



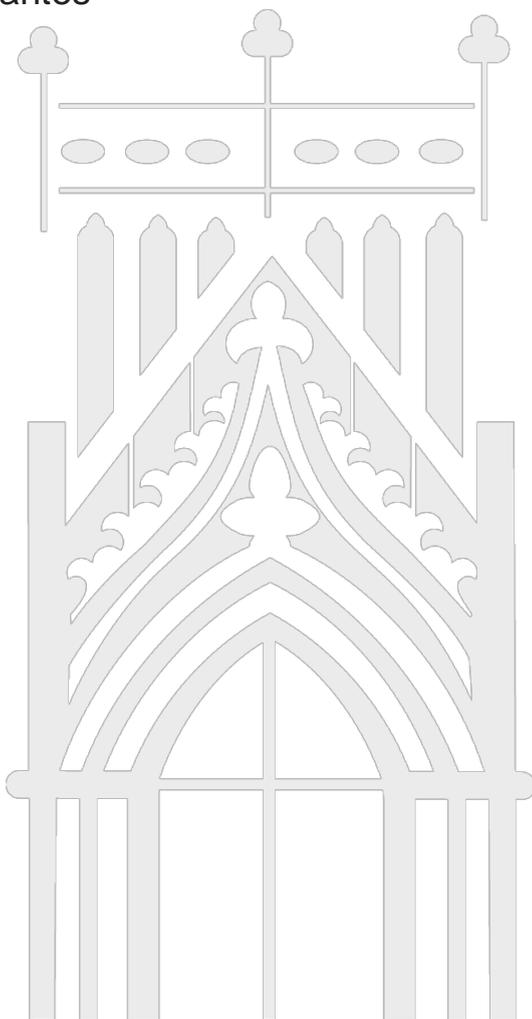
IPG Politécnico
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

A PRÁTICA DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO - Fatores
Determinantes e Fatores Condicionantes

Elisabete Rodrigues Fernandes Andrade

abril | 2014



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Elisabete Rodrigues Fernandes Andrade

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Guarda
2014



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**A PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**
Fatores Determinantes e Fatores Condicionantes

Elisabete Rodrigues Fernandes Andrade

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa

Co-orientadora: Doutora Celina Pires Rosa

Guarda

2014

Aos meus filhos Miguel e Tiago e
Ao meu marido António
Pelas constantes ausências

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de um percurso de crescimento pessoal no qual o contributo de muitas pessoas revelou-se fundamental.

À Professora Mestre Maria Hermínia Nunes Barbosa que me orientou com competência e rigor científico, o meu obrigado pela disponibilidade, incentivo e apoio que sempre demonstrou e sem o qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

À Doutora Celina Pires Rosa, o meu agradecimento pela imprescindível colaboração, apoio e aconselhamento.

Ao Coordenador do Centro de Saúde de Belmonte, agradeço a autorização concedida para a realização deste estudo.

Aos colegas do Centro de Saúde de Belmonte pelo apoio sempre manifestado.

Às colegas e amigas Beatriz Sá, Julieta Martins, Sara Nabais cuja amizade e apoio foi fundamental ao longo deste percurso, o meu agradecimento.

Um agradecimento especial aos meus pais pelo incentivo e apoio com que me brindaram ao longo deste percurso.

À minha irmã e cunhado pela preciosa ajuda na leitura cuidada do trabalho, o meu agradecimento.

Às mães do estudo, que com a sua imprescindível colaboração tornaram possível a realização do trabalho, o meu agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS

AC – Antes Cristo

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

DGS – Direção Geral da Saúde

FIA – Fórmula Infantil Artificial

IgA'S – Imunoglobulinas A

LAM - Lactational Amenorrhoea Method

QI – Quociente Inteligência

RAM - Registo do Aleitamento Materno

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

U.R – Unidade de Registo

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNICEF – United Nations Children's Fund

RESUMO

O aleitamento materno exclusivo é definido pela OMS (2001), quando o bebê recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos.

Vários organismos defendem que a duração do AME durante os seis meses, em detrimento dos três a quatro meses, permite um desenvolvimento ótimo do recém-nascido e deve ser promovido.

Com a realização deste estudo pretende-se determinar a prevalência e a duração do AME na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte e conhecer os fatores favoráveis e os que interferem com a prática do AME.

Para atingir os objetivos definiu-se um estudo descritivo simples, recorrendo-se à abordagem qualitativa. Recorreu-se a uma amostra por conveniência, constituída por um total de dez mães cujos bebês nasceram entre Maio e Julho 2013. Procedeu-se ao acompanhamento dos bebês durante os três meses seguintes realizando-se colheitas de dados entre Agosto 2013 e Janeiro 2014, utilizando a entrevista semiestruturada.

Os resultados revelam que a prevalência do AME ao quarto, ao quinto e ao sexto mês foi, respetivamente, de 90%, 50% e 20%. Relativamente à duração do AME, 10% das mães deixou de amamentar em exclusividade entre os três e os quatro meses, 30% entre os quatro e os cinco meses, entre os cinco e os seis meses, 40% e a partir dos seis meses, 20%.

Os benefícios para a saúde do bebê foram os motivos mais frequentes apontados para a prática do AME. O apoio profissional foi destacado como favorecedor do AME, na figura do médico de família e enfermeiro do centro de saúde. Foi referida a importância da família, com destaque para a avó materna, no entanto, os restantes familiares, foram referidos como incentivadores ao abandono do AME. O cônjuge foi referenciado como facilitador da prática do AME.

As dificuldades referidas durante a amamentação prendem-se com a pega incorreta, as mamadas frequentes, a mastite e o mamilo plano ou invertido, sobressaindo também as críticas e a pressão social para a introdução de novos alimentos.

Aos quatro meses foram apontados diversos motivos para a introdução de leite adaptado, relacionados com a convicção de leite insuficiente, o choro do bebê e o cansaço da mãe.

Aos cinco e aos seis meses o motivo mais evidenciado para o abandono do AME foi maioritariamente o regresso das participantes ao trabalho, tendo sido também referido, a necessidade da adaptação do bebê a novos alimentos.

ABSTRACT

The exclusive breastfeeding is defined by OMS (2001), when the baby receives only breast milk (from the mother or other person) directly from the breast or extracted and no other liquid or solid the exception of vitamins supplements or medications.

Several agencies argue that the duration of exclusive breastfeeding for six months, instead of three to four months, allows the optimal development of new-born and should be promoted.

The realisation of this study aims to determine the prevalence and duration of exclusive breastfeeding in the coverage area of the health centre of Belmonte, identify the favourable factors and factors that interfere to the practice of exclusive breastfeeding.

To achieve the objectives a simple descriptive study was setup, using qualificative approach, for convenience a sample is resorted, comprising a total of ten mothers whose babies were born between May and July 2013. Babies monitoring is carried during the three months following performing data samples between August 2013 and January 2014, using the semi structured interview.

The results reveal that the prevalence of exclusive breastfeeding to the fourth, fifth and sixth months, was respectively, of 90%, 50% and 20%. Concerning the duration of exclusive breastfeeding 10% of mothers stop breastfeeding exclusively between three and four months, 30 % between four and five months, between five and six months, 40% and from six months, 20%.

The benefits to the baby were the most frequent reasons for the practice of exclusive breastfeeding. The professional support was highlighted as favouring breastfeeding, especially in the figure of the family's doctor and nurses from the health centre. Was also referred the importance of family, especially the grandmother, remaining family, were reported as supporters to abandonment of exclusive breastfeeding. The spouse was referenced as a facilitator of practice of exclusive breastfeeding.

The difficulties mentioned during the breastfeeding hold with the incorrect handle, the frequent feedings, and the mastitis and nipple plan or inverted, also projecting the criticism related to social pressure for the introduction of food.

At four months, have indicated several reasons for the introduction of artificial milk, related to conviction insufficient milk, the baby crying and fatigue or the mother.

At five and six months the reasons for the abandonment of exclusive breastfeeding was mainly the return of participants to work and was also referred the necessity of the baby adapt to new foods.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Idade do filho anterior à prática do AM e do AME por cada participante...	48
Gráfico 2 - Distribuição das participantes pelo período planeado para a duração do aleitamento materno exclusivo.....	49

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Características sócio-demográficas e sua caracterização.....	35
Quadro 2 - História obstétrica e sua caracterização.....	36
Quadro 3 - Aleitamento materno e sua caracterização.....	36
Quadro 4 - Entrevistas aplicadas à respectiva participante de acordo com o momento da colheita de dados.....	39
Quadro 5 - Distribuição das categorias e subcategorias dimensionada às classes temáticas.....	40
Quadro 6 - Distribuição das participantes segundo a duração efetiva da prática do aleitamento materno exclusivo.....	51
Quadro 7 - Distribuição da categoria 01 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	52
Quadro 8 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 01 por momento da colheita de dados.....	53
Quadro 9 - Distribuição da categoria 02 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	59
Quadro 10 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 02 por momento da colheita de dados.....	59
Quadro 11 - Distribuição da categoria 03 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	63
Quadro 12 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 03 por momento da colheita de dados.....	64
Quadro 13 - Distribuição da categoria 04 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	67
Quadro 14 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 04 por momento da colheita de dados.....	68
Quadro 15 - Distribuição da categoria 05 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	71
Quadro 16 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 05 por momento da colheita de dados.....	72
Quadro 17 - Distribuição da categoria 06 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	73
Quadro 18 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 06 por momento da colheita de dados.....	74

Quadro 19 - Distribuição da categoria 07 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	75
Quadro 20 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 07 por momento da colheita de dados.....	76
Quadro 21 - Distribuição da categoria 08 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	77
Quadro 22 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 08 por momento da colheita de dados.....	78
Quadro 23 - Distribuição da categoria 09 e subcategorias extraídas das entrevistas.....	80
Quadro 24 - Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 09 por momento da colheita de dados.....	80

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo a idade.....	43
Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil.....	44
Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo o nível de instrução.....	44
Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo a profissão.....	45
Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo o número de filhos.....	45
Tabela 6 – Distribuição das participantes segundo o planeamento da gravidez.....	46
Tabela 7 – Distribuição das participantes segundo o desejo da gravidez.....	46
Tabela 8 – Distribuição das participantes segundo a assistência médica na gravidez.....	46
Tabela 9 – Distribuição das participantes segundo o tipo de parto.....	47
Tabela 10 – Distribuição das participantes segundo o momento da tomada de decisão de amamentar o filho atual.....	48
Tabela 11 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo e complementado.....	50

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – ALEITAMENTO MATERNO	16
1.1 – O LEITE MATERNO.....	17
1.2 – A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO.....	19
2 – ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	23
2.1 – A PRÁTICA E A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO...	25
2.2 - FATORES DETERMINANTES E FATORES CONDICIONANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	27
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
1 – METODOLOGIA	32
1.1 – JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	32
1.2 – TIPO DE ESTUDO.....	33
1.3 – POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	33
1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	34
1.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	37
1.6 – TRATAMENTO DE DADOS.....	38
1.7 – CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA.....	41
2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
2.1 – CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	43
2.2 – DADOS RELATIVOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	49
CONCLUSÃO	85
BIBLIOGRAFIA	88
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Guião da Entrevista G1.....	97
APÊNDICE B – Guião da Entrevista G2.....	103
APÊNDICE C – Guião da Entrevista G3.....	106
APÊNDICE D – Pedido de autorização ao Coordenador do Centro de Saúde.....	108
APÊNDICE E – Consentimento livre e informado.....	110

INTRODUÇÃO

O leite materno é o melhor alimento que uma mãe pode oferecer ao seu filho recém-nascido, é um alimento vivo, completo, natural e, salvo raras exceções, adequado para quase todos os recém-nascidos (Levy e Bértolo, 2012). Durante os primeiros seis meses de vida é o melhor alimento porque cobre todas as necessidades nutritivas e adapta-se à capacidade limitada digestiva e metabólica do lactente (Torre, 2004).

Não existem dúvidas quanto às vantagens do leite materno tanto para o bebé, como para a mãe e também para a família e a sociedade. Entre as vantagens do aleitamento materno para a mãe são frequentemente citadas a rápida involução uterina e a diminuição da perda de sangue no pós-parto, a duração do aleitamento materno também está associada à diminuição do risco de *Diabetes Mellitus* Tipo II, de artrite reumatóide, do cancro da mama e do cancro do ovário (Giugliani, 1994; Levy e Bértolo, 2012; American Academy of Pediatrics, 2014).

Por todos os benefícios que o leite materno fornece, a OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e, a partir desta idade, a introdução de alimentos complementares mantendo o aleitamento materno até, pelo menos, aos vinte e quatro meses.

A mulher sempre amamentou, o aleitamento materno não é uma prática nova, no entanto esta prática, que foi transmitida e perpetuada de geração em geração, tem vindo a ser substituída por outras.

Os conhecimentos científicos acerca do aleitamento materno têm vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas. É cada vez maior o número de mães que procura informação acerca do aleitamento materno e tem aumentando o número das que iniciam a amamentação. Segundo Levy e Bértolo (2012) há estudos portugueses que mostram que mais de 90% das mães iniciam o aleitamento materno, no entanto, quase metade deixa de amamentar no primeiro mês de vida do bebé.

O abandono precoce é considerado pela OMS e pela UNICEF um problema de saúde pública, apoiar a amamentação exclusiva até aos seis meses é uma recomendação mundial de saúde pública (Cattaneo, 2004). A OMS considera o aleitamento materno exclusivo, a prática de amamentar o bebé que recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos.

Os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante no incentivo à prática e à manutenção do aleitamento materno. Em particular, os enfermeiros, na interação que estabelecem com a utente e a família, realizam educação para a saúde pertinente favorecedora

da adesão à prática da amamentação, orientam essa prática e acompanham o processo promovendo uma experiência de aleitamento de sucesso.

A Ordem dos Enfermeiros (2010:11) no plano de atividades e orçamento referente ao projeto “Amamentação”, nos Açores, refere que:

tendo em conta a importância da amamentação como processo natural de alimentar o bebé, e os consequentes ganhos em saúde para a criança e para a mãe, é responsabilidade dos enfermeiros, como pilares da educação em saúde da comunidade, apoiar esta prática, contribuindo, assim, para aumentar a taxa de aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.

Sendo enfermeira nos cuidados de saúde primários e fazendo parte de um projeto implementado no centro de saúde de Belmonte, desde 2002, com vista à promoção do AM, em particular aumentar a adesão e a prática da mesma, intitulado Curso de Preparação para a Amamentação, em que são realizadas por profissionais de saúde sessões de educação para a saúde, em grupo, destinadas a grávidas e respetivos companheiros e mães que desejem participar. Neste âmbito, Lima (2010) realizou um estudo, na área de abrangência do centro de saúde, cujas conclusões apontam para elevadas taxas de prevalência do AM, reforçam a importância dos profissionais de saúde enquanto fontes de informação, aconselhamento e apoio. Esse trabalho sugere que “após o conhecimento das taxas de prevalência da amamentação e com a tendência de diminuição da idade de introdução das fórmulas infantis adaptadas (FIA), parece pertinente a realização de um estudo acerca do AME nesta população” (Lima, 2010:26).

Neste contexto e face ao desconhecimento da existência de estudos acerca do AME na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte conjugado com o desejo de obtenção do grau académico de mestre em enfermagem comunitária enveredou-se por um trabalho de investigação acerca da prática do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e perceber quais os fatores que determinam e condicionam essa prática.

Desenvolveu-se a investigação no centro de saúde de Belmonte pelo facto da investigadora ser enfermeira nesse local, ter acesso facilitado à respetiva população e desenrolou-se no período entre Agosto 2013 e Janeiro 2014.

Definiu-se um estudo descritivo simples, com uma abordagem qualitativa onde se pretende:

- ✓ Determinar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte;
- ✓ Conhecer os fatores favoráveis à prática do aleitamento materno exclusivo;
- ✓ Identificar os fatores que interferem com a prática do aleitamento materno exclusivo.

Tem-se consciência que os fatores favoráveis e os que interferem com a prática do aleitamento materno exclusivo são múltiplos, este estudo pretende debruçar-se sobre as

percepções das mães acerca desta prática, do suporte da rede social e institucional, das dificuldades e críticas sentidas durante a prática do AME e, por último, sobre os motivos apresentados pelas mães para o abandono da prática.

Este relatório visa expor o percurso desenvolvido ao longo da investigação e encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, elabora-se uma síntese dos factos históricos mais importantes e evidencia-se a real importância do aleitamento materno e procede-se à justificação da importância do aleitamento exclusivo até aos seis meses de idade. Para isso, foi feita uma revisão da literatura relevante para a determinação do “estado de arte” neste domínio, foram identificados dados disponíveis, em Portugal, acerca da incidência e prevalência do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e dos fatores determinantes e condicionantes acerca desta prática. Para esse efeito foram consultados documentos oficiais da OMS, da UNICEF, da American Academy of Pediatrics, da Asociación Española de Pediatría, da La Leche League Internacional na Web e foram, igualmente, consultadas monografias especializadas em AM destinadas a profissionais de saúde, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutoramento sobre aleitamento materno. A segunda parte diz respeito à fase metodológica, onde é descrito o tipo de estudo realizado, os objetivos de investigação, a população/amostra selecionada, o instrumento de colheita de dados e por último a análise dos dados obtidos e a discussão dos resultados.

Sendo o desmame precoce uma realidade, este estudo tem como pretensão contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno e aprofundar conhecimentos acerca do problema, de modo a permitir o desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão e a manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo, uma vez que compete ao enfermeiro especialista de saúde comunitária desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- ALEITAMENTO MATERNO

A alimentação constitui um dos aspetos mais importantes para a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida. Até há algumas décadas atrás o aleitamento materno era uma função biológica praticada pela maioria das mães, sem este a criança tinha poucas possibilidades de sobreviver.

O aleitamento materno assumiu sempre um papel fundamental na sobrevivência humana e o recurso a substitutos do leite materno, era prática inexistente, “a amamentação não é uma prática nova, a mulher sempre amamentou ao longo da história da Humanidade” (Pereira, 2006:31).

Mesmo antes de Hipócrates já se sabia que uma alimentação adequada evitava doenças. Hipócrates foi um dos primeiros a reconhecer os benefícios da amamentação, tendo observado uma maior mortalidade entre os bebés que não eram amamentados. Os povos da Babilónia (2500 AC) e do Egipto (1500 AC) amamentavam as suas crianças por um período de dois a três anos, já nesta época existiam as amas de leite, sobretudo entre os romanos (Vinagre, Diniz e Vaz, 2001; Talayero, 2004).

No século XVIII, aumentou consideravelmente a mortalidade infantil, “a prática de amamentar não era mais vista pelas pessoas da elite europeia com admiração, com incremento das amas de leite mercenárias como um hábito rotineiro” (Vinagre, Diniz e Vaz, 2001:2).

Em 1838 descobriu-se que o leite de vaca tinha maior quantidade de proteínas que o leite materno e, nos finais do século XIX, sobretudo na Europa, terá começado a usar-se o leite de vaca ou de cabra para, de forma continuada e relativamente generalizada, substituir ou complementar o leite materno, durante os primeiros meses de vida (Pereira, 2000).

A descoberta da esterilização por Pasteur terá tido um papel determinante, permitindo reduzir alguns riscos do aleitamento artificial, como o das doenças gastrointestinais e, em 1911, inicia-se a era do aleitamento artificial (Vinagre, Diniz e Vaz, 2001).

É no início do século XX que a amamentação deixa de ser uma prática comum a todas as mulheres, devido à industrialização, à entrada da mulher no mundo do trabalho, à redução da importância da maternidade e às descobertas dos leites artificiais, tendo repercussões na saúde da criança e da mulher (Vinagre, Diniz e Vaz, 2001; Talayero, 2004; Levy e Bértolo, 2012).

O desmame precoce pode ser atribuído à forma intensa como a vida da mulher na sociedade moderna se tornou após a sua emancipação, tendo cada vez mais um papel ativo na sociedade, ao contrário do que acontecia quando a mulher ficava em casa a cuidar dos filhos (Bordalo, 2008).

Também foram surgindo dúvidas acerca da importância da amamentação, levando à diminuição da taxa de aleitamento materno. Com o surgimento dos leites artificiais, verificou-se um aumento das taxas de morbidade e mortalidade infantil (por infecções e desnutrição), questionou-se o valor destes últimos e surgiram investigações que concluíram pelo valor real do leite materno (Cardoso, 2006).

Foram as mulheres com maior escolaridade que deixaram de amamentar, seguindo-se as mulheres com menor escolaridade, tendo consequências gravíssimas na mortalidade infantil. A partir da década de 70, verifica-se um retorno à prática do aleitamento materno; em 1979 a OMS/UNICEF realçou os efeitos negativos do desmame precoce, em 1989 é elaborada a Declaração sobre Proteção, Promoção e Apoio do Aleitamento Materno, para que todos os setores da sociedade, em especial os pais, sejam informados sobre a alimentação da criança, as vantagens do AM e tenham acesso à educação sobre o AM e recebam apoio para a sua prática. Em 1990, em Florença surge a *Declaração de Innocenti* para que os governos adotem medidas para conseguir uma cultura do AM e um ano após, dá-se a iniciativa Hospital Amigo dos Bebés da OMS / UNICEF.

1.1 - O LEITE MATERNO

O leite materno está associado ao ciclo reprodutor da mulher, sendo a lactação um processo fisiológico normal (Galvão, 2006).

O leite materno foi, durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. É um alimento completo e vivo, tem uma grande complexidade biológica uma vez que é composto por nutrientes, substâncias imunológicas, enzimas, hormonas, fatores de crescimento e células vivas do sistema imunitário (macrófagos, linfócitos). É impossível de copiar porque, atualmente, ainda não se conhecem todos os seus elementos, e mesmo que se tente fazê-lo com os leites artificiais nunca se conseguirão os mesmos efeitos que o leite materno produz no organismo (Molina, 2004).

O leite materno está biologicamente ajustado às características e às necessidades do bebé, modificando gradualmente a sua composição e quantidade.

Após o parto, a secreção inicial da mama é denominada colostro, é o primeiro leite que o corpo prepara para o bebê, sendo o alimento perfeito para o recém-nascido. É um líquido branco transparente ou de cor amarelo-limão intensa, com aspeto cremoso/viscoso, já presente por vezes no último trimestre da gravidez. O colostro é único e especial, porque um recém-nascido alimentado exclusivamente com o colostro permite-lhe uma imunização protetora que o leite adaptado não permite, uma vez que as qualidades do colostro são únicas (Sáenz, 2005).

Nenhum outro líquido (água, leite adaptado ou soro glicosado) pode ser tão benéfico nos primeiros dias, especialmente para os prematuros que precisam de um escudo extra que reforça as suas defesas. É muito rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose sendo facilmente digerível e graças às suas propriedades laxantes estimula a saída do mecónio, ajudando a prevenir a icterícia (Akré, 1994; Molina, 2004; Sáenz, 2005).

O colostro tem uma quantidade elevada de imunoglobulinas, especialmente IgA's, que, conjugadas com outros anticorpos formados na própria glândula mamária, fornecem ao recém-nascido a primeira imunização pós-parto, favorecendo o desenvolvimento do seu sistema imunitário (Molina, 2004).

Pode existir desde as vinte semanas de gestação, o colostro é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias a seguir ao parto, e depois vai evoluindo progressivamente para o leite de transição. Este leite é assim designado por ter uma composição intermédia, que varia de dia para dia, até alcançar a composição do leite maduro. É produzido entre o quarto e o décimo quinto dia depois do nascimento do lactente (designada subida do leite) e a sua produção prolonga-se por uma ou duas semanas e o aspeto deste leite é mais diluído que o colostro (Molina, 2004).

Devido a essa aparência mais líqüida do leite de transição, as mães ficam preocupadas por pensarem que o seu leite não tem qualidades nutritivas para alimentar o seu filho e algumas destas manifestam a vontade de desistir de amamentar, sendo essencial esclarecê-las que é normal e que este fornece também a água suficiente ao recém-nascido, mesmo nos períodos de maior calor (Cardoso, 2006).

O leite de transição sofre alterações graduais conforme as necessidades do recém-nascido, diminuem as concentrações de imunoglobulinas e as vitaminas lipossolúveis e aumenta o aporte calórico e as concentrações de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose (Molina, 2004).

A partir da terceira semana após o nascimento surge o leite maduro caracteriza-se por apresentar uma cor branca e, não ser tão diluído como o leite de transição. Composto essencialmente por água e substâncias nutritivas: gorduras, hidratos de carbono, proteínas e minerais e vitaminas (Sainz, 2003).

A sua produção aumenta com as necessidades do lactente e, nesta terceira fase, o leite também apresenta modificações, em função da etapa da amamentação, da hora do dia, da nutrição da mãe e da idade do bebê. No início da mamada, é normalmente mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água e, no final da mamada, costuma ser mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura (Molina, 2004). É o alto teor lipídico no leite do final da mamada (o chamado *leite posterior*) que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras.

O bebê precisa de ambos os tipos de leite, sendo importante que seja o lactente a parar espontaneamente de mamar. Se a mãe interrompe precocemente a mamada, não permite que o lactente esvazie a mama, deste modo, a criança poderá não receber o leite do final da mamada e, conseqüentemente, a refeição é menos energética (Cardoso, 2006).

1.2 – A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Para Akre (1994:22) “o leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, activamente protectora e imunomoduladora”. Apresenta-se como o alimento ideal para a nutrição infantil, principalmente nos primeiros meses de vida da criança, beneficiando a criança desde o nascimento prolongando-se os seus efeitos durante anos após se ter produzido o desmame; não devendo ser apenas uma alternativa, mas sim a primeira escolha para a alimentação infantil (Maia, 2007).

Devido às suas propriedades nutritivas, anti-infecciosas e imunológicas, são inegáveis as inúmeras vantagens do leite materno para o lactente. A OMS acrescenta que para crescer e desenvolver-se, o recém-nascido precisa de alimentação apropriada, de proteção contra as infecções e de um ambiente adequado; e nenhum período da existência humana é mais crítico para o estabelecimento das bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável aos traumas e às ruturas, do que os primeiros meses de vida de um bebê (Cardoso, 2006).

As proteínas do leite materno contêm todos os aminoácidos em quantidades necessárias para o desenvolvimento do cérebro e sistema nervoso do bebê (Sainz, 2003).

O leite materno tem efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite, fazendo com que os bebês tenham uma melhor adaptação a outros alimentos, estimulando também o desenvolvimento do sistema imunitário (Levy e Bértolo, 2012). Segundo Maia (2007) os bebês que não são amamentados desenvolvem com mais frequência dermatites atópicas, problemas respiratórios e asma.

Contém tudo o que o recém-nascido necessita nos primeiros meses e favorece o crescimento adequado do bebê e ao utilizar os músculos e a dinâmica muscular oral durante a amamentação, diminuem os problemas relacionados com a ortodontia que são frequentes nas crianças não amamentadas (Pereira, 2004).

As vantagens da amamentação estão bem documentadas e baseadas em evidência científica acumulada nos últimos anos, sendo inúmeras e bastante conhecidas, quer a curto, quer a longo prazo. Atualmente existe evidência científica suficiente para afirmar que crianças que não usufruíram do leite materno apresentam mais doenças, de maior duração e mais graves quando comparadas com crianças que usufruíram dele (Maia, 2007).

A amamentação previne as infecções gastrointestinais, respiratórias, urinárias, ósseas, articulares, as otites médias (Akré, 1994; Lima, 2010; Levy e Bértolo, 2012; American Academy of Pediatrics, 2014). “É preciso ter em conta que a amamentação não previne apenas doenças banais” e o aleitamento artificial está associado a um maior risco de meningite, de leucemia e de morte súbita (González, 2005:245).

O aleitamento materno apresenta benefícios a longo prazo, tais como a prevenção do excesso de peso e da obesidade, da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia, da *Diabetes Mellitus* tipo 1 e 2, do linfoma, da leucemia, da artrite reumatóide e da doença de Crohn (Cardoso, 2006; Levy e Bértolo, 2012; American Academy of Pediatrics, 2014).

Favorece, ainda, o desenvolvimento psicomotor e social das crianças e segundo Kramer (2008) existem fortes evidências que o aleitamento materno prolongado e exclusivo melhora o desenvolvimento cognitivo avaliado através do QI.

Muitas vezes fala-se dos benefícios físicos do leite materno e subestima-se os outros benefícios, sendo estes “tan importantes o más que aquellos” (Sainz, 2003:20). A amamentação proporciona segurança e conforto ao bebê, o contacto pele a pele oferece ainda segurança e proteção proporcionando um pleno desenvolvimento do bebê. O aleitamento materno promove o fenómeno mais importante para o bom desenvolvimento e sobrevivência da criança – a vinculação, uma vez que o contacto físico entre a mãe e a criança durante o aleitamento materno permite uma proximidade diária, reforçando os laços afetivos e de confiança mútua (Cardoso, 2006). Esta proximidade entre mãe e filho ajuda também na prevenção de maus-tratos na infância (Bordalo, 2008).

Os benefícios do leite materno não se restringem apenas às crianças, as mães também beneficiam com a amamentação. Relativamente às vantagens para a mãe, facilita a rápida recuperação uterina, proporcionando uma recuperação rápida de todo o corpo feminino, isto é, a mãe volta ao seu peso habitual mais rapidamente; reduzindo o risco de hemorragia uterina no pós-parto, contribuindo para a melhoria da anemia da gravidez, diminui ainda, o risco de cancro

da mama e do ovário e diminui o risco de osteoporose pós-menopausa, de *Diabetes Mellitus* tipo 2 e da artrite reumatóide.

De acordo com Akré (1994), Rubio (2004) e Levy e Bértolo (2012) funciona ainda como um método anticoncepcional fisiológico porque promove a infertilidade lactacional, designado por LAM (Lactational Amenorrhoea Method) desde que a mãe permaneça em amenorreia, a amamentação seja exclusiva (a criança não recebe nenhum líquido ou alimento além do leite materno) ou quase exclusiva (apenas uma refeição semanal poderá não ser de origem materna), com mamadas diurnas e noturnas (não devendo ser superior a seis horas o intervalo entre as mamadas) e o bebé tenha menos de seis meses de idade (DGS, 2008).

Sainz (2003) acrescenta que a amamentação também previne as depressões pós-parto, visto que a ocitocina tem um efeito euforizante e tranquilizador. A nível pessoal aumenta a auto-estima da mãe, ao verificar que o seu bebé está a evoluir adequadamente só com o seu leite, e sentir-se-á mais segura e menos ansiosa (Pereira, 2006; Levy e Bértolo, 2012).

O leite materno é o melhor alimento que uma mãe pode dar ao seu recém-nascido, não só considerando a sua composição, como também pelo aspeto emocional e pelo vínculo afetivo que se estabelece durante a amamentação, sendo uma experiência especial, singular e intensa (Velilas, 2004).

O aleitamento materno é, igualmente prático e económico porque o leite materno está sempre pronto a uma temperatura ideal, não se perde tempo a preparar o biberão e é gratuito, não se gasta dinheiro em leites artificiais e materiais de apoio à alimentação artificial. A família tem, deste modo, maior qualidade de vida e bem-estar, e índices de satisfação e felicidade mais elevados (Levy e Bértolo, 2012).

O aleitamento materno tem vantagens não só para a família como também tem impacto económico, ecológico e biológico; as crianças mais saudáveis constroem uma sociedade mais saudável, logo mais rentável e equilibrada, e pelo facto da criança ser mais saudável, verifica-se uma diminuição dos custos pela menor incidência de alergias, doenças infecciosas, certos tipos de cancro, diabetes, esclerose múltipla, doença de Chron, entre outras (Pereira, 2004; Cardoso, 2006).

Bordalo (2008) acrescenta que o leite materno é um produto bio-ecológico, natural, renovável, não utiliza equipamentos nem recipientes que em muitos casos não podem ser reciclados nem são biodegradáveis, não exigindo gasto energético nem consome recursos para a sua produção, não origina desperdícios, libertação de toxinas ou gases poluentes. É talvez o único alimento produzido e entregue ao consumidor sem poluir, sem provocar desperdícios e sem necessitar de embalagem (Maia, 2007).

Torna-se necessário promover e divulgar as vantagens do leite materno a curto e a longo prazo. Estes esforços são visíveis depois de décadas em que se optou pelo aleitamento artificial com consequências nefastas. Amamentar ressurgiu em todo o mundo como um facto, em consequência da promoção e divulgação das vantagens do leite humano (Pereira, 2004).

González (2005:243) acrescenta que “os benefícios para a saúde são habitualmente utilizados como argumento para a promoção da amamentação” no entanto, a estratégia mais apropriada não será apenas dizer que o leite materno contém anticorpos e protege contra a diarreia, mas reforçar a técnica de amamentação, durante milhões de anos as mães amamentaram sem conhecer as vantagens da amamentação. Alguns especialistas, consideram o aleitamento artificial normal e a amamentação um extra, “(...) a amamentação é que é normal e, deve servir de referência para comparações com qualquer outra forma de alimentação. Seria mais correto, portanto falar de “riscos do aleitamento artificial” (...).”

2 - ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

As vantagens do aleitamento materno exclusivo são múltiplas e já bastantes reconhecidas, “existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos seis meses de vida” (Levy e Bértolo, 2012:8).

Antes de mais torna-se importante esclarecer o significado de aleitamento materno exclusivo e o conjunto de categorias do aleitamento que a OMS (2001) definiu:

- aleitamento materno: o bebé recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos que possa receber;

- aleitamento materno exclusivo: o bebé recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos;

- aleitamento materno predominante: a fonte predominante da alimentação do bebé é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado. Esta categoria não abrange alimentos semi-sólidos, como papas ou sopa, nem leite não humano; aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno predominante juntos formam a categoria aleitamento materno total;

- aleitamento materno complementado: o bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano.

As dúvidas e controvérsias sobre a duração apropriada da amamentação exclusiva surgidas no final dos anos 70 persistiram até 2001. A OMS desde 1979 recomendava o aleitamento materno exclusivo durante quatro a seis meses e introdução posterior de alimentação complementar; a UNICEF, desde 1993, preconiza a introdução de alimentos complementares a partir dos seis meses e, em 1997, a American Academy of Pediatrics declara que o aleitamento materno exclusivo é o alimento ótimo durante os primeiros seis meses. Não existia um consenso unânime sobre a duração ótima do aleitamento materno exclusivo, a OMS consciente da importância de um consenso sobre a duração ótima deste tipo de aleitamento, efetuou uma revisão da literatura científica acerca de diferentes parâmetros relacionados com o crescimento, morbidade, doenças atópicas, desenvolvimento motor, recuperação de peso após o parto e amenorreia e comparando os dados destes parâmetros em crianças com aleitamento materno exclusivo durante três a quatro meses e crianças com AME até aos seis meses, concluiu que o aleitamento materno exclusivo durante seis meses proporciona mais benefícios para o

bebê e para a mãe. Demonstrou ainda, que o crescimento infantil não melhora com a introdução da alimentação complementar antes dos seis meses e, em países em vias de desenvolvimento, esta introdução precoce está associada a um aumento da morbidade, em especial gastrointestinal. A evidência científica atual permite concluir que nos bebês amamentados com leite materno em exclusivo, não é necessária a introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade (Giugliani, 2000).

Desta forma as recomendações da Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde incluem o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementado até aos dois ou mais anos, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebê, da mãe, para o ambiente e para a sociedade (Giugliani e Monte, 2004).

A Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na 1ª Infância adotada por todos os Estados-Membros da OMS (2001:3) refere:

enquanto recomendação global de saúde pública, a alimentação das crianças durante os primeiros 6 meses de vida deve ser exclusivamente por amamentação, para que se obtenham taxas ideais de crescimento, desenvolvimento e saúde. Após este período, de modo a suprir as suas necessidades nutricionais, as crianças devem receber alimentos complementares seguros e adequados do ponto de vista nutricional, continuando a amamentação até aos 2 anos ou mais.

O aleitamento materno exclusivo permite um desenvolvimento ótimo do recém-nascido até aos seis meses e o efeito protetor do aleitamento materno depende da duração da sua exclusividade (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2002).

Crianças amamentadas em exclusividade até aos quatro meses têm um risco quatro vezes superior de desenvolver pneumonia comparativamente às crianças amamentadas exclusivamente até aos seis meses de idade (American Academy of Pediatrics, 2014). Há evidências científicas que mostram que existe uma redução do risco de leucemia relacionada com a duração do aleitamento materno exclusivo, existindo uma redução de 20% no risco de leucemia linfócita aguda e de 15 % no risco de leucemia mielóide aguda em crianças amamentadas em exclusividade por um período superior ou igual a seis meses, a amamentação exclusiva inferior a seis meses também confere proteção mas com menor magnitude (12% e 10% respetivamente) (idem).

Também foram observados aumentos estatísticos do QI associado à prática do aleitamento materno exclusivo até aos três meses e dos três aos seis meses, o aumento de QI mais significativo verificou-se na prática do aleitamento materno exclusivo durante seis ou mais meses (Kramer, 2008).

Em 2009, Kramer publicou a revisão sistemática das evidências sobre esta questão sugerindo que o aleitamento materno exclusivo por seis meses tem várias vantagens em detrimento da amamentação exclusiva por três a quatro meses seguidos de aleitamento misto.

Atualmente, a Sociedade Portuguesa de Pediatria enfatiza os benefícios para a saúde do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, concluindo “é desejável o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, já que supre de modo adequado todas as necessidades nutricionais do lactente, para além de todas as vantagens não nutricionais amplamente conhecidas” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012:35).

A partir dos seis meses de idade as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite materno e é a partir desta idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico que a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno, relativamente à mastigação, deglutição, digestão e excreção (Giugliani e Monte, 2004).

Iniciar a introdução de alimentos complementares a partir dos seis meses também favorece a mãe, prolongando a amenorreia pós-parto e funcionando ainda como um método anticoncepcional, dependendo a sua eficácia da exclusividade da amamentação.

2.1 – A PRÁTICA E A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Na Europa em relação aos dados da prevalência do aleitamento materno exclusivo aos três meses e do aleitamento materno parcial aos seis meses, os dados mostram que a prática varia consideravelmente entre os países, no Luxemburgo em 1994, a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos três meses era de 32 % e a prevalência de aleitamento materno parcial aos seis meses era de 24 %; na Suécia em 1993, a prevalência de AME aos três meses era de 90% e a prevalência de aleitamento materno parcial aos seis meses era de 65% e, por último, na Alemanha em 1996, a prevalência do AME aos três meses era de 60% e de 45% a prevalência de aleitamento materno parcial aos seis meses (OMS, 2000; cit. por Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2002).

Relativamente à evolução da duração do AME em Portugal, a partir de dados colhidos dos Inquéritos Nacionais de Saúde do Ministério da Saúde (2007), verifica-se que tem vindo a aumentar, assim no que diz respeito às crianças amamentadas em exclusivo até aos três meses, eram em 1995/1996 cerca de 35%, em 1998/1999 cerca de 50 % e em 2005/2006 cerca de 60%. Em relação às crianças amamentadas até aos seis meses de idade, eram em 1995/1996 cerca de

21%, em 1998/1999 cerca de 27% e em 2005/2006 cerca de 37%, não existindo dados acerca do AME aos seis meses.

Segundo a DGS (2013:4) “a protecção, promoção e apoio do aleitamento materno são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis (...) além disso, resultam num aumento das despesas do Serviço Nacional de Saúde, bem como no aumento das desigualdades sociais”, pelo que foi criado em 2010 a base de dados Registo do Aleitamento Materno (RAM), para monitorizar o aleitamento materno.

A DGS (2013:24) acrescenta ainda que “a base de dados RAM configura um registo nacional específico e ainda recente, pelo que este primeiro relatório apresenta a abordagem inicial da monitorização da situação do AM em Portugal”. Assim os dados relativos à prevalência do AME, obtidos a nível dos cuidados de saúde primários, referem uma taxa de 54,5 % aos dois meses, 50,2% aos três meses, decrescendo para 35,3% aos quatro meses e 22,4% aos cinco meses (*idem*).

Em Portugal, foram já publicados estudos que descrevem a prática do aleitamento materno exclusivo na área de influência de algumas instituições, Sarafana *et al.* (2006) fazem referência a taxas de AME de 95% à data da alta da maternidade, 36% aos três meses e 25% aos seis meses no Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta em Almada; Sandes *et al.* (2007) apontaram para taxas de AME de 77,7% à data da alta da maternidade e de 40,4% e 17,3% aos três e seis meses no Hospital de Santa Maria Lisboa; em 2007 Caldeira, Moreira e Pinto referem taxas de AME de 98% à data da alta da maternidade, 42% aos três meses e 34% aos seis meses. No Concelho de Portimão, Carneiro e Galvão (2012) num estudo recente concluíram que 18,7% das mães amamentavam em exclusivo aos seis meses. Silva (2013) no seu estudo verificou que a prevalência do AME ao terceiro e ao quinto mês, foi respetivamente de 63,6% e 36,4%.

No nosso país apesar das taxas de AM à data da alta da maternidade ultrapassarem as metas da OMS, aos seis meses este valor fica muito aquém da meta proposta pela OMS de 50% de crianças com AME até esta idade, não cumprindo as recomendações da OMS e UNICEF.

As baixas taxas de prevalência do AM devem ser consideradas como um problema de saúde pública, uma vez que podem ter implicações desfavoráveis para a saúde, resultando num aumento das despesas do SNS e das desigualdades na saúde (Cattaneo, 2004).

2.2 - FATORES DETERMINANTES E FATORES CONDICIONANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Os fatores associados à prática e à duração do aleitamento materno exclusivo são vários e atuam em momentos diferentes, antes e durante a gravidez, durante e após o parto e ainda depois da alta clínica.

Cerca de 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e a decisão por parte da mulher de amamentar é tomada muito antes do parto, “à luz do enquadramento teórico podemos referir que a decisão da mulher em amamentar acontece com bastante frequência ainda antes de engravidar” (Skinner *et al.*, 1997 e Vale *et al.*, 1982; cit. por Galvão, 2006). Segundo Cordeiro e Carvalho (1990; cit. por Galvão, 2006) a decisão de amamentar deve ser tomada o mais precoce possível, de preferência antes do parto ou mesmo antes da gravidez. Sendo o desejo de amamentar já na gravidez um sinal positivo para o êxito da prática do aleitamento materno (Martins e Moleiro, 1994; cit. por Galvão, 2006).

Estudos internacionais de Bacon (1976) e Rodriguez *et al.* (1998, cit. por Pereira, 2006) apontam a idade da mãe, o número de filhos e a exposição anterior em amamentação como fatores importantes para a decisão do aleitamento.

É importante evidenciar o papel do pai na decisão da amamentação, uma vez que é fundamental a sua valorização na promoção e apoio da mesma, visto que a opinião favorável do pai é um dos principais fatores a influenciar a decisão da mãe acerca de amamentar. O pai deve acompanhar o seu filho e mulher em todas as atividades, para além de participar nas questões ligadas ao aleitamento materno (Giugliani, 1994; Pereira, 2006). Segundo Galvão (2006:111) “uma das melhores pessoas para a auxiliar é sem dúvida o marido, quem melhor a conhece, sabe os seus gostos, desejos e preocupações e na qual mais confia e a apoia nos momentos difíceis.”

Na maior parte dos países, após o declínio do AM deu-se o recomeço da amamentação, verificando-se que as taxas de aleitamento subiram nas classes sócio-económicas mais altas e com nível de escolaridade mais elevado, mantendo-se esta tendência (Ahluwalia *et al.*, 2003; cit. por Pereira, 2006). Os estudos de Alves *et al.* (1999), Pereira (2000), Lopes e Marques (2004), Sarafana *et al.* (2006), Sandes *et al.* (2007) e Caldeira, Moreira e Pinto (2007) referem que existe uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do aleitamento materno. Ainda segundo estes mesmos autores, os fatores pessoais que podem influenciar o aleitamento materno são o conhecimento acerca do AM, a confiança na habilidade para amamentar e a idade da mãe. Os fatores sociais são o apoio familiar, o rendimento familiar, a etnia, as práticas e cuidados de saúde.

Segundo Giugliani (1994) e Vieira (2002; cit. por Pereira, 2006) existem muitos estudos recentes em que os autores concluem que quando as mães recebem informação sobre

aleitamento materno no período pré-natal, existe uma maior probabilidade das mães amamentarem exclusivamente até aos seis meses. Investigações internacionais indicam resultados semelhantes, em que os programas de Educação para a Saúde no período pré-natal promovem a prática do AME.

Os profissionais de saúde devem, desta forma, garantir a tomada de decisão por parte da mãe acerca do AME, fundamentada numa informação correta e adequada sobre a alimentação ideal da criança, sobretudo nos primeiros anos de vida, conhecimento das vantagens para a mãe, criança, família e sociedade, conhecimento do funcionamento da amamentação, como amamentar e quais os problemas que podem surgir, como os prevenir e tratar, também o conhecimento das desvantagens da introdução precoce de leite adaptado e do uso de chupeta; para desta forma a mulher/casal decidirem baseados em informação científica e atualizada (Pereira, 2006).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM e devem atuar no período pré-natal, durante o parto, pós-parto e enquanto durar a amamentação (OMS, 2001; cit. por Pereira, 2006). Tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010) na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deverá fornecer “informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:8) e, ainda, envolver os conviventes significativos nos processos de vida e saúde.

Para Giugliani (1994), Levy (1996) e Pereira (2000) torna-se imperioso a inclusão do pai na Educação para a Saúde durante a vigilância pré-natal, os pais informados acerca do aleitamento materno têm uma opinião favorável à amamentação. Para Chang e Chan (2003; cit. por Pereira, 2006) também é imperativo incluir os avós.

De acordo com Pereira (2006:31)

o AM é uma responsabilidade de todos, pois o aleitamento não deve ser considerado um problema, mas sim um processo biológico, cultural e psicossocial, que nesta perspectiva abrangente, pela quantidade de benefícios que proporciona, deve continuar cada vez mais a ser promovido e apoiado por todos.

A promoção do AM é uma das formas mais eficazes de melhorar a saúde das nossas crianças” tendo benefícios também para as mães, famílias, comunidade e meio ambiente. O AM não se encontra totalmente promovido e apoiado em várias instituições, impedindo que as crianças beneficiem deste “início de vida ideal” (Cattaneo, 2004:1).

As instituições de saúde exercem muitas vezes uma influência negativa sobre o AM, porque continuam a utilizar práticas há já muito ultrapassadas (Oliveira e Vicente, 1999; cit. por Pereira, 2006). King (1991; cit. por Galvão, 2006) identifica entre os fatores de declínio do

aleitamento materno, a falta de apoio dos serviços de saúde, as rotinas hospitalares em muitas maternidades que favorecem a introdução precoce de suplementos ou o desmame logo que a mãe volte para casa.

É fundamental que tanto médicos como restante pessoal de saúde deixem de ter uma atitude indiferente, passiva ou mesmo inadequada em relação à informação relativa ao aleitamento materno e à alimentação infantil. Estas atitudes podem conduzir ao abandono da amamentação com todas as consequências negativas que daí possam advir (Galvão, 2006). É muito importante que as orientações dadas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, porque isto aumenta a angústia da mãe (Pereira, 2006).

Cordeiro (1987; cit. por Galvão, 2006) refere que “ o pessoal médico e de enfermagem nem sempre tem presente a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento somático e psicoafetivo harmonioso da criança”. As dúvidas por parte dos profissionais de saúde sobre a conveniência do aleitamento materno exclusivo constituem um elemento negativo para a mãe que necessita de apoio.

Segundo Alves *et al.* (1999) os profissionais de saúde não estão preparados para informarem e apoiarem as mães que amamentam e revelam que o médico (por vezes o pediatra) é o principal responsável pela introdução de biberão ou de alimentos sólidos precocemente. King (1991; cit. por Galvão, 2006) associa também o facto dos profissionais que trabalham nos centros de saúde não saberem como orientar as mulheres acerca dos problemas com a amamentação.

Segundo Pereira (2006:43):

a quem atribuir as causas reais do desmame precoce? Será aos profissionais de saúde responsáveis por cada área de apoio à mulher desde a gravidez, parto, pós-parto e durante a amamentação? Ou as causas dependerão da mãe? (...) Ou parte desta responsabilidade poderá ser atribuída ao Estado ao não legislar de forma a promover a prática do AM exclusivo até aos seis meses?

A legislação portuguesa tem vindo a sofrer várias alterações, mas ainda não favorece a prática do AME até aos seis meses, ao implementar a Lei de Proteção da Maternidade e Paternidade com a duração de 120 dias ou 150 dias (com penalização de 20% no vencimento) que obriga as mães a voltarem ao trabalho e interromperem o AME. A questão da precariedade do trabalho e o facto de as mães serem obrigadas a regressarem mais cedo ao trabalho são fatores condicionantes da prática do AME até aos seis meses (Pereira, 2006). No entanto, González (2005:118) contrapõe referindo que “o trabalho não constitui um obstáculo insuperável”, uma vez que a duração média do aleitamento exclusivo é inferior à duração da maternidade, o que indica que a maior parte das mães abandonam o aleitamento antes e por outros motivos.

As taxas de incidência e prevalência do AM têm tido variações devido a várias razões e os motivos que as mães referem para o abandono precoce do aleitamento materno são o regresso ao trabalho, as inseguranças e medos para enfrentar dores e dificuldades que podem surgir no início da amamentação (ingurgitamento mamário, gretas), preocupações estéticas (mamas “descaídas”), mitos e medo que o seu leite seja insuficiente e que o filho passe fome, e por último a interferência negativa do marido e dos familiares (Cardoso, 1999; cit. por Pereira, 2006).

As causas de desmame também diferem de acordo com o momento de interrupção do aleitamento, as mães que amamentaram menos de três meses, a causa do desmame foi atribuída aos aspetos relacionados com o bebé. Quando o desmame ocorreu depois dos três meses as causas estão relacionadas com a mãe (regresso ao trabalho) e relacionadas com o bebé. O desmame aos seis meses deveu-se ao regresso ao trabalho ou escolha pessoal (Williams *et al.*, 2000; cit. por Pereira, 2006).

Outros motivos apontados para a mãe não amamentar ou interromper precocemente a amamentação, são a falta de informação do conhecimento acerca do processo fisiológico da lactação e o desconhecimento da maior parte das mães acerca da possibilidade de amamentarem e produzirem leite suficiente, levando à interrupção da amamentação quando surge um pequeno problema (OMS/UNICEF, 1989; cit. por Pereira, 2006).

“Amamentar é uma arte, arte de amar, de alimentar psicologicamente e fisicamente, e como arte, sugere o belo, o bonito, o agradável, o prazeroso, porém a atitude da mulher perante a amamentação é que pode tornar este processo um problema” (Pereira, 2006:50).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

No início de uma investigação ou de um trabalho, o cenário é quase sempre idêntico, sabe-se vagamente o que se pretende investigar mas não se sabe de que forma fazê-lo (Quivy e Campenhoudt, 1995). Pretende-se que seja útil, mas tem-se a sensação de andar um pouco perdido ainda nem tendo começado a desenvolvê-lo e muitas vezes pensa-se que o terreno que se vai explorar é virgem, que ninguém se debruçou sobre o assunto, ou então, que já se escreveu tudo sobre este assunto, sendo estas atitudes típicas e ingênuas (Carmo e Ferreira, 1998).

Por esse motivo nunca se deve iniciar um trabalho sem antes refletir sobre o que se procura saber e qual a forma para o conseguir. “Só é possível escolher uma técnica de pesquisa quando se tem uma ideia da natureza dos dados a recolher, o que implica que se comece a definir bem o projeto” (Quivy e Campenhoudt, 1995:23).

1.1 – JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Sendo enfermeira nos cuidados de saúde primários e fazendo parte de um projeto implementado no centro de saúde de Belmonte, desde 2002, com vista à promoção do AM, em particular aumentar a adesão e a prática da mesma, intitulado Curso de Preparação para a Amamentação, em que são realizadas por profissionais de saúde sessões de educação para a saúde, em grupo, destinadas a grávidas e respetivos companheiros e mães que desejem participar. Neste âmbito, Lima (2010) realizou um estudo, na área de abrangência do Centro de Saúde, cujas conclusões apontam para elevadas taxas de prevalência do AM e reforçam a importância dos profissionais de saúde enquanto fontes de informação, aconselhamento e apoio. Esse trabalho sugere que “após o conhecimento das taxas de prevalência da amamentação e com a tendência de diminuição da idade de introdução das fórmulas infantis adaptadas (FIA), parece pertinente a realização de um estudo acerca do AME nesta população” (Lima, 2010:26).

Apesar da evidência científica atual considerar que o leite materno é o ideal para a alimentação exclusiva do recém-nascido e do lactente até aos seis meses de idade, por todos os benefícios que o leite materno fornece, alguns estudos portugueses mostram que mais de 90% das mães iniciam o aleitamento materno, no entanto, quase metade das mães deixam de amamentar no primeiro mês de vida do bebé (Levy e Bértolo, 2012).

No contexto acima referido e face ao desconhecimento da existência de estudos acerca do AME na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte uma questão surge: Que fatores favorecem e interferem na prática do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses?

No presente estudo definiram-se os seguintes objetivos:

- ✓ Determinar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte;
- ✓ Conhecer os fatores favoráveis à prática do aleitamento materno exclusivo;
- ✓ Identificar os fatores que interferem com a prática do aleitamento materno exclusivo.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Face aos objetivos definidos parece adequado orientá-lo como um estudo descritivo simples “ (...) o investigador orientará o seu estudo para a descrição de um conceito ou factor, mais do que para o estudo de relações entre factores” (Fortin, 2009:135).

Quanto à abordagem de investigação é qualitativa, neste tipo de abordagem o investigador inicialmente “não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa, (...) aprofundará a revisão da literatura sobretudo perto do final da investigação para ver como os resultados se comparam com os obtidos por outros investigadores (...)” (Fortin, 2009:148).

1.3 – POPULAÇÃO / AMOSTRA

Um projeto de investigação tem obrigatoriamente de definir a população à qual se destina o estudo, entendida no seu sentido mais lato, como o conjunto de elementos constituintes de um todo (Quivy e Campenhoudt, 1995).

Estando este conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição, tendo uma ou mais características comuns a todos eles. A população deve ser definida em pormenor para que se possa determinar se os resultados obtidos ao estudar uma determinada população se podem aplicar a uma população com características idênticas (Carmo e Ferreira, 1998).

Relativamente à população do estudo, esta diz respeito às mães inscritas no centro de saúde de Belmonte cujo bebé nasceu entre Maio e Julho de 2013 e que estejam a amamentar em exclusividade aos três meses de vida do bebé. No período em causa nasceram doze bebés filhos de onze mães (existência de uma gravidez gemelar) e os dois bebés (gémeos) aos três meses não eram amamentados em exclusividade, tal como referenciado por Galvão (2006) há uma tendência das mães de filhos gémeos a desmamarem mais cedo, assim a mãe dos respetivos

bebés não foi incluída no estudo. A identificação dos bebés obteve-se através do registo informático no SAPE (Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem).

Além da escolha de sujeitos de uma população definida, o investigador deve considerar o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra (Fortin, 2009). “A investigação quantitativa tem como base amostras de maiores dimensões seleccionadas aleatoriamente, enquanto a investigação qualitativa tipicamente focaliza-se em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos, seleccionados intencionalmente (Quivy e Campenhoudt, 1995:191). A amostra é considerada “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo e um subconjunto dessa população” e a amostragem o “processo pelo qual um grupo de pessoas ou porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira” (Fortin, 2009:312).

O processo de amostragem escolhido neste estudo é a amostragem não-aleatória, de conveniência ou acidental, determinado pela facilidade de acesso aos participantes e disponibilidade, segundo Fortin (2009). A amostra por conveniência refere-se a dez mães inscritas no centro de saúde de Belmonte sendo designadas ao longo do estudo por participantes (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).

1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados é uma etapa essencial num trabalho de investigação, esta vai permitir obter informação necessária para responder à questão de partida e atingir os objetivos traçados.

O instrumento de colheita de dados escolhido são as entrevistas semiestruturadas ou parcialmente estruturadas, uma vez que “as entrevistas não estruturadas convêm às abordagens qualitativas” (Fortin, 2009:130). Sendo este instrumento o de eleição pela sua facilidade de aplicação no número de mães da amostra e por permitir uma flexibilidade na interação entre a mãe e a entrevistadora (neste caso a enfermeira).

As entrevistas não são utilizadas para verificar hipóteses pré-estabelecidas, mas sim “de abrir o espírito de ouvir, e não de fazer perguntas precisas” (Quivy e Campenhoudt, 1995:70). Pretende-se criar “um ambiente de partilha voluntária de informação e não de aquisição coerciva da mesma” (Carmo e Ferreira, 1998).

Para os momentos de colheita de dados elaboraram-se três guiões de entrevistas, tendo presente a bibliografia consultada, os objetivos do estudo e o tipo de informação que se pretende colher.

O guião da entrevista G1 (Apêndice A) correspondente ao primeiro momento da colheita de dados, designado E1, encontra-se constituído por questões distribuídas por duas partes.

Na primeira parte incluem-se questões dirigidas à caracterização sócio-demográfica (idade, estado civil, nível de instrução e profissão), seis questões relacionadas com a história obstétrica (número de filhos, planeamento da gravidez, desejo da gravidez, assistência médica na gravidez, número de consultas e tipo de parto), questões relacionadas com o aleitamento materno (tempo de AM e AME de filhos anteriores e momento da tomada de decisão do AM). Os quadros 1, 2 e 3 referem-se à categorização/observações de cada uma das questões referidas.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas e sua caracterização

Caraterização sócio-demográfica	Categorias / Observações
Idade	Em anos.
Estado Civil	Solteira, casada / união de facto, divorciada, viúva.
Nível de instrução da Classificação Internacional de Graffard	1º Grau – Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de estudo); 2º Grau – Ensino médio (10 a 11 anos de estudo); 3º Grau - Ensino médio (8 a 9 anos de estudo); 4º Grau – Ensino primário completo (6 anos de estudo); 5º Grau – Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.
Profissão da Classificação Internacional de Graffard	1º Grau – Diretores técnicos de empresas e de bancos, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente; 2º Grau - Chefes de secção administrativa ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes; 3º Grau - Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra; 4º Grau - Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros; 5º Grau - Trabalhadores manuais ou operários não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

Quadro 2 – História obstétrica e sua caracterização

História obstétrica	Categorias / Observações
Número de filhos	1, 2, 3, >4.
Planeamento da gravidez	Planeada, não planeada.
Desejo da gravidez	Desejada, não desejada.
Assistência médica na gravidez	Médico de família, obstetra em regime hospitalar, obstetra em regime particular.
Consultas durante a gravidez	Em número.
Tipo de parto	Eutócico, ventosa, fórceps, cesariana

Quadro 3 – Aleitamento materno e sua caracterização

Aleitamento materno	Categorias / Observações
Experiência anterior de AM	Em meses.
Experiência anterior de AME	Em meses.
Momento da decisão de amamentar	Antes da gravidez, durante a gravidez, após a gravidez.

Na segunda parte incluem-se questões referentes à forma como é praticado o AME, os motivos da prática do AME por parte das mães, o suporte do cônjuge, da família, dos profissionais de saúde, das instituições sociais e de educação e as críticas sentidas em relação à prática do AME.

As mães também são questionadas acerca das dificuldades sentidas e dos recursos utilizados para as ultrapassar e, por último, sobre a idade do bebê aquando do regresso da mãe ao trabalho e a duração planeada para o AME.

Os guiões da entrevista G2 (Apêndice B) e G3 (Apêndice C) correspondentes aos momentos de colheita de dados posteriores, designados E2, E3 e E4 são utilizados de acordo com a prática ou não do AME. Se nos momentos de colheita de dados posteriores a mãe mantém a prática do AME é utilizado o guião da entrevista G2, se a mãe não mantém a prática do AME é utilizado o guião da entrevista G3.

O guião da entrevista G2 mantém as questões referentes à forma como é praticado o AME, os motivos da prática do AME por parte das mães, o suporte do cônjuge, da família, dos profissionais de saúde e das instituições sociais e de educação e as críticas sentidas em relação à prática do AME, as dificuldades sentidas e os recursos utilizados para as ultrapassar.

O guião da entrevista G3 inclui questões relacionadas com a alimentação do bebê e com os motivos para o abandono do AME.

1.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados realizou-se no período compreendido entre Agosto 2013 e Janeiro 2014, tendo-se iniciado a primeira colheita de dados aos três meses de idade do bebé e procedeu-se ao acompanhamento dos bebés amamentados exclusivamente durante os três meses seguintes, ou até à interrupção do AME, caso essa situação ocorresse.

Definiu-se este período para o acompanhamento das participantes, tendo presente as recomendações da OMS relativamente à prática do AME até aos seis meses.

A fase de colheita de dados do presente estudo realizou-se em quatro momentos distintos:

Primeiro momento – três meses de vida do bebé;

Segundo momento – quatro meses de vida do bebé;

Terceiro momento – cinco meses de vida do bebé;

Quarto momento – seis meses de vida do bebé.

Definiu-se os três meses para o primeiro momento da recolha de dados, considerando que nesta altura ainda se encontravam em casa grande percentagem de mães, tendo em consideração o Tempo de Licença de Parto estabelecido na Lei de Proteção da Maternidade e Paternidade Lei 7/2009 de 12/02, favorecendo o deslocamento das mães ao Centro de Saúde.

O segundo momento da recolha de dados definido aos quatro meses de vida do bebé, baseou-se na bibliografia consultada considerando este período como crítico para o abandono do AME.

O terceiro momento da colheita de dados definido aos cinco meses de vida do bebé permite dar continuidade ao estudo para o acompanhamento da prática do aleitamento materno exclusivo e corresponde ao período de duração da Licença de Maternidade (150 dias).

Aos seis meses de vida do bebé, o quarto momento da colheita dos dados corresponde ao período recomendado pela OMS para a prática do AME.

Após contacto prévio (telefonicamente ou pessoalmente) para verificar a disponibilidade das mães e após breve exposição dos objetivos do estudo agendou-se o dia e a hora para a realização das entrevistas, aproveitando-se a vacinação dos bebés e as consultas de vigilância em conformidade com as recomendações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

A aplicação do instrumento de colheita de dados a cada mãe (individualmente) decorreu no centro de saúde de Belmonte num ambiente e contexto adequados, informando-se a

participante da duração provável da entrevista, cerca de uma hora. A entrevistadora orientou a entrevista fazendo perguntas pertinentes para que a participante comunicasse a sua experiência.

Do ponto de vista técnico tornou-se indispensável gravar a entrevista, após o compromisso de respeitar o anonimato, de usar as entrevistas para esta investigação e de apagar as gravações logo que tenham sido transcritas, nenhuma participante se opôs à gravação.

Evitou-se tomar notas durante a entrevista, para evitar distrações não só à entrevistadora como à participante, no entanto, tornou-se útil anotar de tempos a tempos algumas palavras: pontos a esclarecer, questões a que é preciso voltar, temas ainda não abordados (Quivy e Campenhoudt, 1995).

1.6 - TRATAMENTO DE DADOS

Após concluídas as entrevistas, todo o conteúdo foi reunido por participantes e transcrito na íntegra para facilitar a análise. Os dados provenientes das entrevistas foram analisados recorrendo à análise de conteúdo, esta “ (...) tem uma função essencialmente heurística, isto é, serve para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho” ajudando-nos a descobrir o que se diz por detrás das palavras, permitindo ultrapassar a subjetividade das nossas interpretações (Quivy e Campenhoudt, 1995:81).

A análise de conteúdo pode incidir sobre obras literárias, artigos de jornais, entrevistas, entre outros; a escolha dos termos utilizados pelo entrevistado, a frequência, o seu modo de disposição e construção do discurso são fontes de informação a partir das quais se constrói um conhecimento. Os métodos de análise de conteúdo implicam a aplicação de processos técnicos relativamente precisos (o cálculo das frequências dos termos utilizados). Bardin (1977: 31) faz referência às seguintes questões:

o que é ou não é a análise de conteúdo? Onde começa e acaba a análise de conteúdo? É necessário definir o seu campo (...). Para que serve a análise de conteúdo? É preciso dizer *por que razão* e com que finalidade, recorremos a este instrumento. Como funciona ela? É necessário familiarizarmo-nos com o seu manejo e fornecer um modelo de utilização. Sobre que materiais funciona a análise de conteúdo? É preciso indicar os lugares possíveis do seu *território*...

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise de comunicações” e desde que se começou a lidar com comunicações, que se pretende compreender para além de significados imediatos (Bardin, 1977:31).

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 1977).

Na fase da pré-análise, a escolha de documentos depende dos objetivos do estudo, tendo como pretensão: determinar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo, identificar os fatores favoráveis à prática do aleitamento materno exclusivo e conhecer as razões que interferem com a prática do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses; utilizou-se todo o material da colheita de dados, sendo o *corpus* constituído por 34 entrevistas, como se pode verificar no quadro 4.

Quadro 4 - Entrevistas aplicadas à respetiva participante de acordo com o momento da colheita de dados

Participantes	Momento da colheita dos dados							
	Aos três meses		Aos quatro meses		Aos cinco Meses		Aos seis meses	
	Entrevista	Questionário aplicado	Entrevista	Questionário aplicado	Entrevista	Questionário aplicado	Entrevista	Questionário aplicado
P1	E1	G1	E2	G2	E3	G2	E4	G2
P2	E1	G1	E2	G2	E3	G3		
P3	E1	G1	E2	G2	E3	G2	E4	G2
P4	E1	G1	E2	G2	E3	G2	E4	G3
P5	E1	G1	E2	G2	E3	G3		
P6	E1	G1	E2	G3				
P7	E1	G1	E2	G2	E3	G3		
P8	E1	G1	E2	G2	E3	G3		
P9	E1	G1	E2	G2	E3	G2	E4	G3
P10	E1	G1	E2	G2	E3	G2	E4	G3

Tendo presente Bardin (1977) realizou-se uma leitura flutuante do material da colheita de dados, para estabelecer-se o primeiro contacto e permitir o aparecimento das primeiras impressões e orientações, tendo como tema central os fatores que favorecem e os fatores que interferem na manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses.

A exploração do material foi conseguida com uma leitura mais exaustiva e aprofundada do conteúdo de cada entrevista.

O tratamento dos resultados iniciou-se com a identificação de seis classes temáticas, seguindo-se a definição das categorias, sendo estas “rubricas significativas, em função das quais

o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado” (Grawitz, 1993 cit. por Carmo e Ferreira, 1998:255).

Para Bardin (1977:103):

tratar o material é codificá-lo. A *codificação* corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (...)

Desta forma, as unidades de registo foram recortadas, representando o tema através de uma palavra ou de uma frase. Seguiu-se a agregação e classificação das unidades, tendo-se produzido a categorização e a subcategorização dos dados. Os dados foram orientados em seis classes temáticas distintas, como se verifica no quadro 5.

A primeira classe temática denominada “Motivos para a prática do AME”, agregou uma categoria e dez subcategorias. Na segunda classe temática intitulada “Suporte da rede social de apoio para a prática do AME” foram agregadas duas categorias e oito subcategorias. A terceira classe temática diz respeito ao “Suporte da rede institucional de apoio para a prática do AME” agregando duas categorias e quatro subcategorias. A quarta classe temática refere-se às “Dificuldades sentidas durante a prática do AME” tendo agregado duas categorias e quatro subcategorias. A quinta classe temática faz referência às “Críticas sentidas durante a prática do AME” foi agregada uma categoria e uma subcategoria. Por último, a sexta classe temática “Motivos para o abandono da prática do AME” agregou uma categoria e seis subcategorias.

Quadro 5 – Distribuição das categorias e subcategorias dimensionada às classes temáticas

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS
MOTIVOS PARA A PRÁTICA DO AME	Percepções das mães sobre os motivos para a prática do AME (relação mãe-filho; saúde do bebé; aspeto psicoafetivo; vontade do bebé; sonho realizado/desejo; prazer; saúde da mãe; experiência anterior de amamentação positiva, ter leite, instinto materno)
SUPORTE DA REDE SOCIAL DE APOIO PARA A PRÁTICA DO AME	Suporte do cônjuge para a prática do AME (realização de tarefas domésticas; cuidados com o outro filho; incentivo para a prática do AME; incentivo para a introdução de novos alimentos)
	Suporte familiar para a prática do AME (realização de tarefas domésticas; cuidados com o outro filho; incentivo para a prática do AME; incentivo para a introdução de novos alimentos)

SUORTE DA REDE INSTITUCIONAL DE APOIO PARA A PRÁTICA DO AME	Suporte das instituições de saúde para a prática do AME (orientações de incentivo para a prática do AME; apoio para a prática do AME)
	Suporte das instituições sociais e de educação para a prática do AME (incentivo para a prática do AME; incentivo para a introdução de novos alimentos)
DIFICULDADES SENTIDAS DURANTE A PRÁTICA DO AME	Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com o bebé (pega incorreta; mamadas frequentes)
	Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com a mãe (mamilo plano e invertido; mastite)
CRÍTICAS SENTIDAS DURANTE A PRÁTICA DO AME	Críticas sentidas relacionadas com a prática do AME (pressão para introdução de novos alimentos)
MOTIVOS PARA O ABANDONO DA PRÁTICA DO AME	Perceções das mães sobre os motivos para o abandono da prática do AME (leite insuficiente; choro do bebé; cansaço da mãe; decisão pessoal; regresso ao trabalho; adaptação do bebé à alimentação complementar)

1.7 - CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

As considerações éticas são sempre pertinentes no que concerne à investigação científica, quando nela estão implicados seres humanos e comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral e os direitos humanos necessitam sempre ser protegidos (Fortin, 2009).

O anonimato e a confidencialidade são um dos direitos do Homem; estes são assegurados se a identidade do indivíduo não puder ser associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Neste estudo respeitaram-se estes direitos pelo que as respostas às questões colocadas ao longo da entrevista são anónimas e não terão qualquer elemento que identifique as utentes.

Este estudo ao debruçar-se sobre a prática das mães de amamentar e a duração desta prática, pode acarretar o risco de as fazer sentirem-se julgadas quanto à sua decisão face ao AM, podendo mesmo desencadear sentimentos de culpa. Deste modo, torna-se importante referenciar o Código Deontológico do Enfermeiro indica que o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor

sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (Diário da República, 1998). Ao longo deste estudo, respeitou-se a opinião e a prática do aleitamento materno por parte das mães.

Os princípios do Código de Ética devem estar presentes em qualquer estudo de investigação, relativamente ao Princípio da Beneficência, acima de tudo não será causado qualquer dano físico ou psíquico à participante do estudo; em relação ao Respeito pela Dignidade Humana, a participante decide livremente se quer participar no estudo, sendo informada sobre a natureza e os objetivos do estudo e tendo o direito de em qualquer momento desistir, não sendo afetados os cuidados prestados à mãe e ao bebé; por último o Princípio da Justiça, garantido à participante o direito à sua privacidade (Comissão Nacional da UNESCO, 2006).

Para a realização do estudo foi pedida autorização ao Coordenador do Centro de Saúde de Belmonte (Apêndice D) e solicitado a todas as mães que aceitem participar no estudo o consentimento livre e informado (Apêndice E), após serem informadas acerca da natureza e dos objetivos do estudo, dos benefícios da participação, da garantia da confidencialidade das informações obtidas e do direito à recusa ou desistência em qualquer fase do trabalho; respeitando-se todas as decisões das mães, inclusive o de não colaborarem ou desistirem do estudo.

2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os dados obtidos, em função de toda a informação colhida através das entrevistas realizadas. Também, neste capítulo, pretende-se proceder à análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos, interpretando-os à luz das conceções de referência e, sempre que possível, tendo presentes os resultados encontrados noutros trabalhos de investigação desenvolvidos em torno da prática do aleitamento materno.

Por uma questão metodológica, irá começar-se por efetuar a caracterização das participantes do estudo, seguindo-se a apresentação dos dados relativos à prática do AME, nomeadamente, a prevalência e a duração do AME e, por último, a exposição das classes temáticas que agregam as categorias e subcategorias, onde serão descritos os fatores que favorecem e os fatores que interferem com o AME, aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses.

2.1 – DADOS RELATIVOS ÀS PARTICIPANTES

Fazem parte do estudo dez participantes, mães de crianças nascidas entre Maio e Julho de 2013, que se mostraram disponíveis para participar.

Caraterização sócio-demográfica

Através da análise da tabela 1 verifica-se que a faixa etária onde se concentra maior número de participantes é entre os 31-35 anos, com 50% das mães, seguindo-se as que têm idade compreendida entre 26-30 e 36-40 anos com 20% cada e uma mãe com 45 anos na faixa etária entre 41-45 anos.

Tabela 1 – Distribuição das participantes segundo a idade

IDADE	Nº	%
26-30	2	20
31-35	5	50
36-40	2	20
41-45	1	10
Total	10	100

Como se pode verificar na tabela 2, relativamente ao estado civil, as participantes na totalidade, 100%, são casadas ou vivem em união de facto.

Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil

Estado civil	Nº	%
Solteira	0	0
Casada / União de facto	10	100
Divorciada	0	0
Viúva	0	0
Total	10	100

No que diz respeito à escolaridade utilizou-se o nível de instrução da Classificação Internacional de Graffard e através da análise da tabela 3 verifica-se que a maioria das mães, 60%, apresentam um nível de instrução de 1º Grau e 40% das mães apresentam um nível de instrução de 2º Grau. Nenhuma das mães apresenta um nível de instrução de 3º, 4º ou 5º grau.

Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo o nível de instrução

Nível de instrução	Nº	%
1º Grau	6	60
2º Grau	4	40
3º Grau	0	0
4º Grau	0	0
5º Grau	0	0
Total	10	100

Na profissão das mães utilizou-se o critério Profissão da Classificação Internacional de Graffard para a estudar. Analisando a tabela 4, a maioria das participantes tem uma profissão que se enquadra no 1º Grau com 50% de mães, condizente com os dados obtidos no nível de instrução. Seguem-se as de 5º Grau com 20% de mães e no 2º, 3º, 4º Grau, apenas com uma mãe em cada uma delas.

Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo a profissão

Profissão	Nº	%
1º Grau	5	50
2º Grau	1	10
3º Grau	1	10
4º Grau	1	10
5º Grau	2	20
Total	10	100

Relativamente às condições sócio-demográficas das mães, os resultados do estudo mostram que a maioria das mães têm idades compreendidas entre os 31-35 anos, sendo todas casadas ou vivem em união de facto, a grande maioria apresenta um nível de instrução de 1º Grau, e as restantes apresentam um nível de instrução de 2º Grau, condizente com a profissão em que a maioria também se enquadra no 1º Grau.

Caraterização da história obstétrica

As participantes distribuem-se de forma igual, 50% cada, entre primíparas e multíparas com dois filhos (incluindo o atual), como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das participantes segundo o número de filhos

Número de filhos	Nº	%
1	5	50
2	5	50
3	0	0
>4	0	0
Total	10	100

Através da tabela 6 e no que diz respeito ao planeamento da gravidez, verifica-se que 90% das gravidezes foram planeadas e apenas uma gravidez, 10%, não foi planeada.

Tabela 6 – Distribuição das participantes segundo o planeamento da gravidez

Gravidez	Nº	%
Planeada	9	90
Não Planeada	1	10
Total	10	100

No que diz respeito ao desejo da gravidez por parte das participantes, apesar de uma mãe não a ter planeado, esta foi desejada, como as das restantes mães, como se pode verificar pela análise da tabela 7, em que 100% das gravidezes foram desejadas.

Tabela 7 – Distribuição das participantes segundo o desejo da gravidez

Gravidez	Nº	%
Desejada	10	100
Não Desejada	0	0
Total	10	100

Na tabela 8 verifica-se que quanto à assistência médica durante a gravidez, todas as participantes tiveram uma gravidez vigiada; a maioria, 80%, foram vigiadas por um obstetra a nível hospitalar, e as restantes 20% foram vigiadas por um obstetra a nível particular e nenhuma foi vigiada pelo médico de família.

Tanto no obstetra particular como no obstetra hospitalar, as mães tiveram entre oito e dez consultas durante a gravidez.

Tabela 8 – Distribuição das participantes segundo a assistência médica na gravidez

Gravidez	Nº	%
Não vigiada	0	0
Vigiada	Médico de Família	0
	Obstetra a nível Hospitalar	8
	Obstetra a nível Particular	2
Total	10	100

A grande maioria dos partos, 70%, foram partos eutócicos e 30% foram por cesariana, como se pode verificar pela análise da tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das participantes segundo o tipo de parto

Tipo de parto	Nº	%
Eutócico	7	70
Ventosa	0	0
Fórceps	0	0
Cesariana	3	30
Total	10	100

Relativamente à história obstétrica, verifica-se que metade das mães do estudo são primíparas, indo ao encontro da opinião de Gomes-Pedro (1999: cit. por Galvão, 2006) referente ao número constante de primeiros filhos.

As gravidezes foram praticamente na totalidade desejadas e planeadas e foram maioritariamente vigiadas por obstetra a nível hospitalar. Os dados encontrados estão de acordo com o estudo de Galvão (2006) em que sensivelmente a totalidade das mães frequentou consultas pré-natais no hospital e em menor número no âmbito do obstetra particular. Contrariamente ao observado por Oliveira e Valente (1999; cit. por Galvão, 2006) que referem ter sido no centro de saúde que a maioria das mães, que participaram no estudo vigiou a gravidez. Quanto ao tipo de parto a maioria, 70% foram eutócicos e os restantes 30% por cesariana, apresentando estes últimos, valores ligeiramente inferiores aos últimos dados disponíveis pela DGS de 35,8% de cesarianas nos hospitais (PORDATA, 2013).

Caraterização do aleitamento materno

Analisando a experiência anterior de amamentação, gráfico 1, a totalidade das múltiparas amamentaram o primeiro filho, quanto ao tempo de AM este variou entre os dois meses e os trinta meses e em relação ao AME variou entre os dois meses, uma mãe (P9) e os seis meses, duas mães (P1 e P6).

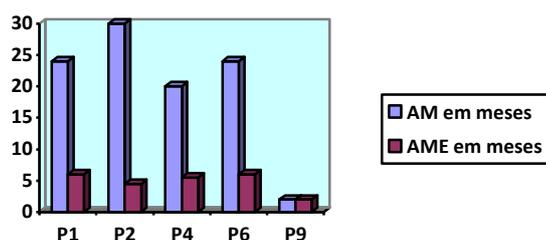


Gráfico 1 – Idade do filho anterior até a prática do AM e do AME por cada participante

Quanto ao momento da tomada de decisão de amamentar o filho atual, a maioria (90%) das participantes pensaram em amamentar o filho mesmo antes da gravidez, apenas uma mãe (10%), que não a tinha planeado, referiu que pensou em amamentar durante a gravidez, como se pode verificar pela análise da tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das participantes segundo o momento da tomada de decisão de amamentar o filho atual

Momento da tomada de decisão de amamentar	Nº	%
Antes da gravidez	9	90
Durante a gravidez	1	10
Após a gravidez	0	0
Total	10	100

Relativamente à experiência anterior de amamentação, as multíparas do estudo maioritariamente amamentaram o filho anterior, quanto ao tempo de amamentação este variou entre os dois meses e os trinta meses, sendo que três mães amamentaram além dos vinte e quatro meses em consonância com as recomendações da OMS e UNICEF de amamentar pelo menos até aos vinte e quatro meses. Estes valores diferem dos valores mencionados no estudo de Galvão (2006:110) em que verificou que as multíparas maioritariamente amamentaram o filho anterior “durante um período médio de 6,4 meses”. Em relação ao aleitamento materno exclusivo este apresentou valores entre os dois e os seis meses, sendo a prática mais frequente do AME para o filho anterior os cinco meses, valor abaixo do preconizado pela OMS e UNICEF de 50% das crianças serem amamentadas em exclusividade até aos seis meses.

Neste estudo verificou-se, em consonância com os resultados de Galvão (2006), que a maioria das mães, 90%, tomou a decisão de amamentar o filho atual ainda antes de engravidar. Para Martins e Moleiro (1994; cit. por Galvão, 2006) o desejo de amamentar já na gravidez é um sinal positivo para o êxito da prática do aleitamento materno.

2.2 - DADOS RELATIVOS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

A prática e a duração do aleitamento materno exclusivo foram avaliadas em quatro momentos distintos, aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses.

Duração planeada para o aleitamento materno exclusivo

No primeiro momento da colheita de dados, mais concretamente aos três meses, quando as participantes foram questionadas sobre quanto tempo planeavam praticar o aleitamento materno exclusivo, a maioria das mães, 40%, referiram os seis meses como sendo a idade planeada para amamentar em exclusividade o bebé, 30% estabeleceram o intervalo entre os cinco e os seis meses como duração planeada para o AME e as restantes mães, estabeleceram um intervalo entre os quatro e os cinco meses, como se pode verificar pela análise do gráfico 2.

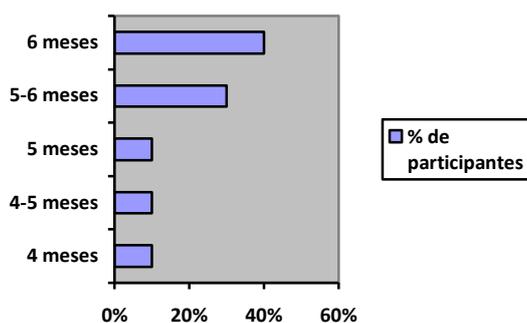


Gráfico 2 – Distribuição das participantes pelo período planeado para a duração do aleitamento materno exclusivo

Prevalência do aleitamento materno exclusivo

Em relação à taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo, pela análise da tabela 11, verifica-se que aos três meses a totalidade das mães amamentava em exclusividade o bebê, tendo sido este o critério de inclusão das mães no estudo; aos quatro meses 90% das mães amamentavam em exclusividade e uma mãe tinha introduzido o leite adaptado à noite. Aos cinco meses, 50% das mães amamentavam em exclusividade o bebê, quatro introduziram nesse período a sopa e a papa. Por último, aos seis meses, apenas 20% amamentavam em exclusividade o bebê, as restantes mães já tinham abandonado o AME aos quatro meses (uma), aos cinco meses (quatro) e entre os cinco e os seis meses (três) introduzindo a papa e a sopa.

Tabela 11 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo e complementado

	Aos 3 meses		Aos 4 meses		Aos 5 meses		Aos 6 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aleitamento Materno Exclusivo	10	100	9	90	5	50	2	20
Aleitamento Materno Complementado	0	0	1	10	5	50	8	80
Total	10	100	10	100	10	100	10	100

Duração do aleitamento materno exclusivo

No que diz respeito à idade do bebê quando as mães abandonaram a prática do aleitamento materno exclusivo para introdução de leite adaptado ou alimentação complementar, através da análise do quadro 6, verifica-se que 10% das mães deixou de amamentar em exclusividade entre os três meses e os quatro meses e 30% das mães deixaram de praticar o AME entre os quatro e os cinco meses. Entre os cinco e os seis meses 40% das mães deixaram de amamentar em exclusividade, a partir dos seis meses 20% das mães deixaram de praticar o AME.

Quadro 6 – Distribuição das participantes segundo a duração efetiva da prática do aleitamento materno exclusivo

Duração da prática do AME em meses	Participantes		
	Nº	%	Observações
[3-4[1	10	P6 (3 meses e 15 dias)
[4-5[3	30	P5 (4 meses e 15 dias) P7 (4 meses e 20 dias) P8 (4 meses e 8 dias)
[5-6[4	40	P2 (5 meses) P4 e P10 (5 meses e 15 dias) P9 (5 meses e 20 dias)
≥ 6	2	20	P1 (6 meses e 2 dias) P3 (6 meses)

Tal como no estudo de Maia (2007), ao analisarmos a duração planeada para o AME e a duração efetiva do AME, verifica-se que a duração planeada do AME inicialmente pelas mães é superior à prática efetiva do AME, a maioria das mães 40% planeou amamentar até aos seis meses, no entanto, apenas 20% praticou o AME efetivamente até essa idade, sendo que uma das participantes (P3) era primípara e a participante P1 era múltípara e já tinha praticado a AME até aos seis meses com o filho anterior.

Para Cardoso (2006) é fascinante que um bebé seja amamentado em exclusivo até aos seis meses, mas hoje raramente se ultrapassam os quatro meses, para as mães que amamentam para além dos seis meses, essa é sem dúvida uma experiência agradável e positiva.

Neste estudo verifica-se uma elevada incidência (90%) do AME aos quatro meses e, aos cinco meses, metade das mães mantinha a prática do AME. Os resultados da prática do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e aos cinco meses são superiores, mais do dobro, aos resultados de diferentes estudos portugueses, e aos dados disponíveis no RAM da DGS (2013) que nos indica uma prevalência de 35,4% aos quatro meses e de 22,4 % aos cinco meses.

Ocorre uma diminuição acentuada da prática do AME (40%) entre o quinto e o sexto mês, e até aos seis meses, 80% das mães tinham abandonado o AME e apenas 20% mantinha o AME, estando abaixo das recomendações da OMS, que preconiza que 50% das crianças sejam amamentadas em exclusividade aos seis meses, idênticos resultados foram verificados nos

estudos de Sarafana *et al.* (2006), Sandes *et al.*, (2007), Caldeira, Moreira e Pinto (2007), Carneiro e Galvão (2012) e Silva (2013).

Classe temática – motivos para a prática do aleitamento materno exclusivo

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, foram apreendidas as percepções das mães sobre os motivos para a prática do aleitamento materno exclusivo, esta classe temática agregou uma categoria e dez subcategorias.

Categoria 01: Percepções das mães sobre os motivos para a prática do AME

Esta categoria refere-se aos benefícios do aleitamento materno exclusivo para o bebé e para a mãe, manifestados pelas mães e é objetivada nas subcategorias relação mãe-filho; saúde do bebé; aspeto afetivo; vontade do bebé; sonho realizado/desejo; prazer; saúde da mãe; experiência anterior de amamentação positiva; ter leite e instinto materno, como se pode verificar no quadro 7.

Pela análise do quadro 7 pode verificar-se que quando as mães foram questionadas acerca das razões da prática do AME, as razões relacionadas com a saúde do bebé foram as mais referidas ao longo dos seis meses, seguindo-se a relação mãe-filho.

Quadro 7 – Distribuição da categoria 01 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 01	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Percepções das mães sobre os motivos para a prática do AME	Relação mãe-filho	6	3	0	1
	Saúde do bebé	8	6	5	2
	Aspeto afectivo	2	0	0	0
	Vontade do bebé	1	0	0	0
	Sonho realizado / desejo	4	1	1	0
	Prazer	4	4	1	0
	Saúde da mãe	1	0	0	0
	Experiência anterior de amamentação positiva	1	0	0	0
	Ter leite	4	1	1	0
	Instinto materno	4	0	0	0

No quadro 8 apresentam-se as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas.

Quadro 8 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 01 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Relação mãe-filho	<p>“(…) e a relação entre nós as duas é importantíssima” (P1)</p> <p>“(…) e a ligação que se estabelece entre nós as duas (…)” (P2)</p> <p>“É uma ligação muito importante que se cria entre mãe e filho “ (P3)</p> <p>“(…) fortalece os laços entre mãe e filho” (P7)</p> <p>“(…) é a relação entre mãe e filho” (P8)</p> <p>“(…) deve ser uma coisa entre mãe e filho (…)</p> <p>não tem explicação, é um momento entre mãe e filho (…)</p> <p>é o momento que estou com ele, é o nosso momento” (P10)</p>	6
	Saúde do bebé	<p>“eu sei que é o melhor para ele (…)” (P1) (P6) (P4) (P7)</p> <p>“é sem dúvida o melhor para ela” (P2)</p> <p>“todas as mães sabendo que o seu leite é o melhor para o bebé, acho que todas as mulheres devem ter essa decisão querer o que é melhor para ele” (P3)</p> <p>“(…) é o mais saudável” (P3) (P8) (P9)</p> <p>“(…) sabemos que estamos a dar-lhe o que ele realmente precisa” (P4)</p> <p>“(…) as defesas para o bebé, essencialmente por causa disso” (…)</p> <p>os outros leites tornam os bebés mais obesos (…)</p> <p>“(P8)</p> <p>“(…) a doutora dizia-me que é uma vacina que lhe estou a dar” (P9)</p>	8
	Aspeto afetivo	<p>“Está a ter carinho, com o biberon não há este contacto (…)” (P4)</p> <p>“(…) mas o leite materno não é só alimento” (P8)</p>	2
	Vontade do bebé	“(…) e ele também pede ”(P6)	1

Aos três meses	Sonho realizado / desejo	<p>“eu quero muito amamentá-la até aos seis meses, em exclusividade (...)” (P1)</p> <p>“ (...) sempre quis amamentar, sempre gostei (...)” (P5) (P7)</p> <p>“ (...)mesmo antes da gravidez foi uma coisa que eu pedi muito foi amamentar, não sei porquê (...)” (P10)</p>	4
	Prazer	<p>“(...) tem sido excepcional” (P1)</p> <p>“é um prazer (...)” (P4)</p> <p>“é a coisa melhor do mundo (...)” (P9)</p> <p>“(...) não tem explicação (...) e gosto“ (P10)</p>	4
	Saúde da mãe	“Evita o cancro da mama” (P8)	1
	Experiência anterior de amamentação positiva	“a minha experiência com o meu filho foi excepcional (...)” (P1)	1
	Ter leite	<p>“ (...) se tivesse leite, sempre pensei amamentar” (P3) (P4)</p> <p>“se tivesse leite eu amamentava, se não tivesse não ficava com paranóia (...) como tive leite, correu muito bem” (P5)</p> <p>“ (...) e tenho leite (...)” (P7)</p>	4
	Instinto materno	<p>“é o normal (...)” (P2)</p> <p>“(...) instinto materno (...)” (P5)</p> <p>“ (...) para mim era instintivo amamentar” (P8)</p> <p>“nunca pensei muito, acho que era natural (...)” (P9)</p>	4
Aos quatro meses	Relação mãe-filho	<p>“(...) é uma ligação que temos com ela (...)” (P2)</p> <p>“é uma ligação com ele, é uma ligação entre mãe e filho, é única e exclusiva dos dois (...) quando chega aquela hora de amamentar, ele olha-me com aqueles olhinhos, é só nosso o momento” (P7)</p> <p>“ (...) é o nosso momento, quando eu chego a casa é tão bom ele olhar para mim” (P10)</p>	3

Aos quatro meses	Saúde do bebê	<p>“é sem dúvida o melhor para ela (...)” (P1) (P5)</p> <p>“eu vejo que ele está ótimo, está gordinho, está a desenvolver bem (...)” (P3)</p> <p>“por ser o melhor para ele (...)” (P4)</p> <p>“(...) ela está muito bem, engordou muito bem” (P5)</p> <p>“por ser o mais saudável para ele (...) é o melhor para ele” (P8)</p> <p>“(...) ele está tão gordinho” (P10)</p>	6
	Sonho realizado / desejo	<p>“com o meu primeiro não pude amamentar (...) fui operada de urgência e não me orientaram no sentido da amamentação (...) eu sempre quis (...) eu quero muito dar a mama” (P9)</p>	1
	Prazer	<p>“é tão bom (...)” (P2)</p> <p>“(...) pelo prazer” (P4)</p> <p>“(...) eu adoro dar a mama, olhar para ela” (P5)</p> <p>“é o melhor que há dar a mama (...) estou a adorar a experiência (...)” (P9)</p>	4
	Ter leite	<p>“(...) e eu tenho muito leite” (P3)</p>	1
Aos cinco meses	Saúde do bebê	<p>“é o mais saudável (...) ela está tão gordinha” (P1)</p> <p>“É benéfico para ele (...), ele está muito desenvolvido” (P3)</p> <p>“é o melhor para ele (...)” (P4)</p> <p>“(...) ele está gordinho e bem desenvolvido” (P9)</p> <p>“Ele está tão gordinho” (P10)</p>	5
	Sonho realizado /desejo	<p>“eu quero muito dar-lhe a mama (...)” (P9)</p>	1
	Prazer	<p>“(...) eu gosto muito de amamentar” (P10)</p>	1
	Ter leite	<p>“(...) eu tenho leite” (P4)</p>	1

	Relação mãe-filho	“ (...) A relação entre nós as duas é importantíssima” (P1)	1
Aos seis meses	Saúde do bebê	“É o mais saudável para ela, ela está tão desenvolvida (...) já se senta bem sozinha (...) eu vejo que ela está muito bem (...)” (P1) “o benefício para ele (...) tá gordinho (...) eu vejo que está muito bem, ele está muito desenvolvido (...) fiz o melhor para ele. (P3)	2

As categorias que mais se evidenciam foram a saúde do bebê e a relação mãe-filho, como verificado no estudo de Sandes *et al.* (2007) as mães valorizam mais os benefícios biológicos (imunológicos, nutricionais, desenvolvimento) do que os psicoafetivos (relação mãe-bebê).

A saúde do bebê foi a subcategoria que se manteve presente em todos os momentos das entrevistas, demonstrando que as mães valorizam o ato de amamentar para um crescimento e desenvolvimento saudável do bebê, estes resultados estão em consonância com os estudos de Vasconcelos *et al.* (1984) e Fernandes (1987; cit. por Galvão, 2006), Galvão (2006) e Maia (2007) em que a maioria das mães aponta o leite materno como o melhor para a saúde do bebê. No estudo de Carneiro e Galvão (2012) acrescentam a proteção do bebê contra infecções. No estudo de Caldeira, Moreira e Pinto (2007) e Silva (2013) além de ser o melhor para o bebê e de protegê-lo contra infecções, destacaram a menor probabilidade de aparecimento de alergias. No estudo de Buchala e Moraes (2005) as mães referiram que o aleitamento materno é um meio saudável, natural e prático para cuidar do bebê. Em 2000, Pereira verificou que muitas mães decidem amamentar, devido aos benefícios nutricionais e imunológicos do leite humano, e aponta como fator de decisão o desenvolvimento psicomotor mental e emocional das crianças amamentadas (Silva, 1997; cit. por Pereira, 2006).

Também Coutinho e Leal (2005) constataram que as mães consideram que amamentar é melhor para o bebê que o leite adaptado e acreditam que os bebês amamentados até aos seis meses são mais saudáveis que os alimentados exclusivamente com leite adaptado e que o leite materno tem todos os nutrientes necessários à criança nos seus primeiros seis meses de vida.

As mães do estudo relacionaram o valor da amamentação com a saúde do bebê e apesar de marcarem fortemente a questão biológica, também exteriorizaram como se sentem ligadas e próximas do bebê durante a amamentação como verificaram Buchala e Moraes (2005), Ramos e Almeida (2003) e Maia (2007).

Nas entrevistas a segunda subcategoria mais referida é a relação mãe-filho que se estabelece durante o aleitamento materno exclusivo apesar de não surgir nas entrevistas realizadas aos cinco meses mantém-se até aos seis meses. O aleitamento materno tem um papel facilitador no estabelecimento do vínculo mãe-filho, favorecendo uma maior união entre ambos e uma ligação emocional, que parece facilitar o desenvolvimento do bebé e o seu relacionamento com outras pessoas (OMS, 1994; cit. por Galvão, 2006). Também para Sá (2006; cit. por Ramalho, 2006) a amamentação é muito importante, de um ponto de vista relacional porque é um momento privilegiado de comunhão com a mãe, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro.

O prazer foi referenciado pelas mães ao longo das entrevistas não tendo sido referido aos seis meses. As mães quando questionadas sobre os sentimentos vivenciados durante o aleitamento materno exclusivo revelaram que este é vivido com prazer, em consonância com os estudos de Buchala e Moraes (2005) e de Henriques e Martins (2011). Demonstrando até um certo preconceito em relação às outras mães que não amamentam os seus filhos, culpabilizando-as, como descreveu Lana (2001 cit. por Buchala e Moraes 2005). Segundo Winnicott (1994; cit. por Costa e Locatelli, 2008) a amamentação pode ser uma vivência significativa para a mãe e para o bebé, uma vez que o contacto da mama com a boca do bebé favorece uma experiência de intimidade e união, proporcionando satisfação e prazer, contudo isto só é possível se a mãe tem o desejo real e a disponibilidade para amamentar.

A subcategoria ter leite também foi mencionada pelas mães nos três momentos da colheita de dados não tendo sido mencionada no último momento da colheita de dados. As mães demonstraram preocupação em relação à quantidade de leite para amamentar e o facto de terem leite permitiu-lhes amamentar. Foi interessante também verificar que apesar de demonstrarem confiança na qualidade do leite materno nem sempre estavam seguras quanto à quantidade suficiente do mesmo, como também verificaram, Caldeira, Moreira e Pinto (2007).

Ao longo dos três momentos da colheita de dados é referida a subcategoria sonho realizado/desejo, não sendo referida aos seis meses, tendo emergido na objetivação do aleitamento materno exclusivo como parte de um grande sonho da mulher o de ser mãe, cuidar e amamentar o seu filho, referido pelas mães.

A vontade de amamentar em exclusividade o bebé e o facto de não ter tido essa possibilidade com o filho anterior foi referido por uma mãe, como sendo o sonho realizado/desejo. A importância da motivação das mães e o acreditar que amamentar é a melhor opção para o seu bebé, é essencial para o sucesso da prática do aleitamento materno (Pereira, 2006). Refletindo sobre o sonho materno, Badinter (1985; cit. por Ribeiro, 2011) refere que nem todas as mulheres têm essa necessidade expressa da maternidade, pois cada mulher é um caso

particular, estando o desejo de ser mãe e de amamentar associado também à moral, aos valores sociais e religiosos.

Para a grande maioria das mães amamentar é visto como um processo natural, fazendo parte da vida da mulher que tem filhos, emergindo na subcategoria instinto materno, referido apenas no primeiro momento da colheita de dados. Consideraram a prática do aleitamento materno como um processo natural, embora seja um ato natural, não é instintivo, como bem afirmam Galvão (2006) e Whaley e Wong (1989: 42, cit. por Teixeira *et al.*, 2011): “contrário à crença popular, a amamentação não é instintiva. As mães necessitam de apoio, encorajamento e assistência (...)” para que possam amamentar com sucesso”.

Na subcategoria aspetos afetivos mencionada também apenas aos três meses, as mães relacionam o aleitamento materno exclusivo com uma transferência de sentimentos de amor e carinho, vindo de encontro à premissa de que a amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebé, mas envolve um padrão de comunicação psicossocial relatado por Maldonato (1982; cit. por Buchala e Moraes, 2005).

Como verificado por Sandes *et al.* (2007) uma mãe manifestou, no primeiro momento da colheita de dados, a vantagem do aleitamento materno exclusivo como proteção da sua saúde para evitar o cancro da mama.

Ter amamentado o primeiro filho com êxito também foi referenciado por uma mãe aos três meses e objetivado na subcategoria experiência anterior de amamentação positiva, esse êxito parece influenciar positivamente a decisão de amamentar e a manutenção dessa decisão, aumentando assim a duração da prática do aleitamento materno (Levy, 1994; Levy e Bértolo, 2012; Pereira, 2006).

Classe temática – suporte da rede social de apoio para a prática do aleitamento materno exclusivo

O suporte da rede social de apoio para a prática do aleitamento materno exclusivo emergiu da representação do aleitamento materno como uma prática que envolve uma rede social, sendo esta, o suporte do cônjuge e da família, tendo agregado duas categorias e oito subcategorias.

Categoria 02: Suporte do cônjuge para a prática do AME

Esta categoria diz respeito ao apoio do cônjuge durante a prática do aleitamento materno exclusivo, agregando-se como subcategorias a realização de tarefas domésticas; os cuidados com o outro filho; o incentivo para a prática do AME e o incentivo para a introdução de novos alimentos por parte do cônjuge, como se pode verificar no quadro 9.

Através da análise do quadro 9 pode verificar-se que a maioria dos cônjuges incentivou a prática do AME, verificando-se este incentivo ao longo dos quatro momentos da colheita de dados.

Quadro 9 – Distribuição da categoria 02 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 02	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Suporte do cônjuge para a prática do AME	Realização de tarefas domésticas	7	3	1	0
	Cuidados com o outro filho	3	2	1	0
	Incentivo para a prática do AME	9	4	3	2
	Incentivo para introdução de novos alimentos	0	2	1	0

No quadro 10 apresentam-se as unidades de registo obtidas que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas.

Quadro 10 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 02 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Realização de tarefas domésticas	“O marido apoia nas tarefas domésticas (...)” (P1) (P2) (P3) (P9) (P10) “(…) ajuda-me muito (...)” (P6) “o meu marido ajuda muito, ele lava a roupa (...)” (P7)	7
	Cuidados com o outro filho	“(…) com a outra filha” (P2) “ O marido fica com a filha, ela tá numa fase complicada só quer a mãe, tem ciúmes (...)” (P4) “ ele ajuda (...) com dois filhos não é fácil”(P6)	3

<p>Aos três meses</p>	<p>Incentivo para a prática do AME</p>	<p>“apoia-me na amamentação (...)” (P1) (P3) (P4) (P6) (P9) “ No início eu precisava muito de descansar, o marido fica com ela (...)” (P5) “ (...) também diz para amamentar porque vê que ele está gordinho” (P7) “ (...) diz também que é o melhor para ele, ele só vem ao fim de semana mas ele é professor de educação física e diz que é o melhor para não ficar obeso” (P8) “ (...) ele diz muitas vezes dá-lhe a mama quando ele tá mais rabugento, ele sabe que é o melhor para ele” (P10)</p>	<p>9</p>
<p>Aos quatro meses</p>	<p>Realização de tarefas domésticas</p>	<p>“Mantem o apoio com as tarefas domésticas (...)” (P2) (P7) “(...) apoia nas tarefas domésticas”(P4)</p>	<p>3</p>
	<p>Cuidados com o outro filho</p>	<p>“ (...) e com a outra filha” (P2) “ (...) na educação da outra filha, o que me permite estar com ele a amamentá-lo” (P4)</p>	<p>2</p>
	<p>Incentivo da prática do AME</p>	<p>“eu agora vou começar a trabalhar (...) o marido vai ficar quinze dias (...) eu consigo vir a casa e dar-lhe a mama, o marido aguenta-a mais meia hora” (P1) “(...) o marido também vê que ele está ótimo, eu tenho bastante leite e como a OMS recomenda amamentá-lo até aos seis meses, diz-me para fazê-lo” (P3) “Ele só vem ao fim de semana, mas diz-me que é o melhor para o bebé” (P8) “ No trabalho trabalhamos juntos, eu vou dar a mama e ele fica (...) e também me diz para dar a mama (...)” (P10)</p>	<p>4</p>

Aos quatro meses	Incentivo da introdução de outros alimentos	“(…) mas também diz que vou começar a trabalhar e se calhar vou ter de lhe introduzir a sopa” (P8) “ às vezes quando o vê mais rabugento, diz-me não achas que ele tem fome, o teu leite não é suficiente, se calhar precisa de mais alguma coisa, mas eu digo-lhe que ele está a aumentar muito bem e está óptimo (...) (P9)	2
Aos cinco meses	Realização de tarefas domésticas	“Nas tarefas domésticas, é uma ajuda muito importante” (P4)	1
	Cuidados com o outro filho	“ (...) ao cuidar da nossa filha, é uma grande ajuda, está na idade das birras e quer muito a nossa atenção” (P4)	1
	Incentivo para a prática do AME	“quando vou trabalhar tira dias de férias e fica com ela (...) aguenta-a muitas vezes até eu chegar a casa para lhe dar a mama” (P1) “o marido incentiva, ele também ouve as outras pessoas que lhe dizem olha que aos quatro meses deves dar a sopa, mas ele responde que as novas recomendações da OMS são aos seis meses, (...) sinto-me sem dúvida apoiada pelo marido (...)” (P3) “quando ele chora diz-me logo para lhe dar a mama (...) (P10)	3
	Incentivo para introdução de novos alimentos	“às vezes diz que se calhar já devia introduzir-lhe a sopa” (P9)	1
Aos seis meses	Incentivo para a prática do AME	“o marido tira dias de férias (...)para eu poder amamentá-la(...)” (P1) “ele via que o meu esforço de tirar leite, tem dado frutos, ele está muito desenvolvido (...) apoiou-me sempre e também me disse que se não conseguisse até aos seis meses não fazia mal já tinha conseguido até aqui” (P3)	2

A subcategoria incentivo para a prática do AME foi a mais referida, pelas participantes, ao longo dos quatro momentos da colheita de dados. O apoio por parte do cônjuge como o incentivo para a prática do AME foi referido praticamente pela totalidade das mães, possibilitando amamentar em exclusividade. Mesmo aquando do regresso ao trabalho ou quando sofriam pressões exteriores para a introdução de novos alimentos antes dos seis meses, o incentivo à prática do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, por parte do cônjuge foi apontado pelas participantes como sendo fundamental para manter o AME.

O estudo de Arora *et al.* (s.d; cit por Sandes *et al.*, 2007) refere a atitude do pai como o fator mais significativo para o início do aleitamento artificial e abandono do aleitamento materno. O envolvimento do pai no processo de amamentação deve ser iniciado nas consultas pré-natais para perceber os benefícios da amamentação, dispondo-se então a apoiar a mulher, dando apoio emocional e ajuda para superar qualquer crise ou dificuldade que possa ocorrer durante a prática do aleitamento materno (Carvalho, 2002; cit. por Nelas *et al.* 2008). Araújo (1997; cit. por Almeida, 2003) observou no seu estudo que as mães que amamentavam durante um período maior de tempo consideravam a participação do marido importante durante a prática do aleitamento materno.

O papel do pai varia consoante a idade do bebé, até ao quarto mês o interesse do bebé centraliza-se quase exclusivamente na mãe, o pai durante este período tem como principal função ajudar e apoiar a mulher para que esteja disponível para o bebé e para a amamentação (Buchala e Moraes, 2005), assim, encontra-se justificação para as subcategorias que surgem em segundo e terceiro lugar: realização de tarefas domésticas e cuidados com o outro filho. O suporte do cônjuge passou pela realização e cooperação nas tarefas domésticas e pelos cuidados com os outros filhos, também verificado por Carvalho (2002; cit. por Nelas *et al.*, 2008). O apoio do cônjuge com as birras dos filhos anteriores também foi referido e para Pamplona (2005; cit. por Ramalho, 2006) esta é uma preocupação habitual, os filhos maiores e as suas manifestações de ciúmes, agressivas ou depressivas, por vezes, os irmãos mais velhos regridem a comportamentos bem infantis já ultrapassados, como o de quererem mamar ou a enurese. Estes sentimentos contraditórios são normais, por isso, quanto mais serenos e bem-humorados pudermos abordar as necessidades que atuam de maneira tão violenta nas nossas crianças, quanto mais levarmos a sério a sua dor, mais rapidamente reencontrarão a sua antiga autoconfiança e equilíbrio emocional, menos ela se sentirá excluída e menos ciúmes terá (Lothrop, 2000; cit. por Ramalho, 2006).

A subcategoria incentivo para a introdução de novos alimentos surge aos quatro meses e aos cinco meses, talvez pelo facto de os quatro meses ainda serem considerados a idade chave para a introdução da alimentação complementar. Para Lothrop (2000) se o cônjuge está tão bem

informado como a mulher e a apoia inteiramente, ele estará apto a encorajá-la e fortalecê-la, quando observações críticas a deixarem deprimida, por outro lado, se o marido se opõe à amamentação desde o seu início, esta está predestinada ao fracasso, mesmo não demonstrando os seus sentimentos à mulher, ela sentirá a sua recusa pessoal.

Para Maia (2007) o pai é determinante para o sucesso do aleitamento materno e segundo Maldonato (1982; cit. por Buchala e Moraes, 2005) pode avaliar-se a importância significativa da presença e apoio do companheiro, visto que atualmente, ele é o mais próximo da mulher.

Categoria 03: Suporte da família para a prática do AME

A categoria 03 refere-se ao tipo de apoio prestado pela família (excluindo o cônjuge), ressaltando a valorização da presença de outros membros da família durante a prática do aleitamento materno exclusivo e tendo objetivado este apoio nas mesmas subcategorias do apoio prestado pelo cônjuge, na realização das tarefas domésticas; nos cuidados com o outro filho; no incentivo para a prática do AME e no incentivo para a introdução de novos alimentos, como se pode verificar no quadro 11.

Analisando o quadro 11 verifica-se que as mães inicialmente referiram o apoio por parte da família na realização das tarefas domésticas e no incentivo à prática do AME; no entanto este incentivo não se manteve até aos seis meses, pelo contrário aos quatro e aos cinco meses os familiares incentivam a mãe a abandonar o AME e a introduzir novos alimentos.

Quadro 11 – Distribuição da categoria 03 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 03	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Suporte da família para a prática do AME	Realização de tarefas domésticas	7	2	0	0
	Cuidados com o outro filho	1	2	0	0
	Incentivo para a prática do AME	6	3	3	2
	Incentivo para introdução de novos alimentos	1	6	3	0

No quadro 12 apresentam-se as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas. Como se verifica pelas unidades de registo o elemento da família que mais se evidencia é a avó materna, seguindo-se os pais e sogros e as irmãs.

Quadro 12 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 03 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Realização de tarefas domésticas	<p>“Os meus pais e sogros também (...)” (P1)</p> <p>“Ajuda familiar sim, tive sempre (...) nas tarefas domésticas sobretudo” (P2)</p> <p>“Tendo ajuda nas tarefas domésticas por parte da minha mãe (...) não estou tão preocupada com as tarefas e tenho mais tempo para ele” (P3)</p> <p>“Tenho apoio familiar mas dispenso, tento fazer o que posso, se a casa estiver desarrumada já não ligo (...)” (P4)</p> <p>“sinto-me apoiada mas olho para o cesto da roupa e não consigo passá-la, porque sinto-me muito cansada com dois filhos, não peço aos meus pais para não estar a sobrecarregá-los, eles já cuidam da minha filha não quero abusar”(P6)</p> <p>“O meu sogro passa a ferro (...) às vezes tenho chamado a minha prima para limpar a casa” (P7)</p> <p>“(...) a minha mãe, nós as duas partilhamos as tarefas” (P8)</p>	7
	Cuidados com o outro filho	<p>“os meus pais e sogros ajudam-me com a minha filha permitindo amamentar”(P6)</p>	1
	Incentivo para a prática do AME	<p>“os meus pais e sogros (...) incentivam o AM” (P1) (P2) (P3)</p> <p>“(...) filha se você quiser, tem que ter força, diz a minha mãe” (P5)</p> <p>“(...) a minha mãe também o quer é ver gordinho, mas como agora vê que está bem (...) incentiva-me para amamentar” (P9)</p> <p>“as avós ficam com ele e eu vou a casa a dar-lhe a mama (...) a minha cunhada também dá a mama à minha sobrinha” (P10)</p>	6
	Incentivo para a introdução de novos alimentos	<p>“(...) quando estão comigo e vêem que ele dorme pouco dizem olha que o teu leite não é suficiente”(P9)</p>	1

Aos quatro meses	Realização de tarefas domésticas	<p>“os familiares mantêm o apoio com as tarefas domésticas (...)” (P2)</p> <p>“a minha mãe apoia-me em tudo (...)” (P8)</p>	2
	Cuidados com o outro filho	<p>“mantêm o apoio (...) com a outra filha” (P2)</p> <p>“a minha mãe e irmã ajudam-me com o meu filho mais velho (...)” (P9)</p>	2
	Incentivo para a prática do AME	<p>“eles sabem e vêem que ela está ótima e gordinha” (P1)</p> <p>“a minha mãe sempre me disse para dar a mama que era o melhor para ela (...) a minha irmã também amamentou o meu sobrinho muito tempo e sempre me deu força” (P5)</p> <p>“a mãe e a sogra ficam com ele e depois eu vou dar a mama” (P10)</p>	3
	Incentivo para a introdução de novos alimentos	<p>“às vezes comentam que já podia ter introduzido a sopa (...) a sopa é aos quatro meses dizem” (P2) (P7) (P8)</p> <p>“agora aos quatro meses as pessoas dizem eu introduzi a sopa aos quatro meses (...) eu digo-lhes que as novas recomendações da OMS são estas” (P3)</p> <p>“(...) tentam, como já fez quatro meses dizem para introduzir a sopa” (P4)</p> <p>“vão dizendo que a prima aos quatro meses já introduziu a sopa e se calhar devia introduzi-la, já tem idade” (P9)</p>	6
Aos cinco meses	Incentivo para a prática do AME	<p>“a minha mãe também tira alguns dias de férias para poder ficar com a minha filha e eu vir a casa e dar-lhe a mama” (P1)</p> <p>“a minha mãe fica com o meu filho quando vou trabalhar dá-lhe o leite que eu deixo (...) também diz que é o melhor para ele” (P3)</p> <p>“ficam com ele e saio do trabalho e dou-lhe a mama” (P10)</p>	3

Aos cinco meses	Incentivo para a introdução de novos alimentos	<p>“as pessoas dizem que já devia ter introduzido a sopa (...)” (P3)</p> <p>“os pais e os sogros dizem que já devia ter introduzido a sopa, como é o segundo já não ligo (...)” (P4)</p> <p>“dizem que ele tem fome, que devia introduzir-lhe a sopa” (P9)</p>	3
Aos seis meses	Incentivo para a prática do AME	<p>“a minha mãe também tira dias de férias para eu poder amamentá-la” (P1)</p> <p>“a minha mãe dá-lhe o leite que eu tiro no trabalho ou que tenho no congelador, às vezes quando me atraso ela aguenta-o para ele mamar (...) se não fosse o apoio da família teria sido muito difícil” (P3)</p>	2

Ao longo dos quatro momentos da colheita de dados a subcategoria incentivo para a prática do AME por parte dos familiares é mencionada pelas mães do estudo. As mães referem essencialmente a figura materna como influência para a prática do aleitamento materno exclusivo, estimulando, promovendo e apoiando esta prática. A figura da mulher-avó, como refere Gimeno (2001; cit. por Teixeira *et al.*, 2011) é perspetivada pelos restantes membros da família, destacando-se a sua experiência e vivência num sentimento fraternal e de confiança. Deste modo, a sua influência ou não para o aleitamento materno tem valor na organização do sistema familiar, perpetuando ou não esta prática.

A subcategoria incentivo para a introdução de novos alimentos embora não seja referida aos seis meses, é referida aos três, aos quatro e aos cinco meses, no entanto é aos quatro meses que um grande número de mães faz referência ao incentivo para a introdução de novos alimentos por parte dos familiares, referindo que nesta idade deve ser introduzida a alimentação complementar.

As subcategorias realização de tarefas domésticas e cuidados com o outro filho são referidas nos dois momentos iniciais da colheita de dados. Embora as mães, atualmente, devido à urbanização, ao afastamento da família alargada e à existência cada vez maior de famílias monoparentais, sentem-se menos apoiadas após o nascimento dos seus bebés e se sentem muitas vezes isoladas, abandonadas e com excesso de obrigações (Lorthrop, 2000), verificou-se que praticamente a totalidade das mães referiram ter apoio familiar, em consonância com o estudo

de Galvão (2006). Esse apoio define frequentemente o êxito ou o fracasso da amamentação, sem ajuda, geralmente há sobrecarga e stress para a mãe, que podem inviabilizar o aleitamento materno (Issler, 2003; cit. por Maia, 2007).

Considerar a família e mais concretamente a pessoa da mulher-avó, torna-se importante, pois ela pode ajudar os pais nos cuidados com os seus filhos, assumindo muitas tarefas. A imagem da avó fragilizada, num canto da casa, pouco participativa e a fazer croché não se verifica atualmente, a avó tornou-se imprescindível na criação e educação de seus netos (Cervený e Berthoud, 1997/2002; cit. por Teixeira *et al.*, 2011).

Classe temática – suporte da rede institucional de apoio para a prática do aleitamento materno exclusivo

O suporte da rede institucional de apoio para a prática do aleitamento materno exclusivo refere-se ao apoio das instituições de saúde e das instituições sociais e de educação na prática do AME, agregando duas categorias e quatro subcategorias.

Categoria 04: Suporte das instituições de saúde para a prática do AME

Esta categoria refere-se ao apoio prestado pelos profissionais de saúde das instituições de saúde às mães que amamentam, sendo objetivada nas subcategorias orientações de incentivo para a prática do AME e apoio para a prática do AME, como se pode verificar no quadro 13.

Através da análise do quadro 13 pode verificar-se que ao longo dos seis meses as mães mencionaram as orientações dos profissionais de saúde acerca da prática do AME até aos seis meses. O apoio dos profissionais de saúde foi mencionado aos três meses tendo presente que as dificuldades também surgiram no início da amamentação.

Quadro 13 – Distribuição da categoria 04 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 04	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Suporte das instituições de saúde para a prática do AME	Orientações de incentivo para a prática do AME	10	7	5	1
	Apoio para a prática do AME	3	0	0	1

No quadro 14 apresentam-se as unidades de registo obtidas que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas. Como se pode verificar pelas unidades de registo os médicos e os enfermeiros, tanto a nível hospitalar como no centro de saúde são os profissionais mais referidos.

Quadro 14 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 04 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Orientações de incentivo para a prática do AME	<p>“Já tinha amamentado em exclusividade o meu filho anterior, foram reforçando essa informação no centro de saúde (...) os enfermeiros” (P1)</p> <p>“No centro de saúde, enfermeiros sobretudo” (P2)</p> <p>“ (...)enfermeiros, médicos, mas mais depois do parto, durante o internamento do bebé na Neonatologia (...) sinto-me à vontade para tirar qualquer dúvida que surja” (P3)</p> <p>“No centro de saúde pelos enfermeiros e médico (...)” (P4) (P5)</p> <p>“eu já tinha amamentado em exclusividade mas sempre que tenho dúvidas recorro ao centro de saúde (...) no centro de saúde e hospital reforçaram a informação (...) enfermeiros e médicos” (P6)</p> <p>“Antes da gravidez não tinha pensado amamentar, depois sim no hospital e centro de saúde falaram-me, (...) o pediatra também incentiva amamentar até aos seis meses” (P7)</p> <p>“ (...) médicos e enfermeiros, mas no centro de saúde porque no hospital não” (P8)</p> <p>“No centro de saúde e hospital pelos médicos e enfermeiros(...)” (P9)</p> <p>“no hospital explicaram alguma coisa, mas tive pouco tempo no hospital, explicaram depois aqui no centro de saúde (...) enfermeiro, médico e pediatra particular” (P10)</p>	10

Aos três meses	Apoio para a prática do AME	<p>“não conseguia que ele pegasse à mama sem bicos de silicone, mas no centro de saúde conseguiram (...) ajudaram-me a aumentar a produção de leite (...) ele mama bem” (P3)</p> <p>“na Neo perdeu muito peso, não sabia mamar, mas ajudaram médicos e enfermeiros (...)” (P7)</p> <p>“apanhei a mastite, a Drª receitou antibiótico (...) a Drª disse-me não desista” (P10)</p>	3
Aos quatro meses	Orientações de incentivo para a prática do AME	<p>“(…) dos enfermeiros, médicos do centro de saúde” (P1) (P4) (P9)</p> <p>“No centro de saúde (...) pelos enfermeiros (...)” (P2)</p> <p>“ No centro de saúde, hospital, tanto de enfermeiros, como médicos e pediatra (...)” (P3) (P7) (P10)</p> <p>“fui ao pediatra no hospital ele também me disse que como ele está muito bem e se eu quiser posso amamentá-lo em exclusivo até aos seis meses (...)” (P3)</p> <p>“(…) como está muito gordinho, muito bem, o pediatra também me diz para introduzir a sopa perto dos seis meses” (P7)</p>	7
Aos cinco meses	Orientações de incentivo para a prática do AME	<p>“(…) não necessitei de mais informação (...)” (P1)</p> <p>“(…) tanto no centro de saúde, como hospital pelos médicos e enfermeiros” (P3) (P10)</p> <p>“qualquer dúvida esclarecem (...) enfermeiros, médico no CS (...)” (P4)</p> <p>“os enfermeiros e os médicos no centro de saúde (...) sempre me apoiaram” (P9)</p>	5
Aos seis meses	Orientações de incentivo para a prática do AME	“(…) sem dúvida no centro de saúde incentivaram-me (...) no hospital o pediatra também me informou sobre se possível amamentar em exclusividade até aos seis meses, sobre os benefícios (...) mas também me disse se não conseguisse para não entra em stress” (P3)	1
	Apoio para a prática do AME	“só tive uma situação na urgência (...) quando tive a mastite (...) por um médico que não me senti apoiada (...) ele até me quis dar parlodel”(P3)	1

A subcategoria orientações de incentivo para a prática do AME pelos profissionais de saúde é mencionada pelas mães ao longo dos quatro momentos da colheita de dados. Embora se tenha verificado que a maioria das mães procedeu à vigilância da gravidez no obstetra particular ou no hospital, quando tiveram de esclarecer dúvidas ou sentiram dificuldades com a amamentação foi ao centro de saúde que recorreram com maior frequência, também verificado no estudo de Galvão (2006), talvez pelo facto de os bebés serem acompanhados no centro de saúde relativamente às consultas preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Em relação às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde foram bem destacadas pela maioria das mães, principalmente na figura do médico de família e enfermeiro, sendo as orientações dadas pelos profissionais de saúde considerado um dos fatores favorecedores da amamentação (Buchala e Moraes, 2005). A informação que os profissionais de saúde transmitem à grávida acerca do aleitamento materno, é fundamental na sua decisão de amamentar. Galvão (2006) alerta para a necessidade dos profissionais de enfermagem que trabalham na área de Cuidados de Saúde Primários se manterem atualizados relativamente à amamentação para poderem prestar esclarecimentos apropriados e promoverem a amamentação bem como demonstrarem conhecimentos práticos acerca do AM.

Para Queirós *et al.* (2009), o aconselhamento em amamentação implica no profissional de saúde escutar, compreender e oferecer ajuda às mães, fortalecendo-as para lidar com pressões, promovendo a sua autoconfiança e a sua auto-estima. Deste modo as mães deverão ser aconselhadas, demonstrando com argumentos científicos que a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança é o alimento ideal para o seu crescimento e desenvolvimento.

Relativamente à subcategoria apoio para a prática do AME foi referida pelas mães no primeiro momento da colheita de dados e no último momento da colheita de dados. O primeiro momento da colheita de dados coincidiu com o apoio prestado pelos profissionais de saúde às dificuldades sentidas pelas mães no início da amamentação, tendo sido este apoio essencial e tendo permitido a manutenção do AME. Para Levy (1994) o apoio pós-parto é especialmente importante, na maioria dos casos, as mães optam pelo aleitamento artificial por desconhecimento do valor real do seu leite ou porque não foram suficientemente apoiadas quando se sentiram inseguras (Carvalho, 2002; cit. por Nelas *et al.* 2008).

No último momento da colheita de dados, foi manifestado a falta de apoio de um profissional de saúde na resolução de uma dificuldade com a amamentação e na promoção e manutenção do aleitamento materno exclusivo. Para que a mãe possa amamentar o seu bebé, ela precisa de se sentir apoiada nas suas dúvidas e dificuldades (Queirós *et al.*, 2009). As dúvidas

por parte dos profissionais de saúde sobre a conveniência do aleitamento materno exclusivo constituem um elemento negativo para a mãe que necessita de apoio (Galvão, 2006).

Categoria 05: Suporte das instituições sociais e de educação para a prática do AME

Esta categoria refere-se ao apoio prestado às mães que amamentam, pelas instituições sociais e de educação nomeadamente, creches e infantários, sendo objetivada nas subcategorias incentivo para a prática do AME e incentivo para a introdução de novos alimentos, como se pode verificar no quadro 15. Apenas duas mães recorrem a estas instituições para cuidarem dos seus filhos, o número reduzido de mães que fez referência às instituições sociais e de educação, nomeadamente creches ou infantários, deve-se ao facto das mães não terem recorrido a estas instituições, as mães contaram com o apoio das avós para cuidar dos bebés após o regresso destas ao trabalho.

Pela análise do quadro 15 verifica-se que uma mãe referiu o incentivo para a prática do AME por parte da instituição, outra mãe referiu a falta de incentivo por parte da instituição para poder manter o AME. O incentivo para a prática do AME foi sobretudo até aos quatro meses sendo que a partir desta inclusive o estímulo foi para a introdução de novos alimentos.

Quadro 15 – Distribuição da categoria 05 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 05	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Suporte das instituições sociais e de educação para a prática do AME	Incentivo para a prática do AME	1	1	0	0
	Incentivo para introdução de novos alimentos	0	1	1	0

No quadro 16 apresentam-se as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas.

Quadro 16 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 05 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Incentivo para a prática do AME	“No infantário disseram para trazer o leite, elas davam (...)” (P5)	1
Aos quatro meses	Incentivo para a prática do AME	“No infantário disseram para levar o leite, elas dão (...)” (P5)	1
	Incentivo para a introdução de novos alimentos	“na creche referem que é mais fácil se ele já for para lá a comer sopa” (P4)	1
Aos cinco meses	Incentivo para a introdução de novos alimentos	“na creche querem que ele já vá a comer a sopa, dizem que é mais fácil” (P4)	1
Aos seis meses			0

A subcategoria incentivo para a prática do AME pelos profissionais das instituições sociais e de educação, foi mencionada pelas mães nos dois primeiros momentos da colheita de dados e a subcategoria incentivo para a introdução de novos alimentos foi referida pelas mães aos quatro e aos cinco meses, coincidente com a idade em que muitos profissionais referem como sendo esta a idade da introdução da alimentação complementar para os bebés amamentados em exclusividade. Segundo Souza *et al.* (2011) o trabalho não é um obstáculo à amamentação, se existirem condições favoráveis para a manutenção do aleitamento materno, nomeadamente, respeito da licença de maternidade, creches ou condições para o aleitamento materno no local de trabalho. Silva (s.d, cit. por Souza *et al.*, 2011) acrescenta que a falta de apoio nas instituições e condições para oferecer o leite materno conservado após ter sido extraído e, ainda, a falta de creches que permitam a proximidade entre a mãe e o bebé, foram as principais dificuldades apontadas pelas mães para a manutenção do AM.

Classe temática – dificuldades sentidas durante a prática do aleitamento materno exclusivo

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, procurou-se identificar as dificuldades sentidas pelas mães ao longo da prática do AME, tendo agregado duas categorias e cinco subcategorias.

Categoria 06: Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com o bebé

Esta categoria refere-se às dificuldades sentidas pelas mães durante a prática do aleitamento materno exclusivo relacionadas com o bebé sendo objetivadas nas subcategorias pega incorreta e mamadas frequentes, como se pode verificar no quadro 17.

Através da análise do quadro 17 verifica-se que as mamadas frequentes foram as dificuldades mais referidas aos três meses e aos quatro meses, não tendo sido referida nenhuma dificuldade nos meses seguintes.

Quadro 17 – Distribuição da categoria 06 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 06	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com o bebé	Pega incorreta	2	0	0	0
	Mamadas frequentes	2	1	0	0

No quadro 18 são apresentadas as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas.

Quadro 18 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 06 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Pega incorreta	“ele ao início não sabia mamar” (P7) “ela não pega bem na mama esquerda, tenho de colocar bico de silicone” (P5)	2
	Mamadas frequentes	“ (...) ele é muito mamão, é glutão e no fim de uma hora quer mamar” (P4) “ele mama muito, dorme pouco, esta noite mamou seis vezes não quer o suplemento não sei o que fazer às vezes é desgastante e com dois , com uma filha com quatro anos a fazer birras é difícil. “ (P6)	2
Aos quatro meses	Mamadas frequentes	“custa muito durante a noite, ele mama de três em três horas” (P7)	1
Aos cinco meses			0
Aos seis meses			0

A subcategoria mamadas frequentes foi a subcategoria mais mencionada, nomeadamente, aos três e aos quatro meses. As mamadas frequentes referidas pelas participantes associando as mamadas noturnas foram referidas como sendo uma dificuldade durante o aleitamento materno, ponto que em parte é corroborado por Henriques e Martins (2011).

Segundo Galvão (2006) o intervalo entre as mamadas vai determinar o número de mamadas que o bebé fará nas vinte e quatro horas, não existindo regras pré-estabelecidas, havendo bebés que mamam com intervalos de uma hora e meia a duas horas, outros ainda que o façam com um intervalo mais largo. King (1991; cit. por Galvão, 2006) acrescenta que algumas mães tentam que os bebés durmam a noite toda sem mamar, no entanto, considera que é melhor a mãe amamentar durante a noite enquanto o bebé quiser e refere que a mamada noturna aumenta o tempo em que o bebé pode sugar ajudando a manter a produção láctea.

A subcategoria pega incorreta foi referida pelas mães no primeiro momento da colheita de dados, indo de encontro às dificuldades também mencionadas por outras mães como se verificou nos estudos de Buchala e Moraes (2005), Maia (2007) e Henriques e Martins (2011).

Para Galvão (2006:45) “os problemas da lactação poderão surgir se não se conseguir colocar o bebê ao peito de modo adequado.” Segundo o Royal College of Midwives (1994; cit. por Galvão, 2006) e King (1991; cit. por Galvão, 2006) de forma a prevenir possíveis problemas com a amamentação, um bebê colocado corretamente à mama deverá estar junto da mãe com a cabeça e os ombros frente ao seu peito, estando todo o corpo do bebê em contacto com a mãe e o nariz ao mesmo nível que o mamilo.

Categoria 07: Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com a mãe

Nesta categoria as dificuldades sentidas durante a prática do aleitamento materno exclusivo foram representadas tendo em conta a mãe durante a prática da amamentação, tendo-se obtido as subcategorias mamilo plano e invertido e mastite, como se pode verificar no quadro 19.

Analisando o quadro 19 verifica-se que as dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com as mães foram sentidas no início da amamentação, não tendo sido mencionadas dificuldades ao longo do AME.

Quadro 19 – Distribuição da categoria 07 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 07	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Dificuldades sentidas durante a prática do AME relacionadas com a mãe	Mamilo plano e invertido	1	0	0	0
	Mastite	2	0	0	0

No quadro 20 são apresentadas as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas.

Quadro 20 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 07 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Mamilo plano e invertido	“Ao início na Neonatologia referiram que não tinha o bico formado deram-me uns bicos de silicone (...) não me sentia muito bem por amamentar com bicos de silicone (...) não havia aquele contacto pele com pele, havia um plástico entre nós” (P3)	1
	Mastite	“Tive três mastites, mas sempre referi aos médicos a minha vontade de amamentar (...) dois incentivaram-me, o terceiro até me deu parلودel” (P3) “apanhei a mastite, e tinha muito leite, as mamas ficavam cheias e doía-me e tomei antibiótico, foi complicado, mas a doutora disse-me não desista” (P10)	2
Aos quatro meses			0
Aos cinco meses			0
Aos seis meses			0

A mastite foi a subcategoria mencionada por um número maior de mães, segundo Galvão (2006) esta ocorre com maior frequência nas primeiras semanas da lactação, sempre que se produza mais leite do que se remova. Segundo Lothrop (2000) não se deve interromper a amamentação e pesquisas desenvolvidas pela *La Leche League* demonstraram que a mastite desaparece em três dias com amamentação frequente, antibiótico e repouso, enquanto que as mães que desmamam imediatamente podem continuar a sofrer durante muito tempo devido à infeção e às dores (Mohrbacher, Stock e Newton, 2003).

A subcategoria mamilo plano e invertido é referida por uma mãe como sendo um problema para a prática da amamentação, segundo Galvão (2006) a forma do mamilo ou a falta

de mamilo é menos importante que a protactibilidade do tecido envolvente, é este que determina a habilidade do bebé sugar eficazmente a mama, embora seja muito comum, a colocação de um mamilo de silicone ou látex, a sua utilização pode aumentar as dificuldades na amamentação ou mesmo impedi-la.

As dificuldades referidas pelas mães estão em consonância com as dificuldades referidas noutros estudos, como o de Buchala e Moraes (2005), Galvão (2006), Maia (2007) e Henriques e Martins (2011).

Classe temática – críticas sentidas durante a prática do aleitamento materno exclusivo

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, identificaram-se as críticas sentidas pelas mães ao longo da prática do AME, tendo agregado uma categoria e uma subcategoria.

Categoria 08: Críticas sentidas relacionadas com a prática do AME

Esta categoria refere-se às críticas sentidas pelas mães relacionadas com a prática do aleitamento materno exclusivo tendo sido objetivada na subcategoria pressão para a introdução de novos alimentos como se pode verificar no quadro 21.

Através da análise do quadro 21 pode verificar-se que um grande número de mãe sentiu-se pressionada para introduzir novos alimentos, ao longo dos meses, tendo sido mais notório aos quatro meses.

Quadro 21 – Distribuição da categoria 08 e subcategoria extraída das entrevistas

CATEGORIA 08	SUBCATEGORIA	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
Críticas sentidas relacionadas com a prática do AME	Pressão para a introdução de novos alimentos	2	5	2	1

No quadro 22 apresentam-se as unidades de registo que corroboram as subcategorias apresentadas aos três meses, aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos da realização das entrevistas. Nas unidades de registo não é claro quem é que exerce a pressão e as críticas quanto à prática do AME.

Quadro 22 – Distribuição das unidades de registo da subcategoria da categoria 08 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategoria	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos três meses	Pressão para a introdução de novos alimentos	<p>“os vizinhos dizem que ele podia estar mais gordo, para eu lhe dar um biberão de leite, e que devia aguentar três horas sem mamar (...)” (P8)</p> <p>“às vezes as pessoas dizem se eu soubesse o que sei hoje dava-lhe o suplemento para ele dormir a noite toda, mas eu digo-lhes que não, é tão bom dar a mama” (P10)</p>	2
Aos quatro meses	Pressão para a introdução de novos alimentos	<p>“às vezes as pessoas comentam que já podia ter introduzido a sopa, a sopa é aos quatro meses dizem” (P2) (P8)</p> <p>“Agora aos quatro meses as pessoas dizem-me para eu introduzir a sopa, mas eu digo-lhe que as novas recomendações da OMS (...)” (P3)</p> <p>“agora começam a dizer que normalmente já devia ter introduzido a sopa (...) também dizem se deres um biberão à noite ele dorme a noite toda (...)” (P7)</p> <p>“agora dizem-me já é altura de introduzir a sopa, mas eu quero dar de mamar até aos seis meses (...)” (P9)</p>	5
Aos cinco meses	Pressão para a introdução de novos alimentos	“as pessoas dizem que já devia ter introduzido a sopa” (P3) (P9)	2
Aos seis meses	Pressão para a introdução de novos alimentos	“as pessoas dizem que já devia ter introduzido a sopa” (P3)	1

Ao longo dos quatro momentos da colheita de dados as mães referem a pressão social relativa à introdução da alimentação complementar e abandono do aleitamento materno exclusivo, tendo sido essa pressão mais evidente aos quatro meses, pelo facto deste período ser

ainda considerado socialmente como o início da introdução da alimentação complementar, tal como era preconizado há alguns anos atrás.

Estas interferências externas de familiares, amigos, vizinhos e da própria sociedade em geral, também foram mencionadas no estudo de Buchala e Moraes (2005). Para Galvão (2006) é importante referir que o sucesso da amamentação depende parcialmente da atitude de outras pessoas da comunidade, pais, avós, familiares, amigos, patrões e outros, e faz referência ao facto de nos locais onde se acredita que amamentar é normal a maioria das mães tem sucesso, onde se acredita que o aleitamento materno está fora de moda, é difícil, problemático ou incómodo é mais provável que as mães não tenham sucesso. “A promoção da amamentação e da sua manutenção passa bastante pela atitude que a comunidade tem face ao aleitamento materno” (Galvão, 2006:119).

Classe temática – motivos para o abandono da prática do aleitamento materno exclusivo

Através da análise dos dados obtidos pelas entrevistas, foram identificados os motivos apresentados pelas mães para o abandono da prática do AME até aos seis meses, esta classe temática agregou uma categoria e seis subcategorias.

Categoria 09: Perceções das mães sobre os motivos para o abandono da prática do AME

Esta categoria refere-se aos motivos das mães para abandonar a prática do aleitamento materno exclusivo tendo sido objetivada nas subcategorias leite insuficiente; choro do bebé; cansaço da mãe; decisão pessoal; regresso ao trabalho e adaptação do bebé à alimentação complementar, como se pode verificar no quadro 23.

Analisando o quadro 23 pode verificar-se que aos quatros meses foram vários os motivos mencionados pela mãe para o abandono do AME, o regresso ao trabalho foi o motivo que se destaca tanto aos cinco meses como aos seis meses.

Quadro 23 – Distribuição da categoria 09 e subcategorias extraídas das entrevistas

CATEGORIA 09	SUBCATEGORIAS	Frequência das unidades de registo (U.R)			
		3m	4m	5m	6m
As percepções das mães sobre os motivos para o abandono da prática do AME	Leite insuficiente	0	1	1	0
	Choro do bebé	0	1	0	0
	Cansaço da mãe	0	1	1	0
	Decisão pessoal	0	1	0	0
	Regresso ao trabalho	0	0	2	3
	Adaptação do bebé à alimentação complementar	0	0	1	2

No quadro 24 são apresentadas as unidades de registo obtidas aos quatro meses, aos cinco meses e aos seis meses, sendo estes os momentos de abandono da prática do AME.

Quadro 24 – Distribuição das unidades de registo das subcategorias da categoria 09 por momento da colheita de dados

Momento da colheita de dados	Subcategorias	Unidades de registo	Frequência das U.R
Aos quatro meses	Leite insuficiente	“eu via que ele não ficava satisfeito (...) como ele não dormia, eu introduzi-lhe o leite artificial para que ele dormisse, aguenta mais um pouco mas acorda e quer a mama” (P6)	1
	Choro do bebé	“ele chorava muito (...) ele mamava muito durante a noite” (P6)	1
	Cansaço da mãe	“às vezes é desgastante (...) e eu sentia-me muito cansada precisava de descansar (...) e com dois filhos (...) com uma filha de quatro anos a fazer birras é difícil (...) o casal fica de lado (...) nem temos tempo para nós os dois” (P6)	1
	Decisão pessoal	“eu já amamentei a minha filha até aos seis meses, mas este introduzi a papa aos quatro meses, eu sei que vocês não concordam mas a minha filha hoje come mal e tem dificuldades na alimentação porque lhe introduzi os alimentos muito tarde (...) eu sei das recomendações da OMS mas não vou fazê-las” (P6)	1

Aos cinco meses	Leite insuficiente	“(…) só o facto de ele não dormir a noite toda, e mamar muitas vezes (...) como ele não dormia, pensei que o meu leite já podia não ser suficiente, e dou-lhe o biberão à noite” (P7)	1
	Cansaço da mãe	“eu queria muito mas ele dorme muito pouco eu sentia-me cansada, mas continuo a amamentá-lo, gosto muito de o amamentar” (P7)	1
	Regresso ao trabalho	“Tive que trabalhar a semana passada e não consigo tirar leite e tou muitas horas sem ela (...) eu queria tê-la amamentado muito mais tempo mas como ia trabalhar (...)” (P5) “eu sei que a OMS refere os seis meses, se não tivesse que voltar ao trabalho dava a mama, mas vou continuar a dar-lhe a mama até que ela queira e até que eu tenha leite” (P5) “ela estava tão bem, tão gordinha, eu adoro dar a mama, olhar para ela, só devíamos ir trabalhar depois dos seis meses para podermos estar com eles” (P5) “pelo facto de ir trabalhar se eu pudesse ficava com ele até aos seis meses e dava-lhe a mama, eu não consigo tirar leite e congelá-lo, alguns dias vou ficar fora oito horas” (P8) “(…) todas as mães deviam ficar em casa com os filhos para podermos amamentar (...)” (P8)	2
	Adaptação do bebé à alimentação complementar	“para se habituar à sopa” (P2)	1
Aos seis meses	Regresso ao trabalho	“comecei a dar a sopa há quinze dias, porque comecei a trabalhar “ (P5) (P9) comecei a trabalhar, estou muitas horas sem ele, tive de lhe dar sopa” (P10)	3
	Adaptação do bebé à alimentação complementar	“(…) e é para ele se habituar” (P5) (P9)	2

Aos quatro meses uma mãe já tinha introduzido leite adaptado ao bebê, abandonando o AME. Os motivos que conduziram ao abandono do AME foram a convicção de que o leite é insuficiente e choro do bebê e mostram-nos a forte relação entre a dúvida quanto à suficiência de leite e o desmame (Galvão, 2006). Estes resultados vão ao encontro dos de Ramos e Almeida (2003), Sarafana *et al.* (2006), Galvão (2006), Maia (2007), Costa e Locatelli (2008), Queirós *et al.* (2009), Henriques e Martins (2011) e Silva (2013).

Os motivos referidos pela mãe para a introdução de outros alimentos estão relacionados com a quantidade e qualidade do leite, sendo para ela inadequadas, estas percepções vêm sendo apontadas na literatura há décadas como causa de desmame precoce. Considerando-se que a verdadeira hipogalactia ou produção de leite de baixo valor são situações muito raras, para Souza *et al.* (2011), as percepções maternas não são consideradas como um motivo real para oferecer ao bebê outros alimentos, sendo considerados motivos percebidos.

A iniciação precoce de suplementos na alimentação do bebê é a dúvida quanto à suficiência de leite, no entanto, geralmente as mulheres têm bastante leite, todavia falta-lhes confiança de que o seu leite é suficiente (Galvão, 2006).

A insaciedade do bebê referida pode ser traduzida como uma percepção materna de leite fraco, resultado da insegurança materna frente ao choro do filho, associando o choro da criança à fome. Essa concepção, apesar de frequente e fortemente sustentada por aspetos culturais, não encontra fundamentação na dimensão biológica. O choro do bebê é também referido como causa de abandono do AME, contudo para King (1991:78, cit. por Galvão, 2006) chorar é o seu único meio para pedir ajuda e “o choro logo após a mamada não é devido à fome”.

Segundo McLennan (cit. por Coutinho e Leal, 2005), as mulheres podem sentir-se culpabilizadas pelo abandono precoce da amamentação, sendo por isso mais aceitável para elas basear a sua atitude em razões não pessoais mas independentes da sua vontade e controlo. No estudo presente, a mãe referiu a sua vontade em introduzir o leite artificial na data indicada, sendo esse o seu objetivo.

Aos cinco meses e aos seis meses o motivo mais evidenciado para o abandono do AME e introdução de alimentação complementar foi maioritariamente o regresso ao trabalho, como verificado no estudo de Pereira (2002), Maia (2007) e Sandes *et al.* (2007).

O trabalho revelou-se como um elemento dificultador ou impeditivo para a prática do aleitamento materno exclusivo, apesar de estarem esclarecidas quanto à técnica de extração e conservação do leite, de forma, a que a criança possa continuar a ser alimentada com leite materno nos períodos da sua ausência as mães demonstraram uma grande dificuldade em conciliar os múltiplos papéis, devido grande parte ao horário laboral.

Aos cinco e aos seis meses emergiu uma subcategoria a necessidade da adaptação do bebé a novos alimentos, este motivo não foi mencionado em nenhum dos estudos consultados.

Sinopse dos resultados

Para concluir este capítulo realiza-se uma síntese dos principais resultados que se evidenciaram ao longo do estudo. Serão conjugados os dados provenientes da caracterização das participantes com aqueles que surgiram da análise compreensiva do conteúdo das entrevistas e que permitiram identificar no discurso das participantes algumas categorias e subcategorias.

Esta síntese está orientada para se encontrar a resposta à questão de investigação previamente definida: que fatores favorecem e interferem na prática do AME até aos seis meses, na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte. Organizou-se a resposta em torno dos objetivos definidos para o estudo.

Os resultados do estudo mostram que no que respeita à caracterização das participantes, em número de dez, a maioria tem idade compreendida entre os 31-35 anos, são casadas ou vivem em união de facto, apresentam um nível de instrução e de profissão de 1º Grau da Escala de Graffard.

Verifica-se que as gravidezes foram praticamente na totalidade desejadas e planeadas, tendo sido maioritariamente vigiadas por obstetra a nível hospitalar e o tipo de parto, na maioria (70%), foi eutócico.

As participantes do estudo distribuem-se igualmente (50% cada) entre primíparas e múltiparas. Em relação à experiência anterior de amamentação a totalidade das múltiparas amamentaram o filho anterior entre os dois e os trinta meses e o AME foi praticado por estas mães entre os dois e os seis meses, sendo a prática mais frequente do AME para o filho anterior os cinco meses. A maioria das mães, 90%, tomou a decisão de amamentar o filho atual ainda antes da gravidez.

A prevalência do AME ao quarto, quinto e sexto mês foi, respetivamente, de 90%, 50% e 20%, relativamente à duração do AME, verifica-se que 10% das mães deixou de amamentar em exclusividade entre os três meses e os quatro meses e 30% das mães deixaram de praticar o AME entre os quatro e os cinco meses. Entre os cinco e os seis meses 40% das mães deixaram de amamentar em exclusividade, a partir dos seis meses 20% das mães deixaram de praticar o AME. Considera-se alcançado o objetivo: determinar a prevalência e a duração do aleitamento materno exclusivo na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte.

No que concerne ao objetivo: conhecer os fatores favoráveis à prática do aleitamento materno exclusivo, as participantes mostraram-se informadas acerca das vantagens do aleitamento materno, no entanto, o facto de a maioria das mães referir razões maioritariamente relacionadas com o bebé como justificativa da sua opção de amamentar e do desejo da sua manutenção, pode indicar que as mães desconheciam as vantagens associadas ao aleitamento materno para a mãe, ou permite traduzir a responsabilidade materna em relação à amamentação na saúde da criança. Para as mães do estudo representou acima de tudo o benefício para a saúde do bebé e também a proximidade física com o bebé e a importância da relação mãe-filho estabelecida.

O cônjuge foi referenciado como tendo um papel muito importante como suporte para a adaptação a esta fase e como facilitador da prática do AME. Como rede de apoio também foi referida a importância da família, com destaque para a avó materna. Em relação aos fatores favorecedores da amamentação o apoio profissional foi também destacado, principalmente na figura do médico de família e enfermeiro do centro de saúde.

No que toca ao último objetivo: identificar os fatores que interferem com a prática do aleitamento materno exclusivo, apesar dos familiares inicialmente serem incentivadores do AME, também foram referidos como incentivadores ao abandono do AME e introdução da alimentação complementar. A altura onde se verifica a maior pressão para a introdução de novos alimentos é a partir dos quatro meses. A rede social de suporte, nomeadamente, as creches e infantários exercem em parte um estímulo para o abandono do AME entre os quatro e os cinco meses.

Quando as participantes são questionadas acerca das dificuldades durante a amamentação foi referida a pega incorreta e as mamadas frequentes, relacionadas com o bebé, por sua vez, a mastite e o mamilo plano ou invertido, relacionadas com a mãe. No entanto, o que mais sobressaiu foram as críticas e a pressão social para a introdução de novos alimentos.

Aos quatro meses foram apontados diversos motivos para a introdução de leite adaptado, relacionados com a convicção de leite insuficiente, o choro do bebé e o cansaço da mãe, revelando-se a insegurança e a falta de confiança na sua capacidade de amamentar.

Aos cinco e aos seis meses o motivo mais evidenciado para o abandono do AME e introdução de alimentação complementar foi maioritariamente o regresso das participantes ao trabalho, tendo sido também referido, neste período, a necessidade da adaptação do bebé a novos alimentos.

CONCLUSÃO

Este relatório permitiu expor o percurso desenvolvido ao longo da investigação sobre a prática do AME até aos seis meses na área de influência do centro de saúde de Belmonte.

A revisão bibliográfica realizada na primeira parte do trabalho, além de ter permitido clarificar alguns conceitos básicos para a compreensão da temática explorada, facultou o delineamento de um quadro global, relativo à incidência e à prevalência do AME e aos fatores determinantes e condicionantes para a sua prática.

Tendo presente os objetivos delineados para a investigação, o presente estudo permitiu atingi-los, uma vez que se determinou a prevalência e a duração do AME na área de abrangência do centro de saúde de Belmonte e, a partir das perceções das mães acerca da prática do aleitamento materno exclusivo, do suporte da rede social e institucional, das dificuldades e críticas durante a prática do AME e dos motivos do abandono da prática do aleitamento materno, foi possível conhecer os fatores favoráveis à prática do AME e identificar os fatores que interferem com a mesma. Os dados foram obtidos mensalmente, por entrevista, ao longo dos quatro meses de acompanhamento dos bebés, não tendo havido a possibilidade de viés de memória.

As participantes do estudo estavam informadas acerca do aleitamento materno exclusivo e metade das mães amamentaram em exclusividade até pelo menos os cinco meses. Contrariamente a outros estudos nacionais, os resultados do estudo realizado evidenciam a elevada prevalência da prática do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses, em que praticamente a totalidade das mães entrevistadas praticava o AME nessa idade. Aos seis meses a prática do AME apresentou valores muito abaixo das recomendações da OMS e UNICEF que preconizam que 50% das crianças sejam amamentadas em exclusividade aos seis meses, neste estudo apenas 20% dos bebés eram amamentados em exclusividade aos seis meses.

Quando questionadas acerca dos seus próprios sentimentos em relação ao aleitamento materno, as mães revelaram que este é vivido com prazer, embora tenham referido algumas dificuldades ocorridas no início da amamentação, mas, após terem superado as dificuldades com o apoio dos profissionais de saúde e terem valorizado os benefícios da amamentação, o aleitamento materno para estas mães representou acima de tudo o benefício para a saúde do bebé.

Foi interessante também verificar que apesar de demonstrarem confiança na qualidade do leite materno nem sempre estavam seguras quanto à quantidade suficiente do mesmo. Quando questionadas acerca da duração da amamentação muitas revelaram querer amamentar

por um longo período, no entanto os dados demonstraram que o período efetivo do AME foi menor.

Como limitações do estudo, podem-se referenciar o facto do estudo se debruçar sobre as perceções maternas, considerando fatores maternos e do bebé, contudo não tendo em consideração o comportamento alimentar do bebé amamentado como parte integrante, nomeadamente no que refere à prontidão para comer, virar-se, fixar e mamar.

Um dos fatores que não foi explorado diz respeito ao conhecimento das mães acerca de terem sido ou não amamentadas e a duração da mesma, uma vez que alguns estudos fazem referência que a duração da amamentação é superior em mães que foram amamentadas.

No que diz respeito à amostra, não foi obtida de forma aleatória e cingiu-se a um determinado período, nomeadamente entre Maio e Julho 2013. Em relação ao instrumento de colheita de dados e aos momentos da colheita de dados, a sua aplicação requereu muito esforço e dedicação da entrevistadora, procurando sempre agendar o momento da colheita de dados de acordo com a disponibilidade da mãe, em particular nos momentos que não coincidiam com a vacinação do bebé e a consulta de vigilância infantil. Contudo o esforço foi compensatório, nenhuma participante desistiu ao longo do estudo, tendo permitido o acompanhamento de todos os bebés.

Considera-se que os dados encontrados não podem ser extrapolados, no entanto, podem servir de referência para estudos em que a população apresente características semelhantes às das participantes no estudo e, ainda, características geodemográficas semelhantes às da área de influência do centro de saúde de Belmonte.

Concluindo, apesar das limitações encontradas no trilhar desta pesquisa, os resultados deste estudo poderão trazer contributos, o tema abordado é rico e ainda pouco explorado, este estudo pretende fornecer algumas informações para futuras investigações. A continuidade das investigações nesta área irá fornecer conhecimentos que possibilitem um evidenciar de esforços, com vista à compreensão de fatores envolvidos no início do aleitamento materno exclusivo e na sua manutenção até aos seis meses e à mudança comportamental necessária à diminuição do abandono precoce antes dos seis meses. Sugere-se a realização de um estudo sobre a prática do AME alargada aos centros de saúde que integram o ACES Cova da Beira.

Tendo presente a elevada incidência do AME aos quatro e aos cinco meses faz-se a proposta de se realizar uma reflexão em conjunto com a equipa do centro de saúde de Belmonte sobre a possibilidade da criação de um Cantinho da Amamentação na instituição e futuramente uma proposta de desenvolvimento de uma Comunidade Amiga dos Bebés.

A taxa de prevalência aos seis meses evidencia que ainda há muito trabalho para fazer, para tal, os profissionais de saúde e, em particular os profissionais de saúde do centro de saúde

de Belmonte, têm um papel muito importante na formação das mães e da população em geral. Sugerindo-se um projeto de Educação para a Saúde envolvendo as famílias de grávidas e os profissionais de instituições sociais e de educação, com vista a sensibilizar para as atuais normas para a introdução de novos alimentos e das vantagens da manutenção do AME até aos seis meses. Tem-se a convicção que a implementação destes projetos traduzir-se-ia em ganhos em saúde tanto a nível individual para o bebé e para a mãe, como para toda a família e a médio e a longo prazo para a comunidade de Belmonte.

BIBLIOGRAFIA

Agence Nationale d'Accréditation e d'Évaluation en Santé (2002). *Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Paris.

Aguilar, M. T. H. *et al.* (2004). *Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año*. Guia de practica clínica basada en la evidencia. Valencia: Pediatría Atención Primaria.

Alba Lactância Materna (1992). *Claves para una Lactancia Materna Exitosa*. Barcelona: Información y Apoyo a la Lactancia Materna.

Almeida, M. L. Q. L. G. A. (2003). *O sucesso no aleitamento materno – Contributo de uma intervenção clínica*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Alves, A. D. *et al.* (1999). Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra – porquê o abandono precoce? *Saúde Infantil*, 21, 43-50.

American Academy of Pediatrics (2014). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pdeiatrics*. 23, 831-835.

Akré. J. (1994). *Alimentação Infantil. Bases Fisiológicas*. Brasil: IBFAN.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bordalo, J. D. (2008). *Aleitamento materno. Relactação e lactação induzida*. Tese de mestrado integrado em medicina. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde.

Brito, H. *et al.* (2011). Experiência do Aleitamento Materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 209-214.

Buchala, L. M. e Moraes, M. S. (2005). Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de mulheres. *Arq Ciênc Saúde*, 12(4), 177-182.

Caldeira, T., Moreira, P. e Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudos dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 685-99.

Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho. Instituto educação e psicologia.

Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carneiro, P. S. e Galvão, D. G. (2012). Aleitamento Materno no Concelho de Portimão aos seis meses de vida do bebé: factores condicionantes. *Nursing*, 277, 8-12.

Cattaneo, A. et al. (2004). *Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção*. Lisboa: DGS.

Comissão Nacional da UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: UNESCO.

Costa, P. J. e Locatelli, B. M. E. S. (2008). O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e seu bebé. *Mental*, 10, 85-102.

Coutinho, J. e Leal, I. P. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação – Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, XXIII (3), 277-282.

Diário da República (1998). Código Deontológico do enfermeiro. I Série A, nº 93, 1754-1757.

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2013). *Registo do Aleitamento Materno (RAM). Relatório Janeiro a Dezembro 2012*. DGS e Mama Mater.

Ferreira, M. H. B. P. G. (2004). Aleitamento materno: experiência de mães pela primeira vez. *Enfermagem Agora*, 40,15-18.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Galvão, D. M. P. G. (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.

Giugliani, E. R. J. (1994). Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 70 (3), 138-151.

Giugliani, E. R. J. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), 238-252.

Giugliani, E. R. J. e Monte, C. M. G. (2004). Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 131-141.

Giugliani, N. R. *et al.* (2012). O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 12 (1), 53-58.

González, C. (2005). *Manual prático do aleitamento materno*. Parede: Mama Mater Associação.

Henriques, S. N. e Martins, R. M. L. (2011). Aleitamento materno: o porquê do abandono. *Millenium*, 40, 39-51.

Kramer, M. S. *et al.* (2008). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatr*, 65(5), 578-584.

Levy, L. (1996). A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25, 119-120.

Levy, L. e Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional: Iniciativa Hospital Amigos dos bebés.

Lima, M. J. (2010). *Aleitamento materno. Estudo de prevalência e duração na área de influência do Centro de Saúde de Belmonte*. [dissertação para obtenção de grau de mestre em medicina]. Faculdade de ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior.

Lopes, B. e Marques, P. (2004). Prevalência do Aleitamento Materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20 (9), 539-544.

Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paulinas Editora.

Maia, M. J. C. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Ministério da Saúde (2007). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde.

Molina, M. C. T. (2004). Composición de la leche humana. Lactancia materna: Guia para profesionales. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5,59-76.

Mohrbacher, N., Stock, J. e Newton, E. (2013). *The Breastfeeding Answer Book*. 3ª Edição revista. La Leche League International.

Nelas, P. A. *et al.* (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência*, 6, 39-36.

OMS (2001). *Estratégia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva*. Genebra: OMS.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Plano de atividades e orçamento para o ano 2010*. Açores: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, M. A. (2000). *Mãe adolescente – Aleitamento materno. Uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pereira, M. A. (2004). *Aleitamento materno: Estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. Tese doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre.

Cesarianas nos hospitais % em Portugal (2013). Acedido em Novembro 5, 2014 em PORDATA
Fonte INE-DGS: <http://www.pordata.pt/>.

Queirós, P. S. *et al.* (2009). Elementos que interferem na amamentação exclusiva: percepções de nutrizes. *Revista de Salud Pública*, (XIII) 2, 6-14.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição. Lisboa: Gradiva.

Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2006). *O método psicodramático na preparação para a amamentação*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

Ramos, C. V. e Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79 (5), 385-390.

Ribeiro, V. M. (2011). *Representações sociais de enfermeiras sobre o aleitamento materno e sua influência nas práticas educativas*. Dissertação de Mestrado. Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Rocha, L. M. e Gomes, A. (1998). Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil*, 20, 59-66.

Rubio, A. M. (2004). Ventajas de la lactancia materna para la madre. *Lactancia Materna: Guia para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5,119-124.

Saénz, M. C. (2005). *El colostro, único e especial*. Acedido em Outubro 22, 2010, em La Leche League Internacional Internacional: \Users\utilizador\Desktop\Mestrado Total\amamentação\LLLI El calostro unico y especial.mht.

Sainz, M. L. R. (2003). *La Lactancia Materna: um reto personal*. 4ª edição. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

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

Sarafana, S. *et al.* (2006). Aleitamento materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), 9-14.

Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (5), 223-228.

Sociedade Portuguesa de Pediatría (2012). Alimentação e Nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (5), 17-34.

Souza, N. K. T. *et al.* (2011). Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. *Com. Ciências Saúde*, 22 (4), 231-238.

Talayero, J. M. P. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. *Lactancia Materna: Guia para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5,7-26.

Teixeira, M. A. *et al.* (2011). A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14 (3), 205-221.

Torre, M. J. L. (2004). Prolongación de la lactancia. Inicio de la alimentación complementar. *Guia para profesionales. Comité de lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5,287-293.

Velilas, J. J. L. (2004). Composición de la leche humana. Lactancia materna: Guia para profesionales. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*, 5,147-153.

Vinagre, R. D., Diniz, E. M. A. e Vaz, F. A. C. (2001). Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatrics (São Paulo)*, 23 (4), 340-345.

APÊNDICES

Apêndice A

Guião da Entrevista G1

Guião de Entrevista G1

Mãe : N° _____

Data Nascimento bebé: _____

1. Idade da mãe: _____ anos

2. Estado civil:

- Solteira.
- Casada/ União de facto
- Divorciada
- Viúva

3. Profissão:

- 1. Diretores técnicos de empresas e de bancos, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.
- 2. Chefes de secção administrativa ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.
- 3. Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra.
- 4. Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
- 5. Trabalhadores manuais ou operários não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

4 - Nível de instrução:

- 1. Ensino universitário ou equivalente (mais de 12 anos de estudo).
- 2. Ensino médio (10 a 11 anos de estudo).
- 3. Ensino médio (8 a 9 anos de estudo).
- 4. Ensino primário completo (6 anos de estudo).
- 5. Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

5. Número de filhos (incluindo o atual):

- 1
- 2
- 3
- > 4

6. Gravidez

- Planeada
- Não planeada
- Desejada
- Não desejada

7. Assistência Médica na Gravidez

- Não vigiada
- Vigiada
 - Centro de Saúde
 - Obstetra particular
 - Obstetra hospitalar

8. Número de consultas _____

9. Tipo de parto

- Eutócico
- Ventosa
- Fórceps
- Cesariana

10. Experiência de amamentação

Amamentou o(s) seu(s) outro(s) filho(s)?

Sim

Não

Durante quanto tempo? _____

Durante quanto tempo em exclusividade? _____

11. Quando decidiu amamentar?

Antes da gravidez

Durante a gravidez

Após o parto

Mãe: N° _____

Idade do bebe: 3 meses

Neste momento, o seu filho bebe só leite materno?

Sim

Quantas mamadas diurnas faz? _____

O seu bebé mama durante a noite?

Sim

Não

Quantas vezes mama? _____

De quantas em quantas horas? _____

O bebé dorme:

Na mesma cama.

No mesmo quarto.

Noutro quarto.

Qual ou quais os motivos que a levam a amamentar em exclusividade?

Sempre pensou amamentar o seu bebe em exclusividade?

Teve orientação de alguém para amamentar em exclusividade?

Continua a receber informação dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno exclusivo?

O cônjuge apoia-a no aleitamento materno exclusivo nesta idade?

Os pais e sogros apoiam a amamentação exclusiva nesta idade?

Outros familiares / vizinhos /amigos apoiam a amamentação exclusiva nesta idade?

Sente-se apoiada durante a amamentação exclusiva?

Tem apoio, de outra(s) pessoa(s), neste período de amamentação, que tipo de apoio?

Tem apoio das instituições sociais e de educação?

Sente-se criticada por amamentar em exclusividade?

Sentiu ou sente dificuldades durante a amamentação?

Se sim, que tipo de dificuldades?

Que tipo de apoio tem tido para suprir as dificuldades?

Que idade terá o bebé quando regressar ao trabalho?

Até que idade pretende amamentar em exclusividade o seu bebe?

Apêndice B

Guião da Entrevista (G2)

Guião de Entrevista G2

Mãe: N° _____

Idade do bebe: **meses**

Neste momento, o seu filho bebe só leite materno?

Sim

Quantas mamadas diurnas faz? _____

O seu bebe mama durante a noite?

Sim

Não

Quantas vezes mama? _____

De quantas em quantas horas? _____

O bebe dorme:

Na mesma cama.

No mesmo quarto.

Noutro quarto.

Qual ou quais os motivos que a levam a amamentar em exclusividade?

Continua a receber informação dos profissionais de saúde acerca do aleitamento materno exclusivo?

O cônjuge apoia-a no aleitamento materno exclusivo nesta idade?

Os pais e sogros apoiam a amamentação exclusiva nesta idade?

Outros familiares / vizinhos /amigos apoiam a amamentação exclusiva nesta idade?

Sente-se apoiada durante a amamentação exclusiva?

Tem apoio, de outra(s) pessoa(s), neste período de amamentação, que tipo de apoio?

Tem apoio das instituições sociais e de educação?

Sente-se criticada por amamentar em exclusividade?

Sentiu ou sente dificuldades durante a amamentação?

Se sim, que tipo de dificuldades?

Que tipo de apoio tem tido para suprir as dificuldades?

Apêndice C

Guião da Entrevista (G3)

Guião de Entrevista G3

Mãe : N°

Idade do bebe: meses

Neste momento, o seu filho só bebe leite materno?

Não

Que tipo de alimentos introduziu?

leite adaptado

sopa

papa

Por indicação de quem?

Continua a amamentá-lo?

Bebeu do seu leite em exclusividade até que idade?

Qual a razão ou as razões porque deixou de amamentar em regime exclusivo?

Apêndice D

Pedido de autorização ao Coordenador do Centro de Saúde



Ex.mo Senhor

Coordenador da UCSP de Belmonte

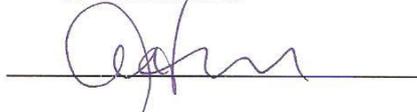
Elisabete Rodrigues Fernandes Andrade, Enfermeira no Centro de Saúde de Belmonte e a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem por este meio solicitar a V. Exª se digne autorizar a realização de entrevistas a mães cujos filhos nasceram entre 15 de Maio e 15 Julho de 2013.

Estas entrevistas inserem-se no âmbito de um trabalho de investigação que está a ser realizado com o tema “A prática do Aleitamento Materno Exclusivo num Centro de Saúde da Zona Centro”. De salientar que os dados serão colhidos pela investigadora, que vai ser pedido o consentimento informado aos participantes, garante-se o anonimato e a confidencialidade dos dados e serão disponibilizados os resultados finais obtidos pelo estudo.

Pede deferimento,

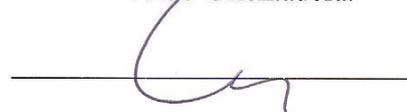
Guarda, 02 de Agosto de 2013

A Orientadora:



(Professora Maria Hermínia Nunes Barbosa)

A Co-Orientadora:



(Doutora Celina Pires Rosa)

A Mestranda:



(Elisabete Rodrigues Fernandes Andrade)

Apêndice E

Consentimento livre e informado

Consentimento livre e informado

Aceito que os dados colhidos em cada entrevista sejam utilizados num estudo, acerca da Prática do Aleitamento Materno Exclusivo até aos seis meses, de forma a identificar os fatores que favorecem e os fatores que condicionam esta prática, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Fui também informada sobre o direito de recusar em participar no estudo e sobre a possibilidade de, no caso de aceitar, deixar de participar a qualquer momento sem sofrer por isso qualquer prejuízo.

Fui informada que do ponto de vista técnico é indispensável gravar a entrevista, tendo sido assegurado que a minha identificação será preservada e mantida sob anonimato e as gravações serão apagadas logo que tenham sido transcritas.

Desde já agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e atenção.

Belmonte, ____/____/____

(Assinatura da participante)

(Assinatura da investigadora)