

**Aleitamento Materno na Região Autónoma dos Açores.
Estudo de Incidência e Prevalência até aos 12 Meses de Vida**

Relatório de Investigação

Ana Paula Sousa Santos
Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas
Márcio Filipe Moniz Tavares



“O Aleitamento Materno é uma dádiva que a mãe faz
ao seu filho,
a si mesma e
à Terra”.

Pamela Wiggins

AGRADECIMENTOS

A todas as mães que participaram, neste trabalho de investigação.

Aos serviços de obstetrícia e a todos os enfermeiros que de algum modo colaboraram para a concretização deste projeto.

RESUMO

Tendo em conta que o leite materno e a amamentação são insubstituíveis, a todos os níveis, para a criança, para a mãe, para as famílias e a comunidade, a OMS/UNICEF emanam recomendações claras para o fomento.

Em Portugal, em geral, e nos Açores, em particular, por falta de investigação, pouco se sabe da incidência e da prevalência da amamentação. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os mais sensibilizados para o tema, têm a percepção de que se amamenta pouco no arquipélago. Conhecer o que se passa para poder planear, implementar e avaliar medidas que fomentem a prática da amamentação, é assim, uma necessidade.

Esta investigação teve os seguintes objetivos: 1) Determinar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida de acordo com os Indicadores Centrais (Core) Opcionais e de Qualidade estabelecidos pela OMS; 2) Relacionar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida com fatores socio culturais e de saúde da família.

As participantes do estudo foram as mães que tiveram o parto nos hospitais da RAA. Por falta de condições de adesão à investigação por parte do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, este hospital não foi incluído. A colheita de dados foi através questionário de aplicação indireta nos serviços de obstetrícia e, posteriormente, por telefone.

Houve assim possibilidade de estudar a incidência e prevalência da amamentação até aos 12 meses p de vida de acordo com indicadores para estas variáveis e: dados sociodemográficos; dados relativos à gravidez; dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação; dados relativos ao puerpério; dados relativos a experiência anterior com a amamentação.

Seguindo um tratamento de dados estatístico com múltiplas variáveis e muitas associações estatisticamente significativas, os resultados demonstram que há uma taxa elevada de incidência mas a prevalência conhece uma diminuição muito acentuada sendo que apenas 9.3% das mães amamentavam aos 12 meses de vida. 15.1 % das mães desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida e a maioria (57,5 %) antes dos 4 meses de vida, ou seja, bastante anteriormente do que o mínimo recomendado pela OMS/UNICEF.

Foram detalhadas as associações encontradas e as conclusões evidenciadas que introduzem implicações importantes para a prática, a gestão, a formação e a investigação.

Palavras-chave: amamentação

ABSTRACT

Bearing in mind that breast milk and breastfeeding are, at all levels, irreplaceable, for child, mother, families, and community, WHO/UNICEF issue clear recommendations.

In Portugal, in general, and in the Azores, in particular, due to lack of research, little is known about the incidence and prevalence of breastfeeding. Health professionals, namely, those most sensitized to the topic, have the perception that breastfeeding practice in the archipelago is poor. Thus, it's mandatory to know what is going on, in order to plan, implement and evaluate measures that encourage the practice of breastfeeding,

This research have the following objectives: 1) To determine the incidence and prevalence of Breastfeeding in the Região Autónoma dos Açores up to 12 months of life according to the Central Indicators (Core) Optional and Quality established by the WHO; 2) To relate the incidence and prevalence of Breastfeeding in the Região Autónoma dos Açores up to 12 months of life with socio-cultural and family health factors.

Participants were mothers which delivery was in the Azores hospitals. Due to the lack of conditions for adherence to this research by the Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, this hospital was not included. Data was gathered by a questionnaire of indirect application in obstetrics services and, later, by telephone.

Thus, it was possible to study the incidence and prevalence of breastfeeding up to 12 months of life according to indicators for these variables and the following: sociodemographic data; pregnancy data; birth data; data relating to the puerperium; data on previous experience with breastfeeding.

Statistical treatment was developed to study data. With multiple variables and many statistically significant associations, the results show that there is a high incidence rate, but the prevalence is significantly reduced, with only 9.3% of mothers breastfeeding at 12 months of life. The largest percentage of mothers give up breastfeeding during the first month. The outcomes and the conclusions drawn were detailed, which introduce important implications for practice, management, training and research.

Keywords: breastfeeding

Índice

Introdução	13
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	15
1.1. Aleitamento Materno	15
1.1.1 Conceitos e definições	16
1.1.2 Vantagens e boas práticas	17
1.1.3 Aspetos epidemiológicos	18
1.1.4 Diretrizes e políticas associadas. Indicadores centrais.....	21
1.2. Aleitamento Materno e o Crescimento/desenvolvimento Humano	21
Capítulo 2 – Metodologia	25
2.1 Contexto do Estudo	25
2.2 Desenho do Estudo	25
2.3 Participantes	25
2.4 Variáveis e sua Operacionalização	26
2.5 Procedimentos de Colheita de Dados	29
2.6 Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados	29
2.7 Procedimentos Éticos	29
2.8 Limitações	30
Capítulo 3 – Apresentação, Análise e Discussão de Dados	32
3.1 Caracterização Sociodemográfica das Participantes	33
3.1.1 Idade	33
3.1.2 Naturalidade	33
3.1.3 Residência	34
3.1.4 Situação familiar	35
3.1.5 Situação escolar, profissional e laboral	35
3.2 Dados Relativos à Gravidez	37
3.2.1 Planeamento da gravidez	37
3.2.2 Vigilância da gravidez	37
3.2.2.1 Número de consultas de vigilância da gravidez	38
3.2.2.2 Local de de vigilância da gravidez	38
3.2.2.3 Centro de Saúde onde decorreu a vigilância da gravidez ...	38
3.2.2.4 Preparação para o parto e parentalidade	39
3.2.3 Informação sobre AM durante a gravidez	39
3.2.3.1 Profissional que proporcionou informação sobre AM na gravidez.....	40
3.2.3.1.1 Opinião sobre a informação profissional relativa ao AM durante a vigilância da gravidez	40
3.2.3.2 Outras fontes de informação sobre AM na gravidez.....	40
3.2.4 Intercorrências durante a gravidez	41
3.3 Dados Relativos ao Parto e Tomada de Decisão Quanto ao AM.....	41
3.3.1 Tempo de gestação	42
3.3.2 Tipo de parto	42
3.3.3 Profissional de saúde que assistiu ao parto	42
3.3.4 Decisão quanto ao AM	42

3.3.5 Amamentação na primeira hora de vida	43
3.4 Dados Relativos ao Puerpério	44
3.4.1 Amamentação exclusiva.....	45
3.4.2 Informação e apoio recebidos pelos enfermeiros no internamento de puerpério.....	45
3.4.3 Alojamento conjunto permanente.....	46
3.4.4 Uso de chupeta e/ou mamilo de silicone.....	46
3.4.5 Opinião do marido/companheiro sobre AM.....	47
3.4.6 Dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério	47
3.4.7 Intercorrências durante o internamento no puerpério	48
3.5 Dados Relativos a Experiências com AM.....	49
3.5.1 Foi amamentada	49
3.5.2 Amamentação de outros filhos	49
3.5.3 Opinião do marido/companheiro sobre as experiências anteriores com AM	50
3.5.4 Opinião das participantes sobre as vantagens e desvantagens do AM para a mãe e para o filho	50
3.5.4.1 Vantagens do AM para a mãe e para o filho	50
3.5.4.2 Desvantagens do AM para a mãe e para o filho	52
3.6 A Prática do AM na RAA. Incidência e Prevalência até aos 12 Meses de Vida.....	53
3.6.1 Amamentação até aos 12 meses de vida	53
3.6.2 Introdução de novos alimentos	54
3.6.3 Interrupção da amamentação	54
3.6.3.1 Idade da criança aquando da interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida	54
3.6.3.2 Motivos para interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida	55
3.6.4 Experiência com a amamentação	56
3.6.4.1 O que foi mais positivo na experiência de amamentação	56
3.6.4.2 Dificuldades na experiência de amamentação	56
3.6.4.3 Apoio recebido na prática de amamentação	57
3.7 Incidência e Prevalência do AM no Primeiro Ano de Vida na RAA – Fatores Associados	57
3.7.1 Idade da mãe	58
3.7.2 Grupo profissional	59
3.7.3 Situação familiar	59
3.7.4 Tipologia do agregado familiar	59
3.7.5 Escolaridade	60
3.7.6 Local da vigilância da gravidez	61
3.7.7 Centro de Saúde de Vigilância	62
3.7.8 Número de consultas de vigilância da gravidez	63
3.7.9 Opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância da gravidez	64
3.7.10 Opinião sobre a qualidade de informação recebida durante a vigilância da gravidez	64
3.7.11 Tipo de parto	64
3.7.12 Profissional que assistiu o parto	65
3.7.13 Tempo de gestação	65
3.7.14 Pessoa que tomou a iniciativa de amamentação na primeira	

hora de vida.....	66
3.7.15 Motivos para não amamentação na primeira hora de vida.....	66
3.7.16 Momento de decisão quanto à amamentação	67
3.7.17 Motivos para não amamentação exclusiva no internamento de Puerpério	68
3.7.18 Opinião sobre a qualidade de informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério	68
3.7.19 Opinião sobre o apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério	69
3.7.20 Dificuldades na amamentação.....	69
3.7.21 Tipo de dificuldades na amamentação	70
3.7.22 Opinião do marido/companheiro relativamente à amamentação	
3.7.23 Foi amamentada	70
3.7.24 Amamentação dos outros filhos	71
3.7.25 Tempo de amamentação dos outros filhos	72
3.7.26 Motivo porque não amamentou os outros filhos	73
3.7.27 Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos	74
3.7.28 Vantagens do AM para a mãe	75
3.7.29 Desvantagens do AM para a mãe	75
3.7.30 Vantagens do AM para a criança	76
3.7.31 Desvantagens do AM para a criança	77
3.7.32 Mais positivo na experiência de AM	78
3.8 Mães que Amamentaram até aos 6 meses e aos 12 Meses de Vida	79
3.8.1 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados sociodemográficos	79
3.8.2 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados da gravidez	79
3.8.3 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do parto e tomada de decisão quanto ao AM	80
3.8.4 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do puerpério	80
3.8.5 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados de experiências com AM	80
Conclusões e Limitações	82
Implicações do Estudo	90
Referências Bibliográficas	92
Anexos	94
Anexo A – Questionário	
Anexo B – Guião de Entrevista	

Índice de Quadros

Quadro

2.1 Variáveis dependentes e indicadores para a sua medicação	26
3.1 Grupo etário	33
3.2 Concelho de naturalidade	34
3.3 Concelho de residência	34
3.4 Estado civil	35
3.5 Número de filhos	35
3.6 Tipologia do agregado familiar	35
3.7 Escolaridade	36
3.8 Profissão	36
3.9 Atividade laboral fora do domicílio	37
3.10 Distância entre a residência e o local de trabalho	37
3.11 Planeamento da gravidez	37
3.12 Local de vigilância da gravidez	38
3.13 Centro de Saúde onde decorreu a vigilância da gravidez	38
3.14 Preparação para o parto e a parentalidade	39
3.15 Preparação para o parto e a parentalidade	39
3.16 Existência de informação profissional sobre AM durante a gravidez	39
3.17 Profissional que proporcionou informação sobre AM durante a gravidez	40
3.18 Opinião sobre a quantidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez	40
3.19 Opinião sobre a qualidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez	40
3.20 Fontes não profissionais de informação sobre AM durante a gravidez	41
3.21 Existência de intercorrências durante a gravidez	41
3.22 Tipo de intercorrências durante a gravidez	41
3.23 Tempo de gestação	42
3.24 Tipo de parto	42
3.25 Profissional de saúde que assistiu ao parto	42
3.26 Decisão quanto à amamentação	43
3.27 Decisão quanto à amamentação	43
3.28 Motivos para não amamentar	43
3.29 Amamentação na primeira hora de vida	43
3.30 Pessoa que tomou iniciativa de amamentação na primeira hora de vida	44
3.31 Motivos para não amamentar na primeira hora de vida	44
3.32 Prática de amamentação exclusiva durante o internamento de puerpério	45
3.33 Motivos para não amamentação exclusiva durante o internamento de puerpério	45
3.34 Opinião sobre a informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério	45

3.35 Opinião sobre o apoio recebido dos enfermeiros no internamento de puerpério	46
3.36 Prática de alojamento conjunto permanente	46
3.37 Motivos para a inexistência de alojamento conjunto permanente	46
3.38 Uso de chupeta	47
3.39 Uso de mamilos de silicone	47
3.40 Opinião do marido/companheiro sobre AM	47
3.41 Dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério	47
3.42 Tipo de dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério	48
3.43 Existência de intercorrências durante o puerpério	48
3.44 Tipo de intercorrências no puerpério	48
3.45 Foi amamentada	49
3.46 Amamentação dos outros filhos	49
3.47 Tempo de amamentação dos outros filhos	50
3.48 Existência de dificuldades na amamentação dos outros filhos	50
3.49 Tipo de dificuldades na amamentação dos outros filhos	50
3.50 Motivos para não amamentar os outros filhos	50
3.51 Opinião do marido/companheiro sobre experiências anteriores com AM	51
3.52 Vantagens do AM para a mãe	51
3.53 Vantagens do AM para a criança	52
3.54 Desvantagens do AM para a mãe	52
3.55 Desvantagens do AM para a criança	52
3.56 Prática do AM até aos 12 meses de vida	54
3.57 Idade da criança aquando da introdução de novos alimentos	54
3.58 Idade da criança aquando da interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida	55
3.59 Motivos de interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida	55
3.60 O mais positivo na experiência de amamentação	56
3.61 Dificuldades na amamentação	57
3.62 Apoio recebido para a amamentação	57
3.63 Variáveis em estudo	58
3.64 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a idade da mãe por grupos etários	58
3.65 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o grupo profissional	59
3.66 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a situação familiar	59
3.67 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a tipologia do agregado familiar	60
3.68 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a escolaridade	61
3.69 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o local de vigilância da gravidez	62

3.70	Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o Centro de Saúde onde decorreu a vigilância	63
3.71	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o número de consultas de vigilância da gravidez	63
3.72	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância	64
3.73	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a opinião sobre a qualidade de informação recebida durante a vigilância	64
3.74	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o tipo de parto	64
3.75	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o profissional que assistiu ao parto	65
3.76	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o tempo de gestação	65
3.77	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a pessoa que tomou a iniciativa de amamentação na primeira hora de vida	66
3.78	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e os motivos para não amamentação na primeira hora de vida	66
3.79	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o momento de decisão quanto à amamentação	67
3.80	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e os motivos para não amamentação exclusiva no internamento	68
3.81	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a opinião sobre a qualidade de informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério	68
3.82	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério	69
3.83	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e as dificuldades na amamentação	69
3.84	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o tipo de dificuldades na amamentação	70
3.85	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a opinião do marido/companheiro relativamente à amamentação	71
3.86	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e ser amamentada	72
3.87	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a amamentação dos outros filhos	72
3.88	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o tempo de amamentação dos outros filhos	73
3.89	Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o tempo de amamentação dos outros filhos	74

3.90 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e a opinião do marido/companheiro sobre experiências de amamentação dos outros filhos	74
3.91 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e vantagens do AM para a mãe	75
3.92 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e desvantagens do AM para a mãe	76
3.93 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e vantagens do AM para a criança	77
3.94 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e desvantagens do AM para a criança	78
3.95 Comparação entre a incidência e a prevalência da amamentação e o que foi mais positivo na experiência de AM	78
3.96 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados sociodemográficos	79
3.97 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados da gravidez	79
3.98 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do parto	80
3.99 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do puerpério	80
3.100 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados de experiências com AM	81

INTRODUÇÃO

Sabe-se, de acordo com o EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe, da European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment (2008) que:

- O aleitamento materno [AM] é a maneira natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância. O aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses, o aleitamento materno, em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança.
- O aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado. Muitas instituições sociais e de saúde fornecem serviços que, muitas vezes, representam obstáculos à iniciação e à continuação do aleitamento. Como resultado, nem todas as crianças na Europa beneficiam deste início de vida vital.
- As baixas taxas de aleitamento materno e a cessação prematura do mesmo têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde. (Direção Geral da Saúde, 2012).

Nas comemorações da Semana Mundial do Aleitamento Materno 2012 na cidade da Horta foram apresentados os seguintes dados sobre a realidade da ilha do Faial: “elevada taxa de bebés nascidos no HH, EPER, a efetuar aleitamento materno predominante (90%) e (72%), aleitamento materno exclusivo à alta do Serviço de Obstetrícia e de aleitamento materno exclusivo aos 15 dias (70,9%), ao 1.º (52,4%), 3.º (43,90 %) e 6.º (35,5%) meses de vida, relativas aos bebés inscritos na USIFAIAL (dados de 2011, colhidos no HH, EPER e USIFAIAL, respetivamente), valores superiores aos apresentados no Relatório Mundial da UNICEF, em que dos 136,7 milhões de bebés nascidos em 2011 apenas 32,6% fizeram aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.”(OE, 2012)

Para Florinda Costa, a perceção é que “Em Portugal, e nos Açores em particular, à semelhança do

que acontece noutros países, as estratégias de promoção do aleitamento materno parecem não ter sido bem-sucedidas, sendo que os resultados esperados pela OMS/UNICEF, não foram conseguidos” (Correio dos Açores, 1 de agosto de 2012). Na Semana Mundial do Aleitamento Materno 2012 referida acima, a percepção dos profissionais presentes foi semelhante e no mesmo sentido, destacando-se, porém, a ilha do Faial como aquela onde a realidade é mais favorável comparativamente às restantes ilhas do arquipélago dos Açores, uma vez que nestas, não obstante a inexistência de evidência científica, se percebe uma baixa incidência na iniciação e na continuidade do AM.

Espada (2012) demonstrou que as crenças das mães que não amamentam e as influências que recebem vão no sentido oposto à prática da amamentação.

Face à realidade consideramos que há necessidade de conhecer a incidência e a prevalência do AM nos Açores, tendo por base os indicadores centrais (CORE) opcionais e de qualidade para estudo da iniciação e continuidade do AM, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de fundamentar projetos que fomentem e apoiem esta prática pelas mães/famílias do arquipélago, que possibilitem uma adesão consistente que melhore a incidência e prevalência do AM na Região Autónoma dos Açores.

Para o efeito, formulámos os seguintes objetivos: 1) Determinar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida de acordo com os Indicadores Centrais (Core) Opcionais e de Qualidade estabelecidos pela OMS; 2) Relacionar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida com fatores socio culturais e de saúde da família.

Neste estudo apoiámo-nos nos conceitos de vários autores relacionados com o processo de amamentação e nas recomendações emanadas pela da OMS/UNISEF para a prática da amamentação, o que se encontra no capítulo 1.

Optámos por uma investigação de natureza quantitativa de modo a estudarmos a associação entre as variáveis, o que expomos no Capítulo 2.

No Capítulo 3 apresentamos os resultados e discussão dos dados, a começar com a caracterização sociodemográfica das participantes e depois partindo para os dados relativos à gravidez, os dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação, os dados relativos ao puerpério e os dados relativos a experiências anteriores com AM. Após esta explanação descritiva, exploramos a relação entre variáveis e, devido ao elevado número existente, cingimo-nos às que apresentaram relação estatisticamente significativa.

Terminamos com as Conclusões, Limitações e Implicações, apresentando, por último, as Referências Bibliográficas.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

Este capítulo versa sobre conceitos associados ao Aleitamento materno, nomeadamente conceitos e definições, vantagens e boas práticas, aspetos epidemiológicos, diretrizes e políticas associadas e indicadores centrais. Para além desses temas, aborda-se a relação entre aleitamento materno e o crescimento/desenvolvimento humano.

1.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno (AM) como processo fisiológico é a forma esperada e natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância que pode ser recebido diretamente da mama da mãe ou por extração artificial independentemente de receber ou não outros alimentos (World Health Organization, 2017).

A amamentação é um comportamento complexo que assenta numa combinação de características da mãe, da criança, dos sistemas de saúde, da família, da comunidade e do apoio profissional. De um modo geral, os níveis ótimos da prática de AM são baixos nos países mais ricos (Gallegos, Parkinson, Duane, Domegan, Jansen & Russell-Bennett, 2020).

As práticas alimentares influenciam o estado nutricional de lactentes e crianças, pelo que a proteção, promoção e apoio ao AM podem tornar-se uma mais-valia para a saúde pública uma vez que as baixas taxas de AM e a sua cessação prematura têm implicações desvantajosas relevantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, contribuindo para o aumento das desigualdades em saúde e das despesas do serviço nacional de saúde (Levy & Bértolo, 2012). O AM é fundamental no campo da saúde pública de Portugal e do mundo. A sua promoção é considerada pela OMS, a primeira estratégia entre outras, como imunizações, promoção da alimentação complementar saudável, saneamento básico e suplementação de vitamina A e zinco, para a redução da mortalidade infantil principalmente na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. O AM nos primeiros anos de vida salvaria mais 800 mil crianças menores de cinco anos por ano no mundo (OMS & UNICEF, 2018). O entendimento de suas vantagens, bem como de seus determinantes, é relevante por afetar diretamente os padrões de saúde e de mortalidade das populações e por ser uma prática intrinsecamente relacionada ao ser humano e à sociedade.

1.1.1 Conceitos e definições

Desde a aparição do homem na terra que o leite humano é o alimento concebido para a primeira etapa da vida humana e ao longo da existência humana a regra foi amamentar. O leite de todos os mamíferos está adaptado às características das suas crias, porque cada um tem qualidades inigualáveis para assegurar o crescimento e desenvolvimento harmonioso da sua espécie. São centenas de milhões de anos de evolução que estão concentrados no primeiro alimento de qualquer mamífero. O leite humano produz-se segundo um padrão próprio da nossa espécie, o código genético humano.

O leite materno é um alimento vivo, complexo, completo, natural e simultaneamente específico da espécie humana. Sofre alterações ao longo do tempo, respondendo à crescente exigência de nutrientes que ocorre com o crescimento variando na composição e na quantidade, ao longo da vida do bebé, ao longo do dia e ao longo da mesma mamada. É adequado a quase todos os RN, salvo raras exceções. O leite materno, é fundamental para a promoção de saúde das crianças, pois a sua composição, difícil de imitar, garante as quantidades necessárias de água, hidratos de carbono, lipídeos e proteínas para o seu desenvolvimento, além do que contém grande quantidade de fatores imunológicos que as protegerão nos primeiros meses de vida.

Todas as mães estão biologicamente preparadas para alimentar apropriadamente os seus filhos com o leite humano que é o alimento que a mãe proporciona ao recém-nascido e ao latente, apresentando-se sob a forma de colostro, nos primeiros dias de vida do recém-nascido, de seguida como leite de transição e, por fim, a partir da segunda ou da terceira semana e para além dos dois anos, como leite maduro. (Aguilar Cordero, 2005a, 2005b). De igual forma os bebés nascem prontos para serem amamentados. O recém-nascido possui os reflexos de sucção que permite que suguem, de deglutição, que permite que engulam e se alimentam imediatamente após o nascimento (OMS & UNICEF, 2018).

O colostro, é o leite materno que possui um aspeto cremoso/viscoso, amarelado produzido no final da gravidez. É considerado importante à sua adaptação fisiológica e o alimento ideal para o recém-nascido por ser muito rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose, que promove a multiplicação de *Lactobacillus bifidus*, favorecedores do crescimento da flora intestinal e facilitadores da expulsão do mecónio (Aguilar Cordero, 2005a, 2005b; Levy & Bértolo, 2012; OMS & UNICEF, 2018).

O leite denominado “de transição”, produz-se entre o colostro e o leite maduro entre o sexto e o 15º dia após o parto (Aguilar Cordero, 2005a, 2005b). A sua composição, modifica-se de forma gradual e progressiva de acordo com a evolução do recém-nascido, e vai adaptando-se às suas necessidades nutricionais e digestivas. (Aguilar Cordero, 2005, 2005b; Levy & Bértolo, 2012).

O leite maduro, também designado por definitivo, surge a partir da terceira semana após o parto (Cordero, 2005, 2005b). Tem uma cor mais branca e aspeto mais consistente do que o leite de transição e apresenta, também, variações, em função da etapa da mamada, da hora do dia, da nutrição da mãe e da idade gestacional do bebé. (Aguilar Cordero, 2005; Levy & Bértolo, 2012). A produção aumenta ao longo da lactação em função das necessidades da criança e contém todos os nutrientes necessários para conseguir um crescimento e um desenvolvimento ideais.

O **aleitamento materno exclusivo** ou amamentação exclusiva é quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou extraído, ou leite humano de outra fonte sem dar nenhum outro alimento ou bebida, nem mesmo água. Contudo, caso a criança necessite, é permitido que tome sais de reidratação oral, gotas e xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais e medicamentos; (Ministério da Saúde, 2015; OMS & UNICEF, 2018; WHO, 2017). Após os seis meses, o AM em conjunto com alimentos complementares, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança até aos dois anos de idade ou mais (Levy & Bartoli, 2012; WHO, 2017). Segundo a OMS a criança quando recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos diz-se que tem **aleitamento materno predominante** (MS, 2015).

Aleitamento materno misto ou parcial significa amamentar parcialmente em algumas mamadas e dar também outros tipos de leite (MS, 2015). Segundo a mesma fonte o **aleitamento materno complementado** refere-se quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo.

1.1.2 Vantagens e boas práticas

As múltiplas vantagens do AM para a criança e para a mãe reúnem o consenso das grandes instituições internacionais e mundiais como a OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF), Academia Americana de Pediatria, assim como defendem e recomendem, baseadas na evidência científica que se vêm desenvolvendo desde a década de 1980, que a melhor forma de alimentar as crianças é através da amamentação exclusiva até ao de 6 meses de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais (Aguilar Cordero, 2005; Levy & Bértolo, 2012; OMS & UNICEF, 2018;).

Para a OMS (WHO, 2017) a amamentação deve iniciar ainda na sala de parto na primeira hora de vida e ser mantida na forma de AM exclusivo (AME). A UNICEF e a OMS alertam para o número reduzido de bebés que são amamentados na primeira hora de vida e advertem no seu relatório que em 2018, menos da metade das crianças em todo o mundo – 43% – foi amamentada nos 60 minutos após o parto (OMS & UNICEF, 2018). O mesmo relatório revela que os RN amamentados na

primeira hora de vida são claramente mais propensos a sobreviver e mesmo um atraso de algumas horas após o nascimento pode apresentar consequências com risco de vida. O tempo é tudo quando se trata do início da amamentação e em muitos países, pode até ser uma questão de vida ou morte (OMS & UNICEF, 2018). Os RN amamentados na primeira hora adquirem benefícios que não são substituíveis. De acordo com a UNICEF, em Portugal, 84,1% dos bebés são amamentados durante a primeira hora de vida. Segundo a mesma fonte, esta percentagem é superior nos hospitais e maternidades amigos dos bebés, onde se atinge os 86,1%.

O leite materno não é apenas um alimento para os bebés. Ele é adaptado às necessidades de cada criança e garante os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. O início precoce do AM, na primeira hora de vida, proporciona ao recém-nascido (RN) benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, aumenta a produção de leite materno e amplia as oportunidades da mãe continuar a amamentar de forma exclusiva (OMS & UNICEF, 2018). Como afirma o relatório da OMS & UNICEF (2018) “Capture the Moment” o início precoce da amamentação é o melhor começo para todos os RN pelo que é importante promover os cuidados nos momentos após o nascimento para garantir o sucesso da amamentação. Só uma pequena proporção de mulheres não pode amamentar por razões médicas, a grande maioria das mães apenas precisa do suporte adequado no momento certo para garantir o início precoce da amamentação (OMS & UNICEF, 2018).

1.1.3 Aspetos epidemiológicos

Nos desafios colocados pelas crises, pobreza e desigualdades, que marcam a atualidade global, podemos destacar o papel do AM como um dos mais importantes alicerces para uma boa saúde ao longo da vida das crianças e das mães. Nunca antes na história da ciência se sabe tanto sobre os benefícios da amamentação e a sua supremacia face a outras formas de alimentação para a criança. São vários os esforços de entidades internacionais e nacionais para a manutenção e promoção da prática da amamentação com igual importância nos países ricos e pobres.

Boccolini (2012) constata que, não obstante a evidência científica relativa aos benefícios do AM, a sua duração mediana varia de país a país. Apenas 31,5% dos 74 países com dados oficiais possuem uma duração da prática de amamentação considerada “boa” (21 a 22 meses) ou “muito boa” (23 a 24 meses) pela OMS.

Shi, Yang, Yin, Li, Fang e Wang (2021) constatam que as taxas de AM exclusivo até aos 6 meses de vida são baixas na China – 29.5% - e estudaram fatores determinantes da prática no país. Os autores obtiveram como resultados: a ausência de amamentação deveu-se a alegada falta de leite por parte da mãe, doença materna e doença da criança. A interrupção precoce originou-se por falta

de leite materno. O AM exclusivo até aos 6 meses teve associação com: escolaridade mais elevada da mãe; empregabilidade da mãe; apoio do marido/companheiro; apoio de amigas; contexto social favorável ao AM; experiência anterior de amamentação; amamentação na primeira hora de vida. Mães com mais de 40 anos, cesariana e problemas de saúde da criança associaram-se a AM não exclusivo.

Uma investigação levada a cabo por Gallegos, Parkinson, Duane, Domegan, Jansen & Russell-Bennett (2020) teve como objetivo identificar as diferenças existentes dentro e entre três países desenvolvidos, nomeadamente, Austrália, Irlanda e Reino Unido. Os autores encontraram quatro fatores associados ao AM na Irlanda e Reino Unido, mas não na Austrália que não se registaram nos outros países: idade da mãe, salário, contato pele a pele após o parto e apoio de amigos e família. Na Austrália surgiram dois fatores associados à não amamentação que, contudo, não se verificaram nos outros países estudados: nascimento por cesariana; falta de informação após o parto. Os autores concluíram que a possibilidade de amamentar era superior na Austrália do que na Irlanda e no Reino Unido, existindo fatores socioecológicos que se relacionam com a prática do AM o que implica ações alargadas às famílias e comunidades para fomentar a referida prática,

Um estudo retrospectivo em Espanha, desenvolvido por Ballesta-Castillejos, Gómez-Salgado, Rodríguez-Almagro, Ortiz-Esquinas e Hernández-Martínez (2021) e que pretendeu identificar os fatores que influenciam a decisão para amamentar, verificou que 95% das mulheres tomaram a decisão quanto ao AM antes do parto e que tanto a internet e como a EESMO tiveram um papel decisivo. Foram então identificados cinco fatores associados à decisão para a prática do AM: educação para a saúde durante a vigilância da gravidez; ter 2 e 3 filhos; experiência de amamentação dos outros filhos; apoio do marido/companheiro; existência de intercorrências durante a gravidez. O Sri Lanka foi considerado o país com o melhor estatuto de amamentação em janeiro de 2020 (Green' breastfeeding nation status) pela The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). Agampodi, Dharmasoma, Koralagedara, Dissanayaka, Warnasekara, Agampodi e Perez-Escamilla (2021) desenvolveram uma investigação com o objetivo de identificar fatores inibidores e facilitadores da iniciação precoce e do AM exclusivo até aos 6 meses na zona rural do país.

Os principais fatores facilitadores e dificultadores foram agrupados nos seguintes períodos de tempo: iniciação precoce (1ª hora de vida); primeiros 2 a 3 dias; 2-3 semanas; 4-5 meses após o parto. No que se refere à primeira hora de vida, destacaram-se como fatores facilitadores: conhecimentos das mães; informação recebida em todas as consultas de vigilância da gravidez; política de iniciação precoce do AM nos hospitais; práticas de informação e apoio dos profissionais de saúde. Os fatores dificultadores foram: parto pré-termo; atraso de crescimento intrauterino; dificuldade respiratória do RN. Relativamente aos primeiros 2 a 3 dias surgiram como principais

fatores facilitadores: informação pré-natal sobre a importância do AM e o desenvolvimento de competências da mãe neste sentido; apoio por parte dos profissionais de saúde e dos serviços. Os principais factores dificultadores foram: dor provocada pela cesariana; dificuldades na pega; exaustão materna; ambiente desfavorável do serviço de puerpério; falta de apoio do serviço e dos profissionais. No terceiro período estudado, correspondente ao período após a alta, os principais fatores facilitadores foram: apoio do marido/companheiro; visitação domiciliária para apoio ao AM; conhecimento das vantagens do AM por parte dos familiares. Os fatores dificultadores foram: introdução de água ou de leite artificial devido a normas sociais ou falta de apoio; dificuldade de compreender a amamentação por demanda do RN. No último período estudado, sobressaíram como fatores facilitadores: apoio familiar; apoio laboral permitindo a saída das mães para amamentarem, e como fatores dificultadores: distância do local de trabalho; falta de apoio no local de trabalho; pressão social; crença de que a criança necessita de outros alimentos.

Foi observado que existe influência do contexto social da mãe na prática da amamentação desde a primeira hora de vida, na incidência e prevalência até aos 6 meses de vida (Boccolini, 2012)

No que se refere a Portugal continental, Kislaya, Braz, Dias e Loureiro (2018) concluem que existiu evolução positiva da prática de AM aos 3 e 4 meses de vida comparando os dados de 1994/1996 com os de 2014, verificando o dobro da prevalência da amamentação exclusiva, o que, segundo as autoras, pode ter a ver com as ações desenvolvidas no âmbito dos Hospital Amigos do Beb  e com as alterações na licença de maternidade.

Anteriormente, Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins, Correia, Roche e Silva (2007) avaliaram a prevalência do AM e identificaram fatores determinantes nos primeiros seis meses de vida relativos a mães que tiveram o parto no Hospital de Santa Maria em Lisboa e concluíram o seguinte: aquando da alta, 91 % das puérperas praticavam AM exclusivo, diminuindo para 54.7% e 34.1% aos 3 e 6 meses de vida, respetivamente. Foram apresentadas como causas a diminuição da produção de leite ou mesmo a sua ausência, m  pega e regresso ao trabalho. Em 68.8% dos casos a prescrição de leite de fórmula foi por parte do médico assistente. A prevalência do AM foi influenciada por: experiência positiva na prática de AM; escolaridade elevada; não tabagismo; prática de exercício físico e informação das vantagens para a saúde da mulher.

Não encontrámos dados relativos aos Açores.

1.1.4 Diretrizes e políticas associadas. Indicadores centrais

De acordo com Boccolini (2012) e  lvarez (2013) as primeiras políticas para a promoção do AM

foram desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1979. Em 1991 foi estabelecida a Iniciativa dos Hospitais Amigos do Bebê e, em 2002, aprovada conjuntamente pela AMS (Assembleia Mundial de Saúde) e pela UNICEF, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas. Estas organizações também estabeleceram o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.

Um hospital é considerado um “Amigo do Bebê” se incentivar a frequência e duração da amamentação, colocando em prática dez prerrogativas para a amamentação do lactente: 1. Definir um protocolo de amamentação que seja sistematicamente comunicado a todos os prestadores de cuidados de saúde. 2. Formar todos os prestadores de cuidados de saúde para a aquisição das capacidades necessárias para implementar esse protocolo. 3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens da amamentação e o processo para o fazerem. 4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora de vida do seu filho. 5. Mostrar às mães como amamentar e como persistir, mesmo em casos em que estejam afastadas dos seus bebés. 6. Não dar ao recém-nascido qualquer outro alimento ou bebida que não o leite materno, excepto se existirem indicações médicas. 7. Praticar o alojamento conjunto da mãe e do bebé. 8. Fomentar a amamentação por solicitação do bebé. 9. Não oferecer produtos artificiais aos lactentes que se pretende amamentar. 10. Fomentar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, referenciando a mãe para os mesmos aquando da alta depois do parto.

Os benefícios do AM são inúmeros, quer para o lactente quer também para a mulher que amamenta. A OMS e a UNICEF, num comunicado de março de 2004, apelaram aos governos para protegerem e promoverem a prática do AM. De acordo com o referido documento, O AM exclusivo constitui a forma ideal de alimentação durante os primeiros seis meses de vida dado possuir todos os nutrientes, hormonas, fatores imunitários e antioxidantes de que o lactente necessita (Álvarez, 2013).

1.2 Aleitamento Materno e o crescimento/desenvolvimento humano

O Aleitamento Materno representa a mais importante estratégia do crescimento e desenvolvimento adequado da criança. É considerado a forma perfeita de alimentação pelo equilibrado aporte nutricional que fornece; pelas diversas vantagens que possui e pela proteção que institui contra determinadas doenças que prejudicariam seu crescimento e desenvolvimento (Vieira, 2005; DGS, 2012; MS, 2012). O desenvolvimento infantil é multidimensional pois os fatores nele implicados são múltiplos e vão desde a influência genética, fatores ambientais (nomeadamente a alimentação), fatores de ordem psicológica e um grande leque de doenças (DGS, 2006, 2012; Rego, 2019). Raramente esses aspetos são influenciados de forma individual e isolada. Ao contrário, a

combinação de dois ou mais fatores influenciam significativamente na trajetória do desenvolvimento neuropsicomotor (Black; et al, 2017; DGS, 2006, 2012; Rego, 2019) e os estudos desenvolvidos vêm demonstrando que o aleitamento materno exclusivo está relacionado diretamente com o desenvolvimento da criança em aspetos cognitivos em questões de peso e altura bem como práticas alimentares, além de estar associado à prevenção da mortalidade infantil e obesidade na infância (Vieira et al, 2017; Rego, 2019).

Embora o desenvolvimento humano seja um processo contínuo, os primeiros anos de vida têm um papel decisivo no desenvolvimento posterior. O sistema nervoso possui intensa capacidade de reorganizar e adaptar as suas redes neuronais em resposta às exigências ambientais e orgânicas que se expressa por avanços significativos nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária.

Dos vários os fatores que influenciam de forma diferenciada o crescimento e desenvolvimento infantil, o aleitamento materno é um importante fator diferencial nesse processo (Vieira, 2005; DGS, 2012; Rego, 2019).

A complexidade associada a esse assunto implica a falta de uniformidade entre os diferentes estudos sobre o tema, contudo existe uma certa convergência acerca da influência positiva do aleitamento materno sobre o desenvolvimento infantil (Albuquerque, 2005).

Desde que em 1992 a pesquisa conduzida por Hoefler and Hardy foi publicada revelando que as crianças alimentadas com leite materno por 4 a 9 meses apresentaram resultados do teste “*Stanford-Binet Test*” bem mais elevados do que as não amamentadas, ou que o foram por períodos mais curtos ou mais longos, que ao longo dos anos os vários estudos efetuados sobre este assunto chamam a atenção sobre o fato das crianças amamentadas apresentarem melhores resultados nos testes de habilidade mental do que aquelas alimentadas com leite artificial (Albuquerque, 2005). Contudo é importante salvaguardar na análise destes resultados não só a comparação entre aleitamento materno com o leite artificial, como também as diferenças entre quem oferece e como é administrada esta alimentação.

O leite materno possui fatores biológicos que podem ser benéficos para o desenvolvimento, incluindo os peptídeos biologicamente ativos, como fatores de crescimento neural e os fatores de crescimento insulina like, e ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (AGPICL) essenciais à manutenção, crescimento e desenvolvimento cerebral (Albuquerque, 2005; Pérez-Escamilla, 2005). Na maioria dos países o leite em pó para bebés ainda não é enriquecido com AGPICL, daí o fato de que o aleitamento materno tenha sido consistentemente associado ao melhor desenvolvimento do sistema nervoso central, como demonstrado pela melhor acuidade visual de crianças amamentadas ao seio em relação a crianças alimentadas com leite em pó (Pérez-Escamilla, 2005; Birch, et al.

1992). Para o desenvolvimento do sistema nervoso, o ácido docosahexaenóico (DHA), contido no leite humano, exerce um papel fundamental para a maturação neuronal e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de linguagem (Rathod; et al. 2015).

Vale ressaltar que a interação mãe-bebê durante a amamentação e as experiências interativas decorrentes dessa relação são de grande importância à formação de vínculo entre a mãe e filho, o que contribui para a formação da personalidade desse ser em formação social. A construção de um vínculo saudável entre a mãe e filho, tem implicações positivas no desenvolvimento emocional, social e psíquico da criança e na prevenção de problemas comportamentais a longo prazo (Girard; Doyle & Tremblay, 2017).

Além da importância afetiva e nutricional, a amamentação é um exercício completo para o desenvolvimento da musculatura oral e facial pois a sucção promove o correto desenvolvimento da maxila e mandíbula (Silva, 2016). Os estímulos (tátil-cinestésicos, térmicos, olfativos, visuais, auditivos e motores) produzidos durante a amamentação promovem também o desenvolvimento da maturação neuromuscular e das funções orais mais complexas, como a mastigação, a fala e a respiração nasal.

Relativamente ao desenvolvimento antropométrico a evidência científica vem demonstrando que os lactentes alimentados com leite artificial têm um desenvolvimento mais acelerado, particularmente no que respeita ao peso, entre os três e os 12 meses de vida (James & Lessen, 2009; Aguiar et al., 2011). Os leites artificiais, comparativamente ao leite materno, têm um conteúdo proteico e energético ligeiramente aumentados. O aumento do aporte proteico precoce está associado ao aumento das secreções de insulina e IGF-1, com estimulação do crescimento e aumento do tecido adiposo (Savino, et al., 2009; Aguiar et al., 2011). O desenvolvimento antropométrico do lactente amamentado é na atualidade o modelo evidente pelo qual todos os outros se devem basear e resultou na elaboração de novas tabelas antropométricas por parte da OMS em 2006 e que desde 2012 fazem parte do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Português da Direção Geral de Saúde (DGS), extrapoladas a partir de lactentes seguindo exclusivamente as recomendações atuais da OMS em relação ao aleitamento materno até aos 6 meses, correta diversificação alimentar, cuidados de saúde adequados, ou seja, pela primeira vez, as curvas vieram traduzir o crescimento mais próximo do ideal evitando uma interpretação incorreta da desaceleração do crescimento aos 3 – 4 meses associada a uma suplementação desnecessária ou ao abandono do aleitamento materno (DGS, 2012; Rego, 2019). As curvas da OMS permitem ainda detetar com mais rigor e mais precocemente crianças com excesso de peso e com obesidade, que atualmente é um dos problemas mais preocupantes da saúde infantil e juvenil portuguesa (DGS, 2012; Rego 2019).

Os estudos efetuados vêm assim demonstrando que o leite materno estimula o desenvolvimento cerebral no primeiro ano de vida e garante melhor desenvolvimento cognitivo, menores índices de infeções e outras morbidades na criança com implicações importantes para o desenvolvimento infantil equilibrado, uma vez que crianças que adoecem mais frequentemente tendem a não apresentar o melhor desenvolvimento físico, intelectual e psicoemocional.

A prática do AM exige compromisso da parte da mãe, adaptação desta e da família e diversos tipos de apoio; implica a capacidade individual da mãe, incluindo o quão confortável se sente com o próprio corpo, o apoio social recebido com especial destaque para o contexto mais próximo de familiares e amigos, a tolerância e a capacidade de enfrentar as dificuldades que surgem e as crenças detidas. (Boccolini, 2012; Espada, 2012)

Uma revisão sistemática desenvolvida por Boccolini (2012) levou a concluir que os determinantes de AM exclusivo até aos 6 meses de vida foram, entre outros e, por ordem decrescente: escolaridade materna, em que amamentam mais tempo as mães com escolaridade mais elevada; número de filhos; experiência de amamentação dos outros filhos, sendo que a prevalência do AM é mais elevado quando as mães também amamentaram os filhos mais velhos; nascimento em Hospital Amigo do Bebê; vigilância da gravidez tipo de parto, nomeadamente número de consultas e informação recebida sobre AM, verificando-se que existe relação entre número mais elevado de consultas, informação recebida e prevalência mais prolongada da prática de AM; uso de chupeta, sendo este aspeto o de maior destaque para a interrupção do AM.

Capítulo 2 – Metodologia

Este capítulo é dedicado à metodologia, desde o contexto e desenho do estudo, definição dos participantes, variáveis e sua operacionalização, assim como a definição dos procedimentos relacionados com a colheita, tratamento e análise de dados. Finalmente, faz-se uma abordagem aos procedimentos éticos tidos em conta e às limitações.

2.1 Contexto do Estudo

Esta investigação decorreu na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Como apresentaremos aquando dos procedimentos de colheita de dados, estava prevista a inclusão das três maternidades do arquipélago, mas a do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER não desenvolveu os atos logísticos necessários para a sua consecução, não obstante aprovação por parte do Conselho de Administração.

Assim, prosseguimos com as clientes que recorreram ao Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada e ao Hospital da Horta. Como podem escolher a maternidade (Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio) fazem parte da amostra mães das ilhas de São Jorge, Graciosa e Terceira, ainda que tradicionalmente as mulheres desta ilha recorram maioritariamente à maternidade do Hospital de Santo Espírito da ilha Terceira, EPER.

2.2 Desenho do Estudo

O desenho de investigação refere-se a procedimentos para a colheita, análise, interpretação e comunicação dos resultados.

Este estudo seguiu um desenho quantitativo, de tipo analítico, longitudinal, de painel, o que permitiu a obtenção e o tratamento de dados de um número elevado de participantes, procedendo à relação de variáveis e à análise do fenómeno ao longo do tempo.

2.3 Participantes

Participaram as mães de crianças nascidas no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada e no Hospital da Horta que se incluíam nos critérios de inclusão que apresetamos abaixo e que aceitaram participar no estudo assinando o consentimento informado

Os critérios de inclusão considerados foram: mães com parto num dos hospitais da RAA; residência na RAA; recém-nascido (RN) sem situação que impossibilitasse o Aleitamento Materno (AM) e mães sem situação que impossibilitasse o AM.

O total de participantes foi de 1105 mães que colaboraram na colheita de dados inicial durante o

internamento. As mães que aqui já apresentavam a sua decisão de não amamentar (207) e, de acordo com os objetivos da investigação, foram retiradas do painel. Das que declararam a sua decisão para amamentar, 59 não aceitaram ser contactadas posteriormente. Assim, a amostra seria constituída por 839 mães que continuariam no painel. Porém, por várias razões (emigração, inexistência de contato, problemas com o número de telefone, não atendimento das chamadas, recusa em responder), aos 12 meses de vida 353 mães responderam a uma entrevista por telefone sendo este o número que considerámos como o total do painel final.

2.4 – Variáveis e sua operacionalização

As variáveis dependentes e os indicadores para a medir são os indicados no Quadro 2.1

Quadro 2.1 – Variáveis dependentes e indicadores para a sua medição

Variáveis dependentes	Indicadores para medir a variável dependente
Incidência do AM na RAA	Amamentação na 1ª hora de vida
Prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida	AM exclusivo até à alta AM exclusivo até aos 2 meses de vida AM exclusivo até aos 3 meses de vida AM exclusivo até aos 6 meses de vida AM até aos 12 meses de vida Não amamentação
Variáveis independentes	Idade da mãe Idade da criança Estado civil/situação conjugal Naturalidade Residência Escolaridade Profissão/atividade laboral Número de filhos Planeamento da gravidez Vigilância da gravidez Informação sobre o AM durante a gravidez Opinião do marido/companheiro quanto à prática do AM por parte da esposa/companheira Decisão quanto à prática de AM AM dos filhos anteriores Dificuldades na prática de AM dos filhos anteriores Dificuldades atuais na prática de AM deste filho Apoio recebido Ter sido amamentada Uso de chupeta Uso de mamilos de silicone Reconhecimento de vantagens do AM Reconhecimento de desvantagens do AM

Operacionalização das variáveis

Grupo profissional: a partir da profissão, foi agrupado de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (2011)¹ em uso nos Açores, sendo ainda considerado: doméstica; desempregada; estudante; inespecífico. Resumidamente, incluem-se os seguintes grupos:

0 – Profissões das Forças Armadas

1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores

¹ <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>

executivos

2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas

3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio

4 – Pessoal administrativo

5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta

7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices

8 – Trabalhadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

9 – Trabalhadores não qualificados

Distância da residência ao local de trabalho: calculado em quilómetros (Km) a partir das perguntas no questionário que se referiam a estes dois locais.

Tempo de gestação: pré-termo, termo e pós termo.

Motivos porque não amamentou na primeira hora de vida: nos motivos relacionados com a mãe estão razões relacionados apenas com a participante (desconforto, dor, cansaço, entre outros); motivos relacionados com a criança, razões que apenas se referem ao recém-nascido (sonolência, hipoglicémia, por exemplo); motivos relacionados com ambos – a mãe e a criança: quando as razões apontadas incluem a díade mãe/filho, sendo de destacar dificuldade na pega; motivos relacionados com o contexto dos cuidados, as razões que são exteriores à mãe e foram opções dos profissionais de saúde.

Motivos para não amamentação exclusiva durante o internamento no puerpério: os mesmos critérios de “Motivos porque não amamentou na primeira hora de vida”.

Motivos para a inexistência de alojamento conjunto permanente: considerámos “motivos relacionados com a mãe” quando por alguma razão houve necessidade de levar o RN para outro local e “motivos relacionados com a criança” quando a razão para o RN não permanecer junto da mãe foi por alguma necessidade da criança.

Tipo de dificuldades na amamentação durante o internamento de puerpério: considerámos “relacionadas com a mãe” quando as dificuldades se relacionavam com a mãe (ex.: dor nos mamilos; mamilos gretados); “relacionadas com a criança” quando a mãe referiu dificuldades relacionadas com o filho (ex. não querer pegar na mama, estar sempre a dormir); “relacionadas com ambos”, quando as dificuldades se relacionavam com ambos, sendo o exemplo mais comum a dificuldade na pega.

Tipo de dificuldades na amamentação de outros filhos: adotámos os mesmos critérios das dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério ainda que surjam, nas “relacionadas com a mãe”, a indicação de mastite. Nesta variável surgem “relacionadas com os

cuidados de saúde” quando os profissionais de saúde são apontados como fonte de dificuldade (ex. falta de apoio; considerarem que se devia introduzir suplemento de leite artificial).

Motivos para não amamentar os outros filhos: incluímos em “relacionados com a mãe” os imputados a si mesmas (ex. não ter querido amamentar, mastite, feridas nos mamilos ou leite fraco); “relacionados com a criança”, os centrados na criança (ex. não querer, rejeitar a mama, internamento ou ter falecido); “relacionados com ambos” quando a mãe indicou razões da díade (ex. criança não quis e mãe desistiu ou incapacidade da pega); “relacionados com os cuidados de saúde” quando há indicação da razão estar neste contexto (o bebé não aumentava de peso e o profissional indicou leite artificial).

Vantagens/Desvantagens do AM para a mãe e para o filho: “Físicas” - o que se refere à dimensão física/biológica da mãe e do filho (Ex: diminuição de risco de cancro da mama, defesas contra doenças, dor nos mamilos); “Emocionais” - as vantagens e desvantagens relativas a aspetos emocionais e psicológicos (Ex.: ligação/vinculação entre mãe e filho, dependência da criança relativamente à mãe”; “Sociais” - fatores de natureza social (Ex. Mais económico, ter de expor a mama em público); “Pragmáticas” - aspetos práticos (Ex. sempre disponível, não necessita de preparação, ter que estar sempre à disposição da criança); “Mistas” - quando uma participante aponta mais do que uma das categorias atrás referidas.

Experiências positivas na amamentação: seguimos o apontado acima para as vantagens do AM mas incluímos a “vinculação mãe filho” numa categoria à parte para destacar este aspeto. Também tivemos em conta a dimensão física tanto da mãe como da criança.

Dificuldades na amamentação: aplicámos as mesmas categorias do que nas vantagens e desvantagens.

Motivos para a interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida: Motivos relacionados com a mãe – razões relacionadas apenas com a participante (desconforto, dor, cansaço, entre outros); Motivos relacionados com a criança – razões apenas relativas ao RN (sonolência, hipoglicémia, por exemplo); Motivos relacionados com o contexto dos cuidados - razões advindas de opções dos profissionais de saúde, incluindo médico de família, pediatra e enfermeiros; Motivos relacionados com ambos (mãe e criança) - quando as razões incluem a díade mãe/filho, sendo de destacar dificuldade na pega.

O que foi mais positivo na experiência de amamentação: Dimensão emocional - relativa a aspetos emocionais e psicológicos (Ex.: satisfação; realização, etc.) e que incluímos numa dimensão à parte para verificar a existência separadamente deste aspeto sobre o qual há muita evidência científica; Dimensão Física da criança - o que se refere à dimensão física/biológica da criança (Ex: reforço do sistema imunitário, melhor dentição, etc.); Dimensão pragmática - relativa a aspetos práticos da

amamentação (Ex. sempre disponível, não necessita de preparação, etc.); Dimensão física da mãe - o que incide na dimensão física/biológica da mãe (Ex: diminuição de risco de cancro da mama, involução uterina mais rápida, etc).

2.5 Procedimentos de Colheita de Dados

A colheita de dados decorreu de 20 de julho de 2016 a 19 de julho de 2018.

Começou no serviço de obstetrícia, com a abordagem às puérperas na véspera do dia da alta. Nesse momento a mãe declarava se aceitava continuar a participar no estudo e em caso afirmativo, indicava o seu nome e contato telefónico.

Ao final de 1 ano foram contactados pelo telefone para obtenção de dados relativos a esse ano de amamentação, nomeadamente aos 2, 3, 6 e 12 meses de vida da criança.

No internamento foi utilizado um questionário de aplicação indireta (em que as mães respondiam às perguntas formuladas por um elemento da equipa de investigação) que se compunha das seguintes partes: 1) Caracterização sociodemográfica; 2) Dados relativos à gravidez; 3) dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação; 4) Dados relativos às experiências com o AM (Anexo 1).

Para a entrevista telefónica foi utilizado um guião de entrevista que começava por perguntar se a mãe continuava a amamentar. Em caso negativo, era perguntado quando tinha sucedido a interrupção e as razões. Em caso afirmativo, obtinham-se dados sobre: com que é que a criança vinha sendo alimentada; o que estava a ser mais positivo na experiência de amamentar; existência de dificuldades e quais; pessoa que estava a proporcionar mais apoio (Anexo II).

2.6 Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Os dados foram analisados de acordo com a sua natureza, nomeadamente, estatística descritiva e inferencial com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 25. Das entrevistas telefónicas foi feita análise de conteúdo quantitativa de modo a incluir os dados no programa informático. Para a estatística inferencial, seleccionámos testes não paramétricos consoante a natureza dos dados e a distribuição da amostra.

2.7 Procedimentos Éticos

Esta investigação alicerçou-se, do ponto de vista ético, no Relatório Belmont (2015) que articula três princípios éticos essenciais: beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça.

O Princípio de Beneficência que afirma a isenção de dano e a proteção dos participantes relativamente a qualquer tipo de risco. O Princípio de Respeito pela Dignidade Humana engloba o

direito à autodeterminação e o direito à informação completa. O Princípio de Justiça inclui o direito a tratamento justo e o direito à privacidade.

Para cumprir, no que se refere à colheita de dados, a mesma foi efetuada nos serviços de obstetrícia pela equipa de investigadores, por enfermeiros do serviço e por estudantes de enfermagem do 3º e do 4º ano do curso de enfermagem, devidamente treinados e com autorização para o efeito. A colheita de dados pelo telefone foi efetuada pelo Investigador Principal (IP) e por um licenciado em psicologia igualmente treinado para o fazer.

Tivemos o seguinte em atenção: a investigação foi desenvolvida pelos investigadores com colaboração de um grupo de pessoas devidamente qualificadas e treinadas para o efeito; a escolha das participantes teve a ver com o fenómeno que se desejava estudar, não foram feitas perguntas que não as estritamente necessárias para alcançar os objetivos da investigação; as mães foram encorajadas a fazer perguntas e a tirar qualquer dúvida antes, durante e após a formulação das perguntas; foi proporcionada informação escrita e o contato do IP.

Em qualquer dos momentos foi explicada a importância de colaborar e o direito a não o fazer ou de desistir a qualquer momento sem que disso adviesse qualquer efeito desagradável. Especialmente no internamento, houve cuidados redobrados no estabelecimento de uma relação de confiança e de descontração de modo que as mães não se sentissem coagidas por estarem internadas; tiveram assim oportunidade de decidir se aceitavam participar no momento e na colheita de dados por telefone e, inerentemente, forneceram o seu contato; foram-lhes explicados os riscos e benefícios.

O consentimento informado foi obtido por escrito na primeira colheita de dados; aquando do contato por telefone existiu consentimento tácito, além do anteriormente fornecido, partindo do pressuposto de que as mães ao responderam aceitavam participar.

O tratamento de dados foi feito de modo que assegurasse o anonimato pois nem o IP sabia a que questionário correspondia a participante (os consentimentos informados foram destacados dos questionários e guardados separadamente).

2.8 Limitações

Esta investigação tem três principais limitações:

- 1) A não obtenção de dados do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira;
 - a. Tal sucedeu por motivos logísticos em que nesta instituição não foram reunidas as condições para a recolha de dados às mães internadas.
- 2) A colheita de dados por telefone ter ocorrido 1 ano após e não transversalmente ao longo do tempo - 2, 3, 6 e 12 meses.

- a. Também sucedeu por motivos logísticos de incapacidade para conseguir concretizar as entrevistas por telefone.
- 3) A divulgação de resultados ocorrer em 2021
- a. Devido essencialmente por motivos laborais dos investigadores e pelo contexto advindo da pandemia por COVID 19

Estas limitações ainda que impliquem a incapacidade de generalizar os dados não impedem o conhecimento da realidade no contexto e nas datas a que se referem.

Capítulo 3 – Apresentação, Análise e Discussão de Dados

Este capítulo inclui o **subcapítulo 3.1** dedicado à **caracterização sociodemográfica das participantes**: idade; naturalidade; residência; situação familiar, a qual inclui estado civil, nº de filhos e tipo de família; Situação escolar, profissional e laboral, que engloba escolaridade, profissão e atividade laboral fora da residência, incluindo a distância entre o local de trabalho e a residência.

O **subcapítulo 3.2** que foca nos **dados relativos à gravidez**: planeamento da gravidez; vigilância da gravidez que engloba o número de consultas, o contexto da vigilância, a existência de preparação para o parto e a parentalidade, informação proporcionada sobre AM e através de que profissional; outras fontes de informação sobre AM durante a gravidez; intercorrências na gravidez.

O **subcapítulo 3.3** apresenta os **dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação** incluindo o direcionamento para a prática do AM, mais concretamente: tempo de gestação; tipo de parto; profissional de saúde que assistiu ao parto; decisão quanto ao AM e quando a mesma foi tomada; amamentação na 1ª hora de vida.

O **subcapítulo 3.4** é dedicado aos seguintes **dados relativos ao puerpério**: alojamento conjunto; amamentação exclusiva; informação e apoio recebido pela mãe durante o internamento no que se refere ao AM; dificuldades na amamentação; uso de chupeta e de mamilos de silicone; opinião do marido/companheiro relativamente ao AM; intercorrências no puerpério.

O **subcapítulo 3.5** incide em **dados sobre experiências anteriores com a amamentação**, nomeadamente: foi amamentada; amamentação de outros filhos; opinião do marido/companheiro relativamente às experiências com AM; vantagens e desvantagens reconhecidas pela mãe relativamente ao AM para si e para o RN.

O **subcapítulo 3.6** apresenta **a prática do AM no 1º ano de vida na RAA**, nomeadamente: AM exclusivo até 2 meses de vida; AM exclusivo até 3 meses de vida; AM exclusivo até 6 meses de vida; AM não exclusivo até 12 meses de vida; idade da criança aquando da introdução dos novos alimentos; idade da criança quando desistiu de amamentar; motivos porque desistiu de amamentar; o que foi mais positivo na experiência de amamentar; dificuldades sentidas; apoio recebido.

Por fim, o **subcapítulo 3.7** é dedicado aos **fatores associados à prática do AM no primeiro ano de vida na RAA**, analisando a relação entre as variáveis.

Para os números relativos adotámos o arredondamento às décimas.

Na estatística inferencial, atendendo ao elevado número de comparações efetuadas, apenas

apresentamos os resultados com significância estatística e as respetivas hipóteses. Considerámos a existência de significância estatística quando a probabilidade (p) foi inferior a .05, por trabalharmos com um nível de confiança de 95%.

Uma vez que as participantes e o fenómeno em estudo são sempre os mesmos, nos quadros de caracterização omitiremos a sua referência.

3.1 Caracterização Sociodemográfica das Participantes

O total de participantes no internamento nos serviços de puerpério foi de 1105. Destas, 62 (5.6%) não aceitaram ser contatadas posteriormente; 217 (19.6%) declararam que decidiram não amamentar, 5 (0.6 %) não proporcionaram contato telefónico e de 11 (1%), o número de telefone estava incorreto/não atribuído/desligado. O total de participantes após todos os contatos telefónicos foi de 361, correspondendo a 31.4% do total inicial. 169 (15.3%) das participantes foram contatadas pela primeira vez no Hospital da Horta e 936 (84.7%) no Hospital de Ponta Delgada.

3.1.1 Idade

A idade média das participantes foi de 30 anos, sendo que a de primíparas era de 28 anos. A mãe mais nova tinha 13 anos e a com mais idade registava 47 anos. Por grupo etário verifica-se que as mães adolescentes eram 54 (4.9%) e 31 (2.8%) tinham mais de 40 anos. A idade destas participantes é inferior à referenciada em Portugal², quer no geral quer relativamente ao 1º filho³. O fenómeno da gravidez na adolescência é menor neste grupo de participantes do que o registado em Portugal em 2018 que era de 7.5%⁴.

Quadro 3.1 – Grupo etário

Grupo etário	Nº	%
13-19 anos	54	4.9
20-30 anos	481	43.6
31-40 anos	537	48.7
41-47 anos	31	2.8
Total	1103	100.0

Média: 30 anos (1º filho – 28 anos); DP: 6.08 (1º filho – 6.03); Mo: 31 anos; Md: 31 anos

3.1.2 Naturalidade

Verificamos a predominância de Ponta Delgada com 479 (43.8%) mães, seguindo-se Ribeira Grande com 160 (14.6%) e naturalidade de outros concelhos de Portugal/outros países, a que correspondiam 111 (10%) mães.

Da Calheta e das Lajes das Flores era natural 1 (0.1%) mãe e do Corvo não se registou qualquer

² Média (2018) – 31.4

<https://www.pordata.pt/Europa/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-2408>

³ Média (2018) – 30.4

<https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

⁴ <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%C3%A1rio-415>

presença.

Quadro 3.2 – Concelho de naturalidade

Naturalidade	Nº	%
Angra do Heroísmo	20	1.8
Calheta	1	0.1
Horta	73	6.7
Lagoa	51	4.7
Lajes - Flores	1	0.1
Lajes - Pico	23	2.1
Madalena	17	1.6
Nordeste	18	1.6
Ponta Delgada	479	43.8
Povoação	34	3.1
Praia da Vitória	4	0.4
Ribeira Grande	160	14.6
Santa Cruz – Flores	12	1.1
Santa Cruz – Graciosa	2	0.2
São Roque	5	0.5
Velas	14	1.3
Vila Franca do Campo	55	5.0
Vila do Porto	25	2.4
Concelhos do restante país/outros países	111	10.0
Total	1105	100.0

Mo: Ponta Delgada

3.1.3 Residência

Observamos que mais de dois terços das mães, 436 (39.6%) residia no concelho de Ponta Delgada. De seguida, contabilizando 244 (22.2%) mães, surge o da Ribeira Grande e depois, com 88 (8%) das mães, o da Horta. Os concelhos menos representados foi: Praia da Vitória, com 1 (0.1%) mãe; Santa Cruz da Graciosa, com 2 (0.2%) mães; Angra do Heroísmo e Calheta, com 3 (0.3%) mães, respetivamente.

Quadro 3.3 – Concelho de residência

Residência	Nº	%
Angra do Heroísmo	3	0.3
Calheta	3	0.3
Horta	88	8.0
Lagoa	85	7.7
Lajes - Flores	6	0.5
Lajes - Pico	18	1.6
Madalena	35	3.2
Nordeste	20	1.6
Ponta Delgada	436	39.6
Povoação	29	2.6
Praia da Vitória	1	0.1
Ribeira Grande	244	22.2
Santa Cruz – Flores	8	0.6
Santa Cruz – Graciosa	2	0.2
São Roque	13	1.2
Velas	17	1.5
Vila Franca do Campo	59	5.4
Vila do Porto	32	2.9
Total	1099	100.0

Mo: Ponta Delgada

Uma vez que a recolha de dados sucedeu nos hospitais situados em Ponta Delgada e na Horta, estes dados são expectáveis. A possibilidade de as mães escolherem o local do parto no âmbito do SNS, como salvaguardado no Despacho n.º 5911-B/2016, permite a presença de todos os concelhos,

incluindo aqueles onde existem serviços de obstetrícia. O único concelho de onde não estiveram mães representadas foi o da Vila do Corvo.

3.1.4 Situação familiar

A maioria das mães, 870 (78.8%) era casada ou vivia em união de facto. 179 (16.2%) eram solteiras, 51 (4.6%) divorciadas e 3 (0.3%) viúvas.

Quadro 3.4 – Estado civil

Estado civil	Nº	%
Casada/união de facto	870	78.9
Solteira	179	16.2
Divorciada	51	4.6
Viúva	3	0.3
Total	1103	100.0

Mo: Casada

Destacaram-se 503 (45.5%) mães que tiveram o primeiro filho, seguindo-se 431 (39%) que era o segundo. Quinze (0.5%) mães estavam a ter o quinto filho e 5 (0.5%), o sexto.

Quadro 3.5 – Número de filhos

Número de filhos	Nº	%
1	503	45.5
2	431	39.0
3	115	10.4
4	36	3.3
5	15	1.4
6	5	0.5
Total	1105	100.0

Média: 1.8 Mo: 1 Md 2

Constatamos que mais de três quartos, ou seja, 850 (76.9%) participantes se incluía numa família de tipo nuclear com filhos, 199 (18%) numa família extensa e 28 (2.5%) no tipo monoparental.

Quadro 3.6 – Tipologia do agregado familiar

Tipologia do agregado familiar	Nº	%
Nuclear com filhos	850	76.9
Monoparental	28	2.5
Extensa	199	18.0
Indefinido	4	0.4
NS/NR	24	2.2
Total	1105	100.0

Mo: Nuclear com filhos

Em resumo do exposto, as participantes eram mães que se enquadravam no que é tradicional na sociedade portuguesa, nomeadamente: ser casada, ter 1 ou 2 filhos e integrar-se numa família nuclear.

3.1.5 Situação escolar, profissional e laboral

Verificamos que a escolaridade mais representada correspondia a 246 (22.3%) mães com ensino secundário. 218 (19.7%) com o 3º ciclo e 205 (18.6%) detentoras de uma licenciatura. Apenas 1

(0.1%) mãe detinha doutoramento enquanto 5 (0.5%) não sabiam ler nem escrever.

Quadro 3.7 – Escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Não sabe ler nem escrever	6	0.5
1º ciclo	37	3.3
2º ciclo	111	10.0
3º ciclo	218	19.7
Ensino secundário	246	22.3
Licenciatura	205	18.6
Pós-graduação	9	0.8
Mestrado	35	3.2
Doutoramento	1	0.1
NS/NR	237	21.4
Total	1105	100.0

Mo: Ensino secundário

Este dado é representado segundo a Classificação Nacional das Profissões (2010) em uso nos Açores⁵ e incluímos: desempregada, doméstica, estudante e inespecífico. Observamos que o grupo profissional mais representado foi o 2 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas), com 230 (20.8%) mães, seguindo-se o 5 (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores) com 183 (16.6%) mães e 176 (15.9%) domésticas. Os grupos 1, 7 e 8 (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivo; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Trabalhadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) foram os menos representados, respetivamente com 12 (1.1%), 9 (0.8%) e 4 (0.4%) mães.

Quadro 3.8 – Profissão

Profissão	Nº	%
Grupo 1	12	1.1
Grupo 2	230	20.8
Grupo 3	84	7.6
Grupo 4	65	5.9
Grupo 5	183	16.6
Grupo 6	10	0.9
Grupo 7	9	0.8
Grupo 8	4	0.4
Grupo 9	135	12.2
Desempregada	134	12.1
Doméstica	176	15.9
Estudante	36	3.3
Inespecífico	1	0.1
NS/NR	26	2.4
Total	1105	100.0

Mo: Grupo 2

A maioria das mães, 772 (65.3%) possuía atividade laboral fora de casa em comparação com 381 (34.5%) que não a detinham.

⁵ <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>

Quadro 3.9 – Atividade laboral fora do domicílio

Atividade laboral fora do domicílio	Nº	%
Sim	772	65.3
Não	381	34.5
NS/NR	2	0.2
Total	1105	100.0

Mo: Sim

Das mães com atividade laboral fora de casa, conforme representamos no Quadro 3.10, de 668 (86.5%) calculámos a distância entre a residência e o local de trabalho. Constatámos então que 229 (34.2%) mães trabalhava a 1 a 3 Km do local de residência, 127 (19.0%) entre 4 e 6 Km e 104 (15.6%) entre 11 e 15 Km. Quarenta (6.0%) mães trabalha a menos de 1 Km da sua residência.

Quadro 3.10 – Distância entre a residência e o local de trabalho

Distância entre a residência e o local de trabalho	Nº	%
Até 1 Km	40	6.0
1-3 Km	229	34.3
4-6 Km	127	19.0
7-10 Km	93	13.9
11-15 Km	104	15.6
16-20 Km	26	3.9
Mais de 20 Km	49	7.3
Total	668	100.0

Mo: 1-3 Km

Em sùmula, apenas um quarto das participantes possuía formação académica superior, a maioria exercia atividade laboral fora de casa e, ainda, a maioria faziam-no a menos de 6 Km.

3.2 Dados Relativos à Gravidez

Incluimos neste subcapítulo os dados relativos a planeamento da gravidez e à vigilância da gravidez.

3.2.1 Planeamento da gravidez

799 (72.3%) mães afirmaram que a gravidez foi planeada enquanto 305 (27.6%) reconheceram que não o foi.

Quadro 3.11 – Planeamento da gravidez

Planeamento da gravidez	Nº	%
Sim	799	72.3
Não	305	27.6
NS/NR	1	0.1
Total	1105	100.0

Mo: Sim

3.2.2 Vigilância da gravidez

Neste âmbito apurámos o número de consultas, o local de vigilância da gravidez e, em caso de ter sido centro de saúde, qual, a existência de preparação para o parto e a parentalidade e, em caso afirmativo, o local, a informação recebida sobre AM durante a gravidez, nomeadamente através dos

profissionais de saúde e de outras fontes de informação e a existência de intercorrências na gravidez.

3.2.2.1 Número de consultas de vigilância da gravidez

A média do número de consultas foi de 9.9, com um desvio padrão de 3.4. Num extremo, 1 (0.1%) mãe não teve consultas de vigilância pré-natal e, no outro extremo, 1 (0.1%) teve 35. Registamos que 54 (5%) mães teve um número de consultas inferior a 6, o número mínimo para as consultas de baixo risco (DRS, 2015).

3.2.2.2 Local de vigilância da gravidez

A vigilância da gravidez no centro de saúde, foi efetuada por 342 (31%) seguindo-se 208 (18.8%) que recorreram ao centro de saúde e a médico obstetra privado e 203 (18.4%) em centro de saúde e consulta de alto risco/consulta externa. Registou-se 1 (0.1%) mãe que não teve vigilância da gravidez.

Ressalvamos que 788 (71.4%) fizeram a vigilância da gravidez no centro de saúde, independentemente de terem recorrido a outros recursos.

Quadro 3.12 – Local de vigilância da gravidez

Local de vigilância da gravidez	Nº	%
Centro de Saúde	342	31.0
Consulta de Alto Risco/Consulta Externa	94	8.5
Médico obstetra privado	199	18.0
Médico não obstetra privado	3	0.3
Centro de Saúde + Médico obstetra privado	208	18.8
Centro de Saúde + Médico não obstetra privado	9	0.8
Centro de Saúde + Consulta de Alto Risco/Consulta Externa	203	18.4
Centro de Saúde + Consulta de Alto Risco + Médico obstetra privado	26	2.4
Consulta de Alto Risco + Médico obstetra privado	20	1.8
Sem vigilância	1	0.1
Total	1105	100.0

Mo: Centro de Saúde

3.2.2.3 Centro de Saúde onde decorreu a vigilância da gravidez

Das 524 mães que indicaram o centro de saúde onde decorreu a vigilância da gravidez, 237 (47%) fizeram-no no de Ponta Delgada, 89 (15.3%) no de Ribeira Grande e 41 (7.1%) no de Vila Franca do Campo.

Quadro 3.13 – Centro de Saúde onde decorreu a vigilância da gravidez

Centro de Saúde onde decorreu a vigilância da gravidez	Nº	%
Ponta Delgada	237	47.0
Ribeira Grande	89	15.3
Vila Franca do Campo	41	7.1

Horta	39	6.7
Madalena	27	4.6
Nordeste	25	4.3
Vila do Porto	24	4.1
Povoação	14	2.4
Velas	14	2.4
São Roque - Pico	10	1.7
Lajes - Pico	12	2.1
Flores	7	1.2
Angra do Heroísmo	2	0.3
Mais que um	2	0.3
Graciosa	1	0.2
Funchal	1	0.2
Total	524	100.0

Mo: Ponta Delgada

3.2.2.4 Preparação para o parto e parentalidade

A maioria, 817 (74.1%), das mães não fez preparação para o parto e parentalidade.

Quadro 3.14 – Preparação para o parto e parentalidade		
Preparação para o parto e parentalidade	Nº	%
Sim	286	25.9
Não	817	74.1
NS/NR	2	0.2
Total	1105	100.0

Mo: Não

Das 236 mães que indicaram o local de preparação para o parto e parentalidade, dois terços, 177 (75%) fê-lo no centro de saúde, comparativamente a 40 (16.9%) que indicou o hospital e 19 (8.1%) o sector privado.

Quadro 3.15 – Local de preparação para o parto e a parentalidade		
Local de preparação para o parto e a parentalidade	Nº	%
Centro de Saúde	177	75.0
Hospital	40	16.9
Privado	19	8.1
Total	236	100.0

Mo: Centro de Saúde

Resumidamente, a média de consultas de vigilância de gravidez foi de 9.9, o local da vigilância mais indicado foi o centro de saúde, e destes, o de Ponta Delgada. A maioria das mães não fez preparação para o parto e parentalidade e das que o referiram, a maioria recorreu ao centro de saúde.

3.2.3 Informação sobre AM durante a gravidez

Verificamos que 803 (72.9%) mães receberam informação sobre AM na gravidez em contraste com 299 (27.1%) que indicaram o oposto.

Quadro 3.16 – Informação profissional sobre AM durante a gravidez		
Existência de informação profissional sobre AM durante a gravidez	Nº	%
Sim	803	72.9
Não	299	27.1
NS/NR	3	0.3
Total	1105	100.0

Mo: Sim

3.2.3.1 – Profissional que proporcionou informação sobre AM na gravidez

Constatamos que 576 (73.6%) mães referiram que quem proporcionou informação sobre AM foi enfermeira/a, 159 (20.3%) enfermeiro/a + médico e 48 (6.1%) médico.

Quadro 3.17 – Profissional que proporcionou informação sobre AM durante a gravidez

Profissional que proporcionou informação sobre AM durante a gravidez	Nº	%
Enfermeira/o	576	73.6
Médico	48	6.1
Enfermeira/o + Médico	159	20.3
Total	783	100.0

Mo: Enfermeira/o

3.2.3.1.1 Opinião sobre a informação profissional relativa ao AM durante a vigilância da gravidez

494 (44.7%) mães consideraram que tinham recebido informação em quantidade suficiente, 221 (20.6%) muita e 62 (5,6%) pouca.

Relativamente à qualidade da informação recebida, 456 (41.3%) mães consideraram que foi boa, 264 (23.9%) muito boa e 65 (5.9%) suficiente. Apenas 6 (0.5) declararam que a informação foi má e 2 (0.2%) muito má.

Quadro 3.18 – Opinião sobre a quantidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez

Opinião sobre a quantidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez	Nº	%
Muita	221	20.6
Suficiente	494	44.7
Pouca	62	5.6
NS/NR	321	29.0
Total	1105	100.0

Mo: Suficiente

Quadro 3.19 – Opinião sobre a qualidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez

Opinião sobre a qualidade de informação profissional sobre AM durante a vigilância da gravidez	Nº	%
Muito Boa	264	23.9
Boa	456	41.3
Suficiente	65	5.9
Má	6	0.5
Muito Má	2	0.2
NS/NR	312	28.2
Total	1105	100.0

Mo: Boa

3.2.3.2 Outras fontes de informação sobre AM na gravidez

As fontes não profissionais de informação sobre AM durante a gravidez foram as representadas no quadro seguinte, por ordem decrescente: internet; livros/revistas; mãe; amiga; sogra; televisão; marido.

Quadro 3.20 – Fontes não profissionais de informação sobre AM durante a gravidez

Fontes não profissionais de informação sobre AM durante a gravidez	Nº
Internet	420
Livros/revistas	290
Mãe	271
Amiga	226
Sogra	90
Televisão	68
Marido	57

Sobre a informação profissional recebida durante a vigilância da gravidez relativamente ao AM, quase dois terços das mães afirmaram ter recebido através de enfermeiro/a, sendo esta informação, para quase metade das mães, considerada em quantidade suficiente e de boa qualidade. As fontes não profissionais de informação foram, em primeiro lugar a internet, em segundo, livros/revistas e em terceiro, a mãe da grávida. O marido e a televisão foram as fontes menos indicadas.

3.2.4 Intercorrências durante a gravidez

Do grupo de mães 324 (29.3%) apresentaram intercorrências durante a gravidez. A maioria negou a sua existência.

Quadro 3.21 – Intercorrências durante a gravidez

Intercorrências durante a gravidez	Nº	%
Sim	324	29.3
Não	777	70.3
NS/NR	4	0.4
Total	1105	100.0

Mo: Não

Os tipos de intercorrências que foram mais comuns na gravidez estão no quadro abaixo, destacando-se os distúrbios hipertensivos da gravidez, a diabetes gestacional e a ameaça de aborto.

Quadro 3.22 – Tipo de ocorrências durante a gravidez

Tipo de intercorrências durante a gravidez	Nº
Distúrbios hipertensivos da gravidez	49
Diabetes gestacional	37
Ameaça de aborto	29
Infeção do trato urinário	15
Náuseas e vômitos	14
Problemas do feto	13
Ameaça de parto pré-termo	11
Doença renal crónica	11
Descolamento prematuro da Placenta normalmente inserida	11

3.3 Dados Relativos ao Parto e Tomada de Decisão quanto ao AM

Neste particular obtivemos dados relativos ao tempo de gestação, ao tipo de parto incluindo o

profissional que o assistiu, a tomada de decisão quanto ao AM e a amamentação na 1ª hora de vida, incluindo de quem foi a decisão para o fazer.

3.3.1 Tempo de gestação

A média de duração de tempo gestacional foi de 276 dias, a moda 280 dias, a mediana 278 dias, o mínimo 186 e o máximo 294 dias. A grande maioria das mães, 1021 (92.4%) teve uma gestação de termo.

Quadro 3.23 – Tempo de gestação

Tempo de gestação	Nº	%
Pré-termo	58	5.2
Termo	1021	92.4
Pós-termo	7	0.6
NS/NR	19	1.7
Total	1105	100.0

Mo: Termo

3.3.2 Tipo de parto

A maioria, 610 (55.3%) mães teve um parto eutócico, 359 (32.5%) mães foram submetidas a cesariana, 101 (9.1%) a extração por vácuo (ventosa) e 20 (1.8%) por forceps. Assim, ainda que a maioria dos partos tenha sido eutócico, 480 (43.4%) foram distócicos.

Quadro 3.24 – Tipo de parto

Tipo de parto	Nº	%
Eutócico	625	56.6
Cesariana	359	32.5
Forceps	20	1.8
Extração a vácuo (ventosa)	101	9.1
Total	1104	100.0

Mo: Eutócico

3.3.3 Profissional de saúde que assistiu ao parto

A maioria, 575 (52.0%) mães foi assistida no parto por médico, seguindo-se 467 (42.3%) por enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO). Duas (0.2%) tiveram o parto na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e 1 (0.1%) no domicílio.

Quadro 3.25 – Profissional de saúde que assistiu ao parto

Profissional que assistiu ao parto	Nº	%
Enfermeira ESMO	467	42.3
Médico	575	52.0
Enf. ESMO + médico	47	4.0
SIV	2	0.2
Domicílio	1	0.1
NS/NR	13	1.2
Total	1105	100.0

Mo: Médico

3.3.4 Decisão quanto ao AM

Relativamente à decisão para amamentar, 492 (44.5%) mães tomaram a decisão para o fazer antes

de engravidar, 888 (80.4%) afirmaram que iriam amamentar, 207 (18.7%) que não o iam fazer e 4 (0.4) expressaram incerteza.

Quadro 3.26 – Decisão quanto à amamentação

Decisão quanto à amamentação	Nº	%
Sim	888	80.4
Não	207	18.7
Talvez	4	0.4
NS/NR	6	0.5
Total	1105	100.0

Mo: Sim

Quadro 3.27 – Momento de decisão quanto à amamentação

Momento de decisão quanto à amamentação	Nº	%
Antes da gravidez	492	44.5
1º trimestre	263	23.8
2º trimestre	35	3.2
3º trimestre	21	1.9
No parto	8	0.7
Após o parto	50	4.5
NS/NR	236	21.4
Total	1105	100.0

Mo: Antes de engravidar

Foram várias as razões apontadas pelas mães que decidiram não amamentar. No Quadro 3.27 apresentamos os dez motivos mais referidos: não específica; falta de motivação; por alegadas razões médicas; má experiência anterior; medo da dor; não amamentou os outros filhos; RN ter recusado; desconforto; não ter leite

Quadro 3.28 – Motivos para não amamentar

Motivos para não amamentar	Nº
Não específica	28
Falta de motivação	20
Por alegadas razões médicas	13
Má experiência anterior	10
Medo da dor	10
Não amamentou os filhos anteriores	9
RN recusou	8
Desconforto	8
Não tem leite	5

3.3.5 Amamentação na primeira hora de vida

A maioria, 768 (69.5%) mães, amamentou na primeira hora de vida.

Quadro 3.29 – Amamentação na primeira hora de vida

Amamentação na primeira hora de vida	Nº	%
Sim	768	69.5
Não	298	27.0
NS/NR	39	3.5
Total	1105	100.0

Mo: Sim

Para 428 (38.7%) mães a amamentação na primeira hora de vida foi por sua iniciativa. De seguida,

por iniciativa da enfermeira, indicado por 175 (15.8%) mães e mãe + enfermeira segundo referência de 92 (8.3%) mães.

Quadro 3.30 – Amamentação na primeira hora de vida

Amamentação na primeira hora de vida	Nº	%
Mãe	428	38.7
Pai	5	0.5
Enfermeira	175	15.8
Médico	7	0.6
Mãe + Pai	32	2.9
Mãe + Enfermeira	92	8.3
Pai + Enfermeira	2	0.2
Enfermeira + Médico	5	0.5
Todos	9	0.8
Mãe + Pai + Enfermeira	8	0.7
Mãe + Médico	4	0.4
Não sabe	1	0.1
Pai + Médico	1	0.1
NS/NR	336	30.4
Total	1105	100.0

Mo: Mãe

Se tivermos em atenção as várias opções mistas, ressalta ainda mais que a iniciativa para a amamentação na primeira hora de vida foi principalmente da mãe e da enfermeira.

Relativamente às mães que não amamentaram na primeira hora de vida, o maior número, 91 (32.7%) foi devido à sua decisão em não amamentar, seguindo-se 71 (25.5%) mães que indicaram motivos relacionados com elas próprias e 53 (19.1%) motivos relacionados com o contexto dos cuidados.

Quadro 3.31 – Amamentar na primeira hora de vida

Motivos para não amamentar na 1ª hora de vida	Nº	%
Não quer amamentar	91	32.7
Não quis amamentar nesse momento	8	2.9
Motivos relacionados com a mãe	71	25.5
Motivos relacionados com a criança	50	18.0
Motivos relacionados com ambos (mãe e criança)	5	1.8
Motivos relacionados com o contexto dos cuidados	53	19.1
Total	278	100.0

Mo: Não quer amamentar

3.4 Dados Relativos ao Puerpério

No presente subcapítulo apresentam-se os seguintes dados: amamentação exclusiva e motivos porque não o fez, se foi o caso; informação e apoio recebido durante o internamento; alojamento conjunto permanente; uso de chupeta e/ou mamilos de silicone; opinião do marido/companheiro sobre o AM; dificuldade na amamentação; motivos para não amamentar; intercorrências no puerpério.

3.4.1 Amamentação exclusiva

Verificamos que a maioria, 700 (63.3%) mães, amamentaram exclusivamente durante o internamento no puerpério enquanto 280 (25.3%) não o fizeram e 125 (11.3%) não sabiam/não responderam.

Quadro 3.32 – Amamentação exclusiva

Amamentação exclusiva	Nº	%
Sim	700	63.3
Não	280	25.3
NS/NR	125	11.3
Total	1105	100.0

Mo: Sim

Concernente às mães que não praticaram amamentação exclusiva durante o internamento no puerpério, para 89 (36.0%) tal sucedeu por motivos relacionados consigo mesmas, para 73 (29.6%) por motivos relacionados com a criança e 52 (21.1%) por não quererem amamentar.

Quadro 3.33 – Motivos para não amamentação exclusiva durante o internamento no puerpério

Motivos para não amamentação exclusiva durante o internamento	Nº	%
Não quer amamentar	52	21.1
Não quis	1	0.4
Motivos relacionados com a mãe	89	36.0
Motivos relacionados com a criança	73	29.6
Motivos relacionados com ambos (mãe e criança)	26	10.5
Motivos relacionados com o contexto dos cuidados	6	2.4
Total	247	100.0

Mo: Motivos relacionados com a mãe

3.4.2 Informação e apoio recebidos pelos enfermeiros no internamento de puerpério

A maioria das mães, 498 (45.1%) considerou que a informação recebida por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério foi muito boa, 416 (37.6%) boa e 75 (6.8%) suficiente. Para 17 (1.6%) das mães foi muito má e para 6 (0.5%), má.

Quadro 3.34 – Informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério

Informação recebida pelos enfermeiros no internamento	Nº	%
Muito boa	498	45.1
Boa	416	37.6
Suficiente	75	6.8
Má	6	0.5
Muito má	17	1.6
NS/NR	93	8.4
Total	1105	100.0

Mo: Muito boa

A maioria 588 (53.2%) das mães detinham a opinião de que o apoio recebido pelos enfermeiros durante o internamento no puerpério foi muito bom, seguindo-se de 304 (27.5%) que referiram ter sido bom e 48 (4.3%) suficiente. Dez (0.9%) mães referiram ter sido muito mau e 6 (0.5%), mau.

Quadro 3.35 – Apoio recebido dos enfermeiros no internamento de puerpério

Apoio recebido dos enfermeiros no internamento	Nº	%
Muito bom	588	53.2
Bom	304	27.5
Suficiente	48	4.3
Mau	6	0.5
Muito mau	10	0.9
NS/NR	149	13.5
Total	1105	100.0

Mo: Muito bom

3.4.3 Alojamento conjunto permanente

A grande maioria, correspondendo a 1028 (93%) das mães praticou alojamento conjunto permanente, 31 (2.8%) não o fizeram, 1 (0.1%) em situação de parto gemelar, teve sempre um dos RN consigo e o outro não.

Quadro 3.36 – Alojamento conjunto permanente

Alojamento conjunto permanente	Nº	%
Sim	1028	93.0
Não	31	2.8
Sim e Não (gémeos)	1	0.1
NS/NR	45	4.1
Total	1105	100.0

Mo: Sim

Das mães que não praticaram alojamento conjunto permanente, vinte e seis responderam e a maioria, indicou motivos relacionados com a criança enquanto 7 (26.9%) se referiram a motivos maternos.

Quadro 3.37 – Motivos para a inexistência de alojamento conjunto permanente

Motivos para a inexistência de alojamento conjunto permanente	Nº	%
Motivos relacionados com a mãe	7	26.9
Motivos relacionados com a criança	19	73.1
Total	26	100.0

Mo: Sim

Salientamos que nos Açores o alojamento conjunto permanente foi sempre a prática corrente. Os RN só em casos excecionais de necessidade sua ou da mãe vão para um tipo de berçário, ficando, pois, permanentemente junto da mãe durante o internamento. Os berçários comuns em muitas maternidades nunca chegaram a ser adotados nos Açores.

3.4.4 Uso de chupeta e/ou mamilos de silicone

Verificamos que 725 (65.6%) mães afirmaram uso de chupeta, enquanto 357 (32.3%) declararam o contrário.

Quadro 3.38 – Uso de chupeta

Uso de chupeta	Nº	%
Sim	725	65.6
Não	357	32.3
NS/NR	23	2.1
Total	1105	100.0

Mo: Sim

A maioria, 557 (50.4%), das mães não usou mamilos de silicone.

Quadro 3.39 – Uso de mamilos de silicone

Uso de mamilos de silicone	Nº	%
Sim	96	8.7
Não	557	50.4
NS/NR	452	40.9
Total	1105	100.0

Mo: Não

3.4.5 Opinião do marido/companheiro sobre AM

A maioria, 880 (79.6%) mães, afirmou que o marido/companheiro tinha uma opinião favorável ao AM, 64 (5,8%) que a opinião era indiferente, 36 (3.3%) não sabia, 27 (2.4%) concordava com a opção da mãe em não amamentar e 7 (0.6%) não tinham marido/companheiro.

Quadro 3.40 – Opinião do marido/companheiro sobre AM

Opinião do marido/companheiro sobre AM	Nº	%
Favorável	880	79.6
Desfavorável	20	1.8
Indiferente	64	5.8
Ambivalente	12	1.1
Não sabe	36	3.3
Não tem marido/companheiro	7	0.6
Concorda com a opção da esposa em não amamentar	27	2.4
NS/NR	59	5.3
Total	1105	100.0

Mo: Favorável

3.4.6 Dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério

Nos primeiros dias de vida do RN, mais especificamente durante o internamento no puerpério. 498 (45.1%) das mães apresentaram dificuldades de amamentação

Quadro 3.41 – Dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério

Dificuldades na amamentação durante o internamento	Nº	%
Sim	498	45.1
Não	423	38.2
NS/NR	184	16.7
Total	1105	100.0

Mo: Sim

190 (38.9%) mães indicaram relacionadas com elas e com a criança, 174 (35.7%) relacionadas

apenas consigo mesmas e 124 (25.4%) relacionadas apenas com a criança.

Quadro 3.42 – Tipo de dificuldades na amamentação durante o internamento no puerpério

Tipo de dificuldades na amamentação durante o internamento	Nº	%
Relacionadas com a mãe	174	35.7
Relacionadas com a criança	124	25.4
Relacionadas com ambos	190	38.9
Total	488	100.0

Mo: Relacionadas com ambos

3.4.7 Intercorrências durante o internamento no puerpério

A maioria das mães 979 (88.6%) não apresentaram intercorrências durante o internamento no puerpério.

Quadro 3.43 – Intercorrências durante o puerpério

Intercorrências durante o puerpério	Nº	%
Sim	94	8.5
Não	979	88.6
NS/NR	32	2.9
Total	1105	100.0

Mo: Não

O quadro seguinte apresenta as intercorrências mais frequentemente surgidas no internamento de puerpério das participantes: dor compatível com o tipo de parto; hipertensão arterial; várias intercorrências; hemorragia; efeitos secundários da analgesia/anestesia; cefaleias.

Quadro 3.44 – Tipo de intercorrências durante o puerpério

Tipo de intercorrências durante o puerpério	Nº
Dor (de acordo com o tipo de parto)	19
HTA	12
Várias	11
Hemorragia	7
Efeitos secundários da analgesia/anestesia	4
Cefaleias	4

Resumindo os dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação e os dados relativos ao puerpério destacamos:

A maioria dos partos foi de termo, eutócico, assistido por médico.

As mães estavam decididas a amamentar e tinham tomado essa decisão antes de engravidar. As que decidiram não amamentar não especificaram a razão ou, essencialmente, apontaram falta de motivação.

Na prática da amamentação, esta existiu na primeira hora de vida, principalmente por iniciativa da mãe e da enfermeira, praticaram amamentação exclusiva durante o internamento de puerpério.

Houve alojamento conjunto permanente, os RN usaram chupeta, mas os mamilos de silicone não foram utilizados de modo comum.

As mães apresentaram dificuldades para amamentar, essencialmente relacionadas consigo mesmas, não existiram intercorrências e os maridos/companheiros tinham uma opinião favorável ao AM.

3.5 Dados Relativos a Experiências com AM

Neste subcapítulo apresentamos dados sobre as experiências com a amamentação: ter sido amamentada; amamentação de outros filhos, incluindo quanto tempo, dificuldades e motivos por que não amamentou antes; opinião do marido/companheiro sobre as experiências anteriores com AM; vantagens e desvantagens do AM para a mãe e para o RN.

3.5.1 Foi amamentada

Como exposto no quadro abaixo, 609 (55.1) mães afirmaram ter sido amamentadas, 367 (33.2%) não terem sido e 116 (10.5%) não sabiam.

Foi amamentada	Nº	%
Sim	609	55.1
Não	367	33.2
Não sabe	116	10.5
NS/NR	13	1.2
Total	1105	100.0

Mo: Sim

3.5.2 Amamentação de outros filhos

Do total de mães que responderam a esta pergunta, a maioria, 443 (73.8%) fê-lo, 149 (24.8%) não o fez e 8 (1.3%) amamentou uns filhos e não amamentou outros.

Amamentação de outros filhos	Nº	%
Sim	443	73.8
Não	149	24.8
Uns sim, outros não	8	1.3
Total	600	100.0

Mo: Sim

As mães que amamentaram anteriormente, fizeram-no numa média de 4.8 meses, sendo a moda de menos de 1 mês, o mínimo de 2 dias e o máximo de 52 meses.

Das mães que responderam à existência de dificuldades na amamentação de outros filhos, a maioria, 225 (51.1%), afirmou a sua existência e 215 (48.9%) negou dificuldades.

Relativamente às mães que indicaram o tempo em que amamentaram os filhos anteriores, destacaram-se as que o fizeram menos de 1 mês, correspondendo a 178 (40.2%) participantes. A

maioria amamentou menos de 3 meses e 99 (22.3%) fê-lo mais de seis meses.

Quadro 3.47 – Tempo de amamentação dos outros filhos

Tempo de amamentação dos outros filhos	Nº	%
Menos de 1 mês	178	40.2
2-3 meses	91	20.5
4-6 meses	75	16.9
7-12 meses	61	13.8
13-24 meses	29	6.5
Mais de 24 meses	9	2.0
Total	443	100.0

Mo: Menos de 1 mês

Quadro 3.48 – Dificuldades na amamentação de outros filhos

Dificuldades na amamentação de outros filhos	Nº	%
Sim	225	51.1
Não	215	48.9
Total	440	100.0

Mo: Sim

A maioria das mães 135 (60.3%) apontaram dificuldades relacionadas consigo próprias na amamentação de outros filhos, 52 (23.2%) dificuldades relacionadas com ambos, 23 (15.2%) com a criança e 3 (1.3%) dificuldades relacionadas com os cuidados de saúde.

Quadro 3.49 – Tipo de dificuldades na amamentação de outros filhos

Tipo de dificuldades na amamentação de outros filhos	Nº	%
Relacionadas com a mãe	135	60.3
Relacionadas com a criança	34	15.2
Relacionadas com ambos	52	23.2
Relacionados com os cuidados de saúde	3	1.3
Total	224	100.0

Mo: Relacionadas com a mãe

O quadro que se segue apresenta os motivos pelos quais as mães não amamentaram os filhos anteriores, sendo que 107 (73.3%) indicaram razões relacionadas consigo, 30 (20.5%) com a criança, 8 (5.5%) com ambos e 1 (0.7%) com os cuidados de saúde

Quadro 3.50 – Motivos para não amamentar os outros filhos

Motivos para não amamentar os outros filhos	Nº	%
Relacionadas com a mãe	107	73.3
Relacionadas com a criança	30	20.5
Relacionadas com ambos	8	5.5
Relacionados com os cuidados de saúde	1	0.7
Total	146	100.0

Mo: Relacionadas com a mãe

3.5.3 Opinião do marido/companheiro sobre as experiências anteriores com AM

Do total de mães que forneceram informação relativa à opinião do marido/companheiro sobre as experiências anteriores de amamentação, a maioria, 323 (68.3%) afirmou que foi favorável, 50

(10.6%) indiferente, 47 (9.9%) não sabia, 25 (5.3%) desfavorável, 14 (3.0) concordou com a decisão da esposa em não amamentar e 7 (1.5%) foi ambivalente ou é outro marido/companheiro, respetivamente.

Quadro 3.51 – Opinião do marido/companheiro sobre experiências anteriores com AM

Opinião do marido/companheiro sobre experiências anteriores com AM	Nº	%
Favorável	323	68.3
Desfavorável	25	5.3
Indiferente	50	10.6
Ambivalente	7	1.5
Não sabe	47	9.9
Concorda com a decisão da esposa em não amamentar	14	3.0
É outro	7	1.5
Total	473	100.0

Mo: Favorável

3.5.4 Opinião das participantes sobre as vantagens e desvantagens do AM para a mãe e para o filho

Dividimos este subcapítulo em vantagens do AM para a mãe e para o filho e desvantagens do AM para a mãe e para o filho.

3.5.4.1 Vantagens do AM para a mãe e para o filho

O quadro abaixo, apresenta as vantagens do AM para a mãe indicadas pelas participantes. Em primeiro lugar foram referidas vantagens mistas por 412 (37.3%) mães, seguindo-se vantagens físicas para 328 (29.7%) mães, depois existiam 118 (10.7%) mães que declararam não saber, seguindo-se as vantagens emocionais para 94 (8.5%) mães, inespecíficas para 38 (3.4%) mães e pragmáticas para 37 (3.3%). Menos referido estiveram 29 (2.6%) mães que não sabiam ou não responderam, 27 (2.4%) que afirmaram que não possui vantagens e 22 (2.0%) a referirem vantagens emocionais.

Quadro 3.52 – Vantagens do AM para a mãe

Vantagens do AM para a mãe	Nº	%
Físicas	328	29.7
Emocionais	94	8.5
Sociais	22	2.0
Pragmáticas	37	3.3
Mistas	412	37.3
Não sabe	118	10.7
Não tem	27	2.4
Inespecífico	38	3.4
NS/NR	29	2.6
Total	1105	100.0

Mo: Mistas

Concernente às vantagens do AM para a criança, a maioria, 707 (64.0%), mães apontou, em primeiro lugar, as de natureza física. De seguida, 268 (24.3%) reportaram vantagens mistas, 67

(6.1%) indicaram inespecíficas, 25 (2.3%) declararam não saber, 16 (1.5%) não sabiam ou não responderam, 15 (1.4%) aludiram vantagens emocionais. Por fim, para 4 (0.4%) mães o AM não possui vantagens para a criança, 1 (0.1%) considerou vantagens sociais e vantagens pragmáticas, respetivamente.

Quadro 3.53 – Vantagens do AM para a criança

Vantagens do AM para a mãe	Nº	%
Físicas	707	64.0
Emocionais	15	1.4
Sociais	1	0.1
Pragmáticas	1	0.1
Mistas	268	24.3
Não sabe	25	2.3
Não tem	4	0.4
Inespecífico	67	6.1
NS/NR	16	1.5
Total	1105	100.0

Mo: Físicas

3.5.4.2 Desvantagens do AM para a mãe e para o filho

O AM não possui desvantagens para a maioria - 425 (38.5%) - das mães; 116 (10.5%) não sabiam ou não responderam. As desvantagens físicas foram indicadas por 292 (26.4%) mães, 82 (7.4%) não sabiam ou não responderam, 61 (5.5%) apontou desvantagens mistas, 60 (5.4%) pragmáticas, 33 (3.0%) emocionais, 26 (2.4%) sociais e 10 (0.9%) foram inespecíficas.

Quadro 3.54 – Desvantagens do AM para a mãe

Desvantagens do AM para a mãe	Nº	%
Físicas	292	26.4
Emocionais	33	3.0
Sociais	26	2.4
Pragmáticas	60	5.4
Não tem	425	38.5
Mistas	61	5.5
Não sabe	82	7.4
Inespecífico	10	0.9
NS/NR	116	10.5
Total	1105	100.0

Mo: Não tem

Relativamente às desvantagens do AM para a criança, a maioria, 740 (67.0%), das mães considerou que o AM não tem desvantagens, 240 (21.7%) não sabiam ou não responderam, 69 (6.2%) não sabiam, 34 (3.1%) referiram desvantagens físicas, 9 (0.8%) emocionais, 7 (0.6%) pragmáticas, 4 (0.4%) mistas e 2 (0.2%) inespecíficas.

Quadro 3.55 – Desvantagens do AM para a criança

Desvantagens do AM para a mãe	Nº	%
Físicas	34	3.1
Emocionais	9	0.8
Sociais	0	0.0
Pragmáticas	7	0.6

Mistas	4	0.4
Não sabe	69	6.2
Não tem	740	67.0
Inespecífico	2	0.2
NS/NR	240	21.7
Total	1105	100.0

Mo: Não tem

Em síntese, nos dados relativos a experiências com a amamentação sobressaiu:

As mães foram amamentadas e amamentaram os outros filhos tendo, neste caso, apresentado dificuldades especialmente relacionadas consigo mesmas. A interrupção do AM aos filhos anteriores foi essencialmente durante o primeiro mês de vida e a maioria das mães deixou de o fazer antes dos 3 meses de vida.

Quando não amamentaram os outros filhos tal deveu-se a razões relacionadas com a mãe.

A opinião do marido/companheiro relativamente às experiências anteriores com o AM era favorável.

As mães reconheceram para si mesmas vantagens mistas (físicas, emocionais, sociais e pragmáticas) e vantagens físicas e como desvantagens, além de entenderem que não existem, referiram-se a desvantagens físicas.

Para a criança reconheceram vantagens físicas e que não existem desvantagens.

3.6 – A Prática do AM na RAA. Incidência e Prevalência até aos 12 Meses de Vida

Este capítulo inclui os resultados sobre: Amamentação até 12 meses de vida, incluindo dados relativos à prática de amamentação exclusiva aos 2, 3 e 6 meses de vida e de amamentação não exclusiva até 12 meses de vida); introdução dos novos alimentos; interrupção da amamentação (idade da criança antes dos 12 meses de vida e respetivos motivos); experiência de amamentação (o que foi mais positivo; dificuldades; apoio recebido).

3.6.1 Amamentação até aos 12 meses de vida

A maioria, 768 (69.5%), amamentou na 1ª hora de vida. Porém, apenas 101 (9.1%) fez amamentação exclusiva na 1ª hora de vida. Este dado, obtido ao longo das entrevistas telefónicas contraria o referido pelas mães durante o internamento. É possível que ao estar em casa, passado algum tempo, as mães sintam mais à vontade para relatar o que efetivamente se passou. Esta dado traz implicações para futuras investigações que apresentaremos no respetivo capítulo.

O AM exclusivo até aos 2 e 3 meses foi respetivamente por parte de 100 (9.0%) mães e AM não exclusivo aos 12 meses de vida foi indicado por 103 (9.3%) mães.

Quadro 3.56 - Prática de AM até aos 12 meses de vida

AM 1ª hora de vida		AM exclusivo no internamento ⁶		AM exclusivo até 2 meses		AM exclusivo até 3 meses		AM exclusivo até 6 meses		AM não exclusivo até 12 meses	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
768	69.5	101	9.1	100	9.0	100	9.0	61	5.5	103	9.3

3.6.2 Introdução de novos alimentos

Verificamos que a maioria, 52 (51.0%) introduziu os novos alimentos aos 6 meses de vida. Houve introdução aos 4 meses por parte de 16 (15.7%) mães e aos 5 meses por parte de 23 (22.5%). Três (2.9%) indicaram que o fizeram aos 7 meses, 5 (4.9%) aos 8 meses, 2 (2.0%) aos 9 meses e 1 (1.0%) aos 12 meses.

Quadro 3.57 – Idade da criança aquando da introdução dos novos alimentos

Idade da criança aquando da introdução dos novos alimentos	Nº	%
4 meses	16	15.7
5 meses	23	22.5
6 meses	52	51.0
7 meses	3	2.9
8 meses	5	4.9
9 meses	2	2.0
12 meses	1	1.0
Total	102	100.0

Mo: 6 meses

3.6.3 Interrupção da amamentação

Neste particular tivemos em conta a idade da criança quando deixou de ser amamentada antes dos 12 meses e os motivos referidos pelas mães.

3.6.3.1 Idade da criança aquando da interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida

ntes de 1 mês de vida da criança 36 (15.1%) mães interromperam a amamentação, seguindo-se 31 (13.0%) que o fizeram aos 3 e 6 meses respetivamente. Vinte e quatro (10.1%) mães interromperam aos 1 e 2 meses de vida, respetivamente e 22 (9.2%) aos 4 meses. Treze (5.5%) pararam de amamentar aos 9 meses de vida da criança, 12 (5.0%) aos 10 meses, 10 (4.2%) aos 7 meses, 9 (3.8%) aos 8 meses e 6 (2.5%) aos 11 meses.

Desta forma, a maioria das mães interrompeu a amamentação antes dos 6 meses de vida.

⁶ Colheita destes dados subsequentemente, nas entrevistas telefónicas.

Quadro 3.58 – Idade da criança aquando da interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida

Idade da criança aquando da interrupção da amamentação	Nº	%
< 1 mês	36	15.1
1 mês	24	10.1
2 meses	24	10.1
3 meses	31	13.0
4 meses	22	9.2
5 meses	20	8.4
6 meses	31	13.0
7 meses	10	4.2
8 meses	9	3.8
9 meses	13	5.5
10 meses	12	5.0
11 meses	6	2.5
Total	238	100.0

Mo: < 1 mês

3.6.3.2 Motivos para interrupção da amamentação antes dos 12 meses de vida

Os motivos pelos quais as mães interromperam a amamentação foram hierarquizados consoante a sua referência, como o primeiro e o segundo motivo.

Verificamos, portanto, que as mães imputam a si mesmas⁷ o principal 1º motivo (136, correspondendo a 57.9%) e 2º motivo (27, correspondendo a 36.0 %).

Depois, surgiram como 1º motivo (61, correspondendo a 26.0 %) e 2º motivo (24, correspondendo a 32.0%), os relacionados com a criança⁸.

Razões laborais foram apontadas como 1º motivo para 22 (9.4%) mães e como segundo motivo para 10 (13.3%).

Motivos relacionados com o contexto dos cuidados de saúde⁹ foram indicados como 1º motivo por 11 (4.7%) mães e como 2º motivo por 14 (18.7%).

Os motivos relacionados com a mãe e a criança¹⁰ surgiram apenas como 1º motivo para 2 (0.9%) mães, assim como a entrada na creche.

Uma mãe (0.4%) reconheceu que deixou de amamentar porque era a sua vontade.

Quadro 3.59 – Motivos para interrupção da amamentação antes dos 12 meses vida

Motivos para interrupção da amamentação antes 12 meses de vida	1º motivo		2º motivo	
	Nº	%	Nº	%
Não quis	1	0.4	-----	
Motivos relacionados com a mãe				
Motivos relacionados com a criança	136	57.9	27	36.0
	61	26.0	24	32.0

7 Motivos relacionados com a mãe: razões relacionadas apenas com a participante (desconforto, dor, cansaço, entre outros).

8 Motivos relacionados com a criança: razões apenas relativas ao recém-nascido (sonolência, hipoglicémia, por exemplo).

9 Motivos relacionados com o contexto dos cuidados: razões exteriores à mãe e foram opções dos profissionais de saúde, incluindo médico de família, pediatra e enfermeiros.

10 Motivos relacionados com ambos (mãe e criança): quando as razões incluem a díade mãe/filho, sendo de destacar dificuldade na pega.

Motivos relacionados com ambos (mãe e criança)	2	0.9	-----	
	11	4.7	14	18.7
Motivos relacionados com o contexto dos cuidados	22	9.4	10	13.3
Motivos laborais	2	0.9	-----	
Entrada na creche				
Total		238		100.0

3.6.4 Experiência com a amamentação

Incluimos neste subcapítulo as verbalizações das mães relativamente à sua experiência no que concerne ao que foi mais positivo, às dificuldades e ao apoio recebido

3.6.4.1 O que foi mais positivo na experiência de amamentação

Constatamos que as experiências positivas mais referidas foram as relacionadas com a dimensão emocional¹¹, para 215 (62.5%) mães, seguindo-se o vínculo entre mãe e filho¹² com 204 (59.6%) mães a apontarem-no e a dimensão física da criança (Cr.)¹³ em terceiro lugar, com referência por parte de 173 (50.9%) mães. A dimensão pragmática¹⁴ foi menos reconhecida, com alusão de 59 (17.2%) mães e a menos indicada foi a dimensão física da mãe¹⁵, com 13 (3.9%) a apontarem-na.

Quadro 3.60 – O mais positivo na experiência de amamentação

Dimensão física da mãe		Dimensão física da Cr.		Dimensão emocional		Dimensão social		Dimensão pragmática		Vínculo mãe/filho	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13	3.9	173	50.9	215	62.5	43	12.5	59	17.2	204	59.6

3.6.4.2 Dificuldades na experiência de amamentação

O quadro seguinte apresenta um resumo das respostas das mães consoante reconheceram a existência de dificuldades físicas, emocionais, sociais, pragmáticas, ou a sua inexistência.

Assim, em primeiro lugar surgiram as dificuldades de carácter físico, indicadas por 231 (66.6%) mães. Seguiram-se as pragmáticas para 108 (31.2%) mães, as emocionais para 59 (17.1%) e, por fim, as sociais para 29 (8.4%) mães. Oitenta e duas (23.6%) mães indicaram não ter experimentado dificuldades.

¹¹ Dimensão emocional: relativa a aspetos emocionais e psicológicos (Ex.: satisfação; realização, etc.)

¹² Incluimos numa dimensão à parte para verificar este aspeto sobre o qual há muita evidência científica separadamente.

¹³ Dimensão Física da criança (Cr.): o que se refere à dimensão física/biológica da criança (Ex: reforço do sistema imunitário, melhor dentição, etc.);

¹⁴ Dimensão pragmática: relativa a aspetos práticos da amamentação (Ex. sempre disponível, não necessita de preparação, etc.);

¹⁵ Dimensão física da mãe: o que incide na dimensão física/biológica da mãe (Ex: diminuição de risco de cancro da mama, involução uterina mais rápida, etc).

Quadro 3.61 – Dificuldades na amamentação

Físicas		Emocionais		Sociais		Pragmáticas		Inexistentes	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
231	66.6	59	17.1	29	8.4	108	31.2	82	23.6

3.6.4.3 Apoio recebido na prática de amamentação

O apoio que as participantes receberam foi, em primeiro lugar, do marido/companheiro, referido por 243 (22.0%) mães. Em segundo lugar, os profissionais de enfermagem, havendo 77 (7.0%) a reconhecerem-no. Em terceiro lugar, a mãe, portanto avó do bebé com alusão por parte de 70 (6.3%) mães. De seguida: Toda a família – 37 (3.3%); Profissionais de saúde – 21 (1.9%); Pai – 18 (1.6%); Sogra – 17 (1.5%); Irmã – 14 (1.3%); Filho mais velho – 12 (1.1%). Com menos referência, apenas 1 (0.1%) mãe a referir-se-lhes: Pediatra; Profissionais da creche; o próprio bebé.

Quadro 3.62 – Apoio recebido para a amamentação

Apoio recebido para a amamentação	Nº	%
Marido/companheiro	243	22.0
Mãe	70	6.3
Pai	18	1.6
Irmã	14	1.3
Cunhada	4	0.4
Sogra	17	1.5
Toda a família	37	3.3
Filho mais velho	12	1.1
O próprio bebé	1	0.1
Profissionais de saúde (indiscriminado)	21	1.9
Amiga	7	0.6
Profissionais de enfermagem	77	7.0
Linha telefónica	4	0.4
Pediatra	1	0.1
Profissionais da creche	1	0.1

Sintetizando, relativamente à prática da AM na RAA, incidência e prevalência até aos 12 meses de vida:

A prevalência aos 12 meses era de 9.3%

Os novos alimentos foram introduzidos aos 6 meses.

Houve uma interrupção precoce, antes de 1 mês de vida, principalmente por motivos que as mães imputam a si mesmas.

O mais positivo na experiência da amamentação foi o vínculo mãe/filho.

Existiram dificuldades de natureza física e o marido/companheiro foi o principal apoio.

3.7 Incidência e Prevalência do AM no Primeiro Ano de Vida na RAA – Fatores

Associados

Passamos a apresentar a prática da amamentação na RAA no 1º ano de vida de acordo com os fatores associados – variáveis em estudo (Quadro 3.63)

Quadro 3.63 – Variáveis em Estudo

Variáveis Dependentes	Indicadores para medir a variável dependente
Incidência do AM na RAA	Decisão para amamentar
	Amamentação na 1ª hora de vida
	AM exclusivo até à alta
Prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida	AM exclusivo até aos 2 meses de vida
	AM exclusivo até aos 3 meses de vida
	AM exclusivo até aos 6 meses de vida
	AM até aos 12 meses de vida
	Não amamentação
Variáveis independentes	
	Idade da mãe
	Idade da criança
	Estado civil/situação conjugal
	Naturalidade
	Residência
	Escolaridade
	Profissão/atividade laboral
	Número de filhos
	Planeamento da gravidez
	Vigilância da gravidez
	Informação sobre o AM durante a gravidez
	Opinião do marido/companheiro quanto à prática do AM por parte da esposa/companheira
	Decisão quanto à prática de AM
	AM dos filhos anteriores
	Dificuldades na prática de AM dos filhos anteriores
	Dificuldades atuais na prática de AM deste filho
	Apoio recebido
	Ter sido amamentada
	Uso de chupeta
	Uso de mamilos de silicone
	Reconhecimento de vantagens do AM
	Reconhecimento de desvantagens do AM

3.7.1 Idade da Mãe

Recodificámos a idade da mãe por grupo etário de acordo com os quartis encontrados: 13-19 anos; 20-30 anos; 31-40 anos; 41-47 anos.

Verificámos que: relativamente à decisão para amamentar houve mais mães aderentes no grupo etário dos 31-40 anos e menos no dos 13-19 anos; os mesmos grupos etários correspondem às mães que mais e menos amamentaram na 1ª hora de vida e que amamentavam 2º e nº 3º mês de vida.

Quadro 3.64 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a idade da mãe por grupos etários

Idade da mãe por grupos etários			Média
Decisão para amamentar - Significância:0.002; Valor do Teste: 14.926			
13-19 anos			1.29
31-40 anos			1.15
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância:0.000; Valor do Teste: 19.926			
13-19 anos			1.44
31-40 anos			1.23
Amamentação exclusiva até 2 meses de vida - Significância:0.011; Valor do Teste: 11.223			
13-19 anos			2.00
41-47 anos			1.00
Amamentação exclusiva até 3 meses de vida - Significância:0.004; Valor do Teste: 13.235			
13-19 anos			2.00
41-47 anos			1.00

3.7.2 Grupo profissional

Os grupos profissionais que registaram maior adesão à amamentação foram o 6 (Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta), o 7 (Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices) e o que classificámos como inespecífico. As mães com menos adesão pertenciam ao grupo 8 (Trabalhadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) e as domésticas. Relativamente à amamentação na 1ª hora de vida, houve maior incidência no grupo inespecífico e no grupo 1 (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos) e menor incidência no grupo 8. Aos 12 meses de vida, os grupos profissionais com maior prevalência foram o 7, o 8 e o inespecífico.

Quadro 3.65 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o grupo profissional

Grupo profissional	Média
Decisão para amamentar - Significância:0.000; Valor do Teste: 145.836	
Grupo 6	1.00
Grupo 7	1.00
Grupo 8	1.50
Doméstica	1.45
Inespecífico	1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância:0.000; Valor do Teste: 47.716	
Grupo 1	1.08
Grupo 8	1.50
Inespecífico	1.00
Amamentação não exclusiva até 12 meses de vida - Significância:0.019; Valor do Teste: 24.160	
Grupo 7	1.00
Grupo 8	1.00
Inespecífico	1.00

3.7.3 Situação familiar

Apenas constatámos significância estatística relativa à amamentação na 1ª hora de vida, evidenciando-se em primeiro lugar as viúvas, em segundo as casadas ou em união de facto, em terceiro as solteiras e em quarto as divorciadas.

Quadro 3.66 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a situação familiar

Situação familiar	Média
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância:0.025; Valor do Teste: 9.336	
Casada/união de facto	1.26
Solteira	1.33
Divorciada	1.45
Viúva	1.00

3.7.4 Tipologia do agregado familiar

Relativamente à decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida, encontrámos maior destaque nas famílias de tipo indefinido, seguindo-se nuclear com filhos, depois monoparental e, em último lugar, extensa. Concernente à amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida, destacaram-se as mães de agregados familiares monoparentais, depois de nucleares com filhos,

seguidas de indefinido e, por último, as de famílias extensas. No que se refere à amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida, a maior prevalência foi para as famílias monoparentais seguindo-se as de tipo nuclear com filhos e, por fim, as de tipo extenso.

Quadro 3.67 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a tipologia do agregado familiar

Tipologia do agregado familiar		Média
Decisão para amamentar – Significância:0.000; Valor do Teste: 33.378		
Nuclear com filhos		1.16
Monoparental		1.18
Extensa		1.34
Indefinido		1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância:0.007; Valor do Teste: 12.122		
Nuclear com filhos		1.26
Monoparental		1.32
Extensa		1.38
Indefinido		1.00
Amamentação até 2 meses de vida - Significância:0.005; Valor do Teste: 10.408		
Nuclear com filhos		1.35
Monoparental		1.00
Extensa		1.73
Indefinido		1.38
Amamentação até 3 meses de vida - Significância:0.001; Valor do Teste: 13.059		
Nuclear com filhos		1.43
Monoparental		1.00
Extensa		1.83
Indefinido		---

3.7.5 Escolaridade

A escolaridade apresentou significância estatística relativamente a: decisão para amamentar; amamentação na 1ª hora de vida; amamentação exclusiva até 2 meses de vida; amamentação exclusiva até 3 meses de vida; amamentação não exclusiva até 12 meses de vida.

No que se refere à decisão para amamentar evidenciaram-se as mães detentoras de pós-graduação não conferente de grau académico, mestrado e doutoramento e a menor evidência foi para as mães analfabetas e para as detentoras do 1º ciclo.

Relativamente à amamentação na 1ª hora de vida, a maior incidência foi para as mães com doutoramento, seguindo-se aquelas com mestrado e, a seguir, as licenciadas. A menor incidência registou-se nas mães com 1º ciclo e as analfabetas.

A amamentação exclusiva até aos 2 e 3 meses de vida, respetivamente, apresentou maior prevalência nas mães com pós-graduação, licenciatura e mestrado e menor nas mães com 2º ciclo. Sobre a amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida, a maior prevalência foi para as mães detentoras de mestrado e a menor para as mães detentoras de 2º ciclo.

Quadro 3.68 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a escolaridade

Escolaridade			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000; Valor do teste: 89.966			
Analfabeta			1.50
1º ciclo			1.51
2º ciclo			1.35
3º ciclo			1.24
Secundário			1.14
Licenciatura			1.06
Pós-graduação (não conferente de grau)			1.00
Mestrado			1.00
Doutoramento			1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000; Valor do teste: 33.639			
Analfabeta			1.83
1º ciclo			1.48
2º ciclo			1.36
3º ciclo			1.31
Secundário			1.27
Licenciatura			1.18
Pós-graduação (não conferente de grau)			1.44
Mestrado			1.17
Doutoramento			1.00
Amamentação exclusiva até 2 meses de vida - Significância: 0.007; Valor do teste: 17.893			
Analfabeta			-
1º ciclo			1.60
2º ciclo			1.71
3º ciclo			1.52
Secundário			1.40
Licenciatura			1.22
Pós-graduação (não conferente de grau)			1.00
Mestrado			1.25
Doutoramento			-
Amamentação exclusiva até 3 meses de vida - Significância: 0.002; Valor do teste: 21.021			
Analfabeta			-
1º ciclo			1.67
2º ciclo			1.76
3º ciclo			1.61
Secundário			1.50
Licenciatura			1.29
Pós-graduação (não conferente de grau)			1.00
Mestrado			1.27
Doutoramento			-
Amamentação não exclusiva até 12 meses de vida - Significância: 0.017; Valor do teste: 17.137			
Analfabeta			-
1º ciclo			1.82
2º ciclo			1.89
3º ciclo			1.77
Secundário			1.74
Licenciatura			1.62
Pós-graduação (não conferente de grau)			1.80
Mestrado			1.50
Doutoramento			-

3.7.6 Local de vigilância da gravidez

Registámos significância estatística desta variável apenas com a decisão para amamentar. A maior incidência ocorreu nas mães sem vigilância da gravidez, seguindo-se as que o fizeram conjuntamente em centro de saúde, consulta de alto risco e médico obstetra privado, depois aquelas cuja vigilância sucedeu em associação no centro de saúde e na consulta de alto risco/consulta

externa e, a seguir, das que recorreram ao centro de saúde e ao seu médico obstetra privado. No outro extremo, as mães com menor incidência, foram aquelas com vigilância em consulta de alto risco conjuntamente com médico obstetra privado, seguindo-se aquelas cuja vigilância foi no centro de saúde e com médico não obstetra privado.

Quadro 3.69 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o local de vigilância da gravidez

Local de vigilância da gravidez		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000; Valor do teste: 62.223		
Centro de Saúde		1.33
CAR/Consulta Externa		1.20
Médico obstetra privado		1.14
Médico não obstetra privado		1.33
CS + Médico obstetra privado		1.12
CS + Médico não obstetra privado		1.13
CS + CAR		1.13
CS + CAR/Consulta Externa		1.11
CS + CAR + Médico obstetra privado		1.08

3.7.7 Centro de Saúde de vigilância

Atendendo ao elevado número de centros de saúde da RAA, apresentamos nos quadros seguintes apenas aqueles com destaque na incidência e prevalência demonstradas quer pela maior, quer pela menor adesão e que se registou relativamente a: decisão para amamentar; amamentação na 1ª hora de vida; amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida.

Verificamos que a maior incidência relativa à decisão para amamentar se verificou nas mães cuja vigilância da gravidez ocorreu nos Centros de Saúde de São Roque e de Lajes do Pico, seguindo-se de imediato as do Centro de Saúde da Horta. A menor incidência registou-se nas mães com vigilância no Centro de Saúde de Ponta Delgada e no Centro de Saúde da Ribeira Grande.

No que diz respeito à amamentação na 1ª hora de vida, a maior incidência foi por parte das mães cuja vigilância da gravidez sucedeu no Centro de Saúde de São Roque do Pico, seguindo-se das do Centro de Saúde de Velas e, logo a seguir, do Centro de Saúde de Vila do Porto. A menor incidência correspondeu às mães com vigilância no Centro de Saúde de Ponta Delgada e, por fim, no Centro de Saúde da Ribeira Grande.

Das mães que praticaram amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida, destacaram-se, em primeiro lugar, as que tiveram vigilância pré-natal no Centro de Saúde de Santa Cruz das Flores, seguindo-se as de vigilância no Centro de Saúde da Madalena. Com menor prevalência surgiram aquelas cujas vigilâncias decorreram nos Centros de Saúde do Nordeste e Velas e, por último, as de

vigilância no Centro de Saúde da Povoação e no Centro de Saúde de São Roque do Pico.

Quadro 3.70 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o Centro de Saúde onde decorreu a vigilância

Centro de Saúde de vigilância		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000; Valor do teste: 50.798		
CS Ponta Delgada		1.21
CS Ribeira Grande		1.44
CS Horta		1.03
CS São Roque do Pico		1.00
CS Lajes do Pico		1.00
Centro de Saúde de vigilância		Média
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.001; Valor do teste: 38.686		
CS Vila do Porto		1.08
CS Ponta Delgada		1.31
CS Ribeira Grande		1.49
CS Nordeste		1.29
CS Velas		1.07
CS São Roque do Pico		1.00
Amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida - Significância: 0.030; Valor do teste: 24.128		
CS Povoação		2.00
CS Nordeste		1.88
CS Velas		1.88
CS Madalena		1.38
CS São Roque do Pico		2.00
CS Santa Cruz das Flores		1.33

3.7.8 Número de consultas de vigilância da gravidez

Tendo em conta o número de consultas de vigilância pré-natal, utilizámos o seguinte agrupamento: menos de 6; 6 a 12; 13 ou mais. Apenas verificámos significância estatística para a decisão em amamentar com a maior incidência nas mães com 13 ou mais consultas e a menor naquelas com menos de 6 consultas.

Quadro 3.71 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o número de consultas de vigilância da gravidez

Número de consultas de vigilância da gravidez		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000; Valor do teste: 18.416		
Menos de 6		1.26
6 a 12		1.22
13 ou mais		1.08

3.7.9 Opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância da gravidez

Na relação entre as variáveis apenas obtivemos resultados com significância estatística para a prática de amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida, em que a maior prevalência foi das que consideraram ter recebido informação suficiente. As que eram de opinião de que a informação tinha sido pouco foram as que menos amamentaram.

Quadro 3.72 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância

Quantidade de informação recebida		Média
Amamentação exclusiva até 2 M vida - Significância: 0.038 Valor do teste: 6.534		
Muita		1.43
Suficiente		1.32
Pouca		1.86

3.7.10 – Opinião sobre a qualidade de informação recebida durante a vigilância da gravidez

Existiu significância estatística apenas relativa à decisão para amamentar. Verificamos maior incidência por parte das mães que consideraram que a qualidade de informação foi muito má e as mães com menor incidência foram as que consideraram a informação boa.

Quadro 3.73 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e a opinião sobre a qualidade da informação recebida durante a vigilância

Qualidade da informação recebida		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 20.758		
Muito boa		1.09
Boa		1.24
Suficiente		1.23
Má		1.17
Muito má		1.00

3.7.11 Tipo de parto

A relação estatisticamente significativa verificou-se relativamente à decisão para amamentar e à amamentação na 1ª hora de vida,

No que se refere à decisão para amamentar, houve maior incidência nas que tiveram parto distócico, forceps e ventosa, respetivamente. As mães com parto eutócico foram as que demonstraram menor incidência.

Relativamente à concretização na 1ª hora de vida, foi mais incidente nas mães com parto por ventosa, seguindo-se forceps, depois parto eutócico e, por fim, os casos de cesariana.

Quadro 3.74 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e tipo de parto

Tipo de parto		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.048 Valor do teste: 7.907		
Eutócico		1.21
Distócico (cesariana)		1.20

Distócico (forceps)			1.10
Distócico (ventosa)			1.10
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 31.051			
Eutócico			1.23
Distócico (cesariana)			1.39
Distócico (forceps)			1.21
Distócico (ventosa)			1.20

3.7.12 Profissional que assistiu o parto

Em relação à decisão para amamentar, a incidência destacou as mães cuja assistência foi por parte de médico em conjunto com o EESMO, seguindo-se médico, EESMO e, por último, os casos de nascimento na SIV, no domicílio ou que a mãe não sabia quem assistiu.

Nas mães que amamentaram na 1ª hora de vida, a maior incidência foi para aquelas cujos partos foram assistidos por EESMO, seguindo-se as de médico, a seguir as de médico em conjunto com o EESMO e, por último, as que tiveram parto na SIV ou que não sabiam que profissional que assistiu o parto.

Quadro 3.75 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e profissional que assistiu o parto

Profissional que assistiu o parto			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.001 Valor do teste: 19.705			
Enfermeira parteira			1.22
Médico			1.18
Enfermeira parteira + médico			1.17
SIV			2.0
Domicílio			2.0
Não sabe			2.0
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 20.244			
Enfermeira parteira			1.23
Médico			1.32
Enfermeira parteira + médico			1.33
SIV			2.0
Domicílio			-
Não sabe			2.0

3.7.13 Tempo de gestação

Houve relação estatisticamente significativa apenas para a amamentação na 1ª hora de vida em que a maior incidência foi para as mães com gestação pós-termo e a menor pelas mães com gestação pré-termo.

Quadro 3.76 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e tempo de gestação

Tempo de gestação			Média
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.007 Valor do teste: 9.977			
Pré-termo			1.46
Termo			1.27
Pós-termo			1.20

3.7.14 Pessoa que tomou a iniciativa de amamentação na primeira hora de vida

A significância estatística revelou-se relativamente à amamentação na 1ª hora de vida, apenas. Neste

caso registou-se relação com todos os referidos como tendo a iniciativa da amamentação na 1ª hora de vida, exceto o pai.

Quadro 3.77 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e pessoa que tomou iniciativa de amamentação na primeira hora de vida

Pessoa que tomou iniciativa de amamentação na primeira hora de vida		Média
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 77.198		
Mãe		1.00
Pai		1.20
Enfermeira		1.00
Médico		1.00
Mãe + Pai		1.00
Mãe + Enfermeira		1.00
Pai + Enfermeira		1.00
Enfermeira + Médico		1.00
Todos		1.00

3.7.15 Motivos para não amamentação na primeira hora de vida

Há relação estatisticamente significativa com a decisão para amamentar, verificando-se que a maior evidência de não amamentação na 1ª hora de vida se deveu a motivos relacionados com o contexto da prestação de cuidados. Seguiram-se motivos relacionados com a criança, depois motivos relacionados com ambos (mãe e criança), motivos relacionados com a mãe e, por último, não querer amamentar.

Quadro 3.78 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e motivos para a não amamentação na primeira hora de vida

Motivos para não amamentação na primeira hora de vida		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 180.104		
Não quer amamentar		2.00
Não quis amamentar		---
Motivos relacionados com a Mãe		1.26
Motivos relacionados com a Criança		1.10
Motivos relacionados com Ambos		1.20
Motivos relacionados com o Contexto dos Cuidados		1.06

3.7.16 Momento de decisão quanto à amamentação

O momento em que a mãe tomou a decisão quanto à amamentação revelou significância estatística com a incidência (decisão para amamentar, a amamentação na primeira hora de vida) e a prevalência

(amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida e a amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida).

No que concerne à decisão para amamentar, a maior incidência foi por parte das mães que decidiram no 1º trimestre de gestação e a menor naquelas cuja decisão foi após o parto.

Houve maior incidência na 1ª hora de vida por parte das mães que tomaram a decisão antes de engravidar e no 1º trimestre, respetivamente, e menor incidência quando a decisão foi após o parto. A prática da amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida foi mais prevalente nas mães que tomaram a decisão antes de engravidar e menos prevalente nas que decidiram no 3º trimestre e após o parto, respetivamente.

A amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida registou maior prevalência nas mães que tomaram a decisão no 2º trimestre de gestação e menor prevalência nas que decidiram no 3º trimestre e após o parto, respetivamente.

Verificamos assim que quanto mais tarde foi a decisão para amamentar menor foi a incidência e a prevalência do AM.

Quadro 3.79 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e momento de decisão quanto à amamentação

Momento de decisão quanto à amamentação		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 138.941		
Antes de engravidar		1.14
1º Trimestre		1.10
2º Trimestre		1.14
3º Trimestre		1.43
No Parto		1.50
Após o Parto		1.74
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.002 Valor do teste: 19.414		
Antes de engravidar		1.25
1º Trimestre		1.25
2º Trimestre		1.32
3º Trimestre		1.47
No Parto		1.33
Após o Parto		1.50
Amamentação exclusiva até 2 M vida - Significância: 0.020 Valor do teste: 11.616		
Antes de engravidar		1.32
1º Trimestre		1.43
2º Trimestre		1.33
3º Trimestre		2.00
No Parto		---
Após o Parto		2.00
Amamentação exclusiva até 3 M vida - Significância: 0.033 Valor do teste: 10.497		
Antes de engravidar		1.42
1º Trimestre		1.50
2º Trimestre		1.40
3º Trimestre		2.00
No Parto		---
Após o Parto		2.00

3.7.17 Motivos para não amamentação exclusiva no internamento de puerpério

Verificamos relação estatisticamente significativa entre os motivos pelos quais as mães não praticaram amamentação exclusiva durante o internamento e a decisão para amamentar e a

amamentação na 1ª hora de vida.

Relativamente à decisão para amamentar a maior evidência foi quando os motivos se relacionam com o contexto da prestação de cuidados e quando a mãe não desejou fazê-lo nesse momento. A menor evidência foi para as mães que não queriam amamentar, denotando-se que, neste caso, nenhuma o fez.

Os motivos mais evidenciados para não amamentar na 1ª hora de vida foram imputados a ambos (mãe e criança) e também pelas mães que não pretendiam amamentar.

Quadro 3.80 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e motivos para não amamentação exclusiva no internamento

Motivos para não amamentação exclusiva no internamento			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 178.584			
Não quer amamentar			2.00
Não quis amamentar			1.00
Motivos relacionados com a Mãe			1.08
Motivos relacionados com a Criança			1.08
Motivos relacionados com Ambos			1.08
Motivos relacionados com o Contexto dos Cuidados			1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 26.091			
Não quer amamentar			1.77
Não quis amamentar			2.00
Motivos relacionados com a Mãe			1.35
Motivos relacionados com a Criança			1.45
Motivos relacionados com Ambos			1.31
Motivos relacionados com o Contexto dos Cuidados			1.33

3.7.18 Opinião sobre a qualidade da informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério

A opinião das mães relativamente à qualidade da informação que receberam por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério relacionou-se de modo significativo com a incidência, nomeadamente, a decisão para amamentar e a amamentação na 1ª hora de vida. Em ambos os casos, houve maior evidência por parte das mães que consideraram que a informação foi muito boa e menor evidência pelas que a entenderam como má.

Quadro 3.81 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e opinião sobre a qualidade da informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério

Opinião sobre a qualidade da			Média

informação recebida pelos enfermeiros no internamento de puerpério			
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 34.622			
Muito Boa			1.08
Boa			1.21
Suficiente			1.24
Má			1.33
Muito Má			1.18
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.018 Valor do teste: 11.864			
Muito Boa			1.22
Boa			1.26
Suficiente			1.36
Má			1.50
Muito Má			1.41

3.7.19 Opinião sobre o apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério

A opinião das mães acerca do apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério apresentou relação estatisticamente significativa com a decisão para amamentar e, neste particular, foi mais incidente nas que o consideraram muito bom e com menor incidência nas mães que o consideraram muito mau.

Quadro 3.82 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e opinião sobre o apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério

Opinião sobre o apoio recebido pelos enfermeiros no internamento de puerpério			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 36.126			
Muito Bom			1.05
Bom			1.14
Suficiente			1.06
Mau			1.33
Muito Mau			1.40

3.7.20 Dificuldades na amamentação

A presença de dificuldades na amamentação revelou relação estatisticamente significativa com a incidência, mais especificamente, decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida.

Quanto à decisão para amamentar, a maior incidência foi registada pelas mães que referiram não ter tido dificuldades. Nenhuma das mães que não souberam ou não responderam a esta situação amamentou. Também a maior incidência na 1ª hora de vida foi por parte das mães que indicaram não ter tido dificuldades e a menor nas que as indicaram.

Quadro 3.83 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e dificuldades na amamentação

Dificuldades na amamentação			Média

Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 36.126			
Sim			1.06
Não			1.03
Não sabe/Não responde			2.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 36.126			
Sim			1.22
Não			1.12
Não sabe/Não responde			1.17

3.7.21 Tipo de dificuldades na amamentação

O tipo de dificuldades de amamentação relacionou-se de modo significativo com a decisão para amamentar, registando-se maior incidência nas relacionadas com a mãe e com ambos (mãe e criança) e menor incidência nas relacionadas com a criança.

Quadro 3.84 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e tipo de dificuldades na amamentação

Tipo de dificuldades na amamentação			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.008 Valor do teste: 9.633			
Relacionado com a Mãe			1.04
Relacionado com a Criança			1.11
Relacionado com Ambos			1.04

3.7.22 Opinião do marido/companheiro relativamente à amamentação

A opinião atual do marido/companheiro face à amamentação relacionou-se significativamente com a decisão para amamentar, a amamentação na 1ª hora de vida e a amamentação exclusiva até aos 2 e os 3 meses de vida.

Concernente à decisão para amamentar, registou-se maior incidência nas mães cujo marido/companheiro tinham uma opinião favorável à amamentação e menor incidência nas que a opinião do marido/companheiro era indiferente e, a seguir, desfavorável. Relativamente à amamentação na 1ª hora de vida, a maior incidência foi para as mães cuja opinião do marido/companheiro era ambivalente e a menor incidência para a opinião favorável. A amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida foi mais prevalente nas mães que referiram desconhecer a opinião do marido/companheiro e, de seguida, favorável. Nenhuma mãe que referiu que o marido/companheiro tinha uma opinião desfavorável, indiferente ou ambivalente, amamentou. Resultados semelhantes registaram-se para a amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida.

Quadro 3.85 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e opinião atual do marido/companheiro relativamente à amamentação

Opinião do marido/companheiro relativamente à amamentação		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.008 Valor do teste: 9.633		
Favorável		1.09
Desfavorável		1.65
Indiferente		1.64
Ambivalente		1.17
Não sabe		1.50
Não tem marido/companheiro		1.29
Concorda com a opção da esposa em não amamentar		2.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.008 Valor do teste: 9.633		
Favorável		1.22
Desfavorável		1.71
Indiferente		1.59
Ambivalente		1.18
Não sabe		1.45
Não tem marido/companheiro		1.57
Concorda com a opção da esposa em não amamentar		1.84
Amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida - Significância: 0.008 Valor do teste: 9.633		
Favorável		1.34
Desfavorável		2.00
Indiferente		2.00
Ambivalente		2.00
Não sabe		1.33
Não tem marido/companheiro		---
Concorda com a opção da esposa em não amamentar		1.84
Amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida - Significância: 0.008 Valor do teste: 9.633		
Favorável		1.43
Desfavorável		2.00
Indiferente		2.00
Ambivalente		2.00
Não sabe		1.33
Não tem marido/companheiro		---
Concorda com a opção da esposa em não amamentar		2.00

3.7.23 Foi amamentada

O facto de ter sido amamentada teve relação estatisticamente significativa com a incidência (decisão para amamentar; amamentação na 1ª hora de vida) e prevalência (amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida; amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida; amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida). Tanto a incidência como a prevalência se relacionaram com o facto de ter sido amamentada.

Quadro 3.86 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e foi amamentada

Foi amamentada		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 31.533		
Sim		1.13
Não		1.25
Não sabe		1.32
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 17.574		
Sim		1.23
Não		1.34
Não sabe		1.36
Amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida - Significância: 0.005 Valor do teste: 10.669		
Sim		1.31
Não		1.39
Não sabe		1.79
Amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida - Significância: 0.013 Valor do teste: 8.618		
Sim		1.39
Não		1.51
Não sabe		1.79
Amamentação não exclusiva até 12 meses de vida - Significância: 0.037 Valor do teste: 6.578		
Sim		1.68
Não		1.71
Não sabe		1.92

3.7.24 Amamentação dos outros filhos

Ter amamentado os outros filhos apresentou significância estatística relativamente à incidência da amamentação, nomeadamente, decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida. Em ambos os casos, as mães que o fizeram anteriormente aderiram mais no presente caso.

Quadro 3.87 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e amamentação dos outros filhos

Amamentação dos outros filhos		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 31.533		
Sim		1.13
Não		1.61
Uns sim, outros não		1.63
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 17.574		
Sim		1.19
Não		1.54
Uns sim, outros não		1.57

3.7.25 Tempo de amamentação dos outros filhos

O tempo de amamentação dos outros filhos apresentou relação estatisticamente significativa com todos indicadores de incidência e prevalência à exceção de amamentação exclusiva no internamento. Em todos os casos o padrão foi o mesmo: a maior evidência de amamentação nos casos em que a mãe amamentou mais tempo e a menor evidência quando amamentou menos de 1 mês.

Quadro 3.88 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e tempo de amamentação dos outros filhos

Tempo de amamentação dos outros filhos		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 28.105		
Menos de 1 mês		1.22
2-3 meses		1.13
4 a 6 meses		1.01
7 a 12 meses		1.08
13 a 24 meses		1.00
Mais de 24 meses		1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.005 Valor do teste: 16.798		
Menos de 1 mês		1.27
2-3 meses		1.22
4 a 6 meses		1.09
7 a 12 meses		1.16
13 a 24 meses		1.07
Mais de 24 meses		1.00
Amamentação Exclusiva até 2 meses de vida- Significância: 0.000 Valor do teste: 32.798		
Menos de 1 mês		1.71
2-3 meses		1.23
4 a 6 meses		1.17
7 a 12 meses		1.00
13 a 24 meses		1.00
Mais de 24 meses		1.00
Amamentação Exclusiva até 3 meses de vida- Significância: 0.000 Valor do teste: 38.137		
Menos de 1 mês		1.77
2-3 meses		1.33
4 a 6 meses		1.18
7 a 12 meses		1.00
13 a 24 meses		1.00
Mais de 24 meses		1.00
Amamentação Exclusiva até 6 meses de vida- Significância: 0.000 Valor do teste:50.680		
Menos de 1 mês		1.96
2-3 meses		1.81
4 a 6 meses		1.67
7 a 12 meses		1.24
13 a 24 meses		1.13
Mais de 24 meses		1.00
Amamentação não exclusiva até 12 meses de vida- Significância: 0.000 Valor do teste: 34.424		
Menos de 1 mês		1.87
2-3 meses		1.68
4 a 6 meses		1.67
7 a 12 meses		1.53
13 a 24 meses		1.11
Mais de 24 meses		1.00

3.7.26 Motivo porque não amamentou os outros filhos

O motivo porque não amamentou os outros filhos teve relação estatisticamente significativa com a decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida. Em ambos os casos a maior incidência foi quando os motivos se relacionaram com os cuidados de saúde e a menor quando os motivos eram relacionados com elas mesmas.

Quadro 3.89 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e motivo porque não amamentou os outros filhos

Motivo porque não amamentou os outros filhos			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.005 Valor do teste: 13.013			
Motivos relacionados com a mãe			1.68
Motivos relacionados com a criança			1.33
Motivos relacionados com ambos			1.50
Motivos relacionados com os cuidados de saúde			1.00
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 16.798			
Motivos relacionados com a mãe			1.67
Motivos relacionados com a criança			1.16
Motivos relacionados com ambos			1.38
Motivos relacionados com os cuidados de saúde			1.00

3.7.27 Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos

A opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos demonstrou associação estatisticamente significativa com a incidência (decisão para amamentar; amamentação na 1ª hora de vida) e a prevalência (AM exclusivo nos primeiros 2 meses de vida; AM exclusivo nos primeiros 3 meses de vida). De um modo geral, houve mais mães a amamentarem quando essa opinião era favorável e menos quando o marido/companheiro apoiara a sua decisão em não amamentar.

Quadro 3.90 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos.

Opinião do marido /companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 95.311			
Favorável			1.11
Desfavorável			1.46
Indiferente			1.42
Ambivalente			1.14
Não sabe			1.40
Concorda com a opção da esposa em não amamentar			2.00
É outro			1.14
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 50.967			
Favorável			1.17
Desfavorável			1.45
Indiferente			1.39
Ambivalente			1.00
Não sabe			1.40

Concorda com a opção da esposa em não amamentar			1.83
É outro			1.33
Amamentação Exclusiva até 2 meses de vida- Significância: 0.021 Valor do teste: 13.262			
Favorável			1.27
Desfavorável			1.00
Indiferente			2.00
Ambivalente			1.00
Não sabe			1.25
Concorda com a opção da esposa em não amamentar			2.00
Amamentação Exclusiva até 3 meses de vida- Significância: 0.013 Valor do teste: 14.480			
Favorável			1.34
Desfavorável			1.00
Indiferente			2.00
Ambivalente			1.33
Não sabe			1.25
Concorda com a opção da esposa em não amamentar			2.00

3.7.28 Vantagens do AM para a mãe

O reconhecimento de vantagens do AM para a mãe apresentou relações estatisticamente significativas com a incidência do AM (decisão para amamentar e a amamentação na 1ª hora de vida). Para ambas as situações, a maior incidência foi por parte das mães que apontaram vários tipos de vantagens e amamentaram menos as que entendiam que não existem vantagens.

Quadro 3.91 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e as vantagens do AM para a mãe

Vantagens do AM para a mãe			Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 143.794			
Físicas			1.22
Emocionais			1.10
Sociais			1.33
Pragmáticas			1.16
Mistas			1.06
Não sabe			1.46
Não tem			1.56
Inespecífico			1.34
Não responde			1.40
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.000 Valor do teste: 70.967			
Físicas			1.27
Emocionais			1.26
Sociais			1.43
Pragmáticas			1.19
Mistas			1.24
Não sabe			1.49
Não tem			1.72
Inespecífico			1.38
Não responde			1.28

3.7.29 Desvantagens do AM para a mãe

As desvantagens do AM para a mãe tiveram relação estatisticamente significativa com incidência (decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida). Na decisão para amamentar, houve maior adesão por parte das mães que apontaram desvantagens inespecíficas e menor nas que referiam não saber. Relativamente à amamentação na 1ª hora de vida, a maior adesão foi pelas mães

que apontaram desvantagens pragmáticas e a menor adesão pelas que referiram desconhecer desvantagens.

Quadro 3.92 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e as desvantagens do AM para a mãe

Desvantagens do AM para a mãe		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 63.331		
Físicas		1.17
Emocionais		1.09
Sociais		1.08
Pragmáticas		1.08
Mistas		1.16
Não sabe		1.47
Não tem		1.16
Inespecífico		1.00
Não responde		1.29
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.007 Valor do teste: 21.247		
Físicas		1.26
Emocionais		1.23
Sociais		1.23
Pragmáticas		1.17
Mistas		1.27
Não sabe		1.49
Não tem		1.26
Inespecífico		1.30
Não responde		1.27

3.7.30 Vantagens do AM para a criança

A opinião da mãe sobre as vantagens do AM para a criança revelou relação estatisticamente significativa com a incidência (decisão para amamentar; amamentação na 1ª hora de vida) e a prevalência (amamentação exclusiva nos primeiros 2 meses de vida; amamentação exclusiva nos primeiros 3 meses de vida). Aderiram mais à amamentação as mães que apontaram vantagens pragmáticas para a criança e aderiram menos as que reconheceram desvantagens sociais bem como as que entendiam, respetivamente, que não tem vantagens para a criança ou que não é melhor do que o leite artificial.

À primeira hora de vida a incidência foi mais elevada nas mães que reconheiam vantagens pragmáticas para a criança, e menos nas que indicaram vantagens sociais.

A prevalência da amamentação até aos 2 e 3 meses de vida apresentou um padrão semelhante: mais elevado por parte das mães que reconheceram vantagens pragmáticas para a criança e mais baixa para as que referiram vantagens emocionais.

Quadro 3.93 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e as vantagens do AM para a criança

Vantagens do AM para a criança		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 127.263		
Físicas		1.21
Emocionais		1.20
Sociais		2.00
Pragmáticas		1.00
Não é melhor que o leite artificial		2.00
Mistas		1.05
Não sabe		1.68
Não tem		2.00
Inespecífico		1.24
Não responde		1.82
Amamentação na 1ª hora de vida - Significância: 0.007 Valor do teste: 37.188		
Físicas		1.30
Emocionais		1.43
Sociais		2.00
Pragmáticas		1.00
Não é melhor que o leite artificial		---
Mistas		1.18
Não sabe		1.61
Não tem		1.50
Inespecífico		1.26
Não responde		1.63
Amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida- Significância: 0.023 Valor do teste: 11.313		
Físicas		1.41
Emocionais		2.00
Sociais		---
Pragmáticas		1.00
Não é melhor que o leite artificial		---
Mistas		1.24
Não sabe		---
Não tem		---
Inespecífico		1.67
Não responde		---
Amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida- Significância: 0.014 Valor do teste: 14.280		
Físicas		1.50
Emocionais		2.00
Sociais		---
Pragmáticas		1.00
Não é melhor que o leite artificial		---
Mistas		1.30
Não sabe		---
Não tem		---
Inespecífico		1.75
Não responde		2.00

3.7.31 Desvantagens do AM para a criança

A opinião das mães sobre as desvantagens do AM para a criança revelou associação estatisticamente significativa com a decisão para amamentar. A incidência foi superior nas mães que apontaram

desvantagens inespecíficas para a criança e foi inferior nas que reportaram desvantagens emocionais.

Quadro 3.94 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e as desvantagens do AM para a criança

Desvantagens do AM para a criança		Média
Decisão para amamentar - Significância: 0.000 Valor do teste: 29.297		
Físicas		1.24
Emocionais		1.44
Sociais		---
Pragmáticas		1.14
Mistas		1.25
Não sabe		1.41
Não tem		1.16
Inespecífico		1.00
Não responde		1.21

3.7.32 Mais positivo na experiência de AM

Registámos relação estatisticamente significativa entre o que as mães consideraram mais positivo na experiência de AM e a prevalência do AM exclusivo até aos 2, 3 e 6 meses bem como ao AM não exclusivo até aos 12 meses. Nos vários momentos, o mais positivo foi a dimensão pragmática e o menos positivo foi a dimensão emocional (2 e 3 meses de vida) e a dimensão física da mãe (6 e 12 meses de vida).

Quadro 3.95 – Comparação entre a incidência e prevalência da amamentação e o que foi mais positivo na experiência de AM

Mais positivo na experiência de AM		Média
Amamentação Exclusiva até 2 meses - Significância: 0.000 Valor do teste: 47.488		
Vínculo mãe/filho		1.30
Saúde da criança		1.40
Dimensão física da mãe		---
Dimensão emocional		2.00
Dimensão pragmática		1.00
Várias		1.17
Inespecífico		1.83
Nada		1.98
Amamentação Exclusiva até 3 meses - Significância: 0.000 Valor do teste: 41.244		
Vínculo mãe/filho		1.46
Saúde da criança		1.48
Dimensão física da mãe		---
Dimensão emocional		2.00
Dimensão pragmática		1.20
Várias		1.22
Inespecífico		1.86
Nada		1.94
Amamentação Exclusiva até 6 meses - Significância: 0.005 Valor do teste: 20.280		
Vínculo mãe/filho		1.79
Saúde da criança		1.77
Dimensão física da mãe		2.00
Dimensão emocional		2.00
Dimensão pragmática		1.33
Várias		1.66
Inespecífico		1.92

Nada			2.00
Amamentação Não Exclusiva até 12 meses - Significância: 0.002 Valor do teste: 22.587			
Vínculo mãe/filho			1.73
Saúde da criança			1.69
Dimensão física da mãe			2.00
Dimensão emocional			2.00
Dimensão pragmática			1.44
Várias			1.61
Inespecífico			1.94
Nada			1.95

3.8 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida

Com recurso à moda (frequência que se apresentou mais vezes) apresentamos a caracterização das mães que praticaram amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e não exclusiva até aos 12 meses de vida, segundo a natureza dos dados: sociodemográficos; gravidez; parto; puerpério; experiências com o AM.

3.8.1 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados sociodemográficos

Quadro 3.96 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados sociodemográficos

Dados	6 meses	12 meses
Idade	35 (Min. 22; Máx. 44)	31 (Min. 22; Máx. 44)
Trabalha fora de casa	Sim	Sim
Grupo Profissional	2	2
Naturalidade	Ponta Delgada	Ponta Delgada
Residência	Ponta Delgada	Ponta Delgada
Distância Residência/Trabalho	1-3 Km	1-3 Km
Estado Civil	Casada/união de facto	Casada/união de facto
Nº filhos	2	2
Tipologia familiar	Nuclear com filhos	Nuclear com filhos
Escolaridade	Ensino secundário	Licenciatura

3.8.2 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados da gravidez

Quadro 3.97 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados da gravidez

Dados	6 meses	12 meses
Local vigilância	Centro Saúde ¹⁶	Centro Saúde ¹⁷
Centro de Saúde de vigilância	Ponta Delgada	Ponta Delgada
Nº consultas	15	10
Preparação para o parto	Não	Não
Local de preparação para o parto (quando existiu)	Centro de Saúde	Centro de Saúde
Receção de informação profissional sobre AM	Sim	Sim

¹⁶ Incluindo, também, vários locais de vigilância

¹⁷ Incluindo, também, vários locais de vigilância

Quantidade informação profissional recebida sobre AM	Suficiente	Suficiente
Qualidade informação profissional recebida sobre AM	Boa	Boa
Profissional de saúde que proporcionou informação sobre AM	Enfermeiro	Enfermeiro
Fontes de informação não profissional sobre AM	1) Amiga 2) Livros/revistas 3) Internet	1) Amiga 2) Internet 3) Livros/revistas
Intercorrências na gravidez	Não	Não

3.8.3 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do parto

Quadro 3.98 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do parto

Dados	6 meses	12 meses
Tipo parto	Eutócico	Eutócico
Profissional que assistiu ao parto	Médico	Médico
Decisão para amamentar	Sim	Sim
Momento da decisão para AM	Antes de engravidar	Antes de engravidar
Iniciativa de AM 1ª hora de vida	Mãe EESMO	Mãe EESMO
Motivos para não amamentar na 1ª hora de vida	Motivos relacionados com o contexto dos cuidados	Motivos relacionados com a mãe Motivos relacionados com o contexto dos cuidados
Intercorrências na gravidez	Não	Não

3.8.4 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do puerpério

Quadro 3.99 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – dados do puerpério

Dados	6 meses	12 meses
AM exclusivo	Sim	Sim
Motivos para não AM exclusivo	Motivos relacionados com a mãe	Motivos relacionados com a mãe
Uso de chupeta	Sim	Sim
Uso de mamilos de silicone	Não	Não
Alojamento conjunto	Sim	Sim
Intercorrências no puerpério	Não	Não
Informação recebida pelos enfermeiros	Muito boa	Muito boa
Apoio recebido pelos enfermeiros	Muito bom	Muito bom
Dificuldades no AM	Não	Não
Tipo de dificuldades (quando existiu)	Relacionadas com a mãe	Relacionadas com a mãe Relacionadas com a criança
Opinião do marido/companheiro face ao AM	Favorável	Favorável

3.8.5 Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – experiências com AM

Quadro 3.100 – Mães que amamentaram até aos 6 e aos 12 meses de vida – experiências com AM

Dados	6 meses	12 meses
Foi amamentada	Sim	Sim
Amamentação aos outros filhos	Sim	Sim
Tempo amamentação outros filhos	9 meses	3 meses
Dificuldades no AM dos outros filhos	Não	Não
Vantagens do AM para a mãe	1) Mistas 2) Físicas 3) Emocionais	1) Mistas 2) Físicas 3) Emocionais
Desvantagens do AM para a mãe	Físicas	Não tem
Vantagens do AM para a criança	Físicas	Físicas
Desvantagens do AM para a criança	Não tem	Não tem
Introdução de outros alimentos	6 meses	6 meses
O que foi mais positivo na experiência de AM	1) Várias razões 2) Vínculo mãe/filho 3) Saúde da criança	1) Várias razões 2) Vínculo mãe/filho 3) Saúde da criança
Dificuldades na prática do AM	Físicas	Físicas
Quem proporcionou mais apoio	1) Várias pessoas 2) Marido/companheiro 3) Enfermeira	1) Várias pessoas 2) Marido/companheiro Enfermeira

Conclusões e Limitações

Esta investigação pretendeu contribuir para a compreensão do fenómeno da amamentação na RAA pelo que foram formulados os seguintes objetivos:

- 1) Determinar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida de acordo com os Indicadores Centrais (Core) Opcionais e de Qualidade estabelecidos pela OMS;
- 2) Relacionar a incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida com fatores socio culturais e de saúde da família.

O conhecimento revelado relaciona-se, de modo primordial, com a sistematização e a evidência científica da prática da amamentação nos Açores. Incide em profundidade na temática a partir dos seguintes eixos de dados: sociodemográficos; dados relativos à gravidez; dados sobre o parto; dados relativos ao puerpério; dados relativos a experiências com o AM. Estuda a amamentação na RAA até aos 12 meses de vida.

Participaram 1105 mães, número que corresponde a quem respondeu ao questionário inicial no último dia de internamento nos serviços de obstetrícia dos dois hospitais que colaboraram (Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada e Hospital da Horta). Destas, 62 (5.6%) não aceitaram contato posterior e 217 (19.6%) decidiu não amamentar.

Apresentamos as conclusões de modo a ir ao encontro dos objetivos formulados e de acordo com os eixos indicados antes.

Atendendo ao número muito elevado de resultados expomos os que se destacaram. Os investigadores mostram-se disponíveis para aprofundar outros dados consoante a natureza da sua finalidade.

Apresentamos os dados de modo sintético, indicando quando é maioria. Sempre que considerarmos pertinentes, apresentamos os resultados mais representados e/ou os extremos.

A Prática do AM na RAA

A grande maioria das mães decidiram amamentar, sendo que quase metade tomou essa decisão antes de engravidar e quase um quarto no 1º trimestre da gravidez, o que revela que esta decisão foi num momento precoce da vida relativamente à presente experiência. Os motivos para não amamentar, quando especificados, foram, em primeiro lugar, falta de motivação, em segundo, alegadas razões médicas e, em terceiro, má experiência anterior e medo da dor, respetivamente.

A maioria das mães amamentou na 1ª hora de vida, sendo que a iniciativa para o fazer foi em primeiro lugar de si mesma e em segundo lugar Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica. Quando tal não sucedeu foi por: 1) motivos relacionados com a mãe (nomeadamente, cansaço, dor e complicações pós-parto); 2) motivos relacionados com a criança (destacando-se a falta de

colaboração do recém-nascido); 3) motivos relacionados com o contexto de cuidados (necessidade de prestação de cuidados à mãe e/ou ao recém-nascido, e iniciativa de administração de biberon). Na maioria dos casos foi praticada amamentação exclusiva durante o internamento. Quando não sucedeu, foi por: 1) motivos relacionados com a mãe (indicados no parágrafo anterior); 2) motivos relacionados com a criança (também indicados anteriormente); 3) posterior decisão da mãe de não querer amamentar.

Apenas 103 mães (9.3%) amamentava aos 12 meses de vida. Os principais momentos desistência foram, por ordem decrescente: antes do primeiro mês; 3 e 6, respetivamente; 1 e 2 meses, respetivamente. Aos 3 meses a amamentação exclusiva era praticada por 100 (9.0%) mães e aos 6 meses por 61 (5.5%). O principal motivo de desistência esteve relacionado com a mãe, nomeadamente, desconforto, dor, cansaço, falta de motivação, entre outros, seguindo-se os relacionados com o trabalho da mãe e os advindos do contexto da prestação de cuidados, neste caso, com evidência para a introdução de leite artificial.

Os novos alimentos foram introduzidos: 1) 6 meses; 2) 5 meses; 3) 4 meses.

Na prática da amamentação, o que foi mais positivo: 1) dimensão emocional; 2) vinculação mãe-filho; 3) dimensão física da criança.

As dificuldades na amamentação foram 1) físicas; 2) pragmáticas.

A principal fonte de apoio para as mães que amamentaram foi o marido/companheiro. Seguiu-se o Enfermeiro e, depois, a mãe.

Caracterização sociodemográfica das mães participantes

Local do parto: HDES (maioria);

Idade média geral: 30 anos; Idade média das primíparas: 28 anos; Amplitude etária: 13-47 anos;

Naturalidade, por concelho: 1º Ponta Delgada; 2º Ribeira Grande; 3º outros concelhos de Portugal/outros países;

Residência, por concelho: 1º Ponta Delgada; 2º Ribeira Grande; Horta;

Estado civil: Casada/união de facto (maioria);

Número de filhos (incluindo o do parto atual): 1) 1º filho; 2) 2º filho; 3) 3º filho;

Tipologia do agregado familiar: Nuclear com filhos (maioria);

Escolaridade: 1) Ensino secundário; 2) 3º ciclo; 3) 2º ciclo (...) pós-graduação (9 – 0.8%); doutoramento (1 – 0.1%);

Profissão: 1) grupo 2; 2) grupo 5; 3) Doméstica;

Atividade laboral fora do domicílio: Sim (maioria);

Distância entre a residência e o local de trabalho: 1) 1-3 Km 2) 4-6 Km; 3) 11-15 Km;

Dados relativos à gravidez

A maioria das mães planeou a gravidez.

O número médio de consultas de vigilância de gravidez foi de 9.9. O local de vigilância mais representado foi o centro de saúde, seguindo-se centro de saúde e médico obstetra privado e, depois, centro de saúde e em consulta de alto risco/consulta externa.

O centro de saúde mais representado foi o de Ponta Delgada, seguindo-se o da Ribeira Grande, de Vila Franca do Campo e da Horta.

A grande maioria das mães não fez preparação para o parto. Quando existente, a maioria fê-lo no centro de saúde.

A maioria refere a existência de informação sobre AM durante a gravidez sendo, em larga maioria, o enfermeiro quem mais proporcionou esta informação. Relativamente à quantidade de informação profissional recebida, as mães consideraram-na suficiente e boa. A fonte não profissional de informação sobre AM durante a gravidez foi a internet, seguindo-se livros/revistas e, depois, a mãe da participante.

A maioria das mães não teve intercorrências durante a gravidez. Quando existiram, as três mais representadas foram: 1) distúrbios hipertensivos da gravidez; 2) diabetes gestacional; 3) ameaça de aborto.

Dados relativos ao parto e tomada de decisão quanto à amamentação e puerpério

O tempo médio de gestação foi de 276 dias, portanto, gestação de termo.

A maioria das mães teve parto eutócico. O profissional que assistiu ao parto foi, em primeiro lugar, o médico.

Durante o internamento de puerpério a informação recebido relativamente ao AM foi muito boa e boa e o apoio foi, maioritariamente, muito bom.

A grande maioria das mães praticou alojamento conjunto. Quando tal não sucedeu foi, na grande maioria, por motivos relacionados com a criança.

A maioria das mães forneceu chupeta ao recém-nascido.

A maioria não recorreu a mamilos de silicone.

A maioria das mães afirmou que a opinião do marido/companheiro relativamente ao AM era favorável.

Quase metade das mães referiu ter experimentado dificuldades na amamentação: 1) relacionadas com ambos (mãe e recém-nascido); 2) relacionadas com a mãe; 3) relacionadas com o recém-nascido.

A maioria das mães não teve intercorrências durante o puerpério. Quando existiu, a mais referida foi dor, de acordo com o tipo de parto.

Dados relativos a experiências com o AM

A maioria das mães afirmou ter sido amamentada e ter amamentado os outros filhos. Das que amamentaram anteriormente, a maioria reconheceu ter tido dificuldades, em primeiro lugar relacionadas consigo, em segundo lugar com a criança e em terceiro lugar com ambos.

Os motivos para não amamentar os outros filhos foram imputados a si mesmas pela maioria das participantes.

A maioria afirmou que o marido/companheiro apresentava uma opinião favorável à amamentação aquando das experiências anteriores.

No que concerne às vantagens do AM para a mãe, as participantes reconheceram-nas segundo a seguinte natureza: 1) mistas; 2) físicas. A terceira posição é ocupada pelas que afirmaram não saber. Nas vantagens do AM para a criança, a indicação foi: 1) físicas (maioria); 2) mistas; 3) inespecíficas. Nas desvantagens do AM para a mãe surgiu em primeiro lugar o reconhecimento de que não existem, em segundo lugar as físicas e em terceiro lugar a indicação de que não sabem ou não responderem.

A maioria das mães considerou que não existem desvantagens do AM para a criança.

Incidência e prevalência do AM na RAA até aos 12 meses de vida e sua relação com fatores socioculturais e de saúde da família

Em termos de indicadores para medir a **incidência** do AM recorreremos à decisão para amamentar e amamentação na 1ª hora de vida.

A **prevalência** foi analisada através de: AM exclusivo aos 2 meses de vida; AM exclusivo aos 3 meses de vida; AM exclusivo aos 6 meses de vida; AM não exclusivo aos 12 meses de vida.

Na apresentação das relações estatisticamente significativas e, atendendo ao número muito elevado das existentes, seguimos os indicadores acima referidos e, sempre que pertinente, referimos o que se destacou. Quando não indicarmos mais e menos destaque, estamos a apresentar o que se evidenciou mais.

Incidência

A **decisão para amamentar** apresentou relação (estatisticamente significativa) com:

- Idade da mãe (mais destaque: 31-40 anos; menos destaque: 13-19 anos)
- Grupo profissional (mais destaque: grupos 6, 7 e inespecífico; menos destaque: grupo 8 e domésticas)
- Tipologia do agregado familiar: indefinido; nuclear com filhos
- Escolaridade (mais destaque: doutoramento; mestrado; pós-graduação; licenciatura; menos destaque: 1º ciclo; analfabeta; 2º ciclo).
- Local de vigilância da gravidez; centro de saúde
- Centro de saúde de vigilância: Lajes do Pico; São Roque do Pico

- Nº de consultas de vigilância pré-natal: 13 ou mais
- Tipo de parto: distócico (ventosa); distócico (forceps).
- Profissional que assistiu ao parto: Enfermeira parteira.
- Momento de decisão quanto ao AM: 1º trimestre
- Opinião sobre a qualidade de informação recebida durante o internamento no puerpério: Muito boa
- Opinião sobre o apoio recebido por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério: Muito bom
- Existência de dificuldades na amamentação: não tiveram dificuldades (as mães que mais decidiram amamentar foram as que referiram não apresentar dificuldades)
- Tipo de dificuldades na amamentação: das mães que as indicaram, as que mais evidenciaram decisão por amamentar foram as que reconheceram dificuldades relacionadas consigo mesmas e com ambos (mãe e criança)
- Opinião do marido/companheiro relativamente ao AM: Favorável.
- Foi amamentada: Sim
- Amamentação dos outros filhos: Sim
- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: 13 a 24 meses; mais de 24 meses; 4 a 6 meses; menos destaque: menos de 1 mês; 2 a 3 meses.
- Motivos porque não amamentou os outros filhos: relacionados com os cuidados de saúde
- Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos: Favorável
- Vantagens do AM para a mãe: Emocionais
- Desvantagens do AM para a mãe: Inespecífico; sociais; pragmáticas
- Vantagens do AM para a criança: Pragmáticas; mistas
- Desvantagens do AM para a criança: Inespecífico; pragmáticas; não tem

A **amamentação na 1ª hora de vida** apresentou relação (estatisticamente significativa) com:

- Idade da mãe (mais destaque: 31-40 anos; menos destaque: 13-19 anos)
- Grupo profissional (mais destaque: grupo 1 e inespecífico; menos destaque: grupo 8)
- Estado civil: 1) viúva; 2) casada/união de facto
- Tipologia do agregado familiar: indefinido; nuclear com filhos
- Escolaridade (mais destaque: doutoramento; mestrado menos destaque: 1º ciclo; analfabeta; 1º ciclo).
- Centro de saúde de vigilância: São Roque do Pico

- Opinião sobre a quantidade de informação recebida sobre AM durante a vigilância da gravidez: Muito má; muito boa.
- Tipo de parto: distócico (ventosa); distócico (forceps).
- Profissional que assistiu ao parto: Enfermeira parteira.
- Tempo de gestação: pós termo
- Pessoa que tomou iniciativa de AM na 1ª hora de vida: todos os indicados (mãe, enfermeira, médico), sendo o pai a pessoa com menor destaque.
- Momento de decisão quanto ao AM: antes de engravidar; 1º trimestre
- Motivos para não amamentação exclusiva no internamento: Motivos relacionados com ambos; motivos relacionados com o contexto de cuidados
- Opinião sobre a qualidade de informação recebida sobre AM durante o internamento no puerpério: Boa; muito boa.
- Opinião sobre o apoio recebido por parte dos enfermeiros durante o internamento no puerpério: Muito bom; suficiente.
- Existência de dificuldades na amamentação: não tiveram dificuldades (as mães que mais amamentaram na 1ª hora de vida foram as que referiram não apresentar dificuldades)
- Tipo de dificuldades na amamentação: das mães que as indicaram, as que mais evidenciaram decisão por amamentar foram as que as reconheceram dificuldades relacionadas consigo mesmas e com ambos (mãe e criança)
- Opinião do marido/companheiro relativamente ao AM: Ambivalente.
- Foi amamentada: Sim
- Amamentação dos outros filhos: Sim
- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: mais de 24 meses; 13 a 24 meses; 4 a 6 meses; menos destaque: menos de 1 mês; 2 a 3 meses.
- Motivos porque não amamentou os outros filhos: relacionados com os cuidados de saúde
- Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos: Ambivalente; favorável
- Vantagens do AM para a mãe: Pragmáticas
- Desvantagens do AM para a mãe: Pragmáticas
- Vantagens do AM para a criança: Pragmáticas; mistas
- Desvantagens do AM para a criança: Pragmáticas

Prevalência

A **amamentação exclusiva até aos 2 meses de vida** apresentou relação (estatisticamente

significativa) com:

- Idade da mãe (mais destaque: 31-40 anos; menos destaque: 13-19 anos – nenhuma mãe deste grupo etário amamentava aos 2 meses)
- Tipologia do agregado familiar: Monoparental
- Escolaridade (mais destaque: pós-graduação; menos destaque: 2º ciclo).
- Opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância pré-natal: Suficiente.
- Momento de decisão quanto ao AM: antes de engravidar.
- Opinião do marido/companheiro relativamente ao AM: Não sabe; Favorável.
- Foi amamentada: Sim
- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: 7 a 12 meses; 13 a 24 meses; mais de 24 meses; menos destaque: 4 a 6 meses).
- Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos: Desfavorável; ambivalente.
- Vantagens do AM para a criança: Pragmáticas
- O que foi mais positivo na experiência de AM: Dimensão pragmática; várias

A **amamentação exclusiva até aos 3 meses de vida** apresentou relação (estatisticamente significativa) com:

- Idade da mãe (mais destaque: 31-40 anos; menos destaque: 13-19 anos – nenhuma mãe deste grupo etário amamentava aos 3 meses ou posteriormente)
- Tipologia do agregado familiar: Monoparental
- Escolaridade (mais destaque: pós-graduação; menos destaque: 2º ciclo).
- Opinião sobre a quantidade de informação recebida durante a vigilância pré-natal: Suficiente.
- Momento de decisão quanto ao AM: 2º trimestre; antes de engravidar.
- Opinião do marido/companheiro relativamente ao AM: Não sabe.
- Foi amamentada: Sim
- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: 7 a 12 meses; 13 a 24 meses; mais de 24 meses; menos destaque: menos de 1 mês).
- Opinião do marido/companheiro sobre a experiência de amamentação dos outros filhos: Desfavorável.
- Vantagens do AM para a criança: Pragmáticas
- O que foi mais positivo na experiência de AM: Dimensão pragmática; várias

A **amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida** apresentou relação (estatisticamente significativa) com:

- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: mais de 24 meses; menos destaque: menos de 1 mês).
- O que foi mais positivo na experiência de AM: Dimensão pragmática
- Dificuldades na prática do AM desta criança: Dimensão Sociais

A **amamentação não exclusiva até aos 12 meses de vida** apresentou relação (estatisticamente significativa) com:

- Grupo profissional: 7, 8 e inespecífico
- Escolaridade (Mais destaque: Mestrado; menos destaque: 2º ciclo; 1º ciclo).
- Centro de Saúde de vigilância pré-natal: Madalena; Santa Cruz das Flores
- Foi amamentada: Sim
- Tempo de amamentação dos outros filhos (mais destaque: mais de 24 meses; menos destaque: menos de 1 mês).
- O que foi mais positivo na experiência de AM: Dimensão pragmática
- Dificuldades na prática do AM desta criança: Dimensão Sociais

Consideramos a existência de principalmente duas limitações: a inexistência de participantes cujo parto tenha ocorrido no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira e o largo tempo decorrido entre a colheita de dados e a divulgação dos mesmos. Ainda assim e, relativamente à primeira limitação, entendemos que esta investigação proporciona conhecimento relativo à RAA ainda que a falta de dados relativos à segunda instituição prestadora de cuidados do arquipélago imponha cautela nas interpretações dos resultados.

Implicações do Estudo

Não obstante as limitações apontadas, defendemos que esta investigação permite uma panorâmica do AM no arquipélago dos Açores com revelação de aspetos importantes a ter em atenção no planeamento, execução e avaliação de cuidados de saúde e nas áreas de prática de cuidados, gestão, formação e investigação.

Gestão de cuidados

Senbilização dos profissionais de saúde para o tema.

Desenvolvimento de atividades relacionadas no âmbito do AM.

Protocolos de atuação para todos os profissionais de modo a evitar dispersão de informação e incoerência/incompatibilidade de práticas por forma a assegurar a confluência das melhores práticas baseadas na evidência.

Planeamento de sensibilização a toda a população de modo a evitar situações sociais de constrangimento e o desenvolvimento de conhecimentos que permitem entender a prática do AM enquanto ato natural.

Desenvolvimento de ações para sensibilização das entidades patronais.

Fomento da preparação para o parto e a parentalidade nos serviços do SNS/SRS com mais tempo e aprofundamento de temas relacionados com o AM, incluindo informação antecipatória relativa às potenciais dificuldades e como as ultrapassar, direitos da mãe que amamenta e respetivas responsabilidades, entre outros temas.

Monitorização rigorosa da prática do AM por parte do SNS/SRS.

Prática de cuidados

Como em todas as áreas e contextos da prestação de cuidados de saúde, os mesmos devem assentar na melhor evidência científica disponível.

Educação para a saúde com a finalidade de sensibilização para o AM desde idade precoce e de desconstrução de mitos e crenças, com fomento da importância nas diferentes vertentes.

Inclusão do tema em todos os momentos pertinentes de atuação da prática junto dos clientes

Inclusão de temáticas de AM na saúde escolar.

Inclusão do tema nas consultas de planeamento familiar e pré-concepcionais.

Desenvolvimento das medidas dos “Hospitais Amigos do Bebê” e dos “Centros de Saúde Amigos do Bebê”.

Avaliação inicial da motivação, conhecimentos e capacidades das mães relativamente ao AM e partir daí, de modo a desenvolver ações que permitam a sua autonomia e perceção de autoeficácia.

Utilização de meios que facilitem a apropriação de conhecimentos e que se baseiam em evidência

científica (sites da internet, filmes, vídeos, folhetos, entre outros)

Desmistificação de ideias, crenças, mitos e preconceitos detidos pelas mulheres/famílias.

Informação antecipatória adequada a cada momento do ciclo vital.

Desenvolvimento de contatos frequentes com as mães que amamentam, mais intenso no primeiro mês de vida e adaptando progressivamente, consoante as necessidades individuais, de preferência através de visitação domiciliária.

Rastreio das mães que necessitam de maior apoio, de modo a proporcion -lo atempadamente, preferencialmente, em presença e, consoante as circunstâncias, por outros meios.

Manuten o de contato com as mães que amamentam (visita o domiciliária, telefone, email, outros meios) para identifica o precoce de dificuldades e a resolu o dos mesmos.

Informa o dos recursos existentes de apoio   amamenta o incluindo associa es e voluntariado.

Reconhecimento e valoriza o das dificuldades apresentadas pelas mães, desenvolvendo com as mesmas um plano de a o para as ultrapassar.

Fomento da presença do marido/companheiro/outro significativo na prepara o para o parto e parentalidade.

Investiga o

Replica o desta investiga o em todo o arquipélago, incluindo toda a popula o e com uma equipa de investigadores multidisciplinar alargada.

Colheita de dados nos primeiros dias após a alta. Sendo no internamento, recolha de dados existente no processo da institui o.

Desenvolvimento de outros projetos de investiga o para conhecimento de:

- Vivências das mães que amamentam mais tempo
- Vivências da família relativamente ao AM
- Crenças e práticas dos profissionais de saúde relativamente ao AM

Referências Bibliográficas

- Agampodi, TC, Dharmasoma, NK, Koragedara, IS, Dissanayaka, T., Warnasekara, J., Agampodi, SB & Perez-Escamilla, R. (2021) Barriers for early initiation and exclusive breastfeeding up to six months in predominantly rural Sri Lanka: a need to strengthen policy implementation. *International Breastfeeding Journal*. 16(32), 1-12. doi.org/10.1186/s13006-021-00378-0
- Aguilar Cordero, M. J. (2005). Introducción. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, XI-XVI.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005a). Conceptos, definiciones y historia de la lactancia. Nodrizas. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 1-13.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005b). Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana. Principios inmediatos. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 53-63.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005c). Seguimiento de los bebés alimentados con leche materno en los centros de salud. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 105-119.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005d). Lactancia materna de recién nacidos pretérmino. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 289-300.
- Aguilar Cordero, M. J. e Moyano Díez, A. e García Aguilar, R. (2005). Ictericia neonatal y lactancia materna. M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 338-51.
- Aguilar Cordero, M. J. e Villaverde Gutiérrez, C. (2005). Fisiología de la glándula mamaria. M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 38-52.
- Aguilar Cordero, M. J.; Gómez García, C. I. e Varga Gámez, P. (2005). Promoción de la lactancia materna. Ventajas y causas de abandono. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 157-67.
- Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020) Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*. 15(97), 1-9. doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5
- Boccolini, CS. (2012). "*Aleitamento materno: determinantes sociais e repercussões na saúde infantil*". Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública.
- BRASIL (2015). *Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Espada, APSS (2012). *Porque não amamento. As crenças na decisão das mães em não amamentar: um contributo para a compreensão da ausência de amamentação*. Lisboa: Edições Vieira da Silva.

Gallegos, D., Parkinson, J., Duane, S., Domegan, C., Jansen E., & Russell-Bennett, R. (2020). Understanding breastfeeding behaviours: a cross-sectional analysis of associated factors in Ireland, the United Kingdom and Australia. *International Breastfeeding Journal*. 15(103), 1-12. doi.org/10.1186/s13006-020-00344-2

Kislaya, I., Braz, P., Dias, C. M., & Loureiro, I. (2018). Evolução do aleitamento materno em Portugal: dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde entre 1995-2014. *Gaceta Sanitaria*, 32(Espec Congr), 29.

Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Rego, C (coord). (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação Para Profissionais e Educadores. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Shi, H., Yang, Y., Yin, X., Li, J., Fang, J. & Wang, X. (2021) Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a crosssectional study. *International Breastfeeding Journal*. 16(40), 1-12. doi.org/10.1186/s13006-021-00388-y

UNICEF, WHO. (2018). Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF.

United States National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (2015). *The Belmont Report: Ethical Principles And Guidelines For The Protection Of Human Subjects Of Research*. New York: Andesite Press.

World Health Organization (2017). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization.

Anexos

Anexo A – Questionário



Questionário

Nº do Questionário _____

Caracterização:

Idade da mãe _____

Trabalha fora de casa S _____ N _____

Escolaridade _____

Profissão _____

Local de trabalho _____

Naturalidade (freguesia e ilha) _____

Residência (freguesia e ilha) _____

Estado civil/situação marital _____

Nº de filhos (incluindo este) _____

Agregado familiar _____

Dados Relativos à Gravidez

1- Gravidez planeada: S _____ N _____

2- Local de Vigilância da Gravidez:

Centro de Saúde _____

Consulta de Alto Risco/Consulta Externa _____

Médico obstetra privado _____

Médico não obstetra privado _____

Outro _____

2.1 – No caso de Centro de Saúde, qual? _____

3- **Número de consultas:** _____

4- **Preparação para o Parto:** S _____ (onde) _____ N _____

5- **Recebeu informação sobre AM durante a vigilância da gravidez:**

S _____ N _____

Se sim, considera que a quantidade foi: Muita ____ Suf. ____ Pouca ____

Se sim, considera que a qualidade foi:

Muito Boa ____ Boa ____ Suf. ____ Má ____ Muito Má ____

6- **Profissional/local que proporcionou informação durante a gravidez:**

(assinalar as opções que se aplicam)

Enfermeira/o no Centro de Saúde ____

Enfermeira/o na Consulta de Alto Risco/Consulta Externa ____

Enfermeira/o na preparação para o parto ____

Médico no Centro de Saúde ____

Médico na Consulta de Alto Risco/Consulta Externa ____

Médico obstetra privado _____

Médico não obstetra privado _____

Outro _____

7- **Outras fontes de informação sobre o AM durante a gravidez**

(assinalar as opções que se aplicam)

Mãe ____

Marido ____

Sogra ____

Amiga ____

Livros/revistas ____

Televisão ____

Outro/s (indicar) _____

8- **Intercorrências durante a Gravidez (especificar):**

Dados Relativos ao Parto

1- **Tipo:** Eutócico ___ Distócico (Cesariana ___ Forceps ___ Ventosa ___)

Apres. Pélvica ___ Gemelar ___

2- **Parto efetuado por:** Enfermeira parteira _____ Médico _____

3- **Tempo de Gestação** ___s ___d

4- **Vai amamentar?** S _____ N _____

4.1- Em que momento tomou a sua decisão?

Antes de engravidar

1º trimestre _____

2º trimestre _____

3º trimestre _____

No parto _____

Após o parto _____

5- **Amamentação na primeira hora de vida:** S _____ N _____

4.1- Se “sim”, por iniciativa de quem? Mãe ___ Pai ___ Enfermeira ___ Médico ___

Outro _____ (Indicar)

4.2 Se não, porquê?

Dados Relativos ao Puerpério

1- Amamentação exclusiva: S _____ N _____

1.1- Se “não”, quais as razões:

2- Uso de chupeta: S _____ N _____

3- Uso de mamilos de silicone: S _____ N _____

4- O bebé esteve sempre junto da mãe: S _____ N _____

3.1- Se “não”, quais as razões:

5- Dificuldades na amamentação: S _____ N _____

4.1- Se “sim”, quais:

5. Intercorrências durante o Puerpério (especificar):

6. Opinião relativamente à informação que tem recebido dos enfermeiros do serviço sobre AM:

Muito Boa ____ Boa ____ Suf. ____ Má ____ Muito Má ____

7. Opinião relativamente ao apoio que tem recebido dos enfermeiros do serviço para o AM:

Muito Bom ____ Bom ____ Suf. ____ Mau ____ Muito Mau ____

8. Qual a opinião atual do marido/companheiro relativamente ao AM:

Dados Relativos a Experiências com AM:

1- Foi amamentada: S ____ N ____

2- Amamentou os outros filhos (se se aplicar): S ____ N ____

2.1- Se “sim” durante quanto tempo: _____

2.2 – Se “sim” teve problemas: S ____ N ____

2.2.1 – Em caso afirmativo, quais:

2.3- Se “não” amamentou os outros filhos, porque razões:

3- Opinião do marido relativamente às experiências anteriores com AM:

4- Na sua opinião quais são as **vantagens** do AM para a **mãe**?

5- Na sua opinião quais são as **desvantagens** do AM para a **mãe**?

6- Na sua opinião quais são as **vantagens** do AM para o **bebé**?

7- Na sua opinião quais são as **desvantagens** do AM para o **bebé**?

Aceita ser contactada posteriormente para colheita de dados: S _____ N _____

Contato telefónico: _____

Nome da cliente _____

Data da colheita de dados ____/____/____

Identificação de quem colheu os dados (bem legível) _____

Anexo B – Guião de Entrevista



Aleitamento Materno na Região Autónoma dos Açores – Estudo da Prevalência da Iniciação e Continuação até aos 12 Meses de Vida

Guião de Entrevista (transversal)

Escolaridade _____

Momento de decisão quanto à prática de amamentação _____

Com que idade está a criança? _____

1) Amamentava aos 12 meses de vida?

1.1- Se “sim”

1.1.1 Na maternidade com que alimentou o bebé?

1.1-1. Com que tem alimentado o bebé? (especificar se já tiver havido introdução de outros alimentos que não AM exclusivo a idade que a criança tinha)

1.1-2. O que foi mais positivo na experiência de amamentar (1º mês)?

1.1-3. O que foi mais positivo na experiência de amamentar (2 e 3º mês)?

1.1-4. O que foi mais positivo na experiência de amamentar (4º e 6º mês)?

1.1-5. O que foi mais positivo na experiência de amamentar (7º mês ao 12º mês)?

1.1-6. Dificuldades que sentiu no 1º mês)

1.1-7. Dificuldades que sentiu entre o 1º e o 3º mês

1.1-8. Dificuldades que sentiu entre o 4º e o 6º mês.

1.1-9. Dificuldades que sentiu entre o 7º e o 12º mês.

1.1-10. Quem proporcionou mais apoio no 1º mês?

1.1-11. Quem proporcionou mais apoio entre o 1º e o 3º mês?

1.1-12. Quem proporcionou mais apoio entre o 4º e o 6º mês?

1.1-13. Quem proporcionou mais apoio entre o 7º e o 12º mês?

1.2- No caso de ter desistido de amamentar

1.2.1- Quando desistiu (semanas/meses de vida)?

1.2.2- Motivos da desistência.

ISBN: 978-989-33-2753-1

Título: Aleitamento Materno na Região Autónoma dos Açores: Estudo de Incidência e Prevalência até aos 12 Meses de Vida

Autores: Ana Paula Sousa Santos
Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas
Márcio Filipe Moniz Tavares

Suporte: Impresso

Formato: Encadernado