



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Determinantes da Tomada de Decisão do Tempo da Amamentação

Mafalda da Silva Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Martinez de Oliveira
Co-orientador: Mestre António Manuel Rodrigues Ferreira

Covilhã, Maio de 2014

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor José Martinez de Oliveira pela sua disponibilidade, ajuda e confiança demonstrada.

Ao Mestre António Manuel Rodrigues Ferreira por todo o tempo dedicado à realização deste projecto e pela luta que enfrenta diariamente em defesa da grávida, do bebé e da amamentação.

À família: Pai António, Mãe Fátima, Irmã Francisca, Avô Ferreira e Avó Idília pela ajuda, apoio e incentivo permanente para este projecto.

A uma pessoa muito especial, Avó Ana, que me lançou, lutou e suportou nesta aventura e paixão pela Medicina.

Ao Diogo por todo o amor, incentivo e ajuda que me fazem ultrapassar qualquer obstáculo.

A todos os amigos e colegas que me incentivaram e com algum esforço pessoal também tornaram possível a concretização deste trabalho.

Prefácio

*“É muito maior o mal que pode
fazer um médico ignorante, que o
bem que pode fazer um médico
sabedor.”*

Paolo Mantegazza

RESUMO

O aleitamento materno, prática transmitida e perpetuada de geração em geração, tem vindo a ser substituída por outras práticas, como alternativa na impossibilidade de amamentação. Apesar de ser preconizado pela O.M.S., através da Declaração de Innocenti, que o aleitamento materno seja exclusivo até aos 6 meses de idade da criança e até aos 24 meses ou mais como alimentação complementar, tem-se verificado uma acentuada diminuição deste tempo de amamentação.

Identificar os determinantes que têm conduzido a períodos de amamentação mais curtos é o objectivo primário desta investigação.

Através de um estudo transversal de uma amostra de 33 mães identificámos os factores implicados neste processo de desmame. Assim, práticas hospitalares e de agentes de saúde inadequadas, marketing poderoso das indústrias de alimentos substitutos de leite materno e de acessórios que interferem com a amamentação, e ainda factores sócio-culturais são os três principais factores implicados na diminuição do tempo de amamentação.

Relacionam-se de forma estatisticamente significativa com a diminuição do tempo de aleitamento materno: a não utilização da licença de amamentação; a introdução de suplementos lácteos ainda durante o tempo de internamento na maternidade; a utilização da chupeta; e o não ter tido experiência anterior de amamentar. Ficou também demonstrado que a paridade, a existência de problemas mamários e a informação/formação sobre aleitamento materno ministrada quer durante a gravidez, quer no pós-parto, têm influência directa no tempo de amamentação, embora sem significado estatístico.

Palavras-Chave

- Amamentação;
- Desmame;
- Mãe;
- Criança;
- Maternidade.

ABSTRACT

Breastfeeding, a practice transmitted and perpetuated from generation to generation, has lately been replaced by others practices, developed as an alternative in case there's an impossibility of breastfeeding. Although the W.H.O. (O.M.S.) advocates, in Innocenti Declaration, that breast milk should be the only item on the menu until a baby is 6 months old, and as a complementary food until the baby is 24 months old, a substantial reduction in the period of breastfeeding has been verified.

The main goal of this investigation is the identification of the determinants that have led to shorter breastfeeding periods.

A transverse study of a representative sample of 33 women made it possible for us to identify the factors involved in this process of weaning. So, inadequate policies on the part of hospitals and health agents, a powerful marketing policy on the part of the manufacturing industry of either substitutes for breast milk or accessories that interfere with breastfeeding, and socio-cultural factors as well, are the three main factors implied in the decrease in the period of breastfeeding.

The following aspects relate in a way statistically relevant to the reduction of the period of breastfeeding: the non-utilization of the breastfeeding license; the introduction of milk supplies after the birth of the child and during the period of admission at the maternity hospital; the use of pacifiers; and the fact of not having breastfed before. It was demonstrated that parity, the existence of breast problems and the information/education on breastfeeding provided either during pregnancy or in the postpartum period, have a direct interference in the period of breastfeeding.

Keywords

- Breastfeeding;
- Weaning;
- Mother;
- Child;
- Maternity.

Índice

RESUMO	iv
Palavras-Chave	iv
ABSTRACT	v
Keywords	v
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Acrónimos.....	x
1.Introdução	1
1.1.Objectivos:.....	2
1.2.Hipóteses:	2
2.Metodologia	3
2.1.Tipo de estudo	3
2.2.Amostra	3
2.3.Instrumento de colheita de dados	4
2.4.Tratamento estatístico dos dados	4
2.5.Variáveis	5
3. RESULTADOS.....	6
3.1.Caracterização da amostra.....	6
3.2. Caracterização Comportamental face à gravidez e amamentação	11
3.3. Caracterização Educacional.....	23
3.4. Percepção materna dos factores para o desmame.....	25
3.5.Crenças relacionadas com a amamentação	27
3.6.Análise das hipóteses.....	28
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS DO ESTUDO DAS HIPÓTESES	33
5.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
6.Conclusões	42
7. Referências Bibliográficas.....	44
8.Anexos	45

Lista de Figuras

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo os motivos pelos quais decidiu amamentar.	13
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o motivo apresentado para o bebé ter sido colocado a mamar 1 hora ou mais depois do parto.	14
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo o motivo dado para a introdução de suplemento lácteo durante o internamento na maternidade.	16
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo os motivos pelos quais deu a chupeta ao filho.	18
Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo o motivo para a introdução do suplemento lácteo.	21
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo as causas que levaram a suspender a amamentação dos outros filhos.	23
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a percepção materna dos factores para o desmame.	26
Quadro 8 - Comparação do tempo de amamentação em função do regresso à actividade laboral (teste Mann-Whitney).....	28
Quadro 9 - Comparação do tempo de amamentação em função da licença de amamentação (teste Mann-Whitney).	28
Quadro 10 - Comparação do tempo de amamentação em função dos hábitos tabágicos (teste Mann-Whitney).	28
Quadro 11 - Comparação do tempo de amamentação em função da paridade (teste Mann-Whitney).....	29
Quadro 12 - Comparação do tempo de amamentação em função de quando foi tomada a decisão de amamentar (teste Kruskal-Wallis).	29
Quadro 13 - Comparação do tempo de amamentação em função do tempo de demora entre o nascimento e a colocação do bebé para a primeira mamada (teste Kruskal-Wallis).	29
Quadro 14 - Comparação do tempo de amamentação em função da introdução de suplementos lácteos durante o internamento na maternidade (teste Mann-Whitney).	30
Quadro 15 - Comparação do tempo de amamentação em função da existência de problemas mamários (teste Mann-Whitney).	30
Quadro 16 - Comparação do tempo de amamentação em função da utilização da chupeta (teste Mann-Whitney).	30
Quadro 17 - Comparação do tempo de amamentação em função de ter sido ministrada informação específica sobre aleitamento materno durante a vigilância da gravidez (teste Mann-Whitney).	31
Quadro 18 - Comparação do tempo de amamentação em função de ter sido ministrada informação específica sobre aleitamento materno após o nascimento da criança (teste Mann-Whitney).....	31
Quadro 19 - Comparação do tempo de amamentação em função da experiência anterior de amamentação (teste Mann-Whitney).	31

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a profissão.	7
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o local de residência.	7
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a escolaridade.	8
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a actividade laboral.	8
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a relação de emprego.	8
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo gozo da licença de parto.	9
Tabela 7- Distribuição da amostra segundo a duração da licença de parto.	9
Tabela 8- Distribuição da amostra segundo a licença de amamentação.	9
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a duração da licença de amamentação.	9
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo se toma café.	10
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo se toma bebidas alcoólicas.	10
Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos.	10
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a paridade.	11
Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo o planeamento da gravidez.	11
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo o local da vigilância da gravidez.	11
Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a amamentação deste filho.	12
Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a duração da amamentação.	12
Tabela 18 - Distribuição da amostra segundo quando tomou a decisão de amamentar.	12
Tabela 19 - Distribuição da amostra segundo quando ocorreu a primeira mamada.	14
Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo a introdução de suplementos lácteos na maternidade.	15
Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo problemas mamários relacionados com a amamentação.	16
Tabela 22 - Distribuição da amostra segundo quais os problemas mamários surgidos com a amamentação.	17
Tabela 23 - Distribuição da amostra segundo os recursos utilizados no tratamento dos problemas mamários.	17
Tabela 24 - Distribuição da amostra segundo deu a chupeta ao filho.	17
Tabela 25 - Distribuição da amostra segundo de quem partiu a iniciativa para dar a chupeta ao filho.	18
Tabela 26 - Distribuição da amostra segundo se recebeu ofertas na maternidade.	19
Tabela 27 - Distribuição da amostra segundo a introdução de suplementos lácteos após a saída da maternidade.	19
Tabela 28 - Distribuição da amostra segundo quando introduziu os suplementos lácteos após a saída da maternidade.	19

Tabela 29 - Distribuição da amostra segundo onde foi orientada para a introdução do suplemento lácteo.	20
Tabela 30 - Distribuição da amostra segundo de quem partiu a iniciativa para a introdução do leite adaptado após a saída da maternidade.	20
Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo onde compra o leite adaptado para o RN.	21
Tabela 32 - Distribuição da amostra no caso de ter outros filhos se os amamentou.	21
Tabela 33 - Distribuição da amostra segundo durante quanto tempo amamentou os outros filhos.	22
Tabela 34 - Distribuição da amostra se em algum momento durante a gravidez recebeu algum tipo de informação sobre amamentação.	24
Tabela 35 - Distribuição da amostra segundo a se havia espaço para perguntas/respostas durante as sessões de informação sobre amamentação.	24
Tabela 36 - Distribuição da amostra segundo se depois do parto deste filho teve sessões exclusivas sobre amamentação.	24

Lista de Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido

1.Introdução

Os Direitos Humanos sobrepõem-se aos Direitos Políticos em qualquer dos quadrantes e contextos. Os Direitos da Criança são parte integrante dos Direitos Humanos no que respeita à sua particularidade, e neles o direito a um crescimento harmonioso e saudável é uma premissa inquestionável e inviolável.(1, 2) O Aleitamento Materno sendo um Direito da Criança é elemento fundamental ao desenvolvimento da pessoa, pelo que deve ser protegido e promovido por todos começando invariavelmente pelos agentes políticos e pelos profissionais de saúde.(3-6)

Amamentar é um processo de continuidade num ciclo que se iniciou com a gestação e o parto, um processo de cuidado materno vital ao crescimento harmonioso de um novo ser. No ser humano constitui-se em processo transgeracional único que harmoniza a cumplicidade de cuidados em contexto social e familiar. (7) Contudo, vicissitudes dos tempos actuais que levaram à criação e desenvolvimento de fórmulas lácteas infantis industriais, com enfoque na incompetência materna ou em virtuais necessidades neonatais adicionais, fizeram com que em muitos lugares o princípio de amamentar fosse quebrado com objectivas repercussões negativas para as crianças, largamente reportadas pelas instâncias de vigilância e controle sanitário a nível mundial.(8-10)

O aleitamento materno, até há umas décadas atrás, assumiu papel fundamental na sobrevivência humana quando o recurso a substitutos do leite materno ainda era prática inexistente. É no início do século passado, especialmente com as repercussões socioculturais originadas pela primeira e segunda guerras mundiais, que os substitutos do leite materno emergem no mercado, em particular nas sociedades ditas mais desenvolvidas. Hoje, o consumo destes produtos industriais evidencia uma penetração crescente fruto de estratégias comerciais fortíssimas, de modificações dos estilos de vida e de uma inadequada formação dos agentes de saúde com repercussões nas suas práticas junto da sociedade.(8-10)

O modo de vida urbano numa sociedade altamente competitiva com prestações de cuidados de saúde não uniformes, pressões agressivas das empresas produtoras de alimentos infantis assente numa cultura do biberão assim como a autonomização do sexo feminino com a sua crescente introdução no mercado de trabalho, têm contribuído para o abandono do aleitamento materno ou à sua suspensão antes do tempo recomendado e leva-nos a crer, por isso, que haja necessidade de se criarem medidas de apoio a nível governamental ao aleitamento materno.(6-8, 10)

Apesar do avanço tecnológico produzir um número crescente de produtos para a nutrição de lactentes com composição tendencialmente semelhante ao do leite materno não conseguem igualá-lo dada a sua capacidade de adequação às necessidades da criança e ao envolvimento relacional subjacente.(11) O leite materno associa a tríada fundamental para a

boa nutrição do lactente - alimento, saúde e cuidado - constituindo-se como intervenção fundamental desde o nascimento.(3, 10)

A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e depois como alimentação complementar até aos dois anos de vida ou mais (INNOCENTI DECLARATION, 1990). Já a American Academy of Pediatrics recomenda que as crianças sejam amamentadas durante todo o primeiro ano de vida e por mais tempo se a mãe e o bebé quiserem, já que os benefícios que advêm desta prática promovem uma população mais sadia com implicações directas na melhoria dos indicadores sociais, políticos, económicos e produtivos da sociedade na sua globalidade.(3)

O incentivo ao aleitamento materno intensificou-se após a década de 90, em todo o mundo na sequência da Declaração de Innocenti¹ que encerra a Iniciativa Hospitais Amigos das Crianças². Esta compreende um conjunto de 10 medidas transversais no sistema de cuidados de saúde para promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. (12)

Neste sentido decidimos realizar o presente estudo tendo como base os seguintes objectivos e hipóteses:

1.1.Objectivos:

- Analisar os factores determinantes para a tomada de decisão do tempo de amamentação.
- Analisar os factores que podem influenciar a tomada de decisão do tempo de amamentação.
- Identificar comportamentos maternos face à amamentação.
- Identificar práticas hospitalares relacionadas com a amamentação.

1.2.Hipóteses:

- **Hipótese 1-** O regresso à actividade laboral influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 2-** A duração da licença de amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 3-** O hábito tabágico influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 4-** A paridade influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;

¹ Foi idealizado em 1 de Agosto de 1990 pela OMS e UNICEF e encerra o compromisso da Declaração de Innocenti em promover, proteger e apoiar o aleitamento materno

² A Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC) foi idealizada em 1991 pela OMS e UNICEF, e encerra o compromisso da Declaração de Innocenti em promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, mediante a adopção, pelos hospitais, dos “Dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno”.

- **Hipótese 5-** O momento em que se decide amamentar influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 6-** O tempo de latência entre o nascimento e a primeira mamada influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 7-** A introdução dos suplementos lácteos durante o internamento na maternidade influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 8-** A existência de problemas mamários decorrentes da amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 9-** A utilização da chupeta influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 10-** A informação específica sobre aleitamento materno ministrada durante a vigilância da gravidez influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 11-** A informação específica sobre aleitamento materno ministrada após o nascimento da criança influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação;
- **Hipótese 12-** A existência de experiência anterior em amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

O presente trabalho assenta numa revisão bibliográfica da temática Aleitamento Materno e na especificidade do estudo do tempo de amamentação que inclui a descrição da metodologia utilizada procedendo-se de seguida à apresentação, análise e discussão dos resultados. Desejamos assim, que o trabalho traga um contributo efectivo, no sentido de se conseguirem encontrar estratégias adequadas a uma melhor e mais eficaz intervenção para a promoção da Amamentação.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

O presente estudo define-se, como sendo descritivo correlacional e transversal, utilizando um questionário desenhado para o efeito.

2.2. Amostra

O estudo incidiu sobre uma amostra de conveniência constituída por 57 puérperas assistidas da Maternidade Dr. Daniel de Matos, das quais só 33 responderam correctamente e em tempo útil ao questionário. Considerando uma população como infinita e fixando um grau de confiança em 95%, a amostra de 33 puérperas/mães tem associado um erro máximo de 17,1%. (Gil, 1999)

O universo em análise está constituído por puérperas assistidas na Maternidade Dr. Daniel de Matos (Coimbra), que foram convidadas a colaborar no estudo decorridos 6 meses sobre o

parto.

A selecção da amostra foi realizada através da consulta do processo clínico da parturiente para verificação da existência dos critérios de inclusão. As mães que preenchiam os requisitos foram convidadas a integrar o estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- **Critérios de inclusão das mães**- puérperas de nacionalidade portuguesa, idades entre os 18 e os 40 anos, gravidez vigiada sem complicações, tempo de gestação entre 37 e 42 semanas.
- **Critérios de inclusão do trabalho de parto e do parto**- feto único, apresentação cefálica, parto por via vaginal, eutócico ou instrumentado (fórceps ou ventosa), duração total do trabalho de parto não superior a 24 horas, trabalho de parto induzido ou não com oxitócicos e/ou prostaglandinas.
- **Critérios de inclusão do RN**- RN saudável com Índice de Apgar ao primeiro minuto igual ou superior a 8 e ao quinto minuto igual a 10, percentil de peso entre 10 e 90 (curvas de Lubchenco).
- **Critérios de inclusão do puerpério**- permanência do RN com a mãe após o parto, alojamento conjunto durante o internamento.

2.3. Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário elaborado para o efeito, para ser preenchido pelas puérperas, e que englobava 5 partes compreendendo as características sócio-demográficas; o comportamento face à presente gravidez; a opinião sobre a informação específica sobre aleitamento materno que lhe foi transmitida durante a gravidez e no pós-parto; a percepção materna dos factores de desmame; e as crenças relativas à amamentação. Contém um total de 97 questões, das quais 70 são fechadas, 7 são mistas e 20 são abertas (anexo 1).

2.4. Tratamento estatístico dos dados

A descrição e a análise quantitativa dos dados foram processadas informaticamente através do programa SPSS e Excel para Windows. Em todas as análises definiu-se a significância estatística para um valor de $p < 0,05$. A análise qualitativa foi sustentada pela análise do conteúdo das respostas às questões abertas.

Foram utilizados testes não paramétricos, na medida em que tratando-se de uma amostra estatisticamente pequena e pelo facto da variável dependente não apresentar distribuição normal como evidencia o teste Shapiro-Wilk ($p=0,004$). Assim, aplicámos o teste de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis.

2.5. Variáveis

De acordo com o enquadramento teórico e os objectivos do estudo definimos as seguintes variáveis:

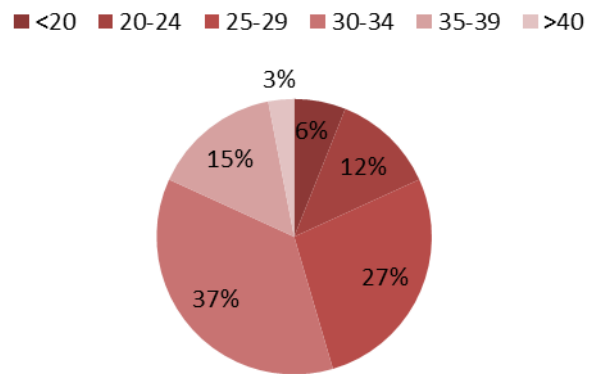
- **Variável dependente**- tomada de decisão do tempo de amamentação.
- **Variáveis independentes**- Sociodemográficas: idade, profissão, residência, escolaridade e hábitos de vida da mãe e paridade; Comportamentais: gravidez planeada ou desejada, vigilância da gravidez, amamentação do filho, administração de suplementos lácteos, problemas mamários e sua resolução, utilização de acessórios relacionados com a amamentação, e resposta dos agentes de saúde na resolução dos problemas relacionados com a amamentação; Educacionais: informação veiculada nas consultas de vigilância pré e pós-natal, qual o agente que veiculava a informação, quantidade de sessões educacionais efectuadas no pré e pós-natal, e existência de espaços de esclarecimento; Percepção materna dos factores para o desmame.

3. RESULTADOS

O estudo incidiu sobre uma amostra por conveniência de 57 puérperas da Maternidade Dr. Daniel de Matos, mas das quais só 33 responderam correctamente e em tempo útil ao questionário. O estudo iniciou-se 6 meses após o nascimento do RN.

3.1. Caracterização da amostra

Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo a idade da mãe.



Da análise do gráfico nº 1, referente à idade da mãe, verificamos que a moda de idades da amostra é de 31 anos e a média é de 29,70 anos, com um desvio padrão de 5,43. Há uma distribuição quase uniforme da população em estudo.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a profissão.

PROFISSÃO		
	<i>n</i>	%
Administrativa	3	9,09
Assistente operacional	1	3,03
Auxiliar educativa	2	6,06
Canicultora	1	3,03
Carteira	1	3,03
Comerciante	1	3,03
Cozinheira	1	3,03
Desempregada	2	6,06
Directora comercial	1	3,03
Doméstica	5	15,16
Empregada de balcão	1	3,03
Empregada bancária	1	3,03
Empregada fabril	4	12,12
Empregada de limpeza	1	3,03
Estatística	1	3,03
Estofadora	1	3,03
Estudante	1	3,03
Gestora	1	3,03
Delegada de informação médica	1	3,03
Investigadora	1	3,03
Professora	2	6,06
Total	33	100,00

De entre as profissões (tabela nº 1) predomina a “doméstica” com 15,16% da amostra seguida da empregada fabril (12,12%). É de salientar as 6,06% que estão desempregadas e as 3,03% que se encontram a estudar. Isto significa que 9,09% da população não auferem rendimentos, ou está dependente de outrem.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o local de residência.

RESIDÊNCIA		
	<i>n</i>	%
Urbano	10	30,30
Rural	23	69,70
Total	33	100,00

A maioria das inquiridas (69,70%) reside em áreas rurais (tabela nº 2).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo a escolaridade.

ESCOLARIDADE		
	<i>n</i>	%
Primária (1º ciclo- 1º ao 4º ano)	1	3,03
Ciclo (2º ciclo- 5º e 6º ano)	10	30,30
9º ano (3º ciclo- 7º ao 9º ano)	4	12,12
11º Ano	1	3,03
12º Ano	11	33,33
Bacharelato	1	3,03
Licenciatura	4	12,12
Mestrado/Doutoramento	1	3,03
Total	33	100,00

Em termos de habilitações a maioria (33,33%) tem o 12º ano de escolaridade e 30,30% apenas o 2º ciclo, que corresponde a escolaridade até ao 6º ano. Só 15,15% possui habilitações superiores (tabela nº 3).

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a actividade laboral.

ACTIVIDADE LABORAL		
	<i>n</i>	%
Sim	23	69,70
Não	10	30,30
Total	33	100,00

Através da tabela nº 4 verificamos que 69,70% da população possui uma actividade laboral activa, o que significa que por força da sua actividade auferem um rendimento mensal e estão sujeitas ao código laboral.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a relação de emprego.

RELAÇÃO DE EMPREGO		
	<i>n</i>	%
Por conta própria	3	13,04
Por conta de outrem	20	86,96
Total	23	100,00

Apenas 3 mães (13,04%) estão a trabalhar por conta própria (tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo gozo da licença de parto.

LICENÇA DE PARTO		
	<i>n</i>	%
Sim	22	95,65
Não	1	4,35
Total	23	100,00

Tabela 7- Distribuição da amostra segundo a duração da licença de parto.

DURAÇÃO DA LICENÇA DE PARTO		
<i>meses</i>	<i>n</i>	%
2	1	4,55
3	2	9,09
4	19	86,36
Total	22	100,00

Na população em estudo apenas 1 mãe não gozou a licença de parto (tabela 6), sendo que a grande maioria das mães (86,36%), que gozou desta licença, o fez durante o período legalmente estabelecido (tabela 7) pelo artigo 40º da Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro (120 dias após o nascimento da criança). (13). Podemos inferir que por força da condição laboral, a mãe que não gozou de licença de parto se enquadra na trabalhadora por conta própria, já que as outras, com um vínculo laboral definido, se enquadram na relação protegida pelo código do trabalho o que lhes permite, entre outros direitos, o gozo da licença de parto.

Tabela 8- Distribuição da amostra segundo a licença de amamentação.

LICENÇA DE AMAMENTAÇÃO		
	<i>n</i>	%
Sim	14	60,87
Não	9	39,13
Total	23	100,00

Relativamente à licença de amamentação vemos que 39,13% das mães não tiveram direito a gozar (tabela 8).

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a duração da licença de amamentação.

DURAÇÃO DA LICENÇA DE AMAMENTAÇÃO (meses)		
<i>Meses</i>	<i>n</i>	%
4	1	7,14
8	2	14,29
10	1	7,14
12	10	71,43
Total	14	100,00

Na duração da licença de amamentação, conforme a tabela nº 9, verificamos que a moda se situa nos 12 meses correspondendo a 71,43% da amostra, contudo e muito por força dos 14,29% que apenas gozou 8 meses de licença, a média situa-se nos 10,71 meses com um desvio padrão de 2,43.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo se toma café.

TOMA CAFÉ		
	<i>n</i>	%
Sim	23	69,70
Não	10	30,30
Total	33	100,00

A maioria das inquiridas, 69,70%, tem por hábito pessoal tomar café diariamente (tabela 10). No que se referente à quantidade de cafés diários, verificámos que a moda situava-se nos 2 cafés diários, correspondendo a 47,83%, enquanto que a média foi de 1,87 cafés com um desvio padrão de 1,01.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo se toma bebidas alcoólicas.

BEBE REGULARMENTE BEBIDAS ALCOÓLICAS		
	<i>n</i>	%
Sim	3	9,09
Não	30	90,91
Total	33	100,00

Podemos observar através da tabela 11 que 90,91% da amostra não tem hábitos alcoólicos. Os 9,09% da população que consome bebidas alcoólicas refere ser o vinho a bebida ingerida e a moda situa-se em 2 copos de 25cl diários.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos.

HÁBITOS TABÁGICOS		
	<i>n</i>	%
Sim	4	12,12
Não	29	87,88
Total	33	100,00

Relativamente aos hábitos tabágicos verificamos que a maioria das inquiridas, 87,88%, não tem por hábito fumar diariamente (tabela 12). Do pequeno número que fuma a moda situa-se nos 15 cigarros diários com 50,00% das mães fumadoras, contudo a média dos cigarros fumados diariamente é de 8,75 cigarros, com um desvio padrão de 7,32.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a paridade.

PARIDADE		
	<i>n</i>	%
1º filho	18	54,55
2º filho	12	36,36
3º filho	3	9,09
Total	33	100,00

Mais de metade das inquiridas tem apenas um filho (54,55% da amostra), sendo que para 36,36% das mães inquiridas este é o seu segundo filho.

3.2. Caracterização comportamental face à gravidez e amamentação

Para a caracterização comportamental face a esta gravidez e à amamentação socorremos de questões que nos determinaram quais os comportamentos tomados face à amamentação deste filho, assim como os cuidados de saúde desenvolvidos, pelos diferentes agentes de saúde, relativamente ao apoio/ajuda para o aleitamento.

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo o planeamento da gravidez.

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ		
	<i>n</i>	%
Sim	28	84,85
Não	5	15,15
Total	33	100,00

A maioria das mães inquiridas planeou esta gravidez (84,85% da amostra). Dos dados obtidos referentes à vigilância da gravidez, verificámos que a totalidade das mães inquiridas, 100%, vigiou esta gravidez.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo o local da vigilância da gravidez.

LOCAL DA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ		
	<i>n</i>	%
Centro de saúde	14	42,43
Hospital	6	18,18
Médico particular	13	39,39
Total	33	100,00

Através da tabela nº 15 verificamos que para a amostra em estudo há um relativo paralelismo entre as entidades centro de saúde, com 42,43% da população, e o médico particular, com 39,39%. Apenas 18,18% da amostra frequentaram as consultas de vigilância da gravidez no hospital.

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a amamentação deste filho.

AMAMENTAÇÃO DESTE FILHO		
	<i>n</i>	%
Sim	30	90,91
Não	3	9,09
Total	33	100,00

Da análise dos dados da tabela nº 16, relativos à amamentação, concluímos que 90,91% das inquiridas referiram ter amamentado este filho.

Tabela 17 - Distribuição da amostra segundo a duração da amamentação.

TEMPO DE AMAMENTAÇÃO (meses)		
<i>Meses</i>	<i>n</i>	%
1	6	20,01
2	3	10,00
3	4	13,33
5	2	6,67
6	3	10,00
8	3	10,00
9	1	3,33
10	1	3,33
12	4	13,33
13	1	3,33
14	2	6,67
Total	30	100,00

Relativamente à duração da amamentação verificamos que a moda se situa em um mês (20,01%). Das restantes mães que prosseguiram com a amamentação, 23,33% abandonaram-na até ao 3º mês e 16,67% até ao 6º mês. Concluímos assim que 18 mães, que corresponde a 60,01% da amostra, abandonaram a amamentação dos seus filhos antes de completados os 6 meses de idade, e que apenas 23,33% o consegue fazer para além dos 12 meses de idade. A média do tempo de amamentação é de 6,13 meses, com um desvio padrão de 4,52.

Tabela 18 - Distribuição da amostra segundo quando tomou a decisão de amamentar.

QUANDO TOMOU A DECISÃO DE AMAMENTAR		
	<i>n</i>	%
Antes de engravidar	21	70,00
Durante a gravidez	5	16,67
Depois do parto	4	13,33
Total	30	100,00

Os dados da tabela nº 18 revelam que 70,00% das mães inquiridas tomou a decisão de amamentar ainda antes de engravidar e que 13,33% decidiu-o fazer depois do parto. As restantes 16,67% tomaram a mesma decisão durante a gravidez.

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo os motivos pelos quais decidiu amamentar.

MOTIVOS PELOS QUAIS DECIDIU AMAMENTAR		
	<i>n</i>	<i>%</i>
É o melhor alimento para o bebé	15	50,00
O leite materno é mais saudável	10	33,33
Fornece mais reforços contra as doenças	5	16,67
O leite materno é mais prático	4	13,33
É mais higiénico	3	10,00
Está sempre pronto à temperatura ideal	3	10,00
Porque é melhor para ele e para mim	3	10,00
Ao amamentar estabelece-se uma relação de afectividade com o bebé impossível de descrever	2	6,67
É mais cómodo	2	6,67
É uma satisfação muito boa para nós vê-los a mamar	2	6,67
Não deixa o leite encaroçar os peitos	2	6,67
O leite materno é mais adequado	2	6,67
O leite materno é mais completo	2	6,67
O leite materno é melhor em termos qualitativos	2	6,67
O leite materno tem os anticorpos da mãe	2	6,67
Porque tinha leite	2	6,67
Acho fundamental amamentar	1	3,33
Ajuda a prevenir o cancro da mama	1	3,33
Aos 2 meses não pegou no biberão	1	3,33
Decidi dar-lhe o melhor leite	1	3,33
É mais barato	1	3,33
É mais puro	1	3,33
É mais seguro para o bebé	1	3,33
Evita alguns problemas como alergias	1	3,33
Não provoca tantas cólicas	1	3,33
Não provoca tantos gases	1	3,33
Protege muito mais contra as doenças virusais	1	3,33
Quero o melhor para o meu filho	1	3,33
Sempre quis	1	3,33

No quadro nº 1 observamos que, e por se tratar de uma questão aberta, o motivo referido mais vezes foi “é o melhor alimento para o bebé”, mencionado por 15 vezes (50,00%), igualmente significativo foi o facto de se verificarem 10 referências, 33,33%, para o motivo “o

leite materno é o mais saudável para o bebê”. Constatamos ainda referências significativas aos motivos “reforço contra doenças”, “é mais prático” e “é mais higiênico”.

Tabela 19 - Distribuição da amostra segundo quando ocorreu a primeira mamada.

QUANDO OCORREU A PRIMEIRA MAMADA		
	<i>n</i>	%
Imediatamente	7	23,33
1/2 hora depois	9	30,00
1 hora depois	8	26,67
2 horas ou + depois	6	20,00
Total	30	100,00

De acordo com os dados referentes a quando ocorreu a primeira mamada verificamos que a moda para esta variável é de ½ hora depois do parto (30,00%). Há uma dispersão relativamente homogênea dos valores obtidos sendo importante salientar que 14 RN (46,67%) iniciaram a amamentação 1 hora ou mais depois do parto ter ocorrido e que 20,00% destes fizeram-no 2 horas ou mais após o parto. Daqui se depreende que para a maioria da amostra se respeitou o que a UNICEF preconiza actualmente que é o início da amamentação durante a primeira hora de vida do RN.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo o motivo apresentado para o bebê ter sido colocado a mamar 1 hora ou mais depois do parto.

SE O BEBÊ FOI COLOCADO A MAMAR 1 HORA OU MAIS DEPOIS DO PARTO, QUAL O MOTIVO APRESENTADO		
	<i>n</i>	%
Foi o tempo que demorei a chegar ao quarto	2	14,29
Fui sedada e estava a dormir	2	14,29
Nenhum	2	14,29
A placenta não saiu e tive de ir ao Bloco Operatório para fazer a dequitação	1	7,14
Não tinha leite	1	7,14
Nos primeiros dias não tinha leite	1	7,14
O bebê adormeceu	1	7,14
Perdi muito sangue	1	7,14
Porque durante a primeira 1/2 hora o bebê era como se estivesse na barriga	1	7,14
Porque o útero não se formava e fiquei no Bloco de Partos durante 2 horas	1	7,14
Porque tinha os peitos gretados	1	7,14
Só após 1 hora é que a bebê teve fome e agarrou no peito	1	7,14
Só quando a senhora enfermeira disse para o fazer	1	7,14
Tinha muitas dores	1	7,14

Dos motivos apresentados para o bebé ter sido colocado a mamar 1 hora ou mais depois do parto, conforme os dados apresentados no quadro nº 2 e por se tratar de uma pergunta aberta, verificamos não haver um que assuma destaque relativamente aos que foram evocados. De facto, dos argumentos referenciados verificamos haver duas vertentes distintas, uma delas encontra-se relacionada com problemas maternos associados a complicações decorrentes do parto a outra está afectada às condições do RN no estabelecimento da amamentação. Contudo, para duas mães não foi apresentado qualquer motivo justificativo para a referida demora revelador, por isso, de um défice da componente relacional entre técnico e utente para esta área.

Tabela 20 - Distribuição da amostra segundo a introdução de suplementos lácteos na maternidade.

INTRODUÇÃO DOS SUPLEMENTOS LÁCTEOS NA MATERNIDADE		
	<i>n</i>	%
Sim	14	42,42
Não	19	57,58
Total	33	100,00

Relativamente à introdução de suplementos lácteos na maternidade (tabela 20) vemos que, na população em estudo, foram administrados a 14 RN correspondendo a um total de 42,42% da amostra. Consoante ao momento quando ocorreu esta introdução na maternidade a moda situa-se no item “após outras mamadas”, com 42,86%. Também é significativo que a maioria desses RN (57,14%) receberam-no na fase imediatamente após o parto, isto é, ou ainda antes da primeira mamada ou logo após a primeira mamada. Segundo 71,43% da amostra a iniciativa de introduzir o suplemento partiu das enfermeiras de serviço, enquanto que para 14,29% partiu delas próprias.

Quadro 3- Distribuição da amostra segundo o motivo dado para a introdução de suplemento lácteo durante o internamento na maternidade.

MOTIVO PARA A INTRODUÇÃO DE SUPLEMENTO LÁCTEO DURANTE O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Porque não tinha peito que chegasse	4	28,57
Não tinha leite	3	21,43
A criança estava com fome e não tinha aparecido leite no peito	2	14,29
Não conseguia mamar	2	14,29
Não ficava satisfeito	2	14,29
Fiquei com uma amigdalite e o bebé chorava	1	7,14
Não se mostrava interessado em pegar no mamilo	1	7,14
Porque era fraco	1	7,14
Porque já não mamava há algumas horas	1	7,14
Porque picaram no pezinho e ele precisava de mamar	1	7,14
Tinha leite, mas não foi retirado com a bomba para lho dar	1	7,14

O quadro nº 3 expõe as respostas à variável motivo dado para a introdução de suplemento lácteo durante o internamento na maternidade e permite-nos concluir que os motivos, análogos a quase todas as mães, foram o facto de os técnicos evocarem razões como a pouca quantidade e a qualidade fraca do leite.

Tabela 21 - Distribuição da amostra segundo problemas mamários relacionados com a amamentação.

PROBLEMAS MAMÁRIOS RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	19	63,33
Não	11	36,67
Total	30	100,00

Através da tabela nº 21 verificamos que 63,33% das mães revela ter tido problemas mamários, enquanto que as restantes 36,67% referiram não ter tido qualquer tipo de problema.

Tabela 22 - Distribuição da amostra segundo quais os problemas mamários surgidos com a amamentação.

QUAIS OS PROBLEMAS MAMÁRIOS SURGIDOS COM A AMAMENTAÇÃO		
	<i>n</i>	%
Mamilo dolorido	11	57,89
Mamilo plano ou invertido	2	10,53
Mastite	3	15,79
Bloqueio do ducto	3	15,79
Total	19	100,00

A moda se situa no mamilo dolorido para 57,89% da amostragem. Das restantes mães verificamos que 15,79% teve mastite, 15,79% teve bloqueio dos ductos e, por fim, 10,53% da população referiu o mamilo plano ou invertido como problema (tabela nº 22). Relativamente à entidade escolhida para resolver estes problemas 63,16% recorreu ao médico e 31,58% ao enfermeiro.

Tabela 23 - Distribuição da amostra segundo os recursos utilizados no tratamento dos problemas mamários.

RECURSOS NO TRATAMENTO DOS PROBLEMAS MAMÁRIOS		
	<i>n</i>	%
Extractor de leite	13	68,42
Técnica manual de extracção	2	10,53
Medicamentos	4	21,05
Total	19	100

Da análise da tabela nº 23 vemos que 68,42% das mães recorreram ao extractor de leite, 21,05% recorreram a formas medicamentosas e apenas 10,53% utilizou a técnica manual de extracção de leite. A entidade mais recorrida para fazer os ensinamentos destas técnicas foi o médico (47,37%) logo seguido pelos enfermeiros (36,84%).

Tabela 24 - Distribuição da amostra segundo deu a chupeta ao filho.

DEU A CHUPETA AO SEU FILHO		
	<i>n</i>	%
Sim	29	87,88
Não	4	12,12
Total	33	100,00

Relativamente à variável se deu a chupeta ao seu filho, conforme se pode constatar através da tabela nº 31, verificamos que 87,88% das mães optou por dar, enquanto que uns escassos 12,12% tomaram a decisão de não o fazer.

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo os motivos pelos quais deu a chupeta ao filho.

QUAL OU QUAIS OS MOTIVOS PELOS QUAIS DEU A CHUPETA AO SEU FILHO		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Dei como pacificadora	7	24,14
Porque chorava	7	24,14
Apenas para o acalmar em momentos de irritação	4	13,79
A criança fica mais calma	3	10,34
Foi a solução encontrada para acalmar a criança	2	6,89
Não sei	2	6,89
Para ver se adormecia mais cedo e não chorava tanto	2	6,89
Apanhou o vício do dedo	1	3,45
Apenas nas horas de dormir e para dormir	1	3,45
É factor determinante que o bebé sossegue e relaxe e isto é importante para todos	1	3,45
O bebé tinha muitas cólicas	1	3,45
Para eles pensarem que estão a mamar no mamilo da mãe	1	3,45
Para se habituarem aos bicos do biberão	1	3,45
Porque eles dentro da barriga chupam o dedo e tem necessidade de chupar	1	3,45
Porque na maternidade pediram para dar	1	3,45
Porque o bebé passava o dia agarrado ao meu peito	1	3,45
Porque queria o dedo e eu dei a chupeta	1	3,45
Talvez porque dei aos irmãos	1	3,45

Das respostas contidas no quadro nº 4, e por se tratar de uma questão aberta relativamente aos motivos pelos quais a mãe deu a chupeta ao seu filho, permite-nos verificar que a maior parte das razões que a levaram por optar em dar a chupeta prenderam-se directa ou indirectamente com o choro do bebé, utilizando-a por isso fundamentalmente como pacificadora.

Tabela 25 - Distribuição da amostra segundo de quem partiu a iniciativa para dar a chupeta ao filho.

DE QUEM PARTIU A INICIATIVA DE DAR A CHUPETA		
	<i>n</i>	<i>%</i>
De si	24	82,75
Do enfermeiro	2	6,90
Companheiro/marido	1	3,45
Mãe/sogra	1	3,45
Familiar/vizinho/amigo	1	3,45
Total	29	100,00

De acordo com os dados da tabela nº 25 constatamos que para a esmagadora maioria das mães inquiridas (82,75%) a iniciativa partiu delas próprias.

Tabela 26 - Distribuição da amostra segundo se recebeu ofertas na maternidade.

	OFERTAS DE BIBERÕES		OFERTAS DE LEITES ADAPTADOS		OFERTAS DE CHUPETAS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	1	3,03	2	6,06	21	63,64
Não	32	96,97	31	93,94	12	36,36
Total	33	100,00	33	100,00	33	100,00

Através da tabela nº 26, para as três variáveis em estudo biberões, leites adaptados e chupetas, verificamos que em relação às duas primeiras a maioria das mães (96,97% e 93,94% respectivamente) não receberam qualquer tipo de ofertas relacionadas com estes produtos. Em relação às chupetas 63,64% das mães inquiridas referem ter tido ofertas destes acessórios.

Tabela 27 - Distribuição da amostra segundo a introdução de suplementos lácteos após a saída da maternidade.

INTRODUÇÃO DE SUPLEMENTOS LÁCTEOS APÓS A SAÍDA DA MATERNIDADE		
	<i>n</i>	%
Sim	17	51,52
Não	16	48,48
Total	33	100,00

Verificámos que 51,52% da população introduziu suplementos lácteos após a saída da maternidade.

Tabela 28 - Distribuição da amostra segundo quando introduziu os suplementos lácteos após a saída da maternidade.

QUANDO INTRODUZIU OS SUPLEMENTOS LÁCTEOS APÓS A SAÍDA DA MATERNIDADE		
	<i>n</i>	%
1ª semana de vida	7	41,18
2ª semana de vida	1	5,88
2ª quinzena de vida	2	11,76
2º mês de vida	4	23,53
3º mês de vida	3	17,65
Total	17	100,00

Da leitura da tabela nº 28, segundo a variável quando introduziu os suplementos lácteos após a saída da maternidade, verificamos que a grande maioria o fez logo na primeira semana após a saída da maternidade, 41,18%. Constatamos igualmente que a totalidade das mães que introduzem o suplemento lácteo na alimentação do seu filho o faz até ao final do terceiro mês de vida do RN o que contraria claramente as recomendações preconizadas pela Declaração de Innocenti.

Tabela 29 - Distribuição da amostra segundo onde foi orientada para a introdução do suplemento lácteo.

ONDE FOI ORIENTADA PARA A INTRODUÇÃO DO SUPLEMENTO LÁCTEO		
	<i>n</i>	%
Maternidade	7	41,18
Centro de Saúde	6	35,29
Médico particular	1	5,88
Decisão da família	3	17,65
Total	17	100,00

Segundo a tabela nº 29 constatamos que são as organizações de saúde as entidades que mais estimulam a introdução de suplementos lácteos. Da população em estudo 41,18% foram orientadas ainda na maternidade, enquanto que 35,29% já o foram no centro de saúde. Estes dados, de certa maneira, estão de acordo com os apresentados na tabela anterior, verificando-se que 41,18% das mães introduzem o suplemento lácteo durante a primeira semana de vida do RN, isto é logo após a saída da maternidade, e 41,17% fazem-no até ao final do 2º mês de vida, provavelmente como prescrição nas consultas de pediatria nos centros de saúde ou em médicos particulares.

Tabela 30 - Distribuição da amostra segundo de quem partiu a iniciativa para a introdução do leite adaptado após a saída da maternidade.

DE QUEM PARTIU A INICIATIVA PARA A INTRODUÇÃO DE LEITE ADAPTADO APÓS A ALTA DA MATERNIDADE		
	<i>n</i>	%
De si	3	17,65
Do enfermeiro	1	5,88
Do médico	9	52,94
Do companheiro/marido	4	23,53
Total	17	100,00

Através dos dados apresentados pela tabela nº 30 constatamos que para 52,94% da população em estudo o médico é o agente referido como tendo exercido maior influência. Se considerarmos que o conjunto composto pela própria mãe e o respectivo companheiro/marido formam o agregado familiar, então o ambiente familiar emerge como a segunda entidade mais importante para a introdução de leite adaptado, correspondendo a 41,18% da população em estudo.

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo o motivo para a introdução do suplemento lácteo.

MOTIVO PARA A INTRODUÇÃO DO SUPLEMENTO LÁCTEO		
	<i>n</i>	%
Falta de leite/não era suficiente	7	41,18
Leite muito fraco	3	17,65
Chorava sem parar	2	11,76
Estava mais de 1 hora no peito e não parecia satisfeito	2	11,76
Não ficava saciado só com o leite do peito	2	11,76
O bebé aumentava pouco de peso	2	11,76
O leite estava a ficar fraco	2	11,76
Mamilo pequeno	1	5,88
Muitas gretas mamilares	1	5,88
O leite corria pouco do peito	1	5,88
Ter tido infecção nos dois mamilos	1	5,88

Os motivos referidos para a introdução do suplemento lácteo prendem-se fundamentalmente com a percepção pessoal relativamente quer à quantidade quer à qualidade do próprio leite (quadro nº 5).

Tabela 31 - Distribuição da amostra segundo onde compra o leite adaptado para o RN.

ONDE COMPRA O LEITE ADAPTADO PARA O RN		
	<i>n</i>	%
Farmácia	10	58,82
Supermercado/hipermercado	7	41,18
Total	17	100,00

De acordo com o local onde compra o leite adaptado para RN verificamos que há um relativo equilíbrio entre a farmácia e o hipermercado para a aquisição do leite (tabela nº 31). De salientar também o facto de apenas uma destas mães (5,88%) utilizar receita médica. Acreditamos que este resultado obtido é consequência da liberalização do mercado para este tipo de produtos assim como dos próprios locais de venda.

Tabela 32 - Distribuição da amostra no caso de ter outros filhos se os amamentou.

NO CASO DE TER OUTROS FILHOS SE OS AMAMENTOU		
	<i>n</i>	%
Sim	12	80,00
Não	3	20,00
Total	15	100,00

Analisando os dados da tabela nº 32 vemos que 80,00% das mães desta amostra com outros filhos afirmam tê-los amamentado. As restantes (20,00%) não o fizeram.

Tabela 33 - Distribuição da amostra segundo durante quanto tempo amamentou os outros filhos.

DURANTE QUANTO TEMPO AMAMENTOU OS OUTROS FILHOS		
<i>Meses</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	1	8,33
2	1	8,33
4	3	25,00
6	1	8,33
9	1	8,33
12	3	25,00
24	2	16,68
Total	12	100,00

Recorrendo à estatística descritiva e analisando os dados da tabela nº 33 verificamos que a média se situa nos 9,5 meses com um desvio padrão de 7,81. Tendo em conta os dados contidos na tabela nº 20, e por comparação, concluímos que a média do tempo de amamentação caiu dos 9,5 meses para os 6,13 meses e o mesmo se verificou relativamente com a moda, que passou para 1 mês. Podemos desde já concluir que houve um decréscimo real do tempo de amamentação.

Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo as causas que levaram a suspender a amamentação dos outros filhos.

CAUSAS QUE A LEVARAM A SUSPENDER A AMAMENTAÇÃO DOS SEUS OUTROS FILHOS		
	<i>n</i>	%
Início da actividade laboral	6	50,00
Fiquei sem leite	3	25,00
Deixei de amamentar com tanta frequência e o leite enfraqueceu	2	16,66
Era fraquinho	2	16,66
A idade deles	1	8,33
Deixou de mamar aos 24 meses mas também já era grandinha	1	8,33
Devido ao stress	1	8,33
Na maternidade receitaram um medicamento para pôr no peito que fez secar o leite	1	8,33
Não era suficiente	1	8,33
Não retirava durante o dia enquanto trabalhava e fiquei sem leite	1	8,33
Não tinha	1	8,33
O leite começou a ficar fraco	1	8,33
O leite transformou-se em água	1	8,33
Só tinha direito a 1 ano para amamentar	1	8,33
Tinha pouco leite e o bebé chorava muito	1	8,33
Tive problemas de garganta e tive que tomar antibióticos que secaram o leite	1	8,33
Tive um esgotamento e tive de tomar medicamentos e o leite não prestava para o bebé	1	8,33
Tive uma pneumonia tratada com antibiótico	1	8,33

De acordo com o quadro nº 6, referente às causas que levaram a mãe a suspender a amamentação dos seus outros filhos, podemos constatar que o início da actividade laboral foi o motivo mais referido na introdução dos suplementos lácteos nesses filhos. Contudo, e se agruparmos os motivos análogos, podemos observar que a hipogaláctea e a avaliação pessoal relativamente à qualidade do leite passaram a ser os determinantes de peso para a variável em estudo. Por 6 vezes encontramos a referência a “fraco”, “fraquinho” e “transformou-se em água”, assim como, também por 6 vezes, encontramos referência a “sem leite”, “não era suficiente”, “pouco leite” e “não tinha”.

3.3.Caracterização Educacional

Através de 6 questões pretendemos saber qual a informação e sensibilização para o aleitamento materno que as mães tiveram enquanto grávidas ou já depois do nascimento da criança.

Tabela 34 - Distribuição da amostra se em algum momento durante a gravidez recebeu algum tipo de informação sobre amamentação.

DURANTE A GRAVIDEZ RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO		
	<i>n</i>	%
Sim	19	57,58
Não	14	42,42
Total	33	100,00

Da análise da tabela nº 34 concluímos que a maioria das mães, 57,58%, referem ter recebido informações sobre amamentação durante a gravidez. No entanto, também é significativo o facto de 14 mães (42,42%) referirem que em momento algum receberam essa informação. Quanto ao número de sessões sobre amamentação a moda situou-se em apenas uma sessão (68,42% da amostra), sendo contudo significativos os 26,32% que tiveram acesso a 2 sessões de informação. O grupo profissional que mais ministrou estas informações foi a enfermagem (68,42%).

Tabela 35 - Distribuição da amostra segundo a se havia espaço para perguntas/respostas durante as sessões de informação sobre amamentação.

HAVIA ESPAÇO PARA PERGUNTAS/RESPOSTAS		
	<i>n</i>	%
Sim	16	84,21
Não	3	15,79
Total	19	100,00

Das respostas à variável se havia espaço para perguntas/respostas durante as sessões de informação sobre amamentação verificamos que para 84,21% das mães, que obtiveram informação específica sobre aleitamento materno, foi-lhes proporcionado um espaço onde livremente poderiam colocar as suas dúvidas (tabela nº 35).

Tabela 36 - Distribuição da amostra segundo se depois do parto deste filho teve sessões exclusivas sobre amamentação.

TEVE SESSÕES EXCLUSIVAS SOBRE AMAMENTAÇÃO DEPOIS DESTE PARTO		
	<i>n</i>	%
Sim	4	12,12
Não	29	87,88
Total	33	100,00

Relativamente às respostas obtidas referente à variável se depois do parto deste filho teve sessões exclusivas sobre amamentação, conforme os dados da tabela nº 36, verificamos que a esmagadora maioria das mães, 87,88%, de facto não tiveram qualquer sessão sobre

amamentação. Das mães que tiveram as sessões 75% foram efectuadas na maternidade, o que nos permite deduzir que foi só durante os dois dias de internamento na unidade de puérperas da maternidade que houve algum tipo de informação. De referir que a vigilância pós-alta é feita no Centro de Saúde.

3.4. Percepção materna dos factores para o desmame

Através das respostas a 36 questões, todas elas dicotómicas entre sim e não, pretendemos ter o conhecimento de qual ou quais os factores que, na perspectiva materna, foram mais determinantes para o abandono da amamentação do filho.

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a percepção materna dos factores para o desmame.

PERCEPÇÃO MATERNA PARA O DESMAME		
	n	%
Tinha pouco leite para as necessidades do bebé	18	62,07
O meu leite era fraco para o bebé	15	51,72
O meu médico aconselhou a introdução de suplemento	13	44,83
O meu filho chorava muito e dava impressão de não ficar satisfeito com o meu leite	13	44,83
O enfermeiro aconselhou a introdução do suplemento	11	37,93
Não sabia a quantidade de leite que o meu filho bebia	10	34,48
O meu marido/companheiro aconselhou a introdução do suplemento	9	31,03
A minha mãe/sogra aconselhou a introdução do suplemento	9	31,03
Controlava melhor a quantidade de leite dado ao meu filho por biberão	9	31,03
Sabia das vantagens do leite materno para o meu filho	9	31,03
Não consegui tirar o leite suficiente para dar ao meu filho	8	27,59
Não tive sessões de esclarecimento sobre o aleitamento	7	24,14
Os meus vizinhos/amigos aconselharam a introdução do suplemento	5	17,24
O meu marido/companheiro nas relações sexuais tinha medo de me magoar nos seios cheios de leite	5	17,24
Fiquei doente o que me obrigou a dar-lhe biberão	5	17,24
Tive problemas mamários o que me obrigou a suspender a amamentação	5	17,24
Sabia das vantagens para mim ao amamentar	5	17,24
O meu marido/companheiro ficava inibido nas relações sexuais com a presença do leite nos seios	4	13,79
Com o regresso ao trabalho não pude continuar a amamentar	4	13,79
Sentia-me muito mais segura ao dar o biberão	4	13,79
É mais fácil dar o biberão	3	10,34
Tomava medicamentos que interferiam com o meu leite	3	10,34
Não tive apoio nem ajuda para tirar dúvidas quando não conseguia estabelecer uma boa mamada	3	10,34
O farmacêutico aconselhou a introdução do suplemento	2	6,90
Ao amamentar o peito fica descaído e eu não queria que o meu ficasse assim	2	6,90
Tinha vergonha de mostrar o meu peito em público para amamentar o meu filho	2	6,90
É mais prático dar o biberão	2	6,90
O meu filho teve de ir para o infantário e eu não podia ir dar-lhe o peito	2	6,90
O meu peito era muito grande e atrapalhava a mamada	2	6,90
O meu marido/companheiro não queria que o meu peito ficasse descaído	1	3,45
Os seios cheios de leite inibiam-me nas relações íntimas com o meu companheiro	1	3,45
O meu peito era muito pequeno e o meu filho tinha dificuldade em fazer uma boa pega	1	3,45
Gostava de me parecer com as figuras públicas das revistas e como eles dar o biberão	0	0,00
É melhor para o bebé beber leite do biberão	0	0,00
O meu filho ficou doente o que me obrigou a dar-lhe biberão	0	0,00
Não quis dar o peito ao meu filho	0	0,00

Da análise do quadro nº 7, referente à variável percepção materna dos factores para o desmame, apesar de se tratarem de variáveis dicotómicas entre sim e não, os resultados apenas traduzem as respostas sim, ficando por ilação as respostas para o não. Verificamos então que as razões pessoais que levaram as mães a abandonar a amamentação são fundamentalmente de dois tipos. Um primeiro tem a ver com o leite em si, relacionado com a quantidade “tinha pouco leite para as necessidades do bebé”, 62,07%, “não sabia a quantidade de leite que o meu filho bebia”, 34,48%, e “controlava muito melhor a quantidade de leite dado ao meu filho por biberão”, 31,03%, ou com a qualidade “o meu leite era fraco para o bebé”, 51,72%, “o meu filho chorava muito e dava impressão de não ficar satisfeito com o meu leite”, 44,83%. O segundo, igualmente importante para a tomada de decisão, foi o papel que os agentes de saúde acabaram por ter junto das mães induzindo-as no comportamento “o meu médico aconselhou” 44,83% e “o enfermeiro aconselhou a introdução do suplemento” 37,93%. A dimensão social também é referida como indutora na tomada de decisão para a mudança de comportamento face à amamentação “o meu marido/companheiro aconselhou a introdução do suplemento” e “a minha mãe/sogra aconselhou a introdução do suplemento” ambos com 31,03%. A componente sexualidade do casal revelou-se também importante na moldagem do comportamento face à amamentação “o meu marido/companheiro nas relações sexuais tinha medo de me magoar nos seios cheios de leite” com 17,24% e “o meu marido/companheiro ficava inibido nas relações sexuais com a presença do leite” com 13,79%. Finalmente, uma fatia importante da amostra em estudo refere a falta de informação específica e de acompanhamento especializado por parte dos agentes de saúde como importantes para a tomada de decisão de abandonar a amamentação, “não consegui tirar o leite suficiente para dar ao meu filho” 27,59% e “não tive sessões de esclarecimento sobre o aleitamento” com 24,14%.

Surpreendente foi o facto de vermos que o regresso ao trabalho não esteve entre as causas apontadas como importantes para o abandono do aleitamento, apenas 13,79% da amostra.

3.5.Crenças relacionadas com a amamentação

Da população em estudo apenas uma das mães fez referência ao conhecimento de uma crença relacionada com a amamentação e o possível efeito que ela pode ter tido como indutora da tomada de decisão para o abandono da amamentação. Tal foi descrita assim: “para se saber se o leite é bom ou não, coloca-se uma gota do leite na palma da mão e de seguida vira-se a mão para baixo. Se a gota cair então o leite é fraco se, pelo contrário, ela permanecer então ele é forte”.

3.6. Análise das hipóteses

Para testar as hipóteses formuladas para este estudo optámos por aplicar testes não paramétricos atendendo ao facto das variáveis em teste não apresentarem distribuição normal e também por estarmos perante uma amostra relativamente pequena.

Quadro 8 - Comparação do tempo de amamentação em função do regresso à actividade laboral (teste Mann-Whitney).

Regresso à actividade laboral	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	2.74	3.00	4.71	-0.197	0.844
Não	5.20	5.00	4.78		

Analisando os resultados apresentados no quadro 8 podemos verificar que as mães que não tiveram necessidade de regressar à actividade profissional tendem a amamentar durante mais tempo. No entanto, a diferença observada não pode ser considerada significativa ($p > 0.05$). Este facto leva-nos a concluir que o tempo de amamentação não é significativamente influenciado pela necessidade da mãe regressar à actividade profissional.

Quadro 9 - Comparação do tempo de amamentação em função da licença de amamentação (teste Mann-Whitney).

Licença de amamentação	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	7.79	3.00	4.78	-2.763	0.006
Não	2.56	1.00	3.21		

Os resultados apresentados no quadro 9 permitem-nos verificar que as mães que gozaram de licença de amamentação tendem a amamentar durante mais tempo do que as mães que não gozaram esta licença. A diferença observada é muito significativa ($p < 0.01$). Este facto leva-nos a concluir que o facto de a mãe não ter licença de amamentação diminui significativamente o tempo durante o qual ela amamenta.

Quadro 10 - Comparação do tempo de amamentação em função dos hábitos tabágicos (teste Mann-Whitney).

Hábitos tabágicos	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	3.00	1.00	4.00	-1.304	0.192
Não	5.93	5.00	4.70		

Comparando o tempo de amamentação em função dos hábitos tabágicos das mães (quadro 10) verificamos que as mães que não tinham este tipo de hábitos tendem a amamentar durante mais tempo. O teste aplicado revela que a diferença observada não pode ser considerada significativa ($p > 0.05$), ou seja os hábitos tabágicos da mãe parecem não influenciar significativamente o tempo durante o qual ela amamenta.

Quadro 11 - Comparação do tempo de amamentação em função da paridade (teste Mann-Whitney).

Paridade	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Primíparas	4.67	3.00	4.13	-0.909	0.363
Múltiparas	6.67	6.00	5.16		

Procurámos avaliar a influência da paridade no tempo de amamentação. Os resultados apresentados no quadro 11 permitem-nos verificar que, apesar das mães múltiparas tenderem a amamentar durante mais tempo que as mães primíparas, a diferença não pode ser considerada significativa ($p > 0.05$).

Quadro 12 - Comparação do tempo de amamentação em função de quando foi tomada a decisão de amamentar (teste Kruskal-Wallis).

Decisão de amamentar	Tempo de amamentação			χ^2	p
	\bar{x}	Md	s		
Antes de engravidar	5.95	3.00	4.33	0.315	0.854
Durante a gravidez	7.00	6.00	6.40		
Depois do parto	6.00	6.00	4.08		

Relativamente à influência do momento em que a mãe decide amamentar sobre o tempo de amamentação (quadro nº 12) verificamos que não existem diferenças significativas ($p > 0.05$), ou seja o momento em que mãe decide amamentar não influencia significativamente o tempo de amamentação.

Quadro 13 - Comparação do tempo de amamentação em função do tempo de demora entre o nascimento e a colocação do bebé para a primeira mamada (teste Kruskal-Wallis).

Tempo de demora	Tempo de amamentação			χ^2	p
	\bar{x}	Md	s		
Imediatamente	4.29	3.00	3.73	3.796	0.284
½ hora	7.11	3.00	5.64		
1 hora	4.75	5.00	2.96		
2 horas ou mais	8.67	10.00	4.63		

Idêntica conclusão podemos tirar quando comparámos o tempo de amamentação em função do tempo que decorreu entre o nascimento e a primeira mamada do bebé (Quadro nº 13). Os resultados do teste levam-nos a afirmar que esta variável não influencia significativamente ($p > 0.05$) o tempo durante o qual as mães amamentam.

Quadro 14 - Comparação do tempo de amamentação em função da introdução de suplementos lácteos durante o internamento na maternidade (teste Mann-Whitney).

Introdução de suplementos	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	3.93	2.00	4.76	-2.052	0.040
Não	6.79	6.00	4.32		

Analisando os resultados apresentados no quadro nº 14 podemos verificar que os bebés que não receberam suplementos lácteos durante o internamento na maternidade tendem a ser amamentados durante mais tempo que os bebés que tiveram este tipo de suplemento. A diferença observada é significativa ($p < 0.05$). Com base nestes resultados somos levados a admitir que a introdução de suplemento lácteo durante o internamento na maternidade tende a diminuir significativamente o tempo de aleitamento dos bebés.

Quadro 15 - Comparação do tempo de amamentação em função da existência de problemas mamários (teste Mann-Whitney).

Problemas mamários	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	5.11	3.00	4.22	-1.583	0.113
Não	7.91	8.00	4.68		

A existência de problemas mamários decorrentes da amamentação (Quadro nº 15) não influencia significativamente ($p > 0.05$) o tempo de amamentação dos bebés. No entanto, parece haver uma ligeira tendência para que as mães que não sofreram destes problemas amamentem durante mais tempo.

Quadro 16 - Comparação do tempo de amamentação em função da utilização da chupeta (teste Mann-Whitney).

Utilização da chupeta	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	4.79	3.00	4.37	-2.442	0.015
Não	11.25	11.00	2.22		

O uso da chupeta tende a influenciar significativamente ($p < 0.015$) o tempo de amamentação dos bebês. Como podemos verificar pelos resultados apresentados no quadro nº 16 os bebês que não usaram chupeta foram amamentados durante mais tempo.

Quadro 17 - Comparação do tempo de amamentação em função de ter sido ministrada informação específica sobre aleitamento materno durante a vigilância da gravidez (teste Mann-Whitney).

Informação específica durante a vigilância da gravidez	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	6.16	6.00	5.11	-0.693	0.488
Não	4.55	3.00	4.41		

Analisando os dados apresentados no quadro nº 17 podemos verificar que o facto das mães receberem informação específica sobre aleitamento materno durante a vigilância da gravidez não influencia significativamente ($p > 0.05$) o tempo de amamentação, embora exista a tendência para que as mães que receberam esta informação amamentem durante mais tempo.

Quadro 18 - Comparação do tempo de amamentação em função de ter sido ministrada informação específica sobre aleitamento materno após o nascimento da criança (teste Mann-Whitney).

Informação específica após o nascimento da criança	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	S		
Sim	6.00	5.00	2.52	-1.332	0.183
Não	2.50	2.00	4.76		

Idêntica conclusão podemos tirar quanto à influência da informação específica que foi dada após o nascimento sobre o aleitamento materno, Quadro nº 18.

Quadro 19 - Comparação do tempo de amamentação em função da experiência anterior de amamentação (teste Mann-Whitney).

Experiência anterior de amamentação	Tempo de amamentação			z	p
	\bar{x}	Md	s		
Sim	8.08	9.50	4.78	-2.127	0.033
Não	4.14	3.00	4.04		

A comparação do tempo de amamentação conforme as mães que tiveram, ou não, experiências anteriores de amamentação revelou a existência de diferença significativa ($p < 0.05$). Analisando os valores médios e medianos verificamos que as mães que tiveram experiências anteriores de amamentação tenderam a amamentar durante mais tempo que as mães que não tiveram essas experiências.

3.7. Estudo de regressão entre a Variável Dependente e as Variáveis Independentes

No estudo de regressão múltipla das variáveis em estudo nas hipóteses, apenas a variável tempo decorrido entre o nascimento e a 1ª mamada se revelou com poder preditor estatisticamente significativo ($F=13,266$; $p=0,022$) do tempo de amamentação. Esta variável explica 76,8% da variação do tempo de amamentação e que quanto menor o tempo decorrido entre o nascimento e a ocorrência da primeira mamada, maior tende ser o tempo de amamentação. As outras variáveis não apresentam poder preditor significativo sobre a Variável Dependente ($\beta = -0,877$).

Model	Unstandardized Coefficients		Standardize	t	Sig.	
	B	Std. Error	Coefficients			
1	(constant)	-1,387	2,559		-,542	,616
	Tempo amamentação	-1,092	,300	-,877	3,642	,022
$r^2=76,8\%$		$F=13,266$		$P=0,022$		

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS DO ESTUDO DAS HIPÓTESES

Hipótese 1- O regresso à actividade laboral influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Através do estudo em questão podemos concluir que o regresso ao trabalho não influencia significativamente o tempo de amamentação, apesar de se verificar que as mães que não tiveram a necessidade de regressar à actividade profissional tenderam a amamentar durante mais tempo. Estes dados não são iguais aos descritos por HEYMANN et al. (2012) ou apurados por AGÜIR et al. (1996), que verificam que o regresso ao trabalho apesar de não ter influência sobre a tomada de decisão em amamentar, já tem sobre o tempo de duração do aleitamento materno.(14, 15) AGÜIR et al. (1996) ainda nos dizem que as mulheres que não tiveram necessidade de regressar ao trabalho amamentaram durante mais tempo, o que finalmente vai de acordo com o nosso estudo.(15)

Hipótese 2- A duração da licença de amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Usufruir da licença de amamentação leva a que se amamente durante mais tempo. Esta conclusão vem sustentar a necessidade da aplicabilidade do artigo 47.º (dispensa para amamentação ou aleitação) da Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro presente no Código do Trabalho (16), nomeadamente no respeito ao cumprimento dos períodos para a amamentação, na exacta medida que estatisticamente comprovou-se a sua relação com o aumento do tempo do aleitamento materno. Iguais resultados foram obtidos por HEYMANN et al. (2012), que afirmam que a existência de políticas nacionais protectoras do aleitamento materno efectivamente contribuem de forma significativa para o aumento das taxas deste último.(14)

Hipótese 3- O hábito tabágico influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Por se tratar de uma amostra relativamente pequena e com poucas mães fumadoras, estatisticamente não se provou ser significativo o facto de o hábito tabágico diminuir o tempo de amamentação, apesar de se relacionar que as mães não fumadoras tendem a amamentar durante mais tempo. Tais conclusões estão de acordo com HORTA e col. (2001) que relacionam uma diminuição do tempo de amamentação em mães fumadoras. Dada a importância deste factor de risco para a saúde pensamos ser de extrema importância que esta vertente seja melhor explorada em outros trabalhos.(17)

Hipótese 4- A paridade influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Através do nosso estudo não comprovamos uma diferença estatisticamente significativa entre as primíparas e múltiparas e o tempo de amamentação, contudo verificou-se uma tendência para as múltiparas amamentarem durante mais tempo. Uma relação mais forte foi encontrada por AGÜIR et al. (1996) entre a duração do tempo de amamentação e a paridade.(15)

A tendência verificada nas mulheres múltiparas em amamentarem durante mais tempo poderá estar relacionada com a experiência anterior tal como afirma DENNIS (2002) e CHEZEM et. al (1998) nos seus trabalhos.(10, 18)

Hipótese 5- O momento em que decide amamentar influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

O tempo de amamentação não é influenciado pelo momento da tomada de decisão de amamentar. Esta conclusão da hipótese em estudo é oposta à encontrada no trabalho de DENNIS (2002). No entanto, e apesar da tomada de decisão ser uma escolha individual, concluiu-se que há inúmeros factores externos e internos à própria mãe capazes de em qualquer momento poderem modular o comportamento e determinar uma outra tomada de decisão ICHISATO et al. (2002).(7)

Hipótese 6- O tempo de demora entre o nascimento e a colocação do bebé para a primeira mamada influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Através da análise estatística não ficou provada a relação entre o início precoce da primeira mamada e o aumento do tempo de amamentação. No entanto, e tendo em conta as orientações da OMS através das 10 medidas na promoção do aleitamento materno -“Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” (passo 4) - tal deve ser tomado como prática quotidiana. Estas conclusões, contudo contrariam os resultados apurados em outros estudos e citados por DENNIS (2002).

Hipótese nº 7- A introdução dos suplementos lácteos durante o internamento na maternidade influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

O nosso estudo, assim como a maioria dos trabalhos consultados nesta vertente, chegou à conclusão que estatisticamente é significativa a relação estabelecida entre a introdução de suplementos lácteos na maternidade e a diminuição do tempo de amamentação, ficando

comprovado que as crianças que receberam leite artificial durante o internamento mamaram durante menos tempo. Idênticos resultados foram citados por BLOMQUIST et. al (1994), CHEZEM (1998), DENNIS (2002), e SCOTT et. al (2006) pelo que deva ser urgente que se mudem radicalmente comportamentos nas nossas unidades de saúde abandonando-se o facilitismo e alguma displicência com que se administram os suplementos lácteos.(10, 18-20) Mais uma vez sentimos ser importante alertar para o cumprimento do passo 6 que consta das medidas para a promoção do aleitamento materno e preconizados pela Declaração de Innocenti “não dar a nenhum recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenham indicação clínica”.

Hipótese nº 8- A existência de problemas mamários decorrentes da amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Não foi estatisticamente significativa a relação entre a existência de problemas mamários e a diminuição do tempo de amamentação, apesar de se verificar que as mães que não sofreram destes problemas terem tendência para amamentar durante mais tempo. Estes dados estão apenas parcialmente de acordo com os obtidos por DENNIS (2002) e NABULSI et al. (2013), na medida que eles referiram relações de causa-efeito. Provavelmente um outro estudo transversal com a utilização de um grupo controle fosse necessário para melhor se estabelecer esta relação.

Hipótese nº 9- A utilização da chupeta influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

A análise desta variável está de acordo com os resultados verificados por inúmeros trabalhos tendo-se verificado, também aqui, que é estatisticamente significativa a relação entre a utilização da chupeta e a diminuição do tempo de amamentação. KLOEBLEN (2001) e SCOTT et. al (2006) comprovaram que há um desmame precoce em crianças que utilizaram a chupeta.(19, 21) Mais uma vez pensamos ser útil para a promoção do aleitamento materno agir mediante o que é preconizado pelo ponto 9 dos 10 passos, onde claramente se recomenda não dar chupetas ou bicos artificiais em crianças amamentadas, “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas” (passo 9).

Hipótese 10- A informação específica sobre aleitamento materno ministrada durante a vigilância da gravidez influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Sem haver uma relação directa estatisticamente significativa entre a formação/informação durante a vigilância da gravidez sobre aleitamento materno e a duração da amamentação verificou-se que há uma tendência das mulheres que receberam este tipo de

informação para amamentarem durante mais tempo. O nosso estudo carece de elementos fundamentais para uma análise aprofundada nesta vertente, na medida em que quase toda a informação veiculada se cingiu a um único momento formativo, sem que houvesse indicação da uniformidade do mesmo para a população em estudo. Ainda assim, outros estudos já elaborados sobre este tema apontam para uma relação positiva entre sessões pré-natais sobre o aleitamento e a tomada de decisão do tempo de amamentação DENNIS (2002) e DYSON et. al (2008).(6, 10)

Hipótese 11- A informação específica sobre aleitamento materno ministrada após o nascimento da criança influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Os resultados obtidos no estudo desta hipótese são em todo semelhantes ao da hipótese anterior, pelo que não nos alongaremos em considerações já estabelecidas.

Hipótese 12- O ter tido experiência anterior em amamentação influencia a tomada de decisão do tempo de amamentação.

Ficou estatisticamente comprovado neste estudo a relação entre experiência anterior em amamentação e o aumento do tempo de amamentação. Consideramos por isso haver uma relação com o que foi verificado por CHEZEM (1998). Podemos também aqui estabelecer um paralelismo com as conclusões obtidas pela hipótese nº 4, em virtude de se ter verificado que as múltiplas tenderiam a amamentar durante mais tempo. Assim, pensamos que a existência de uma experiência prévia com a amamentação, independentemente do tempo de duração, foi determinante para que em outros filhos se tenha amamentado durante mais tempo.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O cerne deste trabalho mostra de forma clara as baixas taxas de amamentação.

Iniciamos este capítulo sublinhando que a duração da amamentação para uma amostra de 33 mães foi de 1 mês para 20,01% e que mais de metade das mães abandona o aleitamento materno até aos 6 meses de idade do bebé, logo, antes do tempo preconizado pela OMS. A moda situa-se, portanto, no 1º mês, enquanto que a média é de 6,13 meses. Desta forma, e tendo por base de comparação as mães desta mesma amostra que já tinham amamentado anteriormente, vemos que o tempo de amamentação em média decresceu dos 9,5 meses para os 6,13 meses e que a moda caiu dos 4 meses para 1 mês, o que nos faz pensar imediatamente no insucesso de todas as campanhas, acções e promoções para o aleitamento materno. Insucesso também para as políticas de saúde e para o desempenho de todos aqueles que directa ou indirectamente trabalham para o aleitamento materno mesmo tendo em conta a existência clara de orientações e directivas explícitas emanadas pelas estruturas nacionais e internacionais para o efeito. Apesar de alguns hospitais portugueses fazerem parte da rede Hospitais Amigos do Bebê, um enorme trabalho ainda se encontra por fazer no que diz respeito à implementação de políticas, promoções, práticas e investimentos na amamentação.

Em relação à maioria dos factores considerados sócio-demográficos e por nós estudados nomeadamente a idade, nível educacional, profissão e alguns hábitos pessoais, para além de outras variáveis, não foram estabelecidas relações de causalidade entre elas e o tempo de amamentação, tendo servido fundamentalmente para traçarmos o perfil da mãe que deu forma a este trabalho.

Assim, podemos dizer que se trata de uma mulher com idade entre os 29 e os 31 anos, em que este é o seu primeiro filho e tem por ocupação entre o doméstica e empregada fabril, sendo fundamentalmente trabalhadora por conta de outrem, esta mãe é uma profissional laboral activa. Vive no meio rural, consegue ter mais do que escolaridade obrigatória, não ingere bebidas alcoólicas nem fuma e apenas tem por hábito tomar café diariamente na quantidade de dois por dia. A gravidez foi planeada e escolheu preferencialmente o médico particular como entidade que mais confiança lhe inspirou para seguir a vigilância da gravidez. Com o nascimento deste filho gozou tanto a licença de maternidade como licença de amamentação.

Relativamente à amamentação vemos que, para esta amostra, 90,91% de facto amamentou os respectivos filhos logo após o nascimento, estando este dado em semelhança ou até ligeiramente superior aos verificados por outros trabalhos de pesquisa, por exemplo

HODDINOTT (2000) com 66% (22) e AGÜIR (1996) também com 66%. A decisão de amamentar foi tomada ainda antes da gravidez para 70% da amostra. Os motivos mais referidos e por isso mais determinantes para as mães desta amostra amamentarem foram fundamentalmente por ser o melhor e o mais saudável alimento para o desenvolvimento da criança. Além disso, conseguimos observar que a maior parte das mães tem ideias básicas sobre os benefícios da amamentação, o que pode facilitar e ser uma ponte para se iniciarem e promoverem intervenções, consultas e grupos de apoio com o intuito de aprofundar e incentivar a importância do aleitamento materno, como nos é referido pelos estudos de NABULSI et. al, (2013).

Mais de metade dos bebés nascidos e que fazem parte deste estudo, 53,33%, iniciaram a amamentação ainda dentro da primeira hora de vida o que de alguma forma vem confirmar que se respeitam as orientações da OMS, contudo, os restantes foram colocados a mamar mais de uma hora após ter decorrido o parto, e onde para 20,00% dos RN, 2 ou mais horas após o nascimento. O motivo referido para este facto ter ocorrido ficou a dever-se à demora no chegar à enfermaria, o que nos permite inferir que é na unidade de puérperas que o RN inicia a amamentação.

Perto de metade destes RN (42,42%) receberam suplementos lácteos durante a estadia na maternidade, o que por si só contraria as orientações da Declaração de Innocenti, nomeadamente em relação ao ponto 6 dos 10 passos para a promoção do aleitamento materno. Valores estes que estão muito acima dos encontrados por CHEZEM (1998) com 18% e BLOMQUIST (1994) com 21%. Mais de metade destes bebés, a quem foi administrado leite artificial, receberam-no ou ainda antes da primeira mamada ou logo após esta, o que revelou ser comprometedor para a continuidade da amamentação, comprovando igualmente os estudos citados por DENNIS (2002). Podemos assim considerar que houve como que uma precipitação na administração leite industrial, na medida que ocorreu precisamente na fase em que a criança está a estabelecer o seu padrão de amamentação. Pelo quadro nº 3 os argumentos mais utilizados para a introdução do suplemento lácteo na maternidade foram a insuficiência de leite e a fome do bebé. Tendo em conta que este período é o da existência do colostro isto desencadeia, por si só, na mãe, uma quantidade de dúvidas e incertezas no sentido de saber se tal fluido é suficiente para responder às necessidades do RN. Através dos dados apresentados na tabela nº 25 verificamos que é o enfermeiro o técnico que toma a iniciativa da administração do suplemento lácteo. Podemos por isso inferir que no processo relacionado com o apoio e suporte para o estabelecimento da lactação é a falta de conhecimentos, nomeadamente relacionado com a fisiologia do aleitamento e a técnica da mamada, que estão na base do referido comportamento.

Neste estudo verificámos também que mais de metade da amostra revelou ter tido problemas mamários, e destes, o que aparece referido mais vezes, é o mamilo dolorido, igualmente referido por outros autores como sendo um dos grandes indutores para o

abandono da amamentação (RAMOS et. al, 2003 (23); NABULSI et. al, 2013). Esta situação deve-se em muito com a incorrecta execução da técnica de mamar, nomeadamente relacionado com a má pega, onde o bebé utiliza apenas o mamilo para extrair o leite aplicando localmente uma força maior do que normalmente usaria, causando como consequência um abrasamento local da derme por fricção da mandíbula, e por esta via, o aparecimento das gretas e fissuras. Constatámos que das mulheres que apresentaram problemas mamários perto de 2/3 utilizou o extractor de leite, sobretudo para o tratamento do ingurgitamento mamário, e este acessório está como que contra-indicado no uso rotineiro da obstetrícia actual por apresentar uma técnica de extracção de leite totalmente diferente ao que o bebé utiliza, promovendo o agravamento dos problemas mamários já existentes, nomeadamente o ingurgitamento mamário (PALMER, 1998; RODRIGUEZ et. al, 2000) (24, 25). Na resolução dos problemas a entidade mais escolhida foi o médico cabendo a este a escolha do tratamento a efectuar. Verificamos também que o médico é das entidades mais importantes e com maior relevo no acto de construir mentalidades e atitudes assentes nas boas práticas de saúde, e que as mães dão valor às suas indicações. Daí ser extremamente relevante para a mãe que o médico tenha os conhecimentos suficientes e promova em todo o momento os benefícios da amamentação, bem como esteja sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida encontrada por esta, assim como resolva qualquer problema diagnosticado.

Pelos números obtidos através do estudo efectuado verificámos que a esmagadora maioria das mães, 87,88% deu a chupeta ao seu filho, partindo delas próprias a iniciativa de a dar e sendo utilizada fundamentalmente como pacificador em relação ao choro da criança. Estes dados não são exclusivos da nossa sociedade, antes pelo contrário, na medida que é prática difundida à escala planetária como nos demonstram estudos como os de CHEZEM et. al (1998), KLOEBLEN (2001) e SCOTT et. al (2006). Em todos estes trabalhos estabeleceu-se uma relação directa entre o uso da chupeta e a diminuição do tempo de amamentação. Segundo PALMER (1998), consoante o objecto o bebé desenvolve mecanismos e aprendizagens diferentes de sucção, e tal como acontece com o biberão, a chupeta provoca uma nova aprendizagem e forma diferente do bebé sugar. Isto faz com que o RN com hábitos desenvolvidos pela presença da chupeta e/ou biberão não utilize a técnica correcta de retirar o leite da mãe, processo descrito por vários autores como confusão de bicos (tradução do inglês nipple confusion) assim e pelo facto de não obter a quantidade suficiente para ficar satisfeito, leva-o à frustração na mamada que por sua vez o obriga à substituição do processo de amamentação pela introdução permanente do biberão.

As malas promocionais são uma realidade na nossa sociedade e a maioria das mães do nosso estudo também as recebeu. Dos dados obtidos há a salientar, em especial, dois factos. Um primeiro relaciona-se com a não inclusão de biberões e amostras de leites adaptados na mala, apesar de haver ampla literatura para os mesmos, assim como também existe variada informação para a utilização de extractores de leites e outros acessórios, e o segundo relaciona-se com a oferta de chupetas. Desta forma, estas malas constituem um entrave ao

processo de amamentação no sentido que a oferta de chupetas, como já ficou referido neste trabalho, assim como informação orientada são fortes indutores da tomada de decisão do abandono da amamentação.

Relativamente à introdução de leite adaptado para lactente após a saída da maternidade verificou-se que a maioria (51,52%) o fez, acabando por desmamar completamente a criança até ao terceiro mês de vida. Estabelecendo uma ligação ao que foi anteriormente referido, se durante o internamento foram administrados suplementos de leite artificial a 14 das 33 mães é que após a alta 17 das mesmas 33 mães introduziram o leite adaptado o que nos leva a afirmar, até pela confirmação estatística feita, que tal prática hospitalar é uma grande indutora no desmame precoce. Pelo estudo verificou-se que 58,82% das 17 mães que introduziram o leite artificial o fizeram até à segunda quinzena de vida e destas, cerca de metade (41,18%), referiram que foram assim orientadas ainda na maternidade aquando da alta hospitalar. A decisão familiar aparece como sendo o segundo elemento mais referido para a introdução do aleitamento artificial, e é o médico considerado o principal agente para a introdução do leite adaptado na alimentação do RN.

Analisando a vertente da formação, nomeadamente com a obtenção de informação específica sobre aleitamento materno durante o período gestacional, verificamos que a “mãe tipo” deste estudo recebeu informação durante a gravidez, mas esta ficou cingida a um único momento não tendo sido determinado quando e em que circunstâncias ocorreu. Estas mães tiveram oportunidade de colocar as respectivas dúvidas, tendo também ficado por esclarecer se foi considerado suficiente. Verificou-se ainda que coube ao enfermeiro, na maior parte das vezes, a responsabilidade desta formação. Estes factos levam-nos a crer que o médico está a falhar com a sua responsabilidade, uma vez que ele é uma entidade importante para introduzir e promover atitudes e conhecimentos junto da população, e que esta dá extrema importância às suas orientações o que nos faz crer que uma mudança de comportamentos e esforços por parte deste grupo profissional para com a amamentação, poderá ser capaz de modificar e ultrapassar comportamentos inadequados. Assim como NABULSI et. al, (2013) e DYSON et. al (2008), nós consideramos importante serem criadas a nível nacional consultas obrigatórias de promoção e incentivo ao aleitamento materno, tanto no pré como pós natal.

Relativamente ao pós-parto constatou-se que a população em estudo não recebeu qualquer tipo de informação ou apoio para a amamentação, e os escassos 12,12% que o tiveram, dizem que tal ocorreu na maternidade, o que nos leva a concluir, que foi no breve momento da fase de preparação para a alta hospitalar que se abordou ao delével o tema amamentação, de todo insuficiente, na nossa perspectiva, tal foi igualmente referido por HODDINOTT (2000), NABULSI et. al (2013) e DYSON et. al (2008). O puerpério é considerado um período importante no reforço da segurança e confiança da mãe que amamenta e que não deveria ser descurado por nenhum dos prestadores de cuidados. Também aqui se verificou que foi o enfermeiro o elemento que forneceu a informação/formação.

Finalmente, e relativamente à percepção materna dos factores que conduziram ao abandono da amamentação, a grande maioria estabeleceu um paralelismo entre alguns sentires extrínsecos e intrínsecos relativos à amamentação e o facto de estes se comportarem como indutores do desmame. Dos intrínsecos verificamos que foram utilizados todo um conjunto de razões que estão directamente relacionadas com o leite, designadamente com a sua qualidade ou quantidade, o que interfere directamente com o comportamento face à amamentação. Daqui podemos inferir que há alguma falta de conhecimentos por parte da mãe e que tal está na base do desmame, o que poderia, pensamos, ser minimizado com consultas informativas individuais e grupos de apoio. Já do ponto de vista dos extrínsecos estão de facto os profissionais de saúde, através de comportamentos e orientações moduladores do comportamento materno, levando, no estudo em questão, consequentemente ao desmame. Os argumentos mais usados por estes profissionais prendem-se fundamentalmente com indicações associadas à insuficiência de leite materno para as necessidades bio-fisiológicas do RN. Ainda nesta vertente extrínseca muitas das mães identificaram também como determinante o peso da dimensão social na tomada de decisão, com forte condicionante familiar exercida por mães/sogra/maridos/companheiros. Achamos por isso que ainda estamos muito aquém de fornecer um acompanhamento correcto à grávida e posteriormente à mãe face a este tema onde a grande parte da responsabilidade centra-se na equipa de saúde envolvida e com responsabilidades nesta área.

Através das respostas obtidas neste estudo ficou patente que se as mães integrantes deste estudo tivessem tido um apoio mais eficaz por parte dos agentes de saúde com responsabilidades no período pós-parto, nomeadamente com o regresso a casa e recomeço da actividade laboral, provavelmente teriam sido capazes de superar as dificuldades sentidas, acabando, eventualmente, por amamentar durante mais tempo.

A referência à importância que a vertente sexual/sexualidade tem com a amamentação constituiu para nós um alerta e despertou a consciência do quanto esta área está insuficientemente estudada, pelo que pensamos ser importante estudar e conhecer melhor esta relação assim como determinar com exactidão o peso efectivo que tem para com a amamentação em especial para com o sucesso desta.

Surpreendente foi o facto de se ter verificado que o regresso ao trabalho não foi um dos motivos responsável para a tomada de decisão no abandono da amamentação, oposto ao encontrado em muitos estudos por nós consultados tais como o de HEYMANN et al. (2012), RAMOS et. al (2003), DENNIS (2001) e AGÜIR et al. (1996). Esta fraca correlação pode ter sido devida à nossa limitada amostra, sendo que um novo estudo nesta área em particular e com um maior número de mães pudesse, com mais exactidão, fornecer elementos mais concretos para uma análise mais precisa.

6. Conclusões

A investigação incidiu sobre as características sócio-demográficas das mães, suas atitudes face ao aleitamento materno, o nível de informação relativamente à amamentação e percepção materna dos factores para o desmame do seu filho. Os resultados foram obtidos recorrendo ao uso de testes não paramétricos como o teste Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para variáveis categóricas. A opção pela aplicação de testes não paramétricos teve em conta o facto de se tratar de uma amostra relativamente pequena e por não apresentar uma distribuição normal.

Esta investigação permitiu-nos concluir que:

- o tempo de amamentação não é significativamente influenciado pela necessidade da mãe regressar à actividade profissional.
- o facto de a mãe não ter licença de amamentação diminui significativamente o tempo durante o qual ela amamenta.
- os hábitos tabágicos da mãe parecem não influenciar significativamente o tempo durante o qual ela amamenta. No entanto, verifica-se que as mães sem este hábito têm tendência para amamentar durante mais tempo.
- as mães múltíparas tendem a amamentar durante mais tempo que as mães primíparas, apesar da diferença não poder ser considerada significativa.
- o momento em que a mãe decide amamentar não influencia significativamente o tempo de amamentação.
- o tempo durante o qual as mães amamentam em função do tempo que decorreu entre o nascimento e a primeira mamada do bebé não é influenciado significativamente.
- a introdução de suplemento lácteo durante o internamento na maternidade tende a diminuir significativamente o tempo de aleitamento dos bebés.
- a existência de problemas mamários decorrentes da amamentação não influencia significativamente o tempo de amamentação dos bebés, contudo verificou-se que mães sem qualquer tipo de problemas amamentaram durante mais tempo.
- o uso de chupeta tende a influenciar significativamente o tempo de amamentação dos bebés.
- o facto de as mães receberem informação específica sobre aleitamento materno durante a vigilância da gravidez não influencia significativamente o tempo de amamentação, embora exista uma tendência para que as mães que receberam esta informação amamentem durante mais tempo.
- o facto de as mães receberem informação específica sobre aleitamento materno após o parto também não influencia significativamente o tempo de amamentação, mas também verificamos que existe uma tendência para que as mães que receberam esta informação amamentem durante mais tempo.
- as mães que tiveram experiências anteriores de amamentação tendem a amamentar

durante mais tempo que as mães que não tiveram essas experiências.

Consideramos como principais limitações ao presente estudo:

- a disponibilidade de tempo para a sua realização, o que limitou a construção do instrumento de colheita de dados e o número da população em estudo.
- a falta de recursos logísticos, monetários e de tempo que nos permitiria alargar a dimensão da amostra e envolver um maior número de participantes, permitindo-nos obter resultados mais expressivos.

7. Referências Bibliográficas

1. Organization WH. Child rights 194 Member States: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/rights/en/.
2. Organization WH. The Ottawa Charter for Health Promotion. In: Organization WH, editor. First International Conference on Health Promotion; 21 November 1986; Ottawa World Health Organization; 1986.
3. Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 2012;129(3):827-41.
4. Nabulsi M, Hamadeh H, Tamim H, Kabakian T, Charafeddine L, Yehya N, et al. A complex breastfeeding promotion and support intervention in a developing country: study protocol for a randomized clinical trial. BMC public health. 2013;14:36.
5. Fund UNCs, Organization WH, Lactation I, Association C, Medicine TAOB, Action WAFB. INNOCENTI DECLARATION 2005. In: WHO/UNICEF, editor. Celebrating Innocenti 1990-2005: Achievements, Challenges and Future Imperatives; 22 November 2005; Florence: WHO/UNICEF; 2005.
6. Dyson L, McCormick FM, Renfrew1 MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. The Cochrane Collaboration. 2008(4).
7. Ichisato SMT, Shimo AKK. REVISITANDO O DESMAME PRECOCE ATRAVÉS DE RECORTES DA HISTÓRIA1. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;10(4):578-85.
8. Rea MF, Toma TS. Proteção do leite materno e ética. Rev Saúde Pública. 2000;34(4):388-95.
9. Monteiro JCdS, Nakano AMS, Gomes FA. O aleitamento materno enquanto uma prática construída. Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. Investigación y Educación en Enfermería. 2011;29(2):315-21.
10. Dennis C-L. Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2002;31(1):12-32.
11. Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 1997;100(6):1035-9.
12. Willumsen J. Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative WHO: e-Library of Evidence for Nutrition Actions; 2013 [updated July 2013]. Available from: http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/en/.
13. Licença parental inicial, 7. Sect. 1 (2009).
14. Heymann J, Raub A, Earleb A. Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. Bulletin of the World Health Organization. 2012;91(6):398-406.
15. AGÜIR VE, Pons RM, Revuelta CC. Duración de la lactancia materna y actividad laboral. Anales Españoles de pediatría. 1996;44(5):437-41.
16. Dispensa para amamentação ou aleitação, 7. Sect. 1 (2009).
17. Horta BL, Kramer MS, Platt RW. Maternal smoking and the risk of early weaning: A meta-analysis. American Journal of Public Health. 2001; 91(2):304- 7.
18. Chezem J, Friesen C, Montgomery P, Fortman T, Clark H. Lactation Duration: Influences of Human Milk Replacements and Formula Samples on Women Planning Postpartum Employment. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 1998;27(6):646-51.
19. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. 2006;117.
20. Blomquist HK, Jonsbo F, Persson L. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Pædiatrique. 1994;83:1122-6.
21. Kloeblen-Tanver AS. Pacifier Use is Associated With Shorter Breastfeeding Duration Among Low-Income Women. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2001;108(2):526.
22. Hoddinott P, Pill R, Hood K. Identifying which women will stop breast feeding before three months in primary care: a pragmatic study. The British Journal of General Practice. 2000;50:888-91.
23. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. Jornal de Pediatria. 2003;79(5):385-90.
24. Rodriguez AMP, Peralta JJG. Aspectos Éticos en la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento. PRHSJ. 2000;19(2):145-51.
25. Palmer B. The Influence of Breastfeeding on the Development of the Oral Cavity: A Cometary. J Hum Lact. 1998;14(2):93-8.

8. Anexos

QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____

2. Profissão/ocupação: _____

3. Residência: Urbano Rural

4. Escolaridade: Primária.....
Ciclo Preparatório.....
9º Ano de Escolaridade.....
11º Ano de Escolaridade.....
12º Ano de Escolaridade.....
Bacharelato.....
Licenciatura.....
Mestrado e/ou Doutouramento.....

5. No seu dia-a-dia toma café: Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 7 -

6. Se sim quantos cafés toma diariamente (tenha como padrão um café expresso): _____

7. No seu dia-a-dia toma bebidas alcoólicas: Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 9 -

8. Se sim:

Que tipo de bebida alcoólica: _____

Que quantidade, em média, bebe dessa(s) bebida(s) diariamente (tenha como padrão um copo de mesa de 25cl):

9. No seu dia-a-dia fuma (tabaco): Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 11 -

10. Se sim quantos cigarros fuma diariamente:

_____ cigarros

11. O filho que esteve ou tem estado a amamentar é o seu:

1º 2º 3º 4º 5º ou +

12. A sua gravidez foi planeada? Sim Não

13. A sua gravidez foi vigiada? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 15 -

14. Se sim onde:

Centro de Saúde.....

Hospital.....

Médico Particular.....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

15. Amamentou este seu filho: Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 17 -

16. Se sim, durante quanto tempo o amamentou? _____(meses)

17. Quando tomou a decisão de o amamentar?

antes de engravidar

durante a gravidez

depois do parto

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

18. Refira qual ou quais os motivos pelos quais decidiu amamentar o seu filho?

19. Durante a gravidez teve sessões sobre amamentação? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 21 -

20. Se sim: quantas teve? _____

Quem as fazia? _____

Havia espaço para perguntas e respostas?

Sim Não

21. Depois do parto deste seu filho teve sessões exclusivas sobre amamentação? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 23 -

22. Se sim onde:

Hospital.....	<input type="checkbox"/>
Centro de saúde.....	<input type="checkbox"/>
Médico particular.....	<input type="checkbox"/>
Grupo de ajuda.....	<input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/> Qual: _____	

23. Depois do parto o seu bebé foi posto a mamar:

Imediatamente.....	<input type="checkbox"/>
½ hora depois.....	<input type="checkbox"/>
1 hora depois.....	<input type="checkbox"/>
2 horas ou + depois.....	<input type="checkbox"/>

24. Se o seu bebé foi colocado a mamar 1 hora ou mais depois do parto, qual o motivo apresentado?

25. Na maternidade deram suplementos de leite ao seu filho?

Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 27 -

26. Se sim: antes da primeira mamada.....
após a primeira mamada.....
após outras mamadas posteriores..

27. Quando da administração do suplemento de leite, na maternidade, a iniciativa de o dar partiu:

De si.....
Da enfermeira.....
Do médico.....
Do seu companheiro/marido.....
Da sua mãe/sogra.....
De um outro familiar seu, vizinho ou amigo..

Quem? _____

28. Qual o motivo dado para a introdução do suplemento de leite durante a sua estadia na maternidade?

29. Teve problemas mamários relacionados com a amamentação?

Sim

Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 31 -

30. No caso da resposta ter sido sim, qual ou quais destes problemas teve?

Mamilo dorido.....

Mamilo plano ou invertido.....

Ingurgitamento mamário.....

Mastite

Bloqueio do ducto (caroços no peito).....

Outro

qual? _____

31. A quem recorreu para tratar os seus problemas?

Médico.....

Enfermeiro.....

Farmacêutico.....

Linha telefónica de apoio à amamentação.....

Outro

quem? _____

32. No tratamento dos seus problemas recorreu ao:

Extractor de leite (bomba tira-leite).....

Técnica manual de extracção de leite.....

Medicamentos

33. Quem lhe fez os ensinamentos para corrigir os seus problemas:

Médico.....

Enfermeiro.....

Farmacêutico.....

Linha telefónica de apoio à amamentação.....

Outro
quem? _____

34. Deu a chupeta ao seu filho?

Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 37 -

35. No caso da resposta ser sim, porquê?

36. De quem foi a iniciativa para dar a chupeta?

De si.....

Do enfermeiro.....

Do médico.....

Do seu companheiro/marido.....

Da sua mãe/sogra.....

De um outro familiar seu, vizinho ou amigo..

Quem? _____

37. Na maternidade recebeu ofertas que contivessem amostras de chupetas?

Sim Não

38. Na maternidade recebeu ofertas que contivessem amostras de leite grátis?

Sim Não

39. Na maternidade recebeu ofertas que contivessem amostras de biberões?

Sim Não

40. Após a saída da maternidade introduziu suplementos de leite?

Sim

Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 47 -

41. No caso de ter respondido sim, quando o fez:

Na primeira semana de vida.....

Na segunda semana de vida.....

Durante a segunda quinzena de vida

No segundo mês de vida.....

No terceiro mês de vida.....

42. Onde foi orientada para a introdução do suplemento de leite:

Maternidade.....

Hospital.....

No Centro de Saúde.....

Médico particular.....

Decisão da família.....

43. Depois da alta do hospital de quem partiu a iniciativa para a introdução do suplemento de leite:

De si.....

Do enfermeiro.....

Do médico.....

Do farmacêutico.....

Do seu companheiro/marido.....

Da sua mãe/sogra.....

De um outro familiar seu, vizinho ou amigo..

Quem? _____

44. Qual o motivo para a introdução do suplemento de leite?

45. Onde compra normalmente o leite para o seu filho?

Na farmácia.....

No supermercado/hipermercado.....

46. Para comprar o leite utiliza receita médica?

Sim

Não

47. No caso de ter outros filhos, amamentou-os?

Sim

Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 49-

48. Se sim durante quanto tempo os amamentou (aproximadamente)?

_____ Meses

49. Refira qual ou quais as causas que a levaram a suspender a amamentação do(s) seu(s) outro(s) filho(s)?

50. Exerce alguma actividade laboral? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 52-

51. Se sim: Por conta própria Por conta de outrem

52. Gozou de licença de parto? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 54-

53. Se sim, durante quanto tempo? _____ Meses

54. Gozou de licença de amamentação? Sim Não

- Se respondeu não avance para a pergunta nº 56 -

55. Se sim, durante quanto tempo? _____ Meses

56. Para terminar, gostaria que, relativamente ao seu caso, assinalasse com um X as causas que considera terem ocorrido para que tivesse tomado a decisão de suspender a amamentação do seu filho.

	Sim	Não
O meu médico aconselhou a introdução de suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O enfermeiro aconselhou a introdução do suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O farmacêutico aconselhou a introdução do suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu marido/companheiro aconselhou a introdução do suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha mãe/sogra aconselhou a introdução do suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus vizinhos/amigos aconselharam a introdução do suplemento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabia das vantagens do leite materno para o meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabia das vantagens para mim ao amamentar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinha pouco leite para as necessidades do bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu leite era fraco para o bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabia a quantidade de leite que o meu filho bebia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao amamentar o peito fica descaído e eu não queria que o meu ficasse assim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao amamentar o peito fica descaído e o meu marido/companheiro não queria que o meu ficasse assim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinha vergonha de mostrar o meu peito em público para		

amamentar o meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu marido/companheiro, nas relações sexuais, ficava inibido com a presença do leite nos seios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu marido/companheiro, nas relações sexuais tinha medo de me magoar por causa dos seios cheios de leite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os seios cheios de leite inibia-me nas relações íntimas com o meu marido/companheiro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em virtude de ter regressado ao trabalho não pude continuar amamentar o meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu filho chorava muito e dava a impressão de não ficar satisfeito com o meu leite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gostava de me parecer com as figuras públicas das revistas e como eles dar o biberão ao meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É mais fácil dar o biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É mais prático dar o biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É melhor para o bebé beber leite do biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-me muito mais segura ao dar o biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlava melhor a quantidade de leite dada ao meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu filho ficou doente o que obrigou a dar-lhe biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiquei doente o que me obrigou a dar-lhe biberão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomava medicamentos que interferiam com o meu leite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu filho teve de ir para o infantário e eu não podia ir dar-lhe o peito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde sempre não quis dar o peito ao meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tive apoio nem ajuda para tirar dúvidas quando não conseguia estabelecer uma boa mamada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tive sessões de esclarecimento sobre aleitamento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas mamários o que me obrigou a suspender a amamentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegui tirar o leite suficiente para dar ao meu filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu peito era muito grande e atrapalhava a mamada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu peito era muito pequeno e o meu filho tinha dificuldade em fazer uma boa pega.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação:	<input type="checkbox"/>	
Qual? _____		

Conhece alguma crença popular relacionada com a amamentação e que tenha interferido consigo no sentido de a ter conduzido ao desmame do seu filho?

Sim Não

Se sim poderia relatá-la em poucas palavras?

