo uma decisão pessoal. Mas esta decisão está sujeita a inúmeras influências como o facto de estarem inseridas num "meio aleitante" onde foram

amamentadas e viram outras mulheres a amamentar, encarando a amamentação como uma prática natural. Outras mulheres decidem amamentar por valorizarem as vantagens do aleitamento materno, influenciadas pelo companheiro, amigas, mãe ou profissionais de saúde (Gonçalves & Saianda, s/d).

Por outro lado, e segundo a perspetiva dos mesmos autores, deve-se respeitar a mãe que decide não amamentar, pois no estabelecimento da relação mãe-filho é fundamental que esta se sinta bem consigo mesma. Se com a promoção e apoio adequados não conseguir ultrapassar as suas dificuldades, não é por isso que será melhor ou pior mãe que a que amamenta (Lana & Lamounier, 2009). Nestes casos o profissional deve apoiá-la na sua escolha e orientar para o leite mais adequado à criança e à sua fase de desenvolvimento (Gonçalves & Saianda, s/d).

No estudo de Marinho & Leal (2004), estas observaram que face à decisão das mães em não amamentar, os profissionais apresentavam algumas dificuldades em aceitar a decisão da mãe. As autoras defendem que o apoio dos profissionais de saúde passa por enquadrar o aleitamento na realidade individual da dupla mãe/bebé e na aceitação da sua opção, sendo que este processo deve ser visto a partir dos olhos maternos, das suas emoções, crenças, dificuldades e desejos, compreendendo que normas e disciplinas rígidas não favorecem um relacionamento a dois (Enfermeiro/Cliente).

Por vezes a abordagem da amamentação ou das suas técnicas pode parecer muito simples para o profissional de saúde que tem uma vida muito diferente da das mães que frequentam o Centro de Saúde. Estas populações têm as suas dificuldades, relacionadas com diversos factores como o seu grau de escolaridade, o ambiente onde vivem, o seu poder económico, a personalidade dos seus parceiros ou familiares, o número de filhos e as crenças sobre a amamentação (Lana & Lamounier, 2009).

Contacto mãe-filho precoce

As evidências demonstram que o contacto precoce aumenta o AM quer no momento imediato pós o parto, quer dois ou três meses mais tarde, além de influenciar o comportamento materno e auxiliar no estabelecimento da qualidade da interação entre a mãe e o bebé. Este momento proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a cooperação mútua entre a díade mãe/bebé (Levy & Bértolo, 2008).

Nos quarto e sétimo passos da IHAC, defende-se o contacto precoce e a permanência em alojamento conjunto, o que favorece não só o aleitamento materno e o estabelecimento do vínculo mãe-filho como contribui para a diminuição dos casos de abandono de bebé pela mãe (Narchi, *et al*., 2009).

Apoio durante o parto e pós-parto

Uma das principais causas de morbimortalidade no primeiro ano de vida da criança está ligada com a qualidade da atenção dispensada no período da gravidez e puerpério. Apesar das mães terem recebido informação sobre a amamentação durante a gravidez, podem existir factores que diminuam a sua autoconfiança para amamentar como a separação, ou seja, a falta de contacto mãe/bebé e aleitamento na primeira hora pós-parto (Narchi, *et al*., 2009).

O alojamento conjunto propicia oportunidades de aconselhamento bem como ajuda prática durante a amamentação, incutindo segurança na mãe para lidar com as mais variadas pressões que levam ao desmame ou à oferta de alimento complementar ao recém-nascido (*Idem*).

A oferta da mama ao bebé deve ser o mais precoce possível, na primeira meia hora, sendo o alojamento conjunto o ideal para que isto aconteça. Assim, a mãe detecta os sinais precoces de fome como movimentos de procura, aumento de atividade, sons ou chupar os punhos antes do bebé chorar que é um sinal tardio de fome. É muito importante não oferecer chupetas ou biberões no início, uma vez que a forma como o bebé mama numa tetina é diferente da mama (Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2004).

O recém-nascido pode confundir-se e ter dificuldade em pegar na mama já que a musculatura utilizada para mamar na chupeta é diferente da mama. Esta ideia de confusão mamilo-tetina não é corroborada por todos os autores, no entanto a OMS e a UNICEF só recomendam a introdução da chupeta quando a amamentação estiver estabelecida, de modo a evitar a possível confusão e o consequente abandono da amamentação (Sousa & Pacheco, 2010).

A administração de suplementos por qualquer meio no hospital está associada a uma menor diminuição da amamentação e ficou comprovado que os prematuros mantêm uma temperatura, frequência cardíaca e saturação de oxigénio mais estáveis enquanto são amamentados do que quando bebem pelo biberão (González, 2008).

Caldeira, Moreira & Pinto (2007) verificaram que o facto de terem feito pelo menos uma toma de suplemento com leite artificial no hospital relacionou-se com uma maior taxa de abandono do aleitamento materno.

No seu estudo Narchi, *et al*. (2009) constataram que a assistência recebida durante o processo de parto e nascimento influencia positivamente a amamentação. Quanto ao tipo de parto, a análise estatística mostrou um efeito significativo da

interação entre parto natural e AME. Os partos cirúrgicos originam maiores complicações à saúde materna e perinatal e consequentemente dificuldades no início da amamentação. Estas dificuldades resultam do mau posicionamento, pouco envolvimento afectivo, alterações endócrinas da mãe e do recém-nascido no pós-parto imediato dor e sonolência que pode afetar a interação mãe/bebé.

As mesmas autoras referem que vários autores defendem que estes factores contribuem para a diminuição do aleitamento materno e consequente administração de líquidos complementares aos recém-nascidos, particularmente no primeiro mês de vida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1– METODOLOGIA

A Investigação em Enfermagem contribui ainda para a sua excelência enquanto disciplina e profissão, assim como para a melhoria da saúde das comunidades. Contribui quer para os cuidados seguros quer para a promoção do desenvolvimento profissional. Recomenda ainda que todos os enfermeiros, ainda que em diferentes áreas de atuação, se esforcem pela promoção do espírito investigador e do pensamento crítico e adopção de uma filosofia de aprendizagem ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

1.1– JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Com o objetivo de atingir as metas estabelecidas na Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, as instituições criaram estratégias que permitem aos profissionais envolverem-se de uma forma mais personalizada com os lactentes, as suas mães e família, apoiando no aleitamento materno e esclarecendo as suas dúvidas.

A aplicabilidade deste estudo no contexto dos Açores é uma prioridade, uma vez que existem poucos estudos nesta área e os que existem apontam para uma baixa prevalência da amamentação.

Assim torna-se necessário atualizar os dados referentes à prevalência do aleitamento materno e identificar os factores ligados à mesma nesta população. De uma forma muito particular interessa analisar o impacto de factores associados e particularmente do cantinho da amamentação, por forma a generalizá-lo como estratégia adequada ao aumento da prevalência do AM.

Tendo presente os estudos realizados em 2005/2006 em que nos Açores, tínhamos uma baixa taxa de prevalência do aleitamento materno; o facto de na realidade açoriana as mães raramente realizarem aleitamento materno exclusivo, sendo até incutido pela maioria dos profissionais de saúde, a administração de água no verão e chá de funcho para as cólicas, já no primeiro mês de vida; considerando outro factor que é o regresso precoce das mães ao trabalho, sentindo necessidade de introduzir outros alimentos mais cedo.

Face aos argumentos descritos interessou-nos investigar a amamentação seja exclusiva ou não, adaptando à situação loco-regional e de forma a ter um maior impacto perante os resultados do estudo e consequentemente nos profissionais de saúde. Teresa Félix (secretária da mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros) refere que o que importa mais é manter a amamentação mesmo com a introdução de outro alimento. Ideia corroborada por Alexandra Bento (presidente da Associação Portuguesa dos Nutricionistas) que afirma que o mais importante é impulsionar a amamentação independentemente da altura em que se introduza os alimentos (Público, 2011).

1.2– DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é basicamente quantitativo, transversal descritivo-correlacional embora com uma componente mínima de aproximação qualitativa. Neste tipo de estudo pretende-se determinar a existência das relações entre variáveis, e descrevê-las. Sendo o seu objectivo a descoberta de factores ligados a um fenómeno. Os dados são colhidos de forma quantitativa com a ajuda de questionários e de escalas (Fortin, 2009).

1.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo pretende responder às seguintes questões de investigação:

Questão 1: Qual é a taxa de prevalência do aleitamento materno aos seis meses em contextos dos Açores?

Questão 2: Quais os factores que poderão estar associados à prevalência do aleitamento materno nas populações em estudo, particularmente:

a. Administração de suplemento ao recém-nascido no hospital;
b. Ser o 1º filho;
c. A existência do "cantinho da amamentação";
d. Habilitações literárias dos pais;
e. Experiência anterior de amamentação;
f. Profissão dos pais?

Questão 3: Como avaliam as mães a sua experiência no cantinho da amamentação?

1.4– OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Numa investigação a variável é um conceito colocado em ação e pode ser uma qualidade, propriedade ou caraterística de um objeto, pessoa ou situação estudada na investigação e pode exprimir graus, quantidades e diferenças (Fortin, 2009). Por seu lado Polit (2004) referem que a atividade de investigação é empreendida com a finalidade de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam e de que forma se associam aos diferentes valores de outras variáveis.

A maioria dos conceitos não são diretamente observáveis ou mensuráveis pelo que devem ser convertidos em indicadores. Operacionalizar um conceito significa defini-lo de forma a que possa ser observado e medido, tornando-se também ele num fenómeno (Fortin, 2009).

VARIÁVEL CENTRAL

Segundo Fortin (2009) os termos variável dependente e independente não se aplicam ao contexto de estudos descritivo-correlacionais. Deste modo, a variável central do estudo, constituindo o núcleo da principal questão de investigação e assumindo o *papel de variável dependente*, é *a prevalência da amamentação seis meses após o parto*.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Estas variáveis são divididas em discretas e contínuas, podendo ser analisadas por uma escala nominal, escala ordinal, escala de intervalos, escala de razão ou de proporção.

No presente estudo existem *variáveis sociodemográficas discretas* como: o *género da criança*, o *tipo de parto*, o *estado civil*, as *habilitações literárias*, a *profissão dos pais* e o *número de filhos além do atual*. São categorizadas por escalas nominais.

Existem também *variáveis sociodemográficas contínuas* como: a *idade da criança*, o *peso ao nascer*, *idade da mãe*, o *tempo de gestação* e o *tempo em casa com a criança*.

Temos ainda duas *variáveis dicotómicas*: o *desemprego da mãe* e *ser o primeiro filho*. Estas são categorizadas por uma escala nominal.

Estas caraterizam a amostra e permitem verificar a sua relação com a variável central prevalência da amamentação seis meses após o parto.

Em primeiro lugar são operacionalizadas as variáveis sociodemográficas da criança e em de seguida as variáveis sociodemográficas dos pais.

IDADE

A *idade* quer da mãe quer da criança foi operacionalizada em grupos etários.

IDADE GESTACIONAL

É uma variável contínua que se expressa em número de semanas.

GÉNERO

O *género* da criança enquanto, foi operacionalizado em feminino e masculino.

PESO

O *peso* da criança foi operacionalizado por classes, apresentando na classe 1 todas as crianças com peso <2500, na classe 2 todas as com peso 2500-2999, na classe 3 todas as crianças com peso >3500.

TIPO DE PARTO

O *tipo de parto* foi operacionalizado em Eutócico e Não eutócico (cesariana, fórceps e ventosa).

ESTADO CIVIL

A variável *estado civil* foi operacionalizada em 3 itens, solteira, casada/união de facto e separada de facto/divorciada.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

As *habilitações literárias* dos pais foram agrupadas em 4 classes: Sabe ler e escrever/4ºano, 1º e 2ºciclo, Secundário e Ensino Superior.

PROFISSÃO

A variável *profissão* do pai e da mãe, foram operacionalizadas segundo os níveis de Graffar, inicialmente categorizadas segundo os 5 níveis de Graffar para as profissões: 1-diretores de bancos, professores universitários, médicos, etc.; 2-comerciantes, industriais, profissionais com cursos superiores; 3-funcionários públicos, empregados de escritório e operários especializados; 4-operários semiqualificados, modistas, telefonistas, etc; 5-domésticas, trabalhadores rurais, desempregados. Para

a análise estatística foi dividida em dois grupos: Graffar mais diferenciado e Graffar menos diferenciado; onde o nível 1 e 2 estão no grupo de Graffar mais diferenciado e os restantes no grupo de Graffar menos diferenciado.

DESEMPREGO DA MÃE

Esta variável foi operacionalizada com uma resposta dicotómica, tipo sim/não.

SER O PRIMEIRO FILHO

Esta variável também foi operacionalizada em forma de resposta dicotómica, sim/não.

NÚMERO DE FILHOS

Foi categorizado de forma nominal, enquanto resposta aberta, foi feita uma lista de 1 a 5 para agrupar os dados colhidos.

TEMPO EM CASA COM A CRIANÇA

Esta variável também foi categorizada em classes: 2 meses, 3 meses, 4 a 6 meses, 6 a 12 meses e 12 a 18 meses.

VARIÁVEIS QUE CARATERIZAM A AMAMENTAÇÃO

De seguida vamos abordar as variáveis que caraterizam a amamentação.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR DE AMAMENTAÇÃO

É uma variável operacionalizada de forma dicotómica sim/não.

ESTAR INFORMADA SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Esta variável foi operacionalizada sob a forma de uma escala ordinal com 4 categorias: 1=Muito, 2=Suficiente, 3=Pouco, 4=Nada; que foi construída para o efeito.

SER INCENTIVADA

Esta variável foi dividida em 4 conceitos: durante a gravidez; no hospital, aquando do nascimento da criança; nas consultas de vigilância do bebé; quando frequentou o cantinho da amamentação. É analisada de forma dicotómica sim/não.

QUEM A INCENTIVOU

É operacionalizada na forma de pergunta fechada com 6 conceitos: Médico de família, Pediatra, Ginecologista, Enfermeiro(a), Familiar, Meios audiovisuais (livros, televisão, revistas, outros) e em forma de resposta aberta, um 7º conceito, outro.

INICIOU O ALEITAMENTO MATERNO NO HOSPITAL

É uma variável apresentada em forma dicotómica com resposta sim/não.

ADMINISTRAÇÃO DE SUPLEMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO HOSPITAL

É uma variável apresentada em forma dicotómica com resposta sim/não.

PORQUE OPTOU POR AMAMENTAR

É uma variável operacionalizada em forma de 9 conceitos de resposta fechada: porque tinha leite, protege o bebé de infecções, fui incentivada, é mais económico, tem vantagens para a minha saúde, é mais adequado para o bebé, ligação afetiva mãe/filho, é mais prático, o bebé tem menos alergias. Uma última de resposta aberta: outras, quais?.

TEVE APOIO EM CASA/SE SIM, QUEM APOIOU

A primeira parte da variável é operacionalizada em forma de variável dicotómica de resposta sim/não. A variável *quem apoiou*, tem 6 hipóteses de resposta fechada e uma última hipótese de resposta aberta: marido/companheiro, avós, mãe, sogra, amiga, irmã e outro, quem?.

AINDA AMAMENTA

É uma variável apresentada em forma dicotómica com resposta sim/não. Com uma segunda variável de resposta aberta: se sim, quantas vezes.

QUANDO DESISTIU TOTALMENTE DE AMAMENTAR

Esta variável foi categorizada em forma de escala nominal com os seguintes intervalos temporais: 1 mês; 2 meses; 3 meses; 4 a 6 meses; 6 a 12 meses;12 a 18 meses. O intervalo 4 a 6 meses é aberto nos 6 meses e o de 6 a 12 meses é fechado, ou seja, de 4 meses até 180 dias de idade, foi explicado às mães o seguinte: se desistiram aos 180 dias fica registado no intervalo 4-6 meses e se foi aos 6-12 meses, fica registado neste intervalo.

Este conceito foi operacionalizado numa escala nominal com intervalos temporais de intervalos fechados no primeiro item e abertos no segundo.

PORQUE DESISTIU

Finalmente a variável *porque desistiu*, está categorizada em 12 conceitos de resposta fechada e mais dois de resposta aberta. Sendo estes: o leite fraco, quantidade de leite insuficiente, o não aumento de peso da criança, a criança chorar muito com fome, A criança não pegava na mama, a mãe não gostava de amamentar, por ser prematuro, doença da criança, doença da mãe, problemas com a mama, voltar ao trabalho, toma de medicação, qual? e outro motivo. A mãe pode responder a mais do que um conceito.

VARIÁVEL DE CONTEXTO

O *cantinho da amamentação* apresenta-se como uma variável de contexto podendo assumir o papel de independente nos testes estatísticos e consiste em ter frequentado ou não o cantinho.

1.5– AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com o intuito de obter informação relativa a um fenómeno, de forma que a população inteira esteja representada. No presente estudo é utilizada uma técnica de amostragem não probabilística acidental, ou seja, formada por sujeitos que são facilmente acessíveis, e que se encontram num local determinado, num momento preciso (Fortin, 2009).

Deste modo, a população do presente estudo é constituída pelas utentes das seguintes instituições de saúde: Centro de Saúde da Horta, Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge (Centro de Saúde da Calheta e Centro de Saúde de Velas) e Unidade de Saúde de Ilha do Pico (Centro de Saúde de S. Roque, Centro de Saúde das Lages e Centro de Saúde da Madalena).

Relativamente ao tamanho da amostra, não existe uma fórmula simples para o determinar, mas se o objetivo do estudo consiste em analisar associações entre as variáveis, como nos descritivos-correlacionais é necessária uma amostragem maior, quanto mais variáveis maior deve ser o número de sujeitos (Fortin, 2009). Assim, foi selecionada uma amostragem de 100 parelhas mães/crianças com bebés com idades entre os 6 e os 18 meses de idade dividida em dois grupos de comparação: 50 mães que tiveram o apoio do "Cantinho da amamentação" e 50 mães que não tiveram o

apoio do "Cantinho da amamentação". Dos Centros de Saúde referidos o único que tem atualmente Cantinho da Amamentação é o da Horta, pelo que um grupo é constituído por 50 mães utentes desta unidade de saúde e as restantes 50 mães provenientes das restantes instituições.

As mães que participaram no estudo foram escolhidas de forma aleatória, ou seja, aquelas que compareceram no centro de saúde para consultas ocasionais, vacinação das crianças ou qualquer outra situação pontual e que preenchessem os critérios de inclusão no estudo.

1.7-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Terminada a delimitação do problema, deve-se atender a critérios rigorosos na seleção do método de colheita de dados. Existem várias formas de colheita dos dados junto dos sujeitos, cabendo ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida mais adequado ao objetivo do estudo e às questões de investigação formuladas (Fortin, 2009).

Assim, tendo em conta as caraterísticas do estudo e da população alvo e de forma a operacionalizar as variáveis foi elaborado um instrumento de colheita de dados em forma de formulário (Anexo 1) com uma folha de rosto onde se encontrava o consentimento informado (Anexo 2) que foi assinado pelo profissional e pela mãe caso a mesma aceitasse participar no estudo. O formulário era constituído por um questionário composto por 24 questões divididas em dois grupos (GRUPOS I e II) e guião de entrevista semiestruturada (GRUPO III) com 3 linhas orientadoras (em 50 formulários).

O GRUPO I é composto por 14 questões (6 questões de resposta fechada e 8 questões de resposta aberta) que representam as variáveis sociodemográficas que caraterizam a amostra. As variáveis aqui consideradas são as mais relevantes no sentido de caraterizar a população e possibilitar a análise exploratória das relações destas com a prevalência da amamentação.

O Grupo II por 18 questões de resposta fechada sendo 4 delas com possibilidade de resposta aberta. Uma destas apresenta-se em forma de uma escala ordinal construída para o efeito, por a variável informação ser um constructo abstrato, tornando, assim, possível a sua medição. Este grupo de questões representa as variáveis que caraterizam e influenciam a prevalência da amamentação.

O Grupo III apresenta um guião de entrevista com três linhas orientadoras relativas à opinião das mães sobre a variável cantinho da amamentação.

O formulário foi aplicado a um total de 100 mães, sendo aplicada uma entrevista adicional ao grupo de 50 mães que teve o apoio do "Cantinho da amamentação". Alguns formulários foram aplicados pessoalmente pela investigadora e outros pelos profissionais de enfermagem responsáveis pela consulta de saúde materno-infantil.

Os formulários com entrevista, inicialmente, seriam aplicados pela investigadora num único encontro em local a combinar com as utentes, com gravação áudio (aproximadamente 10 minutos que seria destruída nos 3 meses seguintes). No entanto, por motivos de ordem geográfica, temporal e disponibilidade dos profissionais que colaboraram no preenchimento de cada formulário, as entrevistas foram registadas por escrito por cada profissional que aplicou os formulários.

Estava previsto que a recolha de dados decorreria entre o período de 1 de Julho de 2012 e Agosto de 2012, no entanto por motivo de férias dos profissionais e consequentemente ser um período com menos comparência das mães aos Centros de Saúde, foi prolongada até ao final do mês de Setembro de 2012.

Antes da colheita de dados ou aplicação do questionário foi considerada a necessidade de pedido de autorização à Comissão de Ética. Foram realizados os respectivos pedidos de autorização aos Conselhos de Administração das Instituições (Anexo 3) abrangidas e entregue uma informação acerca do estudo aos respectivos Enfermeiros Chefes, Responsáveis ou Diretores de Enfermagem de cada Centro de Saúde.

Os profissionais foram contatados pessoalmente, por telefone ou por email para esclarecer os objetivos do estudo e pedir a sua colaboração.

No decorrer da aplicação dos formulários, as mães foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo através de um consentimento informado anexo aos formulários e que foi assinado pelo profissional e pela mãe caso a mesma aceitasse participar no estudo.

Os profissionais promoveram e encorajaram a participação das mães na entrevista semiestruturada desenvolvendo-a com base num guião com linhas orientadoras.

1.8- ASPETOS ÉTICOS

A investigação aplicada a seres humanos por vezes pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, sendo assim torna-se necessário providenciar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Deste modo, deve-se obter o consentimento esclarecido e livre da parte dos participantes, onde estes são informados das finalidades, objectivos do estudo, riscos e benefícios que podem atribui à sua colaboração, assim como o direito de se retirar em qualquer momento (Fortin, 2009).

No âmbito deste estudo, foram assegurados os seus aspectos éticos, nomeadamente com o pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge que foi deferido a 3 de Julho de 2012, pedido ao Vogal de Enfermagem da Unidade de Saúde de Ilha do Pico que foi autorizado a 28 de Junho de 2012 e o pedido ao Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial autorizado a 25 de Junho de 2012 para aplicação dos formulários; foram ainda contatados pela autora os profissionais responsáveis pelos serviços de consulta de saúde infantil e pediátrica, por contacto pessoal, telefonicamente ou por email bem como os diretores ou chefes de enfermagem dos respetivos serviços.

Em simultâneo com o formulário foi entregue às utentes o consentimento informado e explicada a importância da sua participação, as finalidades do estudo, objectivos do estudo, assim como o direito de se retirar em qualquer momento.

Além disso foi explicado que seria garantida a confidencialidade e anonimato uma vez que os dados colhidos ou a fonte dos mesmos não estariam acessíveis nem ao investigador.

Foi também assegurada a inexistência de riscos relativos à sua colaboração e que a sua colaboração poderia contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e maior apoio ao aleitamento materno.

1.9– TRATAMENTO DE DADOS

Tratamento Estatístico com SPSS versão 19.0

O tratamento estatístico iniciou-se com a elaboração de uma base de dados no programa informático IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versão 19.0. Este programa apresenta diversas vantagens como a flexibilidade para diferentes naturezas de variáveis, a participação em todo o processo analítico desde o planeamento até à recolha de dados para análise, possibilitando a elaboração de relatórios.

Para analisar a associação entre as variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson.

Análise das Entrevistas

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Esta segundo Bardin (2004) consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações com o intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que possibilitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. Tratar o material é codificá-lo, ou seja uma transformação dos dados em bruto num texto, estaque, por recorte, agregação e enumeração, atingindo uma representação do conteúdo ou da sua expressão; capaz de esclarecer o analista acerca das caraterísticas do texto.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo será feita a apresentação e análise dos dados colhidos na investigação.

2.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Inicialmente foram cedidos 100 questionários, 50 para o grupo de mães que não frequentaram o cantinho da amamentação e 50 para o grupo de mães que usufruíram desta estrutura. Entretanto foram eliminados 10 questionários por serem de mães com crianças abaixo da faixa etária pretendida (6 meses).

Assim, a amostra passa a ser constituída por 90 mulheres, mães de lactentes alimentados com leite materno, residentes nas Ilhas do Faial, São Jorge e Pico, inscritas nos Centros de Saúde destas Ilhas.

Para a sua caracterização sociodemográfica foram elaboradas 3 tabelas que resumem as características da amostra. A primeira refere-se às variáveis referentes à criança, a segunda às variáveis da mãe e finalmente uma tabela com as variáveis caraterísticas do pai.

Deste modo, apresentamos de seguida na tabela n.º1 os dados relativos às crianças, filhos das mães inquiridas. Como podemos verificar quanto ao género, as crianças são na sua maioria 51,1% do género masculino para 48,9% do género feminino. Destes, 34,4% têm de 6-9 meses de idade, 27,8 % têm de 15-18 meses e 22,2% têm entre 12-15 meses de idade, o que equivale às idades-chave para as consultas de vigilância nos programa-tipo de atuação de saúde infantil e juvenil, relativas a acontecimentos importantes na vida do bebé como a alimentação.

Quanto ao peso, as crianças têm uma distribuição adequada, verificando-se que a maioria dos lactentes (44,4%) tem entre 3000-3500g e 25,6% entre 2500-2999g. Relativamente ao tipo de parto a maioria (28,8%) das crianças nasceu por parto eutócico.

Tabela n.º 1- Resumo estatístico referente às características sociodemográficas da criança.

Variáveis (criança)		n	%
Género	Masculino	46	51,1
	Feminino	44	48,9
Idade	1 [6-9] meses	31	34,4
	2]9-12]meses	14	15,6
	3]12-15]meses	20	22,2
	4]15-18]meses	25	27,8
Peso	1]2500]	8	8,9
	2]2500-3000]	23	25,6
	3]3000-3500]	40	44,4
	4]3500]	19	21,1
	>38 semanas	82	91
	NS/NR	1	1
Tipo de Parto	Eutócico	63	70,0
	Não Eutócico	26	28,88
	NS/NR	1	1,1
Total		**90**	**100**

Na tabela n.º2 apresentada abaixo podemos analisar os dados sociodemográficos relativos à mãe. Deste modo, temos uma amostra constituída por mães com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos. Quanto ao estado civil, 90% são casadas ou em regime de união de facto. Relativamente às habilitações literárias a maioria tem o 1º e 2º ciclo (34,5%), o secundário (32,2%) ou ensino superior (27,8%). Quanto à profissão, 71,1% das mães pertence ao nível de Graffar não diferenciado.

Uma percentagem elevada de mães, 95,6%, gozou o tempo de dispensa de maternidade previsto na lei (4 a 6 meses) para acompanhar o seu filho em casa.

Quanto ao número de filhos a maioria (56,7%) das mães é multípara, com um (36,7%) ou dois filhos (15,6%) além do atual.

Tabela n.º 2- Resumo estatístico referente às características sociodemográficas da mãe.

Variáveis (mãe)		n	%
Idade	[20-25[	17	18,9
	[25-30[	22	24,4
	[30-35[	32	35,6
	[35-39]	19	21,1
Estado civil	Solteira	6	6,7
	Casada/união de facto	81	90,0
	Separada de facto/divorciada	3	3,3
Habilitações literárias(classes)	1 (Sabe ler e escrever/4ºano)	4	4,4
	2 (1º e 2ºciclo)	31	34,5
	3 (Secundário)	29	32,2
	4 (Ensino Superior)	25	27,8
	NS/NR	1	1,1
Desempregada	Não	71	78,9
	Sim	15	16,7
	NS/NR	4	4,4
Profissão (classes)	1 (Classe 1 e 2 Graffar)	23	25,5
	2 (Classe 3, 4, 5 Graffar)	64	71,1
	Missing	3	3,3
Meses em casa	2 meses	1	1,1
	3 meses	1	1,1
	[4 a 6] meses	86	95,6
	]6 a 12] meses	1	1,1
	]12 a 18] meses	1	1,1
Ser o 1ºFilho	Não	51	56,7
	Sim	39	43,3
Número de filhos	1	33	36,7
	2	14	15,6
	3	1	1,1
	5	1	1,1
	NS/NR	2	2,2
	Não tem filhos	39	43,3
Total		**90**	**100**

Relativamente ao pai, como podemos ver na tabela n.º3 quanto às habilitações literárias existe uma diferença em relação às mães, sendo que a maioria (55,6%) dos pais tem apenas o 1º ciclo ou o 2º ciclo. Quanto à profissão, a maioria dos pais (93,3%) tem atividades relacionadas com profissões não diferenciadas.

Tabela n.º 3- Resumo estatístico referente às características sociodemográficas do pai.

Variáveis (pai)		n	%
Habilitações literárias(classes)	1 (4ºano)	4	4,4
	2 (1º e 2ºciclo)	50	55,6
	3 (Secundário)	15	16,7
	4 (Ensino Superior)	15	16,7
	NS/NR	6	6,7
Profissão (classes)	1 (Classe 1 e 2 Graffar)	23	25,5
	2 (Classe 3, 4 e 5 Graffar)	66	93,3
	Missing	1	1,1
Total		**90**	**100**

2.2- ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

A análise exploratória vai permitir a apresentação dos dados relativos às variáveis que não sendo determinantes para as questões de investigação podem ajudar a caraterizar o fenómeno.

Como podemos ver na tabela seguinte n.º4 quanto à vigilância da criança, esta realizou-se na sua maioria (74,4%) no médico de família, o que vem de encontro à realidade da população, que tem acesso, essencialmente ao médico de família no Centro de Saúde.

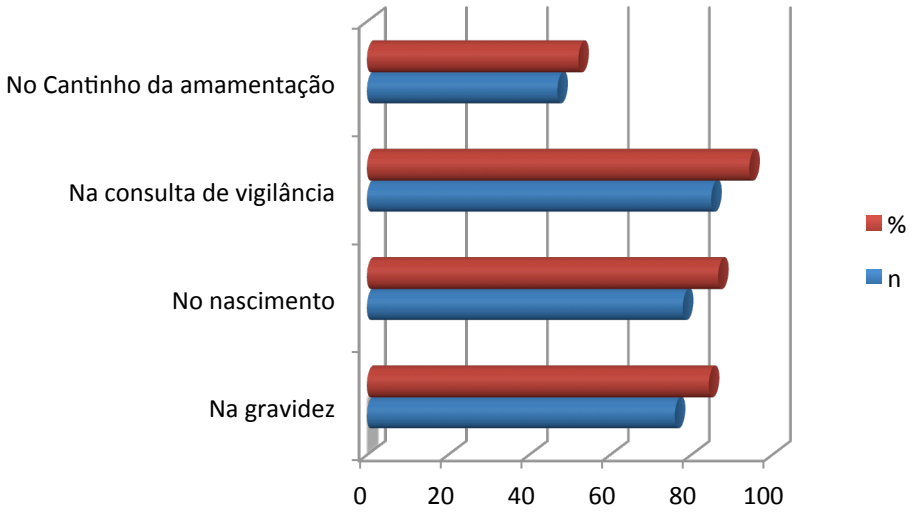
Tabela n.º 4- Distribuição às respostas da questão nº15 "consultas de vigilância".

Variáveis		n	%
Consultas de vigilância	Médico de família	67	74,4
	Pediatra	1	1,1
	Médico de Família e Pediatra	22	24,4

Relativamente ao incentivo à amamentação, observamos no gráfico n.º1 que uma grande número de mães referiu ser incentivada a amamentar durante a gravidez

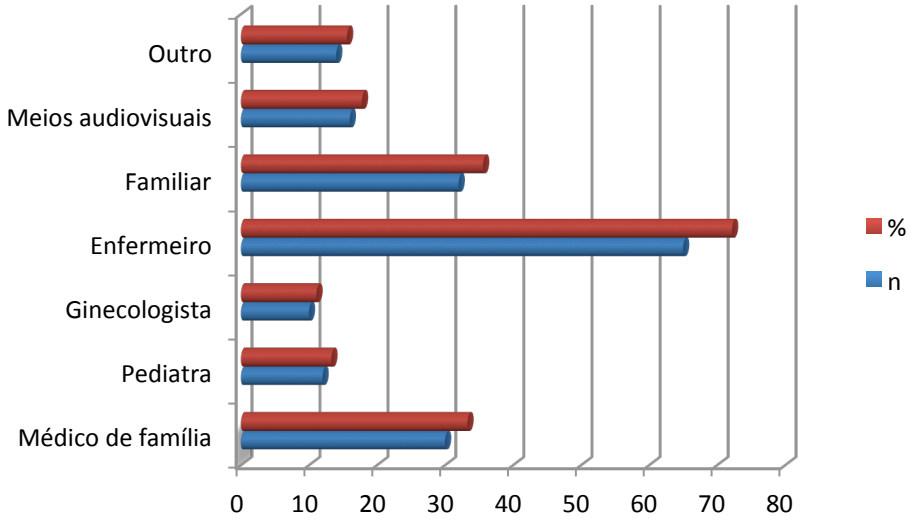
(84,4%), aquando do nascimento da criança (86,7%), ao frequentar o Cantinho da amamentação (52,2%) e principalmente na consulta de vigilância da criança (94,4%).

Gráfico n.º 1- Distribuição às respostas da questão nº17 "incentivo à amamentação".



Analisando quem incentivou, como podemos constatar no Gráfico n.º2 o Enfermeiro é o profissional mais referenciado pelas mães como a pessoa que a incentivou a amamentar com uma percentagem de 72,2%.

Gráfico n.º 2- Distribuição às respostas da questão nº18 "quem a incentivou a amamentar".



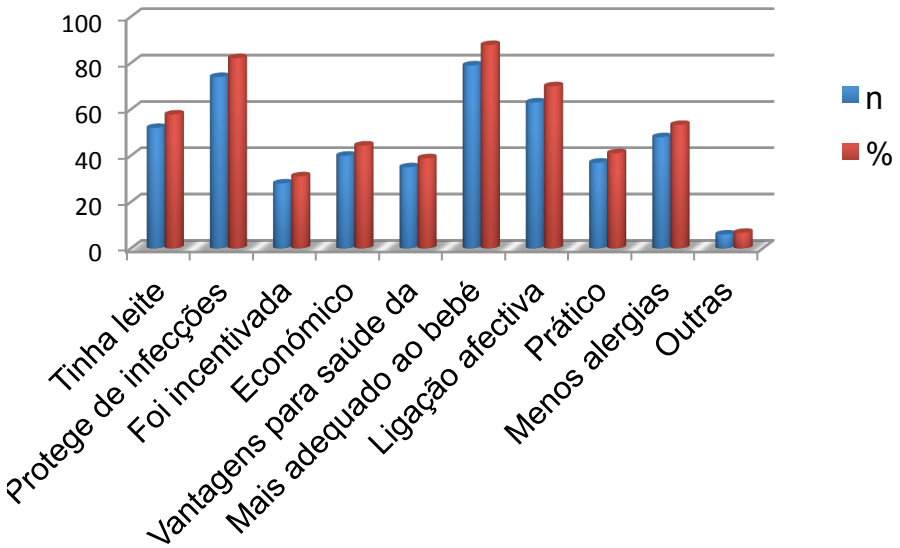
Como podemos ver na tabela n.º5 seguinte e tal como acontece em quase todas as realidades, 98,9% destas mães iniciou o aleitamento materno no hospital. No entanto como iremos observar à frente 16,7% desistiu no primeiro mês (questão 23).

Tabela n.º 5- Distribuição às respostas da questão nº19 "início da amamentação".

Variável		n	%
Início AM (no hospital)	Não	1	1,1
	Sim	89	98,9
Total		**90**	**100**

Como podemos ver na Gráfico n.º3 a seguir, as principais razões pelas quais as mães optam pela amamentação são a ligação afectiva (70%), por proteger de infecções (82,2%) e uma grande percentagem por ser o mais adequado ao bebé (87,8%). Um aspecto interessante a destacar será o facto de um número significativo de mães (57,8%) ainda responder porque "tinha leite".

Gráfico n.º 3- Distribuição às respostas da questão nº20 "porque optou por amamentar".



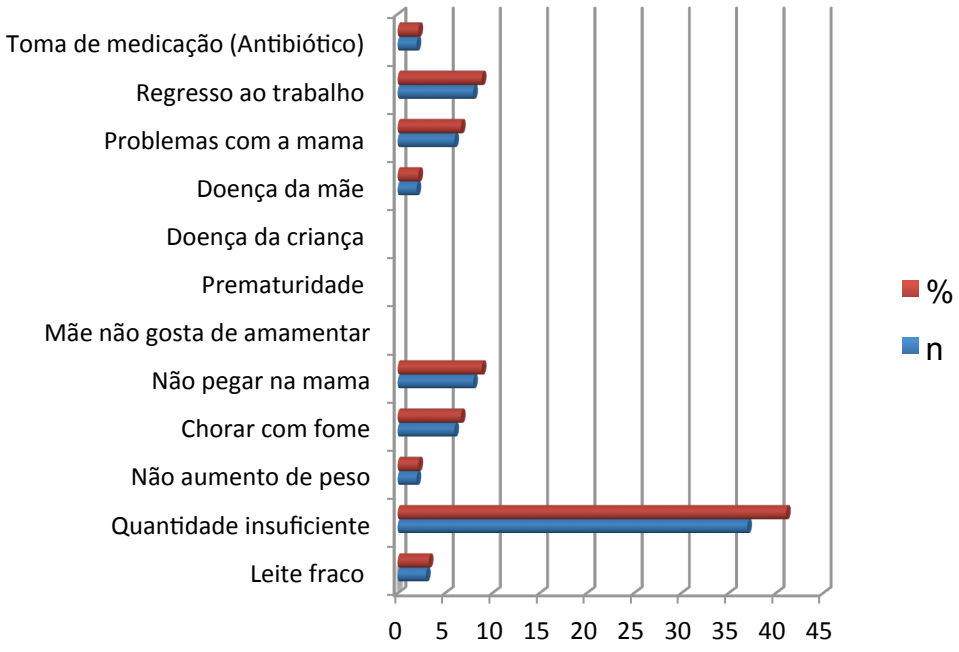
A tabela n.º6 abaixo refere-se a "quantas vezes ao dia" a mãe amamenta, verificando-se que a maioria das mães (10%) que ainda amamentavam, após os seis meses, que só o fazia 3 vezes ao dia.

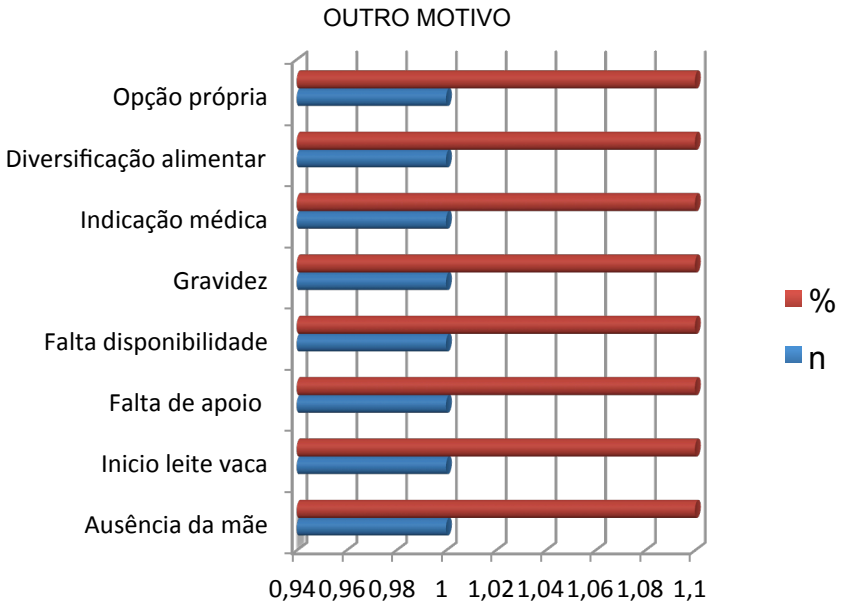
Tabela n.º 6- Distribuição às respostas da questão nº23.1 "quantas vezes ao dia".

Variável		n	%
Quantas vezes	1	3	3,3
	2	7	7,8
	3	9	10
	6	1	1,1
	8	1	1,1
	Horário livre	8	8,9
	Não pode responder	61	67,8
Total		**90**	**100,0**

Quanto à questão n.º 23.2 "porque desistiu" de amamentar, a maioria das mães (41,1%) desistiu por quantidade insuficiente de leite, 8,9% por regresso ao trabalho e 8,9% por o bebé não pegar na mama, tal como demonstrado nos gráficos n.º4 e n.º5. Nas respostas outro motivo, apenas 1 mãe referiu cada uma delas.

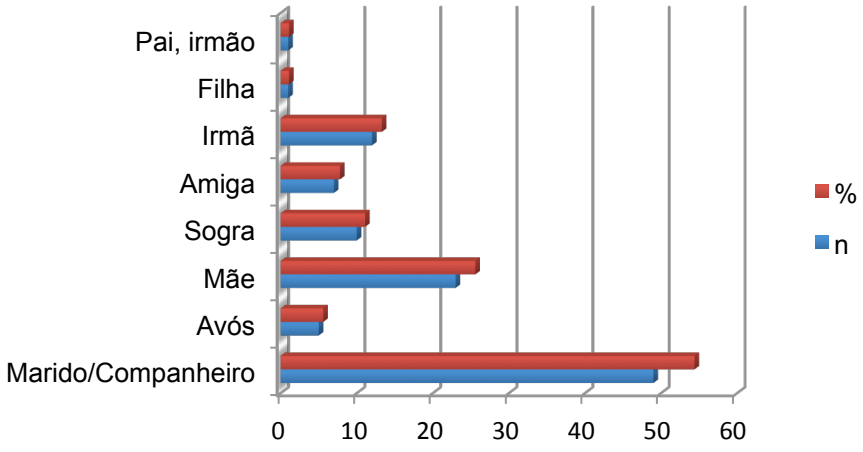
Gráficos n.º 4 e n.º 5- Distribuição às respostas da questão nº23.2 "porque desistiu".





Relativamente a terem sido apoiadas em casa, como podemos verificar no gráfico seguinte nº 6 das 58,9% de mães que referiram ter apoio em casa, a maioria (54,4%) referem ser apoiadas pelos maridos ou companheiros seguido de 25,6% que referiu o apoio da mãe.

Gráfico nº 6 - Distribuição às respostas da questão nº22.1 "quem apoiou em casa".



2.3- RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De seguida vai proceder-se à resposta das questões de investigação que deram origem ao presente estudo.

RESPOSTA À QUESTÃO 1

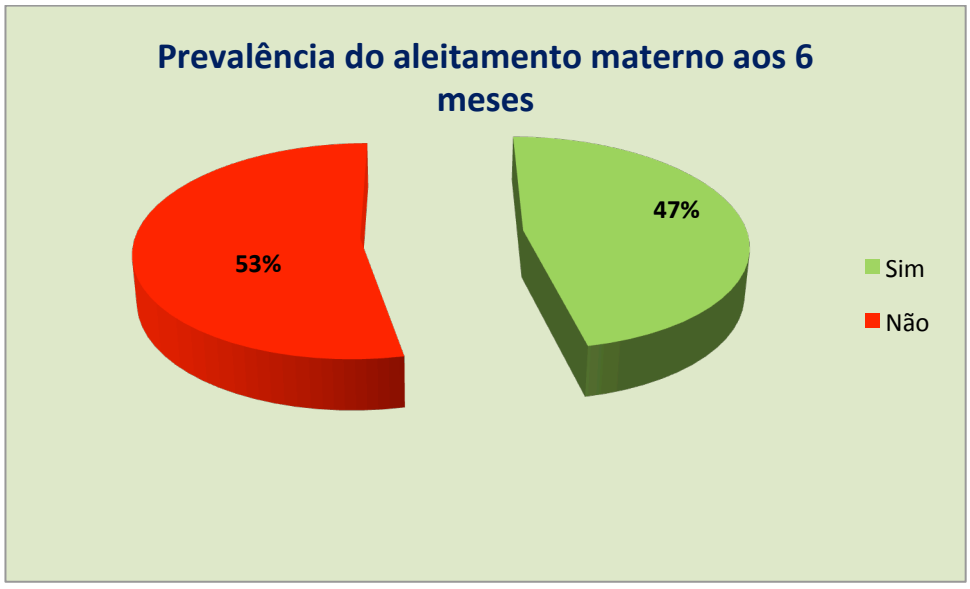
Qual é a taxa de prevalência do aleitamento materno aos seis meses em contextos dos Açores?

Para responder à primeira questão de investigação e calcular a prevalência do aleitamento materno seis meses após o parto, foi necessário analisar os resultados de 2 questões, perceber a percentagem de mães que ainda amamentava (questão 23) e a percentagem de mães que já tinham desistido mas que amamentaram até aos 6-12 meses e aos 12-18 meses (questão 23.2).

Deste modo temos que 32,2% das mães ainda amamentavam. Das 67,8% que haviam desistido de amamentar, 11,1% amamentaram até aos 6-12 meses e 3,33% até 12-18 meses de idade da criança.

Assim, procedemos ao somatório das 32,2% de mães que ainda amamentam com os 11,1% que desistiram aos 6-12 meses e 3,33% aos 12-18 meses **e achámos uma prevalência de 47% de aleitamento materno 6 meses após o parto** ilustrada pelo gráfico n.º7 abaixo.

Gráfico n.º 7- Prevalência do aleitamento materno seis meses após o parto.



RESPOSTA À QUESTÃO 2

Quais os factores que poderão estar associados à prevalência do aleitamento materno nas populações em estudo, particularmente:

a. *Administração de suplemento ao recém-nascido no hospital;*
b. *Ser o 1º filho;*
c. *A existência do "cantinho da amamentação";*
d. *Habilitações literárias dos pais;*
e. *Experiência de amamentação;*
f. *Profissão dos pais?*

Para responder a esta questão de investigação, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) o qual pretende analisar a associação de cada factor à variável *prevalência do aleitamento materno* verificando a existência ou não de significado estatístico.

O único factor que apresentou uma associação negativa com a prevalência do aleitamento materno foi o *Administração de suplemento ao recém-nascido*, tal como podemos observar na tabela n.º7, em que χ^2 =6,805 e é estatisticamente significativo com p=0,008.

Tabela n.º 7- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e a *Administração de suplemento ao recém-nascido*.

	Administração de suplemento ao recém-nascido		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	6,805	90
	p	0,008	

Relativamente à associação da *prevalência do aleitamento materno* com a variável *Ser o 1º filho*, verificamos na tabela cruzada n.º8 que χ^2 =0,024 o que não é estatisticamente significativo com p=0,522.

Tabela n.º 8- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e *Ser o 1º filho*.

	Ser o 1º filho		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	0,024	90
	p	0,522	

Ao analisar a associação da *prevalência do aleitamento materno* com a variável *Cantinho da amamentação*, representada na tabela n.º9 verificamos também não ser estatisticamente significativo uma vez que χ^2 =1,258 com p=0,182.

Tabela n.º 9- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e a variável *Cantinho da amamentação*.

	Cantinho da amamentação		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	1,258	90
	p	0,182	

Quanto à associação da *prevalência da amamentação aos 6 meses* com as *habilitações literárias* dos pais, representada na tabela n.º10 seguinte, χ^2 =2,883, logo não é estatisticamente significativo com um p=0,069.

Tabela n.º 10- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e as *habilitações literárias* por dois grupos: Habilitações menos diferenciadas - 9º ano e Habilitações mais diferenciadas - Secundário e Superior.

	Habilitações literárias		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	2,883	90
	p	0,069	

Outra associação analisada foi a p*revalência da amamentação aos 6 meses* com a variável *amamentou outros filhos*, apresentada abaixo, na tabela n.º11. Assim verificamos que χ^2 =0,143, o que não é estatisticamente significativo com um p=0,434.

Tabela n.º 11- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e *Experiência da amamentação*.

	Experiência de amamentação		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	0,143	90
	p	0,434	

Finalmente, realizou-se a associação da *prevalência da amamentação aos 6 meses* com as *Profissões dos pais* por 2 níveis Graffar, resultando uma tabela cruzada n.º12, em que χ^2 =1,986, mais uma vez não é estatisticamente significativo com um p=0,122.

Tabela n.º 12- Síntese dos resultados da associação de Qui-Quadrado de Pearson entre a *Prevalência aos 6 meses* e as *Profissões dos pais* categorizadas em 2 níveis de Graffar: Graffar mais diferenciado e Graffar menos diferenciado.

	Profissões dos pais		N
Prevalência aos 6 meses	Qui-Quadrado de Pearson (χ^2)	1,986	90
	p	0,122	

RESPOSTA À QUESTÃO 3

Como avaliam as mães a sua experiência no cantinho da amamentação?

Para responder a esta questão elaboraram-se três questões onde se procura analisar, na perspetiva das utentes a importância desta estrutura, o seu significado para a continuidade da amamentação e a sua influência na duração do aleitamento materno.

Assim, do total de 47 entrevistas 1 mãe não respondeu a qualquer questão, 1 mãe não respondeu à questão nº 26 e nº 27 e 5 mães não responderam á questão nº 26.

Assim, da análise de conteúdo e codificação dos textos resultantes da entrevista semiestruturada do GRUPO III do formulário resultou uma matriz com cinco itens construída no programa informático Excel e que levou à construção da tabela de análise categorial das entrevistas (Anexo 4).

Cada entrevista foi codificada com um número que corresponde à ordem pela qual foram realizadas e cada número foi precedido da letra E de "entrevista" para ser mais facilmente identificável. Sendo assim, cada vez que se faz referencia a uma determinada entrevista ao longo do trabalho surge o código E1, E2, E3,...E47.

A primeira coluna Categorias contém os temas-eixo tratados na entrevista, a segunda coluna Subcategorias agrupa as questões analisadas dentro de cada tema-eixo, na coluna Unidade de Registo estão organizados os segmentos de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e contagem frequencial, fazendo-se recortes com base nos temas analisados nas entrevistas. Na coluna enumeração fez-se a contabilização da frequência em que surge cada unidade de registo uma vez que se trata de uma análise quantitativa onde as unidades de registo se repetem.

De seguida apresenta-se o resultado da análise categorial das entrevistas em 3 gráficos cada um relativo a uma categoria e respetivas subcategorias.

Gráfico n.º 8- Análise da categoria a **importância da estrutura**.

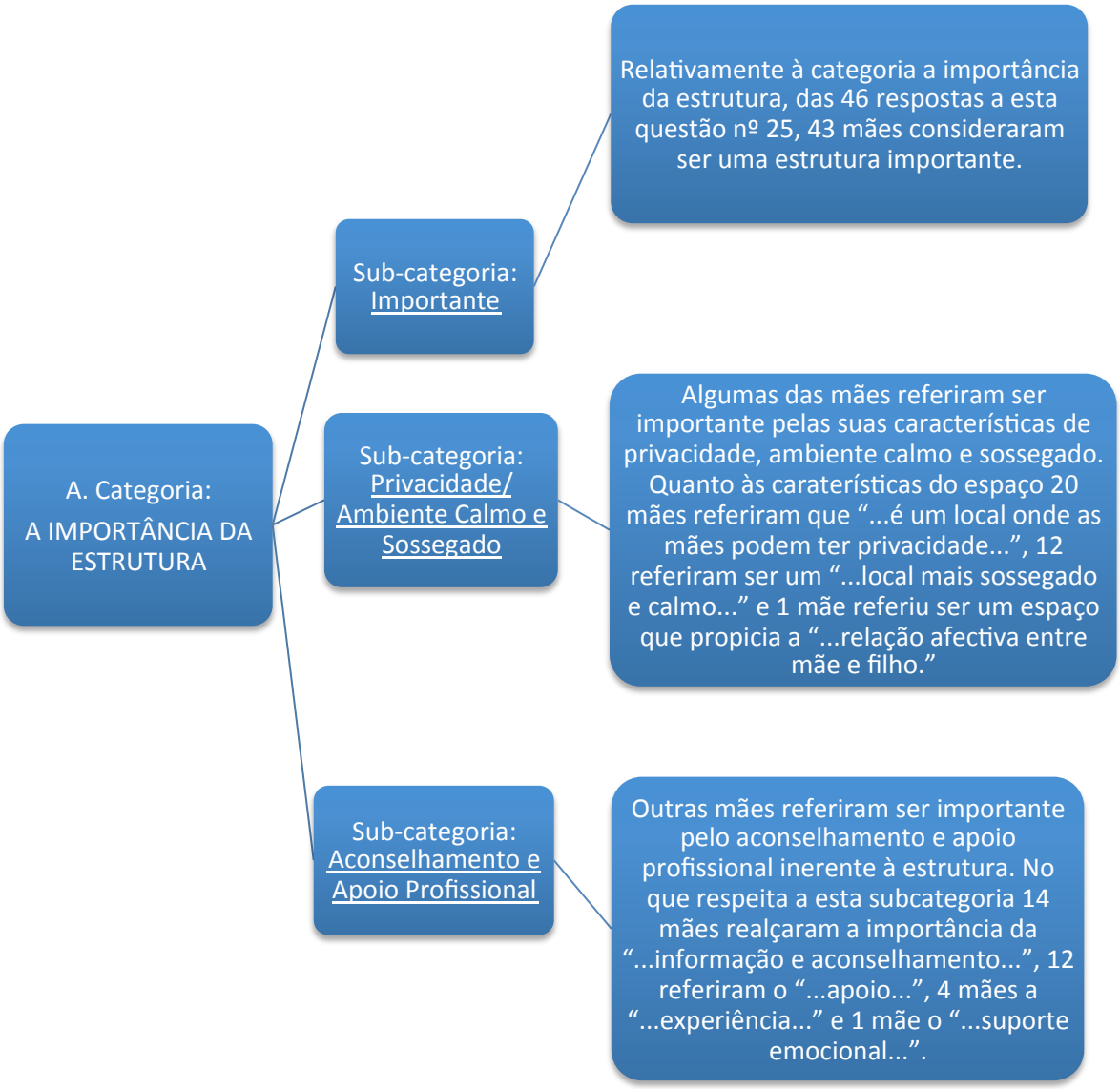


Gráfico n.º 9- Análise da categoria **significado para a continuidade da amamentação**.

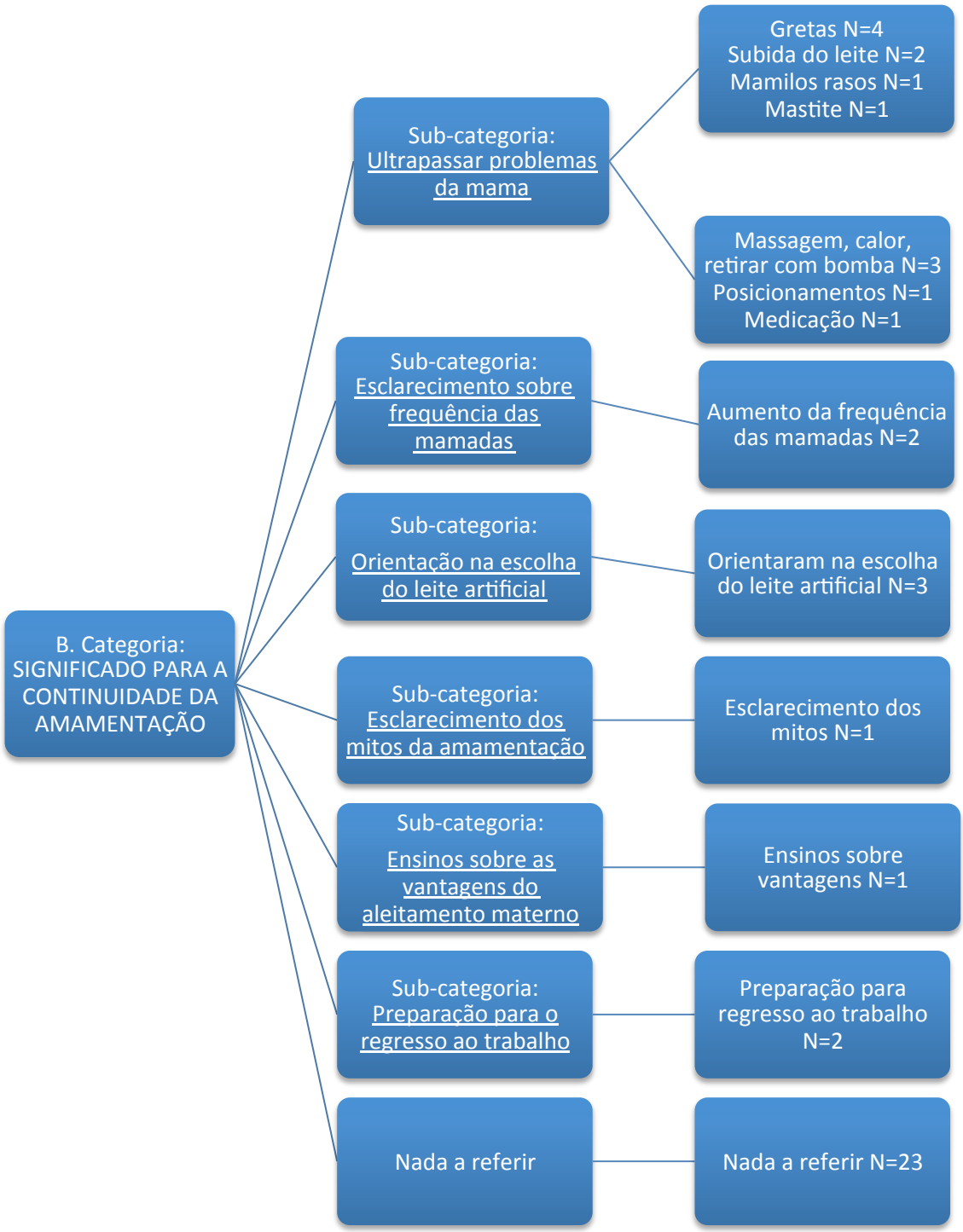
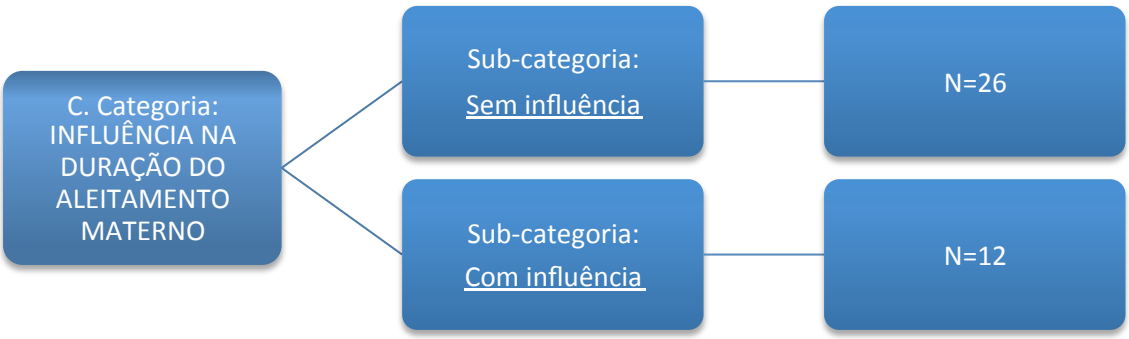


Gráfico n.º 10- Análise da categoria **influência na duração do aleitamento materno**.



3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o tratamento e análise dos dados colhidos consideramos ser possível concluir que a nossa amostra tem dimensões consideráveis para que os seus resultados sejam importantes para a população alvo. Os resultados quantitativos não apresentaram associações estatisticamente significativos na sua maioria, no entanto, com a análise dos discursos das mães, podemos inferir alguns significados importantes que confirmam a pertinência da existência da estrutura "cantinho da amamentação", no apoio ao aleitamento materno.

Como limitações do estudo, podemos referir o facto do mesmo não ser experimental e a investigação ter sido realizada sobre a amamentação não exclusiva pelas razões já referidas no capítulo da justificação do estudo.

QUESTÃO 1

Relativamente à questão 1, podemos verificar, no presente estudo uma prevalência do aleitamento materno, seis meses após o parto, de 47%, ainda que sem exclusividade, mas com um grande significado. Esta percentagem é muito mais elevada do que os dados apresentados no estudo realizado em 2005/2006 nos Açores (único estudo encontrado) em que cerca de 26% dos lactentes faziam aleitamento materno exclusivo até aos três meses e apenas cerca de 6% faziam aleitamento materno até aos seis meses (Ministério da Saúde, 2007). Podemos deduzir que o investimento feito na promoção do aleitamento materno pelos profissionais de saúde tem tido resultados favoráveis.

Tendo em consideração que o profissional especializado em aleitamento materno desempenha um papel importante na promoção da amamentação influenciando diretamente a sua taxa de prevalência e duração (Lana & Lamounier, 2009). O investimento na amamentação referido anteriormente traduz-se em cursos de conselheiros em aleitamento materno na região, muito particularmente nas três Ilhas de Faial, Pico e São Jorge onde incidiu o estudo. Em todos os centros de saúde destas três ilhas já existem profissionais de enfermagem com o curso de Conselheiros

em Amamentação, tal como referido na bibliografia consultada, constitui um aspeto fundamental para o aumento da prevalência do aleitamento materno.

Temos plena consciência que não atingimos a meta estabelecida pela DGS para 2010, uma taxa de aleitamento materno aos seis meses superior a 50%, mas este valor está acima das percentagens nacionais que em 2005/2006 apresentavam-se a cerca de 28% no aleitamento materno até aos 6 meses. Se evoluir com esta tendência crescente podemos aspirar chegar a esta meta num futuro próximo.

Um projeto importante é o registo do aleitamento materno, pelo observatório do aleitamento materno, projeto apoiado financeiramente pela DGS, que permitirá determinar a prevalência da iniciação e da continuidade do AM em Portugal e avaliar as práticas alimentares dos lactentes e das crianças pequenas em Portugal (Órfão, 2012).

QUESTÃO 2

Quais os factores que poderão estar associados à prevalência do aleitamento materno nas populações em estudo, particularmente:

a. *Administração de suplemento ao recém-nascido no hospital;*
b. *Ser o 1º filho;*
c. *A existência do "cantinho da amamentação";*
d. *Habilitações literárias dos pais;*
e. *Experiência da amamentação;*
f. *Profissão dos pais?*

(a.) O factor *Administração de suplemento ao recém-nascido no hospital* está associado à prevalência do aleitamento materno com p=0,008, ou seja, é estatisticamente significativo. Esta associação apresenta-se como uma relação negativa pois o aumento da suplementação do recém-nascido leva à diminuição da prevalência da amamentação. Este dado vem de encontro a estudos já publicados que verificaram que o facto de os recém-nascidos terem efetuado pelo menos uma toma de suplemento com leite artificial no hospital, relacionou-se com uma maior taxa de abandono da amamentação (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007; Carneiro & Galvão, 2012).

Comparativamente ao estudo de Marques, *et al*. (2009) que apresentou uma percentagem de 14%, no presente estudo a percentagem é mais alta, com 26,7% das

mães a referir ter sido administrado suplemento ao recém-nascido. Relativamente aos estudos de Branco, *et al*. (2004) com uma percentagem de 34% e Sarafana, *et al*. (2006) com uma percentagem de 52% o presente estudo foi inferior mas continua a ser preocupante, uma vez que este é um factor que parece influenciar negativamente na duração da amamentação. Se houver uma justificação clínica para a introdução do leite artificial, este deve ser administrado por copo, minimizando o risco de *nipple confusion* (Marques, *et al*., 2009). Como podemos verificar no presente estudo, uma das causas mais referidas pelas mães para desistir de amamentar foi o bebé não pegar na mama (8,9%).

(b.) e (e.) *Ser o primeiro filho* foi um factor que não apresentou significado estatístico na sua associação com a prevalência da amamentação com p=0,522. Por seu lado, relativamente a *Ter amamentado outros filhos* também não se conseguiu demostrar qualquer influência no aumento da prevalência da amamentação. Ao contrário do verificado em outros estudos onde a primiparidade associou-se a taxas de abandono mais elevadas e mais precoces e a experiência prévia com outros filhos contribuiu positivamente para a manutenção do aleitamento materno por mais tempo (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007; Levy & Bértolo, 2008).

(c.) Aquando da análise da *Existência do cantinho da amamentação* com a prevalência do aleitamento materno, não foi encontrado significado. Apesar de não haver inferência estatística nesta relação, podemos verificar que esta estrutura é importante. Isto não pelo aumento da prevalência, mas a sua importância decorre da experiência vivida pelas mães, que é positiva.

Um aspeto particular do cantinho da amamentação existente no Centro de Saúde da Horta, é que neste momento é utilizado particularmente como estrutura física, uma vez que as enfermeiras responsáveis pelo aconselhamento aproveitam o espaço e a hora de consulta de saúde infantil para realizar os ensinos e esclarecer as dúvidas das mães. O espaço/estrutura física representa assim um lugar privado e sossegado para a amamentação, tal como referiram as mães entrevistadas. Deste modo, as mães que não tiveram qualquer situação a referir, até podem ter tido acesso ao apoio e aconselhamento das profissionais durante a consulta e associar ao cantinho apenas o espaço físico.

Muitos esforços têm sido feitos no sentido da divulgação do cantinho da amamentação e da sua importância em diferentes instituições, não só de saúde mas também nos locais de trabalho das mães. Neste sentido podemos realçar o Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar da DRS dos Açores (Direção

Regional da Saúde, 2009-2012), que deliberou competências para cada área de cuidados a atingir pelos Centros de Saúde/Unidades de Saúde de Ilha, em que uma delas é a promoção do aleitamento materno, através da generalização dos "cantinhos da amamentação".

Uma situação particular que ilustra a importância do cantinho da amamentação em outros locais além das instituições de saúde, foi a iniciativa de organizar um cantinho da amamentação durante as festividades da semana do mar na cidade da Horta (Ilha do Faial). Várias mães aderiram e ainda durante a realização das entrevistas do presente estudo, algumas relembraram e elogiaram a iniciativa referindo ser importante repetir e alargar estes espaços para os locais de trabalho das mães.

Como conseguimos verificar a maior percentagem de desistências ocorreu no período de 4 ou 12 meses o que coincide com a introdução da diversificação alimentar e o regresso ao trabalho das mães. De forma a colmatar esta situação, vários países já adotaram espaços idênticos aos cantinhos da amamentação em instituições de saúde e nos locais de trabalho das mães que designam por *lactation centres* e onde as mães podem amamentar ou retirar leite sempre que necessitem. Alguns destes *lactation centres* são espaços semelhantes a clínicas, fora dos locais de trabalho das mães, mas dedicados em exclusivo ao aconselhamento em aleitamento materno aos quais as mães podem recorrer para esclarecer dúvidas e ser orientadas por profissionais especializados no sentido da continuidade da amamentação.

Pelo facto dos cantinhos de amamentação se encontrarem em instituições de saúde e o aconselhamento ser feito por profissionais desta área, foi importante verificar neste estudo que o enfermeiro é o profissional mais referenciado pelas mães no apoio à amamentação (72,2%). Será difícil verificar este enquanto factor determinante na adesão e continuidade da amamentação, mas podemos destacá-lo para realçar a importância da formação destes profissionais em aleitamento materno e se tornarem cada vez mais especializados nesta área.

O dado anterior vem contrariar outros estudos publicados que referem que os familiares/amigos e a comunicação social foram as fontes de informação mais significativas (70%) (Sandes, *et al*. 2007).

Outro aspeto a salientar é o facto da maioria das mães ter sido incentivada durante a gravidez (76%), aquando do nascimento da criança (78%), nas consultas de vigilância (85%) e no cantinho da amamentação (47% do grupo que frequentou o cantinho da amamentação), uma vez que estes representam momentos cruciais de contacto entre os enfermeiros e as grávidas ou as díades mães/crianças. O cantinho

da amamentação está presente e pode ser uma estrutura importante de apoio em qualquer uma destas situações de contacto com a grávida ou puérpera.

(d.) Relativamente às *Habilitações literárias dos pais* também não se percebeu qualquer associação (p=0,069) com a prevalência do aleitamento materno, uma vez que os pais apresentavam na sua maioria a escolaridade obrigatória ou mais. Este dado vem de encontro aos de Marques, *et al*. (2009) que afirmam que o nível educacional das mães não pareceu influenciar a duração média do aleitamento materno. Deste modo, estes dados contrariam a maioria dos trabalhos que indicam que existem melhores níveis de aleitamento materno em filhos de pais com maior nível de escolaridade e socioeconómico (Silva & Souza, 2005; Narchi, *et al*. 2009).

Estes dados podem resultar de um aumento de mães com o secundário e ensino superior e uma diminuição das mães domésticas.

(f.) O factor *Profissão dos pais* é outro sem significado estatístico na prevalência do aleitamento materno com um p=0,122. Assim não se comprova o descrito em outros estudos, onde as mães com rendimento inferiores amamentam durante menos tempo (Branco, *et al*., 2004).

Um factor relacionado com a profissão materna e que poderá influenciar a prevalência do aleitamento materno é a licença de maternidade, apenas até ao 4º mês (paga a 100%) e 5º mês (pago a 80%), o que leva muitas mães a optar por introduzir mais cedo a alimentação diversificada. Um dos motivos para desistir, referido pelas mães no presente trabalho, relaciona-se com o regresso ao trabalho (8,9%) e continua a ser uma barreira importante para a duração do aleitamento materno, contribuindo para uma diminuição acentuada da taxa de amamentação dos três para os seis meses (Sandes, *et al*., 2007).

QUESTÃO 3

Como avaliam as mães a sua experiência no cantinho da amamentação?

Após uma análise minuciosa dos resultados desta questão, podemos verificar que os seus resultados foram importantes para percebermos a importância desta estrutura na perspetiva das mães e daqui emergiram **3 categorias**.

A avaliação das mães veio de encontro ao que se falou ao longo do enquadramento teórico do presente estudo. Relativamente à categoria **Importância da estrutura** emergiram 3 subcategorias.

A subcategoria ***Importante***, foi referida por 43 mães relativamente ao cantinho da amamentação como uma estrutura importante.

A subcategoria ***Privacidade/Ambiente*** calmo e sossegado, caraterizando esta estrutura quanto às suas caraterísticas físicas que proporcionam um espaço privado, calmo e sossegado para estas se relacionarem com os seus filhos durante a amamentação.

E finalmente emergiu a terceira subcategoria ***Aconselhamento e Apoio profissional*** também proporcionado pelo cantinho da amamentação. Além das caraterísticas físicas que se destacam, também possibilita às mães esclarecer dúvidas e melhorar o seu desempenho como mães beneficiando a sua relação com a criança numa perspectiva de aprofundar os laços afetivos ou a vinculação entre os dois.

Quanto à categoria **Significado para a continuidade da amamentação**, emergiram 7 subcategorias: ultrapassar problemas da mama, esclarecimento sobre frequência das mamadas, orientação na escolha do leite artificial, esclarecimento dos mitos da amamentação, ensino sobre as vantagens do aleitamento materno, preparação para o regresso ao trabalho e nada a referir.

E finalmente a terceira categoria **Influência na duração do aleitamento** emergiram 2 subcategorias: sem influência e com influência. Isto é, 26 mães consideraram que o apoio do cantinho da amamentação não teve influência na duração do aleitamento materno, sendo que 12 consideraram ter influência.

A importância desta estrutura no apoio à amamentação não está evidente nos resultados quantitativos do presente estudo, mas na análise categorial das respostas à entrevista.

Para corroborar esta importância citamos os objetivos da ONG "Mamamater" criada em Portugal em 2001 e que apoia o aleitamento materno: contribuir para aumentar a taxa de Amamentação em Portugal, multiplicar o número de "Cantinhos da Amamentação" e ligar em rede todos os Centros de Saúde e Serviços com "Cantinho da amamentação", criar uma base de dados Nacional de rede de serviços de apoio específico e finalmente apoiar grupos de consultoras domiciliárias em forma de grupos de ajuda às mães (Pereira, 2006).

Os benefícios desta estrutura também se alargam à estrutura familiar da díade mãe/criança, uma vez que a mãe fica mais confiante e predisposta a relacionar-se com o seu marido e restante família que por sua vez também aceitam mais facilmente todo o processo da amamentação. Pereira (2006) refere um estudo de Ingram,

Johnson e Greenwood de 2002 no qual os resultados apontam para a importância de incluir a família na preparação para o leite materno e no suporte ao mesmo, uma vez que os factores se associaram positivamente ao sucesso do aleitamento materno.

Um aspeto referido pelas mães é o facto de as enfermeiras terem valorizado as dificuldades e quando a situação se mostrava irreversível, orientarem as mães para a escolha do leite artificial mais adequado ao bebé. Este ponto do aconselhamento materno é controverso, pois os profissionais estão ainda muito virados para o sucesso e por vezes não compreendem as mães de uma forma empática, tentando impingir os seus conhecimentos e técnicas científicas em prol da continuação da amamentação.

O facto de o aleitamento materno atualmente não ser um ato natural, necessitando de aprendizagem, a sociedade não aceitar o ato da amamentação em público, são dois factores fundamentais e que podem condicionar a amamentação. Por isso, o aconselhamento e apoio são fundamentais para minimizar o primeiro ponto e estruturas como o cantinho da amamentação para colmatar o segundo factor.

CONCLUSÕES

Neste capítulo pretendemos apresentar algumas conclusões sobre o estudo em causa, retirar algumas considerações para a prática do apoio e aconselhamento ao aleitamento materno pelos enfermeiros especializados nesta área e para todos os outros que tenham contacto com estas mães. Apresentar ainda sugestões consequentes do estudo, como alguns temas para investigações futuras e partilhar as limitações e dificuldades sentidas ao longo da investigação.

Assim podemos verificar que a taxa de aleitamento materno seis meses após o parto na população estudada no presente estudo é de 47%, uma taxa muito aproximada à meta estabelecida pela DGS para 2010 de 50% e acima das taxas nacionais de 28%, encontradas durante a pesquisa bibliográfica.

O factor que demonstrou uma associação com a prevalência do aleitamento materno aos seis meses foi a *administração de suplemento ao recém-nascido no hospital*, será uma relação negativa pois se houver aumento da suplementação do recém-nascido há uma diminuição da prevalência do aleitamento materno. Assim, deve ser feito um maior esforço dos profissionais de saúde para evitar esta prática e sempre que houver uma razão médica para tal, fazê-lo por copo.

Em relação à *existência do cantinho da amamentação* e apesar de não ter sido demonstrado inferência estatística na sua associação com a prevalência da amamentação, a sua importância foi evidenciada pela experiência positiva vivida pelas mães e expressa nas respostas às entrevistas.

Na análise categorial das respostas à entrevista semiestruturada, podemos verificar que as mães consideram a estrutura cantinho da amamentação importante quer pelas suas caraterísticas físicas que proporcionam privacidade e um ambiente calmo e sossegado, quer pelo aconselhamento e apoio profissional. Verificamos ainda que, algumas mães consideram ser uma estrutura com significado para a continuidade da amamentação, particularmente em situações de dificuldades da amamentação que são ultrapassadas com o apoio e orientação dos profissionais especializados existentes nestas estruturas.

A presente investigação mostrou ser uma experiência desafiadora quer nos momentos de incerteza, receios e preocupações de não conseguir alcançar as metas estabelecidas; quer nos momentos de persistência na procura de resultados. A necessidade de descobrir e conhecer de forma mais profunda estes resultados e o interesse pessoal da investigadora no tema investigado, contribuíram para o empenho na elaboração deste relatório.

Como sugestões deste estudo deixamos: a criação de um cantinho da amamentação nas instituições de saúde participantes no estudo, implementação da visitação domiciliária às puérperas pelo menos uma vez por mês nos primeiros três meses de vida da criança e se possível até aos seis meses e a divulgação do registo do aleitamento materno de modo a que este seja implementado nas consultas de saúde infantil e pediátrica das instituições de saúde.

Tendo consciência que foi um trabalho demorado e complexo, tentou-se cumprir o rigor dos pressupostos metodológicos exigidos num estudo desta natureza.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, G.; Spiri, W.; Juliani, C.; Paiva, B. (2008). Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciência e Saúde Coletiva*. *13*(2). p. 487-494.

Alarcão, V. *et al*. (2012). Prevalência e determinantes do aleitamento materno em Portugal. [em linha]. Poster. XI Congresso de Nutrição e Alimentação. 24 e 25 de Maio: Porto. Portugal. [consult. 5 Set. 2012]. Disponível em: http://www.uepid.org/projectos-aleitamento

Alarcão, V. *et al*. (2012). Factores relacionados com a prevalência e exclusividade do aleitamento materno em Portugal nos primeiros 6 meses de vida. Comunicação oral. Nono Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação. [em linha]. 16 e 17 de Outubro: Porto. Portugal. [consult. 12 Nov. 2012]. Disponível em: http://www.uepid.org/projectos-aleitamento

American Academy of Pediatrics (2005). Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 115. p.496.

American Dietetic Association (2005). Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *Am Diet Assoc*. 105. p.810.

ARS Algarve (2007). Cantinho da amamentação. [em linha]. [consult. 14 Junh. 2011]. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=80

Araújo, M.; Schmitz, B (2007). Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Ver Panam Salud Publica*. *22*(2). p. 91-99.

Barros, F.; Semer, T.; Filho, S.; Victoria, C. (2002). Avaliação do impacto de Centros de Lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. *Rev. Bras. Epidemiol*. *5*(1). 5-14 p.

Bardin, L. (2004) Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70. 3ª ed. 224 p. ISBN 9724412148

Bosco, S. (2010). Terapia Nutricional em Pediatria. São Paulo: Editora Atheneu. 416 p. ISBN: 978-85-388-0140-5.

Branco, A. *et al*. (2004). Aleitamento materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 35. p. 441-445.

Brito, H., *et al*. (2011). Experiência do aleitamento materno. Centro Hospitalar do Porto, Unidade Maternidade Júlio Dinis. *Acta Pediatr Port*. *42*(5). p.209-214.

Caldeira, T.; Moreira, P.; Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Rev Port Clin Geral*. *23*. p.685-699.

Calil, V.; Falcão, M. (2003). Composição do leite humano. *In* Feferbaum, R.; Falcão, M. Nutrição do recém-nascido. São Paulo: Editora Atheneu. p.215-227.

Campos, I. (2011). Guias de saúde: aleitamento materno. Faculdade de medicina da universidade do Porto. Hospital de São João, E.P.E. 50 p. ISBN:978-989-554-779-1.

Cardoso, L. (2006). Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado. 209 p.

Carneiro, P.; Galvão, D. (2012). Aleitamento materno no concelho de Portimão aos 6 meses de vida do bebé: factores condicionantes. *Nursing*. 277 p.

Carvalho, M.; Tamez, R. (2005). Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª edição. ISBN: 85-277-1085-4.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). (2004) Lactancia Materna: guía para profesionales. Barcelona: Monografías de La A.E.P. (5). ISBN: 84-8473-227-0.

Comité Português para a Unicef (2011). O Aleitamento Materno na Comunidade. Comunicado de Imprensa. Lisboa. 1 p.

Cordeiro, J. (1987). A saúde mental e a vida. 2ª edição. Lisboa: Edições Salamandra.

Costa, C. (2007). Representação do papel do pai no aleitamento materno. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto. Mestrado em Nutrição Infantil.

Damião, J. (2008). Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. *11*(3). p. 442-452.

Direção Regional da Saúde (2009-2012) Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar. 16 p.

Diário Online (2009). Cantinho da amamentação de Lagos recebeu Certificado de Selo de Qualidade: distinção atribuída pale DGS e pela Associação Mama Mater. [em linha]. [consult. 23 Junh. 2011]. Disponível em: http://www.regiao-sul.pt/noticia.php?refnoticia=95424

Eidelman, A.; Schanler, R. (2012) Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics: *Pediatrics*. *129*(3). e827-e841.

Fortin, M. (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. 5ª ed. Loures: Lusodidacta.

Galvão, D. (2006). Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Loures: Lusiciência. 199 p. ISBN: 972-8930-11-9.

Gaspar, C.; Ferreira, S. (2011). Amamentação: Experiência 3D - Determinantes da motivação para a amamentação.

González, C. (2008). Manual prático do aleitamento materno. Mamamater, Sosamamentação.

George, F. (2010) Circular informativa: Registo do aleitamento materno. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Reprodutiva. 26/DSR.

Gonçalves, Helder; Saianda, Ana. s/d. Aleitamento Materno. Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo. 6 p.

Haggerty, P.; Rutstei, S. (1999). Demographic and health surveys. Comparative Studies Nº30. Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding. Calverton, MD: Macro Internacional Inc.

Hockenberry, M.; Wilson, D.; Winkelstein, M. (2006). Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 1303 p. ISNB 85-352-1918-8.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Espaço de Informação para o aleitamento materno. 2009. [em linha]. [consult. 12 Jan. 2013]. Disponível em: http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/cantinho-da-amamentacao_117

Lana, A.P.B.; Lamounier, J.A. (2009). Saúde da família – Centro de saúde amigo da criança. Belo Horizonte: Coopmed. 248 p. ISBN: 978-85-7825-024-9.

Lana, A.P.B.; Lamounier, J.A.; César, C.C. (2004). Impacto de um programa para promoção da amamentação em um Centro de Saúde. *J. Pediatr*. *80*(3). p. 235-239.

Lawrence, R.M.; Lawrence, R.A. (2001). Given the benefits of breast feeding, what contraindications exist?. Pediatr Clin North Am. 48. p. 235-251.

Levy, L. (1996). O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de doutoramento.

Levy, L.; Bértolo, H. (2008). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, Lisboa. 44 pp. ISBN 96436.

Lopes, B.; Marques, P.; (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. Rev Port Clin Geral. *20*. 539-544 p.

Ludvigsson, J. (2003) Breastfeeding in Bolivia: Information and attitudes. BMC Pediatrics. *3*(4). 12 p.

Mahan, L.; Escott-Stump, S. (2010). Krause alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 10ª edição.

Maia, M. (2007). O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. 181 p.

Mannel, R.; Martens, P.; Walker M. (2011). Manual prático para consultores de lactação. Loures: Lusociência, 2ªedição. ISBN: 978-972-8930-59-2.

Marinho, C.; Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. Lisboa. *Psicologia, Saúde e Doenças*. *5*(1). p. 93-105.

Marques *et al*. (2009). Aleitamento materno no distrito de Viseu entre 1999 e 2009. p. 77-82.

Martin, R.; Gunnell, D.; Owen, C.; Smith, G. (2005). Breast-feeding and childhood cancer: A systematic review with metaanalysis. *International Journal of Cancer*. *117*(6). p. 1020-1031.

Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa, ONSA, 2007.

Narchi, N. *et al*. (2009). Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP*. 43(1). p. 87-94.

Nelas, P.; Ferreira, M.; Duarte, J. (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência.* 2ª série. 6. p. 39-56.

Neto M. (2006). Aleitamento materno e infecção ou da importância do mesmo na sua prevenção. *Acta Pediatr Port*; 1. p. 23-26.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2012). 10 facts on breastfeeding. [em linha]. [consult. 15 Jan. 2013]. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de posição.

Órfão, A. (2012). Registo do aleitamento materno: relatório de Julho de 2010 - Junho de 2011. Direção Geral de Saúde/ Divisão de Saúde Reprodutiva/ Mama Mater/ Associação pró Aleitamento Materno em Portugal. 26 p.

Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. 2008. [em linha] . [consult. 12 Junh. 2012]. Disponível em: http://www.ibfan.org.br/documentos.

Pereira, M. (2006). Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação. Loures: Lusociência. 299 p. ISBN 972-8930-21-6.

Pérez-Escamilla, *et al*.. (1995). Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr*. 125. p. 2972-2984.

Polit, D. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização/ Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck, Bernardette P. Hungler; trad. Ana Thorell. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed. 487 p.

Portal da Saúde (Maio, 2009). Cantinho da amamentação no Barreiro: Hospital de Nossa Senhora do Rosário inaugura hoje, 8 de Maio, o Cantinho da Amamentação no Serviço de Obstetrícia. [em linha]. [consult. 12 Junh. 2012]. Disponível em:

http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/cantinho+amamentacao.htm

Portal da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2010) Semana Mundial do Aleitamento Materno. [em linha]. [consult. 12 Junh. 2012]. Disponível em:

http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/eventos/smam+algarve.htm

Público (Janeiro/2011). Cientistas contrariam recomendações de leite materno: estudo publicado no British Medical Journal. Público. 2 p. [em linha]. [consult. 12 Junh. 2012].

Disponível em: http://saude.sapo.pt/noticias/saude-medicina/cientistas-contrariam-recomendacoes-de-leite-materno.html

Ramsay, D. *et al*. (2005). The use of ultrasound to characterize milk ejection in women using na electric breast pump. *J Hum Lact*.. *21*. p. 421-428.

Ramsay, D.; Kent, J.; Owens, R.; Hartman P. (2004). Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. *Pediatrics*.. *113*. p. 361-367.

Regulamento nº 123/2011. D.R. II Série. 35 (18-02-11) 8653-8655.

Rocha, L.; Gomes, A. (1998). Prevalência do Aleitamento Materno nos primeiros seis meses de vida. Saúde Infantil. *20*(3). 59-66 p.

Sandes, A. *et al*. (2007). Aleitamento materno: prevalência e factores e factores condicionantes. *Acta Med Port*. 20. 193-200 p.

Santos. N. (2009). Assistência de enfermagem materno-infantil. 2ª ed. São Paulo: Iátria. 294 p. ISBN 978857614025X

Santos, N., *et al*. (1988). Amamentação no 1º ano de vida. Estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. *Arquivos de Medicina. 2*. p. 56-61.

Saraiva, H. (2010). Aleitamento materno: promoção e manutenção. Lidel. 240 p. ISBN 9789727576593.

Sarafana, S.; Abecasis, F.; Tavares, A.; Soares, I.; Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*. *37*(1). p. 9-14.

Schmied, V., *et al*. (2011). Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*. *11*(208).10 p.

Schack-Neilsen, L.; Michaelsen, K. (2006) Breastfeeding and Future Health. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. *9*(3). p. 289-296.

Silva, A.; Gomes-Pedro, J. (2005). Nutrição pediátrica: princípios básicos. Lisboa. Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria. 240 p.

Silva, A.; Souza, N. (2005). Prevalência do aleitamento materno. *Rev. Nutr. Campinas*. *18*(3). 301-310 p.

Silva, M.; Moura, M.; Silva, A. (2007). Desmame precoce: representações sociais de mães. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. *9*(1). p.31-50.

Sousa, B.; Pacheco, T. (2010) Aleitamento Materno: do que se diz ao que se sabe…Coimbra: MinervaCoimbra. 96 p. ISBN: 978-972-798-283-7.

Velillas, J.; Comité de Lactancia Materna de la AEP. (2011). Recomendaciones para la lactancia materna. 6 p.

Waletzky, L. (1979). Husband's problems with breast-feeding. *Amer J Orthopsychiat*. *49*. p. 349-352.

WHO (World Health Organization) (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva. Division of child health and development. 111 p.

WHO (World Health Organization) (2002). Nutrient adequacy of exclusive breastfeedingfor the term infant during the first six months of life. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization); UNICEF (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva: World Health Organization. *73*. p. 165-174.

World Health Organization (2003). Global strategy for infant and young child feeding. Geneve: World Health Organization / Unicef.

ANEXOS

ANEXO 1

"Formulário aplicado às mães"

Nº_____

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Formulário dirigido aos participantes no Estudo: "Cantinho da Amamentação – factor determinante para a prevalência do aleitamento materno".

GRUPO I - DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Por favor responda às seguintes questões preenchendo por extenso os espaços (____) e com X as quadrículas (□):

- **DA CRIANÇA**

1-Idade:_____meses

2- Género: □ Fem. □ Masc.

3-Peso ao nascer:_____

4-Nasceu com quantas semanas?_____semanas

5-Tipo de parto:

a) Eutócico □

b) Cesariana □

c) Ventosa □

d) Forceps □

- **DA FAMÍLIA**

6-Idade da mãe aquando do nascimento deste(a) filho(a):_____anos

7-Estado Civil:

a) Solteiro(a) □

b) Casado(a) ou em regime de união de facto □

c) Separado(a) de facto ou divorciado(a) □

d) Viúvo(a) □

Nº_____

8-Habilitações literárias:

Da mãe
- a) Analfabeto □
- b) Sabe ler e escrever □
- c) 4ºano □
- d) 1ºciclo (5º-6º ano) □
- e) 2ºciclo (7º-9º ano) □
- f) Secundário (10º-12º ano) □
- g) Ensino Superior □

Do pai
- a) Analfabeto □
- b) Sabe ler e escrever □
- c) 4ºano □
- d) 1ºciclo (5º-6º ano) □
- e) 2ºciclo (7º-9º ano) □
- f) Secundário (10º-12º ano) □
- g) Ensino Superior □

9-Profissão da mãe: _____

10-Está desempregada?_____

11-Quantos meses ficou em casa com o seu bebé?

a) 1 mês □; b) 2 meses □; c) 3 meses □; d) 4 a 6 meses □

12-Profissão do pai:_____

13-É o(a) 1º filho(a)?

Sim □ Não □

13.1-Número de filhos (além do actual):_____

GRUPO II - DADOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

14- Amamentou outros filhos?

Sim □ Não □

14.1- Se sim, durante quanto tempo?

a) 1 mês □; b) 2 meses □; c) 3 meses □; d) 4 a 6 meses □; e) 6 a 12 meses □;

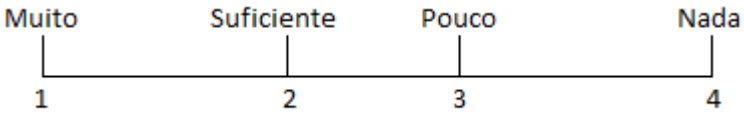
f) 12 a 18 meses□

Nº_____

15-Onde realiza as consultas de vigilância do(a) seu(a) filho(a)?

a) Médico de família □; b) Pediatra, no Hospital □; c) Pediatra, no consultório □

16-Considera-se informada sobre o aleitamento materno?



17-Foi incentivada a amamentar:

17.1-Durante a gravidez?

Sim □ Não □

17.2-No hospital, aquando do nascimento do(a) seu(a) filho(a)?

Sim □ Não □

17.3-Nas consultas de vigilância do bebé?

Sim □ Não □

17.4-Quando frequentou o Cantinho da amamentação?

Sim □ Não □

18-Quem a incentivou a amamentar?

a) Médico de família □; b) Pediatra □; c) Ginecologista □; d) Enfermeiro(a) □;

e) Familiar □; f) Meios audiovisuais (livros, televisão, revistas, outros) □;

g) Outro □ _____

19-Iniciou a aleitamento materno no hospital?

Sim □ Não □

20-Porque optou por amamentar o(a) seu(a) filho(a)? (escolha uma ou mais respostas)

a) Porque tinha leite □

b) Protege o bebé de infecções □

c) Fui incentivada □

d) É mais económico □

e) Tem vantagens para a minha saúde □

f) É mais adequado para o bebé □

g) Ligação afectiva mãe/filho □

h) É mais prático □

i) O bebé tem menos alergias □

j) Outras, quais?_____

21-Foi administrado suplemento em biberão ao bebé no hospital?

Sim □ Não □

22-Teve apoio na prática da amamentação em sua casa?

Sim □ Não □

22.1-Se sim, quem apoiou?

a) Marido/Companheiro□ e) Amiga □

b) Avós □ f) Irmã □

c) Mãe □ g) Outro □ Quem?_____

d) Sogra □ _____

23-Ainda amamenta?

Sim □ Não □

23.1-Se sim, quantas vezes ao dia?_____vezes

23.2-Se não: quando desistiu totalmente de amamentar?

a) 1 mês □; b) 2 meses □; c) 3 meses □; d) 4 a 6 meses □; e) 6 a 12 meses □;

f) 12 a 18 meses □

24-Porque desistiu?

a) O leite fraco □ g) Por ser prematuro □

b) Quantidade de leite insuficiente □ h) Doença da criança □

c) O não aumento de peso da criança □ i) Doença da mãe □

d) A criança chorar muito com fome □ j) Problemas com a mama □

e) A criança não pegava na mama □ k) Voltar ao trabalho □

f) A mãe não gostava de amamentar □ l) Toma de medicação □ Qual?_____

m) Outro motivo_____

Nº_____

GRUPO III - SOBRE O "CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO":

25-Considera que o Cantinho da amamentação foi uma estrutura importante de apoio durante o período em que amamentou o seu filho(a)? Porquê?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

26-Pode-nos descrever uma situação concreta que tenha acontecido no Cantinho da amamentação e que tenha tido um significado importante para continuar a amamentar o seu filho(a)?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

27-Considera que sem este apoio teria desistido mais cedo de amamentar o seu filho(a)?

_____
_____
_____

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 2

"Consentimento informado"

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Aleitamento materno - Influência do "Cantinho da Amamentação" na sua prevalência.

Enquadramento: Este estudo é feito no âmbito da Dissertação de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria a realizar pela investigadora, tendo como orientador o professor Jorge Apóstolo, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Explicação do estudo: O estudo tem como objectivo estudar a prevalência do aleitamento materno considerando em particular a influência do "Cantinho da amamentação". A população em estudo é composta até 100 parelhas de mães/crianças de bebés com idades entre 6 e 18 meses, divididas em dois grupos: mães que tiveram o apoio do "Cantinho da amamentação" e mães que não tiveram o apoio do "Cantinho da amamentação". Os dados serão colhidos em registos de enfermagem e por formulário com questionário a cerca de 100 mães, mas com uma entrevista adicional às cerca de 50 mães do grupo que teve apoio do "Cantinho de amamentação" durante o período de cerca de um mês. Os dados dos questionários serão colhidos pessoalmente ou com o apoio dos profissionais responsáveis pela consulta de saúde infantil. Os formulários com entrevista, se possível, serão aplicados pela investigadora num único encontro em local a combinar com as utentes, com gravação áudio de aproximadamente 10 minutos que será destruída nos 3 meses seguintes.

Condições e financiamento: Para a realização do estudo não estão previstas despesas com deslocações ou outras contrapartidas; o estudo será financiado pela investigadora; a participação no estudo é de carácter voluntário e não há qualquer prejuízo assistencial ou de outra natureza caso não queira participar neste momento ou posteriormente.

Confidencialidade e anonimato: A colheita e tratamento de dados, será confidencial e o seu uso, exclusivo para o presente estudo; o anonimato é garantido pelo não registo de dados de identificação; todo e qualquer contacto com o/a participante é feito em ambiente de privacidade e pela investigadora ou profissionais de saúde.

Agradeço a sua colaboração e deixo a minha identificação e contacto que pode utilizar para o esclarecimento de qualquer dúvida ou informação adicional. Nome da investigadora: Paula Cardoso; Profissão: Enfermeira; Local de trabalho: Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, Centro de Saúde da Calheta; Contacto telefónico: 912721137; Endereço electrónico: solary.16@hotmail.com.

Assinatura: … … … … … … … … … ... … … ……. … … … … … … … … … … … … …

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: … … … … … … … ……. … … … ……. … … … … … … … … … … … … …

Data: …… /…… /……..

[1] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

[2] http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[2]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Aleitamento materno - Influência do "Cantinho da Amamentação" na sua prevalência.

Enquadramento: Este estudo é feito no âmbito da Dissertação de Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria a realizar pela investigadora, tendo como orientador o professor Jorge Apóstolo, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Explicação do estudo: O estudo tem como objectivo estudar a prevalência do aleitamento materno considerando em particular a influência do "Cantinho da amamentação". A população em estudo é composta até 100 parelhas de mães/crianças de bebés com idades entre 6 e 18 meses, divididas em dois grupos: mães que tiveram o apoio do "Cantinho da amamentação" e mães que não tiveram o apoio do "Cantinho da amamentação". Os dados serão colhidos em registos de enfermagem e por formulário com questionário a cerca de 100 mães, mas com uma entrevista adicional às cerca de 50 mães do grupo que teve apoio do "Cantinho de amamentação" durante o período de cerca de um mês. Os dados dos questionários serão colhidos pessoalmente ou com o apoio dos profissionais responsáveis pela consulta de saúde infantil.

Condições e financiamento: Para a realização do estudo não estão previstas despesas com deslocações ou outras contrapartidas; o estudo será financiado pela investigadora; a participação no estudo é de carácter voluntário e não há qualquer prejuízo assistencial ou de outra natureza caso não queira participar neste momento ou posteriormente.

Confidencialidade e anonimato: A colheita e tratamento de dados, será confidencial e o seu uso, exclusivo para o presente estudo; o anonimato é garantido pelo não registo de dados de identificação; todo e qualquer contacto com o/a participante é feito em ambiente de privacidade e pela investigadora ou profissionais de saúde.

Agradeço a sua colaboração e deixo a minha identificação e contacto que pode utilizar para o esclarecimento de qualquer dúvida ou informação adicional. Nome da investigadora: Paula Cardoso; Profissão: Enfermeira; Local de trabalho: Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge, Centro de Saúde da Calheta; Contacto telefónico: 912721137; Endereço electrónico: solary.16@hotmail.com.

Assinatura: … … … … … … … … … … ... … … … ..... … … … … … … … … … … … … …

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: … … … … … … … ..... … … … ..... … … … … … … … … … … … … …

Data: …… /…… /……..

[1] http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

[2] http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf

ANEXO 3

"Pedidos de autorização às instituições de saúde participantes no estudo"

Coimbra, 19 de Junho de 2012

Exmo. Srº Presidente do Conselho
de Administração da Unidade de
Saúde de Ilha de S. Jorge

ASSUNTO: Pedido de autorização para a colaboração dos Enfermeiros responsáveis pela Consulta de Saúde Infantil e Pediatria na colheita de dados de enfermagem e aplicação de um questionário às mães ou pais frequentadores deste serviço da sua Instituição de Saúde.

Eu, Paula Maria Cardoso, portadora do Cartão de cidadão nº 13228196 e contribuinte nº 229572030, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer funções na Unidade de Saúde de Ilha de São Jorge, Centro de Saúde da Calheta, encontro-me a elaborar um estudo de *prevalência do aleitamento materno e fatores associados*, no âmbito da dissertação de Mestrado do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação do Professor Jorge Apóstolo.

Venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para a colaboração dos Enfermeiros (as) para a colheita de dados pertinentes ao estudo em questão e para a aplicação de um questionário dirigido às mães que frequentam a consulta de Saúde Infantil e Pediatria da sua Instituição, após declaração de consentimento informado e com a garantia de que todos os dados serão colhidos e tratados seguindo os mais altos padrões de investigação científica.

Aguardo deferimento,

Coimbra, 19 de Junho de 2012

A mestranda,

Paula M. Cardoso

(Paula Maria Cardoso)

O Orientador,

(Jorge Apóstolo)

Deferido
2012/07/03

Ent-USIS3/2012/753, de 29/06

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional da Saúde
Direcção Regional de Saúde
Unidade de Saúde da Ilha do Pico

Exma. Senhora
Paula Maria Cardoso
Centro de Saúde da Calheta - USISJ - Relvinha
9850-076 Calheta de S. Jorge

Vossa referência	**Vossa comunicação de**	**Nossa referência**	**Lajes do Pico,**
Nº:		Nº.: Sai-USIP/2012/713	
Proc.:		Proc.:	04-07-2012

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração dos Enfermeiros responsáveis pela consulta de saúde infantil e pediatria na colheita de dados de enfermagem

Em resposta ao seu pedido acima referido, informa-se que por deliberação do Conselho de Administração de 28/06/2012, foi autorizado a colaboração dos enfermeiros na colheita dos dados solicitados, mais se informa, que já foi distribuído o questionário pelos mesmos.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

GB/SA

USIP
UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO PICO

Unidade de Saúde da Ilha do Pico
Largo Edmundo Machado Ávila
9930-126 Lajes do Pico
☎ 292 679 400 🖷 292 679 447 ✉ sres-usip@azores.gov.pt

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Exma. Senhora Enfermeira
Paula Maria Cardoso
Unidade de Saúde da Ilha de S. Jorge
Relvinha
9850-020 Calheta, S. Jorge

Sua referência | Sua comunicação | Proc.º Nossa referência Sai-USIF/2012/1615 | Horta, 25-6-2012

ASSUNTO: Pedido de Autorização para estudo sobre aleitamento materno

Em resposta à comunicação de V. Exa. de 19/06/2012 em referência, informo da autorização para a aplicação do questionário às mães ou pais utilizadores da consulta de Saúde Infantil com filhos entre os 6 e os 18 meses.

Ao dispor, com os melhores cumprimentos,

O Vogal Executivo

Rui Mendes

Vista Alegre 9901-853 HORTA - Telefone: 292 207 200 – Fax: 292 207 250 · E-mail: srcs-usifaial@azores.gov.pt

ANEXO 4

"Tabela de análise categorial das entrevistas"

APÊNDICE 2 – UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DO SIGNIFICADO CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Enumeração
A IMPORTÂNCIA DA ESTRUTURA	IMPORTANTE	"Sim(…)"E1; "Sim, muito(…)"E2; "Sim,(…)"E3; "Sim,(…)"E4; "Sim,(…)"E5; "Sim,(…)"E6; "Sim,(…)"E7; "Sim"E8; "Sim,(…)"E9; "Sim,(…)"E10; "Sim,(…)"E11; "Sim,(…)"E12; "Sim,(…)"E13; "Sim,(…)"E14; "Sim(…)"E15; "Sim,(…)"E16; "Foi importante(…)"E17; "Sim,(…)"E18; "Sim,(…)"E19; "Sim,(…)"E20; "Sim,(…)"E21; "Sim(…)"E22; "Sim(…)"E23;"Sim,(…)"E24; "Sim,(…)um espaço importante"E25; "Sim,(…)"E26; "Sim(…)foi importante"E27; "Sim,(…) é muito importante"E28; "Sim,(…)"E29; "Sim(…)"E30;"Sim,(…)"E31; "Sim.(…)"E32; "É extremamente importante,(…)"E33; "Sim,(…)"E34; "Sim,(…)"E35; "Sim,(…)"E36; "Sim(…)"E37;"Sim.(…)"E38; "Sim,(…)"E39; "Sim,(…)"E40; "Sim,(…)"E41; "Sim,(…)"E42; "Sim,(…)"E44; "Sim,(…)"E45;	"Sim..." N=43 "(...)importante (...)" N=5

		“Sim,(…)”E46	
	PRIVACIDADE/ AMBIENTE CALMO E SOSSEGADO	“…a bebé está habituada a estar sossegada (…)" E1; “(...)é diferente dar na frente das outras pessoas(…)”E1; “(…), privacidade (…)”E3; “local mais sossegado e calmo(…)”E3; “(…)fundamentalmente a privacidade (…) dá mais confiança às mães para continuar(…)”E7; “mais privacidade(…)”E9; “(…) é um sítio mais calmo (…)”E11; “(…) é mais reservado, mais calmo.”E12; “(…) um local com silêncio e conforto(…) é um momento de calma.”E14; “(…) mais privacidade.”E17; “(…) num espaço calmo.”E19; “(…) mais cómodo(...)”E22; “(…) privacidade.”E22; “(…) momento afetivo entre mãe e filho.”E22; “(…) uma maior privacidade.”E23; “(…) um lugar reservado (...)”E24; “(…) com calma(…)” E24; “(…) local com privacidade (…)”E28; “(…) privacidade (…)”E30; “(…) um ambiente agradável (…)”E32; “(…) tinha privacidade (…)”E34; “(…) tinha privacidade.”E35; “(…) lugar calmo e tranquilo (…) a mãe que	“…é um local onde as mães podem ter privacidade…”E1, E3, E7, E9, E17, E22, E23, E24, E28, E30, E34, E35, E37, E38, E39, E40, E42, E43, E44, E46 (N=20) “...local mais sossegado e calmo…”E1, E3, E11,E12, E14, E19, E22, E24, E32, E36, E38, E42 (N=12) “...relação afectiva entre mãe e filho.” E22 (N=1)

		fica relaxada (…)”E36; “(…) é um espaço mais reservado.”E37; “(…) pela privacidade, (...)”E38; “pelo silêncio (…)”E38; “(…) pela privacidade (…)”E39; “(…) um sítio com mais privacidade (…)”E40; “(…) pela privacidade (...)”E42; “(...)e maior sossego (…)”E42; “(…) é um local onde as mães podem ter privacidade (…)”E43; “(…) é um sítio onde se tem mais privacidade (…)”E44; “(…) maior privacidade.”E46;	
			Total=33
	ACONSELHAMENTO E APOIO PROFISSIONAL	“Informaram (…)”E2; “(…) apoio das enfermeiras(...)”E4; “(...) e informação.”E4; “(…) tinha aconselhamento (…)”E5; “(…) informação (…) ajudou a ultrapassar os mitos (…)”E7; “(…) sinto-me mais apoiada.”E9; “(…) apoio que senti.”E10; “(…) a nível do apoio (...)”E11; “(…) a disponibilidade do telefone e informação (…)”E11; “(...)muito importante para as mães mais inexperientes.”E11; “(…) é importante passarmos todas pela	“(...) apoio(...)”E4, E9, E10, E11, E15, E24, E25, E29, E30, E32, E41, E45 (N=12) “(...) informação e aconselhamento (...)”E2, E4, E5, E7, E11, E16, E18, E20, E26, E27, E31, E32, E33, E34 (N=14) “ (...) experiência(...)”E11, E13, E16, E41(N=4) “(...)suporte emocional”E31(N=1)

		experiência[apoio de pessoas com experiência]”E13; “(…) sentimos mais apoiadas.”E15; “pela primeira vez existe sempre algumas dúvidas(...)”E16; “(…) explicadas torna tudo mais fácil.”E16; “(…) existem (…) mitos acerca da amamentação (…) os profissionais foram desmistificando.”E18; “(…) vamos aprendendo coisas novas.”E20; “(…) temos apoio (…) para algum problema (…)”E24; “(...) as mães (…) se sentirem apoiadas.”E25; “(…) esclareceram as minhas dúvidas.”E26; “(…) o aconselhamento das enfermeiras.”E27; “(…) sabia que tinha o apoio das enfermeiras.”E29; “(…) apoio das enfermeiras.”E30; “suporte a nível de informação”E31; “e emocional.”E31; “(...) informação para a mãe (…)”E32; “Nos primeiros meses…pelo apoio presencial.”E32; “(…) surge sempre dúvidas e no cantinho (…) esclarecem-no.”E33; “(…) mais informações.”E34; “(…) é tudo novo”E41; “e surgem muitas dúvidas,(…) temos que nos agarrar a alguém que nos dê apoio.”E41; “(…) senti-me apoiada.”E45;	

			Total=31
SIGNIFICADO PARA A CONTINUIDADE DA AMAMENTAÇÃO	ULTRAPASSAR PROBLEMAS DA MAMA	"Apresentei gretas e dirigi-me às enfermeiras que me ensinaram técnicas e pomadas para melhorar a situação (…)"E1 "(…) tive gretas e fiquei com dificuldade (…) mas ultrapassei com a minha persistência porque já estava muito informada sobre vantagens, técnica e dificuldades da amamentação."E7 "(...) tive gretas e fui ajudada com medicação, a melhorar a pega."E41 "Tive gretas...e tentaram corrigir o posicionamento mas não consegui resolver e desisti."E42	Gretas N=4 Subida do leite N=2 Mamilos rasos N=1 Mastite N=1 Aumento da frequência das mamadas N=2 Massagem, calor, retirar com bomba N=3 Posicionamentos N=1 Medicação N=1 Bebé aumentou pouco de peso N=2 Orientaram na escolha do leite artificial N=3 Esclarecimento dos mitos N=1 Ensinos sobre vantagens N=1 Preparação para regresso ao trabalho N=2 Nada a referir N=23
		"(…) da subida de leite recorri ao cantinho da amamentação e ensinaram técnicas de massagem, calor e tirar o leite com a bomba e ajudou-me a continuar mais 3 semanas."E2 "Quando tive a subida do leite e tive apoio das enfermeiras que me ajudaram e apoiaram,(…)"E10	

		“(…) tinha os mamilos rasos e consegui continuar(…) E4	
		“Aos 4 meses a bebé queria mamar muitas vezes e fiquei preocupada que não tivesse suficiente (…) e recebi apoio quanto aos posicionamentos e técnicas de massagem e calor húmido até o bebé começar novamente a mamar mais tempo."E5	
		“(…) quando tive uma mastite e incentivaram a usar o calor húmido e drenar o leite (…) tive mais mastites que resolvi da mesma forma."E40	
	ESCLARECIMENTO SOBRE FREQUÊNCIA DAS MAMADAS	“A bebé tinha aumentado pouco de peso entre os 2 e 4 meses (…) tive muito apoio (…) e eu nunca desisti (…) deram informação quando a minha filha tinha sonos grandes, aconselharam-me a aumentar as mamadas."E6 “Com o aumento da frequência das mamadas, tive uma ocasião em que pedi esclarecimento (...) esclareceram e me acalmaram.”E46	

	ORIENTAÇÃO NA ESCOLHA DO LEITE ARTIFICIAL	“(...) ajudaram ainda na escolha do leite artificial mais adequado às necessidades do bebé (…)”E4 "Quando desisti de amamentar e secou (…) ajudaram a orientar no melhor leite e não obrigaram a continuar a amamentar, deixaram fazer a minha opção e apoiaram e orientaram em alternativas.”E13 “(…) o bebé começou a perder peso (…) mamava todo o dia mas perdia peso, as enfermeiras apoiaram e incentivavam a continuar (…) orientaram na escolha do leite adaptado."E14	
	ESCLARECIMENTO DOS MITOS DA AMAMENTAÇÃO	“(…) pensava não ter leite suficiente, (…) ao final era só impressão ou a sensação de não ter."E16	
	ENSINOS SOBRE AS VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO	“(…) salientaram a importância do leite materno para o desenvolvimento do bebé."E26	

	PREPARAÇÃO PARA O REGRESSO AO TRABALHO	“(…) orientação na retirada do leite e conservação, (…) queria dar leite com papas mas as enfermeiras incentivaram a continuar o aleitamento materno(…)”E38 “(...) vou começar a trabalhar (...) ajudaram na conservação do leite.”E41	
	NADA A REFERIR	"Nada a referir."E8 "Não."E9 "Não tive qualquer situação em concreto."E11 "Não houve qualquer situação."E12 "Nada a referir."E15 "Nada a referir"E17 "Nada a referir"E18 "Não"E21 "Não."E23 "Não houve nenhuma situação."E24 "Não."E25 "Não tive qualquer situação relevante."E27 "Não."E28 "Não."E29 "Não."E30 "Não recordo nenhuma."E31 "Não tenho nada a referir."E34 "Não tenho nada a referir."E35 "Não tenho nada a referir."E37 "Não me lembro de qualquer situação."E39 "Não tenho nada a referir."E43 "Não tenho nada a referir."E44 "Não tenho nada a referir."E45	N=23
INFLUÊNCIA NA DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	SEM INFLUÊNCIA	"Não, desistir não, (...)”E1 "Não (...)”E3 "Não (...)”E7 "Não.”E8 "Não (…)”E12 "Não, (…)”E13 “Não, (...) eu queria muito amamentar."E17 “Não.”E19 "Não sei (…)	N=26

		talvez não (…)"E20 "Não."E21 "Não, (...)”E23 "Nunca teria desistido”E24 "Não."E25 "Não."E28 "Não."E29 "Não."E30 "Acho que não."E31 "Não. Foi importante o apoio mas não deixaria de amamentar a minha filha mais cedo.”E32 "Não."E34 "Não."E35 "Não."E37 "Não (...)”E38 "Não.”E39 "Não."E43 "Não."E44 "Não."E46	
	COM INFLUÊNCIA	"Sim."E2 "Sim."E4 "Sim."E5 "Sim, (...)"E6 "Sim."E9 “Sim."E10 "Sim, (...) aconteceu com a minha filha mais velha, não tinha apoio (…) como era a primeira vez, desisti mais rápido (…) nem sempre é fácil."E11 "Sim."E14 "Sim."E15 "Sim."E16 "Penso que sim (...) teria desistido da amamentação."E18 "Sim (...) podia ter desistido mais cedo."E22 "Talvez."E26 "Sim."E27 "Sim."E36 “(...) eu recorri às enfermeiras que me ajudaram a perceber que era normal e eu continuei amamentar."E40 "Sim, (...) a geração anterior à minha que poderia apoiar não o consegue fazer.”E41 "Sim."E42 "Sim."E45	N=12