



**DIANA MANUELA  
PEREIRA SILVA**

**O ALEITAMENTO MATERNO EM  
MULHERES TRABALHADORAS:  
CONTRIBUTOS PARA A  
INTERVENÇÃO DO  
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**



**DIANA MANUELA  
PEREIRA SILVA**

**O ALEITAMENTO MATERNO  
EM MULHERES  
TRABALHADORAS:  
CONTRIBUTOS PARA A  
INTERVENÇÃO DO  
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

**BREASTFEEDING IN WORKING  
WOMEN: CONTRIBUTIONS TO THE  
INTERVENTION OF FAMILY  
NURSES**

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro (UA) para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), realizado sob a orientação científica da Doutora Helena Loureiro, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Doutora Marília Rua, Professora Coordenadora da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu Filho e à minha Mãe.

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo**  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso**  
Professora Adjunta da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro  
(orientadora)

## **Agradecimentos**

Os meus especiais agradecimentos à Professora Doutora Helena Loureiro pela sua orientação, apoio, incentivo e confiança ao longo de todo este percurso.

À Professora Doutora Marília Rua, que coorientou este trabalho, agradeço a colaboração, opiniões e críticas pertinentes.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar da Barrinha pela forma como me acolheu e apoiou ao longo de todo o meu estágio.

Às famílias com as quais tive o privilégio de trabalhar e que demonstraram uma disponibilidade excecional no período pandémico que vivemos.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, incentivo e companheirismo.

À minha Família, pelo encorajamento, confiança e compreensão nos momentos de ausência.

Muito Obrigada!

**Palavras-chave**

Mães trabalhadoras; Aleitamento materno; Extração de leite; Legislação do trabalho; Enfermagem de Família

**Resumo**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi realizado um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar (USF) da Barrinha, entre outubro de 2020 e abril de 2021, com o objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e implementar um estudo de investigação.

As exigências no desempenho laboral e no contexto familiar parecem dificultar a manutenção do aleitamento materno (AM). O Enfermeiro de Família encontra-se numa posição privilegiada para acompanhar a família ao longo de todo o ciclo vital, podendo e devendo intervir em todas as etapas prevenindo potenciais problemas e facilitando a adaptação e superação das dificuldades das mulheres trabalhadoras que desejam conciliar a vida profissional com o AM. Com o objetivo de descrever os fatores intervenientes na manutenção do AM protagonizado pelas mulheres trabalhadoras inscritas numa USF da região centro e contribuir para as boas práticas da Enfermagem de Família neste âmbito, desenvolveu-se um estudo de carácter descritivo-correlacional. Foi aplicado um questionário eletrónico às trabalhadoras que tiveram filhos entre janeiro de 2015 e junho de 2020 e que tiveram experiência de AM, após o regresso ao trabalho. Os dados colhidos foram analisados de modo a verificar a influência do regresso ao trabalho sobre a manutenção do AM, analisar a importância do suporte familiar e social e verificar a existência de relação entre o tipo de vínculo laboral, o usufruto dos direitos de proteção da parentalidade e, a manutenção do AM.

A dispensa para amamentação, a licença de parentalidade e, o apoio familiar e social foram os fatores que mais contribuíram para a manutenção do AM, tendo-se verificado uma relação estatisticamente significativa com a dispensa para amamentação. Os motivos mais frequentemente referidos para o abandono do AM foram a diminuição da quantidade de leite/não saciedade do bebé, a idade da criança e, a recusa do bebé, tendo o regresso ao trabalho sido pouco apontado como interferente no fenómeno em estudo.

**Keywords**

Working mothers; Breastfeeding; Pumping; Labor Legislation; Family Nursing

**Abstract**

Within the scope of the Master's Degree in Family Health Nursing, a professional internship was carried out at USF da Barrinha, between October 2020 and April 2021, with the objective of developing the common and specific skills of the Specialist Nurse in Family Health Nursing and implementing a research study.

The demands on work performance and in the family context seem to make it difficult to maintain breastfeeding (BF). The Family Nurse is in a privileged position to accompany the family throughout the life cycle, and can and should intervene at all stages, preventing potential problems and facilitating the adaptation and overcoming of the difficulties of working women who wish to reconcile their professional life with BF. Aiming to describe the intervening factors in the maintenance of BF carried out by women workers enrolled in a USF in the central region and to contribute to the good practices of Family Nursing in this area, a descriptive-correlational study was developed. An electronic questionnaire was applied to workers who had children between January 2015 and June 2020 and who had experience of breastfeeding after returning to work. The collected data were analyzed in order to verify the influence of returning to work on the maintenance of breastfeeding, to analyze the importance of family and social support and to verify the existence of a relationship between the type of employment relationship, the enjoyment of the protection rights of parenthood and, the maintenance of BF.

Dispensing for breastfeeding, parental leave and family and social support were the factors that most contributed to the maintenance of breastfeeding, with a statistically significant relationship with dismissal for breastfeeding. The most frequently mentioned reasons for abandoning BF were the decrease in the amount of milk/non-satiety of the baby, the child's age and the baby's refusal, with the return to work being little mentioned as interfering in the phenomenon under study.

## **Abreviaturas e/ou siglas**

AA – Aleitamento artificial

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

AMisto – Aleitamento misto

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

Fe – Frequência esperada

Fo – Frequência observada

IBM®SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM – Registo do Aleitamento Materno

Unicef – United Nations Children's Fund/ Fundo da Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	16
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO .....	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	22
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
2.1. Aleitamento e Amamentação .....	23
2.2. Medidas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.....	25
2.3. Influência do trabalho na manutenção do aleitamento materno .....	28
2.4. Intervenção do Enfermeiro de Família na promoção do aleitamento materno das mulheres trabalhadoras .....	30
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Tipo de estudo.....	33
3.2. População e Amostra .....	33
3.3. Problemática e objetivos.....	34
3.4. Instrumento de colheita de dados .....	35
3.5. Procedimentos de colheita de dados e considerações éticas.....	37
3.6. Procedimentos de análise dos dados.....	37
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	39
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	53
6. CONCLUSÃO .....	58
6.1. Conclusões.....	58
6.2. Limitações do estudo .....	58
6.3. Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais .....	59
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
ANEXOS .....	68
APENDICES .....	75

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização da população inscrita na USF da Barrinha (BI-CSP, dezembro 2020) .....	14
Figura 2 – Pirâmide etária da população inscrita na USF da Barrinha (BI-CSP, dezembro 2020) .....	14

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidades da Licença Parental em Portugal .....	27
Tabela 2 – Variáveis em estudo .....	36
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica (n=183) .....	39
Tabela 4 – Caracterização obstétrica (n=183) .....	40
Tabela 5 – Caracterização socioprofissional (n=183) .....	40
Tabela 6 – Caracterização do aleitamento materno (n=183) .....	42
Tabela 7 – Caracterização do gozo da licença de parentalidade e da dispensa para amamentação (n=183) .....	43
Tabela 8 – Apoio dos superiores e dos colegas em relação à amamentação (n=183) .....	43
Tabela 9 – Motivos para deixar de amamentar (n=183) .....	44
Tabela 10 – Fatores facilitadores do aleitamento materno (n=183) .....	44
Tabela 11 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por idade (n=183) .....	45
Tabela 12 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por habilitações literárias (n=183) .....	46
Tabela 13 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por atitude dos superiores (n=183) .....	47
Tabela 14 – Caracterização do gozo da licença de parentalidade e da dispensa para amamentação em função do vínculo laboral (n=183) .....	50

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Relação com entidade patronal e colegas de trabalho .....	41
Gráfico 2 – Com quem ficou o bebé após o regresso da mãe ao trabalho .....	41

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Idade .....	45
Quadro 2 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e habilitações literárias .....	46
Quadro 3 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Atitude dos superiores em relação à amamentação .....	47
Quadro 4 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Atitude dos colegas em relação à amamentação .....	48
Quadro 5 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Vínculo laboral .....	49
Quadro 6 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Apoio familiar/social .....	51
Quadro 7 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Licença parental .....	51
Quadro 8 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis Duração do aleitamento e Usufruir da redução de horário para amamentação .....	52

## INTRODUÇÃO

A família é um “espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros” e “é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade” (Figueiredo, 2009, p.30), constituindo-se tanto como unidade, como sistema. Enquanto unidade sistémica, é caracterizada pelas relações que os seus membros estabelecem entre si e com o exterior, a forma como se organizam e as funções que desempenham, tanto a nível micro como macro sistémico naquele que é contexto em que se insere.

A Enfermagem de Família baseia-se numa perspetiva sistémica e assume que as alterações ao equilíbrio familiar, decorrentes das pressões internas e externas a que esta está sujeita, obrigam a processos de adaptação, crescimento e organização, de forma a reencontrar a estabilidade e o bem-estar familiar, ou seja, a manutenção da sua saúde (Meleis, 2010). Neste processo, o Enfermeiro assume o papel e o compromisso de capacitar e colaborar com as famílias na preservação e promoção do seu equilíbrio de saúde, assim como na resolução dos seus problemas.

O ciclo vital da família é caracterizado por vários desafios e uma das etapas que implica mais mudanças e acarreta algum stresse associado é a de família com filhos pequenos, dentro da qual uma das primeiras dificuldades com que os novos pais se deparam diz respeito à amamentação. Após ultrapassar as dificuldades iniciais, a manutenção da amamentação é novamente colocada “em risco” com o regresso da mulher ao trabalho. A falta de informação sobre os direitos da mulher que amamenta, a falta de suporte laboral, as políticas laborais, a ausência de redes sociais de suporte e as crenças culturais, tornam, frequentemente, a manutenção da amamentação e o retorno ao trabalho práticas incompatíveis (Silva & Davim, 2012).

Na sua intervenção, o Enfermeiro de Família (EF) deve ter presente a existência de fatores facilitadores e dificultadores da manutenção do aleitamento materno, nomeadamente o trabalho da mulher, bem como possuir conhecimento sobre as medidas legais de apoio e promoção da parentalidade e da amamentação.

O presente relatório pretende descrever o percurso de aprendizagem desenvolvido no contexto da prática clínica na Unidade de Saúde Familiar (USF) da Barrinha, entre outubro de 2020 e abril de 2021, com vista à concretização dos objetivos do estágio, nomeadamente desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF), enfatizando a análise crítico-reflexiva e a prática baseada na evidência científica.

O aleitamento materno em mulheres trabalhadoras foi o tema central do estudo empírico desenvolvido, por se constituir como um dos maiores desafios que se impõem à atual vivência da maternidade, com impacte a diferentes níveis da sistémica familiar.

A finalidade da realização deste estudo foi produzir evidências empíricas que pudessem trazer contributos para a melhoria da prática do EF no aconselhamento em aleitamento materno em mulheres trabalhadoras.

Tratou-se de um estudo descritivo-correlacional, de pesquisa quantitativa, cuja questão de investigação foi: *“Quais os fatores que interferem com a manutenção do aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras, inscritas numa Unidade de Saúde Familiar, da Administração Regional de Saúde do Centro?”*.

Para realização do presente Relatório de Estágio foi efetuada uma revisão bibliográfica sobre a amamentação, a conciliação desta com a atividade profissional das mulheres e, ainda, exploradas todas as questões legais de proteção e promoção da amamentação que, à data do estudo empírico, vigoravam em Portugal.

Este documento<sup>1</sup> está estruturado em três partes. A primeira parte diz respeito à contextualização do local de estágio e à análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências. A segunda parte corresponde à descrição do estudo desenvolvido, ao enquadramento teórico onde se faz uma síntese das evidências, a metodologia utilizada, apresentação e discussão dos resultados e as conclusões obtidas. Por último, a terceira parte contempla uma síntese das aprendizagens e dificuldades vivenciadas e uma análise reflexiva sobre o percurso desenvolvido.

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi formatado de acordo com as normas de apresentação digital.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

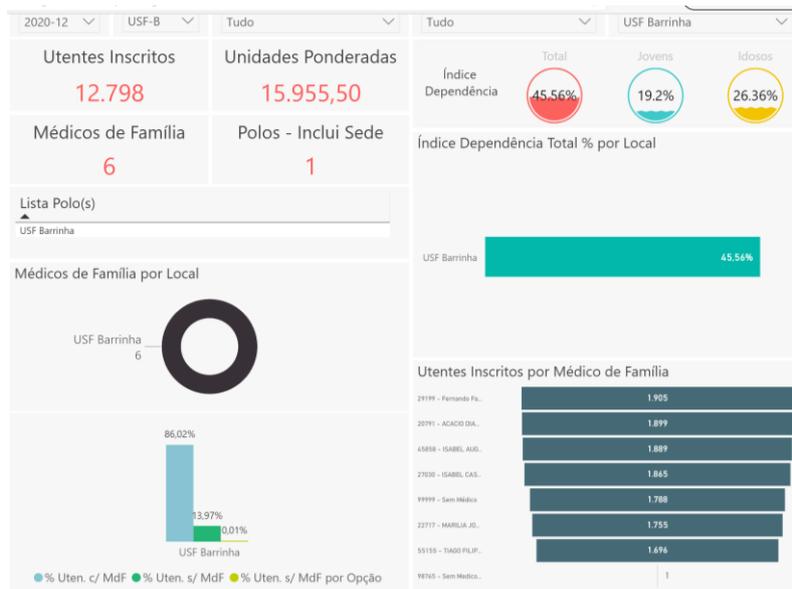
## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A unidade curricular Estágio, do 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (UA) em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) decorreu entre 6 de outubro de 2020 e 26 de abril de 2021, num total de 544 horas, na Unidade de Saúde Familiar da Barrinha, sob a orientação da Professora Doutora Helena Loureiro e supervisão das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária Cláudia Araújo e Cristina Coelho.

A USF da Barrinha é parte integrante do Centro de Saúde de Ovar, pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga, da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. Localiza-se na freguesia de Esmoriz, concelho de Ovar, e faz fronteira com Espinho, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, Estarreja e Murtosa. A área de influência desta USF é a freguesia de Esmoriz, o que corresponde a uma área geográfica de 9,05 km<sup>2</sup>, com uma população de 11448 habitantes e densidade populacional de 1265 habitantes/km<sup>2</sup> (INE, 2011). Esta unidade de saúde iniciou funções a 27/12/2007, transitou para modelo B a 01/07/2009 e foi acreditada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção Geral da Saúde (DGS) em 2016. A equipa multiprofissional que integra esta USF é constituída por 6 médicos, 7 enfermeiras e 4 secretários clínicos, estando organizados em 7 equipas de saúde familiar que desenvolvem a sua intersubstituição por equipas-espelho.

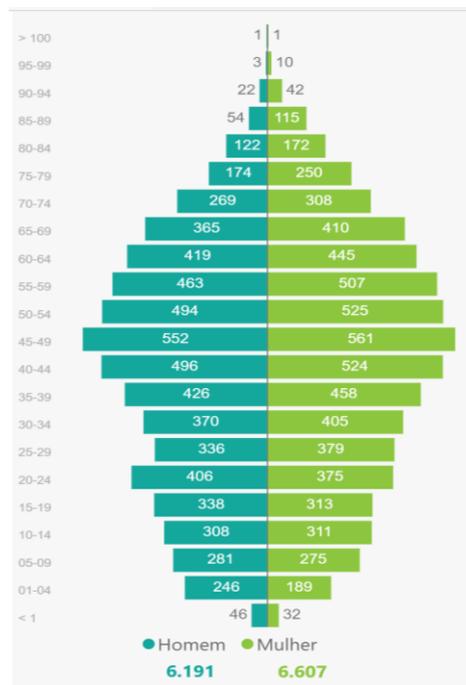
A USF da Barrinha funciona todos os dias úteis, das 8h00 às 20h00, e tem como alternativas assistenciais a Consulta de Atendimento Complementar do Centro de Saúde de Ovar e o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV), bem como a Linha SNS 24. A carteira básica de serviços desta USF contempla consultas programadas de promoção da saúde e prevenção da doença (Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e do Idoso, vigilância da Hipertensão Arterial e da Diabetes, vacinação, tratamento de feridas e administração de medicação) e consultas não programadas, para atendimento de situações de doença aguda. Os utentes em situação de dependência, temporária ou definitiva, são acompanhados pela equipa de saúde em contexto de visitação domiciliária. A USF Barrinha oferece ainda a Consulta de Desabituação Tabágica, como uma adicional carteira de serviços. A par destes, os utentes desta USF podem ainda usufruir de serviços prestados pela Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACeS Baixo Vouga, como Medicina Dentária, Assistência Social, Nutrição, Psicologia, Radiologia e Fisioterapia.

De acordo com os dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), em outubro de 2020 a USF da Barrinha tinha 12798 utentes inscritos (Figura 1), dos quais 1788 num ficheiro sem médico de família (por motivos de aposentação de um profissional médico que aguardava substituição).



**Figura 1 – Caracterização da população inscrita na USF da Barrinha (BI-CSP, dezembro 2020)**

Pela representação gráfica (Figura 2), trata-se de uma pirâmide regressiva com um índice de dependência de 45,56%, inferior aos 56,09% nacionais e 59,96% da ARS Centro, e cujo grupo etário predominante é o dos 45 aos 49 anos (8,7% da população inscrita).



**Figura 2 – Pirâmide etária da população inscrita na USF da Barrinha (BI-CSP, dezembro 2020)**

Os objetivos de aprendizagem definidos para este estágio relacionaram-se com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESF (OE, 2018) e foram os seguintes:

- Desenvolver as competências comuns do EEESF nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Realizar um trabalho de investigação e elaborar o relatório de estágio.

Estes objetivos têm subjacentes as duas competências major definidas para esta área de especialização em Enfermagem preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), em legislação publicada em Diário da República, 2ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018:

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

## 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006) preconizou a família como alvo dos cuidados, novos desafios se colocaram aos enfermeiros. Tendo como objetivo a “capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança” (Figueiredo, 2009, p.32), a Enfermagem de Família acompanha os indivíduos inseridos nos seus ambientes familiar, socioeconómico e cultural, ao longo de todo o seu ciclo vital, auxiliando na adaptação às transições a que estão sujeitos (Wright & Leahey, 2002), facilitando o seu desenvolvimento e promovendo o seu equilíbrio de saúde familiar. Neste sentido, os EF devem possuir competências que vão além do cuidar e educar, tal como indica a Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O estágio realizado na USF da Barrinha sob a orientação de enfermeiras especialistas e mestres em Enfermagem Comunitária teve um papel fundamental no meu processo de desenvolvimento profissional, proporcionando-me a integração dos novos conhecimentos obtidos na formação teórica de uma forma mais consciente e crítica.

Em consonância com o mencionado documento (idem), a primeira competência específica do EEESF é **“Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.** A Enfermagem de Família tem por base um conjunto de modelos conceptuais de referência (Figueiredo, 2009; Hanson, 2005; Bertalanffy, 1997) e um paradigma ecossistémico (Bronfenbrenner, 1996) que pressupõem o reconhecimento da complexidade do sistema familiar. Assim, a família é perspectivada como um “todo coeso”, no qual a mudança numa das partes implica alterações nas outras partes e no sistema, no seu todo (Wright & Leahey, 2012). Este sistema familiar é “maior do que a soma das suas partes” (idem, p. 40) que se influenciam mutuamente e que, por sua vez, sofrem e exercem influência dos restantes sistemas com os quais se relacionam. As respostas adaptativas das famílias aos estímulos são a tentativa de reencontrar um novo estado de equilíbrio e, cada família, possui capacidade de se regular e organizar de modo a atingir a sua homeostasia (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012).

O estágio, realizado nesta etapa da minha formação, permitiu-me perspetivar o indivíduo e a família no seu contexto desenvolvimental ecossistémico. Mesmo quando apenas um dos elementos da família era o alvo dos cuidados, a abordagem holística que deve pautar a atuação do EF esteve sempre presente na minha intervenção. Todos os momentos de interação permitiram-me **colher dados pertinentes para o estado de saúde da família**, reconhecendo as suas características distintas e singulares, compreendendo o seu estado de saúde e avaliando as suas respostas. Mesmo perante acontecimentos comuns, transversais e previsíveis (transições normativas ou desenvolvimentais), cada pessoa e família apresentava uma resposta

individual que refletia o impacto que o evento tinha exercido sobre si e sobre a sua relação com os outros, sendo mais ou menos geradora de stresse e desequilíbrio. A par das transições normativas, tive oportunidade de identificar e intervir em situações inesperadas que constituíram um fator de disrupção adicional para as famílias (transições não normativas ou acidentais). O trabalho desenvolvido em conjunto com a família, tanto nas transições normativas quanto nas acidentais, foi no sentido de ajudar a identificar e desenvolver as competências de adaptação necessárias à transição (Meleis, 2010).

Ao longo do estágio tive sempre em consideração o contexto sociocultural e sistema de crenças e valores do utente e da família, reconhecendo a influência destes sobre as suas respostas. Deste modo, além de diagnosticar as necessidades específicas de cada família, tendo em consideração a sua perceção, as suas forças e limitações, procurei **intervir de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família**, elaborando em conjunto com os seus membros um plano ajustado que os envolvesse nos cuidados. Como refere Figueiredo (2012, p. 135), “o planeamento das intervenções conducentes à mudança deve considerar primordialmente as forças da família (...) e assim obter o comprometimento da família”. Assim, ao conceber a família como um sistema complexo e dinâmico em constante desenvolvimento, pude planear um conjunto de cuidados antecipatórios decorrentes das suas vivências, dificuldades e necessidades próprias de cada etapa do seu ciclo de vida.

Reconhecendo também as suas forças e potencialidades, **facilitei a resposta da família em situação de transição complexa**. Foram diversas as situações complexas que pude identificar: desde famílias com cuidadores informais e utentes dependentes a necessitar de cuidados no domicílio; passando por famílias com pessoas diabéticas ou hipertensas com complicações e sem adesão ao regime terapêutico; a famílias a experienciar fenómenos de transição desenvolvimental, com o inerente stresse e desequilíbrio do bem-estar familiar ou; ainda nos utentes com feridas crónicas, a adequação e a negociação do cumprimento dos protocolos de autocuidado, por forma a maximizar o efeito terapêutico das prescrições instituídas. Nestas ocasiões tive possibilidade de envolver a família nos cuidados, ensinando e capacitando para modificar comportamentos, por vezes tão simples quanto uma escala rotativa de cuidados ao familiar dependente, pequenas alterações na dieta de toda a família de modo que o doente não se sintia excluído das refeições familiares, ou a criação do hábito de realizar uma caminhada em família. Ao envolver toda a família, no compromisso de atingir determinado objetivo, assumi um papel dinamizador e facilitador que ajudou a família a “ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde” (Figueiredo, 2012, p. 69). Durante a minha intervenção com as famílias, identifiquei a fase do ciclo vital em que se encontravam e as transições que vivenciaram, e pude refletir em conjunto com alguns casais sobre as suas experiências aquando do nascimento do primeiro e subsequentes filhos. Os contactos com as famílias que integraram o estudo de investigação também me proporcionaram excelentes oportunidades desenvolver as minhas competências no âmbito da avaliação e intervenção sobre processos de transição,

nomeadamente para a parentalidade, com a inerente readaptação dos papéis conjugais e parentais.

O EF é um mediador que, pela sua posição externa à família, promove a comunicação dentro da família, ajudando a clarificar emoções e facilitando a sua gestão. Ao ajudar a família a identificar os seus recursos, a reconhecer as suas forças e limitações, o EF capacita-a e empodera-a.

O nascimento de um filho e o regresso da mãe ao trabalho implicam uma reorganização de toda a dinâmica familiar. Além da adoção de novos papéis, da mudança da estrutura e do funcionamento da família nuclear, também a família alargada precisa de se ajustar, principalmente quando assume os cuidados ao bebé. Neste contexto, a minha intervenção foi mais além da educação para a saúde e do apoio emocional à família nuclear, passando também pela capacitação e colaboração no desenvolvimento de estratégias adaptativas para a família alargada e rede social de suporte.

Além das informações obtidas diretamente através dos contactos estabelecidos com a família e da observação das interações familiares, utilizei diversos instrumentos de avaliação familiar, o que facilitou a **monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas**. Naturalmente, só foi possível realizar uma avaliação e intervenção junto das famílias após **estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas**. Esta é uma relação terapêutica e que pressupõe disponibilidade e interesse genuíno (Rogers, 1974) sobre as vivências da família e as suas perceções das mesmas, constituindo-se o tempo e a atenção despendidos com a família fatores importantes para a sua adesão e colaboração. Criar um ambiente seguro que permitiu a cada membro da família a expressão das suas necessidades, dificuldades e expectativas, só foi possível por ter adotado um compromisso de **desenvolver a prática de EF baseada na evidência científica**. Em contexto de estágio, a disponibilidade de, enquanto estudante, ter tido a oportunidade de escutar ativamente os utentes, sem a pressão do tempo, foi uma significativa vantagem relativamente ao enfermeiro de família, que nem sempre pode dedicar uns minutos extra no final de uma consulta. Isto porque, embora se possam agendar contactos futuros para a intervenção no problema identificado, corre-se sempre o risco de perder uma “janela de oportunidade”.

Atendendo ao facto de o estágio ter decorrido em plena pandemia Covid-19, a abordagem ao utente e à família exigiu alguma criatividade e capacidade de adaptação porque, para além de várias consultas de vigilância terem sido desmarcadas, muitos utentes estiveram confinados no domicílio a cumprir isolamento profilático. Frequentemente os contactos foram feitos de forma não presencial, através de telefonemas, videochamadas e e-mail, o que se constituiu um novo desafio para os utentes, para mim e para os restantes profissionais da USF. No entanto, o estudo empírico realizado permitiu-me aceder ao subsistema parental, facilitando a avaliação do tipo de família, as atitudes e interações entre a tríade nuclear e, em algumas situações, as relações com a família alargada, entes significativos e redes sociais. Tendo como referencial teórico o Modelo

Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), nas consultas de enfermagem realizadas foram aplicados instrumentos como o genograma e ecomapa, escala de Graffar, APGAR familiar de Smilkstein, escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar e Ciclo de Vida de Relvas. De referir que no SClínico® o Ciclo de Vida utilizado é de Duvall e existe ainda a escala de risco familiar de Segovia-Dreyer. Os contextos que mais facilitaram a aplicação destes instrumentos foram, sem dúvida, as consultas de vigilância da saúde materna e saúde infantil e as visitas domiciliárias (VD), por se tratarem de ocasiões em que se encontravam 2 ou mais membros da família e, no caso das VD, no seu ambiente familiar e social. Importa referir que, apesar de o SClínico® apresentar um campo para registo do processo familiar, nem todos os instrumentos da matriz operativa MDAIF estão disponíveis, o que implica a ausência de algumas informações importantes relativas à saúde familiar dos utentes, nomeadamente o genograma e ecomapa. Os referidos instrumentos são um importante recurso para a elaboração do processo de enfermagem, na medida em que permitem uma avaliação mais objetiva da sua dimensão estrutural, facilitando a posterior elaboração e implementação de intervenções direcionadas às específicas necessidades de cada família.

Após a implementação das intervenções é imprescindível avaliar os resultados obtidos, analisando a eficácia das intervenções e a satisfação da família em relação às mesmas e à relação estabelecida. Assim, o EF **formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**. Neste percurso procurei sempre integrar os conhecimentos teórico científicos na minha prática diária e realizei diversas discussões de casos com a equipa de enfermagem, o que contribuiu para a aprendizagem e colaboração profissional. Este investimento na formação reflete o meu **envolvimento de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar**. Ao longo do estágio, a reflexão sobre a ação foi uma prática diária que originou uma autoavaliação e identificação das temáticas que necessitavam de mais estudo e dedicação e que se alargou também ao cumprimento dos deveres éticos e deontológicos e das competências de EEESF definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outra das competências do EEESF é **lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF**. Como elemento de uma equipa multiprofissional, o EF colabora com a restante equipa de saúde de forma a otimizar os cuidados de saúde à família, nomeadamente com o médico de família e/ou outros possíveis elementos de uma equipa multidisciplinar e multiprofissional mais alargada. Por outro lado, pode ser também o elo de ligação com recursos externos à USF, como serviços sociais, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), instituições hospitalares, ou com outros serviços da comunidade da rede de apoio. Assim, o EF **articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**. Neste estágio, a articulação mais frequente foi com a equipa de saúde da USF, mas houve também oportunidade de estabelecer contacto com uma

instituição particular de solidariedade social (IPSS), no sentido de assegurar o apoio domiciliário a uma utente dependente cujo cuidador informal apresentava algumas limitações.

A gestão da saúde é outra área na qual os EF devem possuir competências: além de atuar nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, o EF deve apostar na prevenção quaternária contribuindo para a literacia em saúde dos seus utentes, prevenindo deste modo o uso abusivo dos serviços de saúde, desmistificando medos e ideias erróneas e dotando-os de conhecimentos e autonomia que lhes permitam tomar as decisões em saúde mais adequadas à sua situação. Neste contexto, elaborei um guia sobre “Amamentar após o regresso ao trabalho” (Apêndice II) destinado aos utentes e equipas de saúde. A gestão dos cuidados de saúde da família pressupõe ainda a colaboração com a equipa multidisciplinar e a participação ativa no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos programas de saúde familiar. Esta atividade é realizada nas USF nas reuniões multiprofissionais e na preparação anual dos planos de ação, no acompanhamento e monitorização do desempenho trimestralmente e na reflexão que está na base do relatório anual de atividades da unidade. No período de pandemia, as reuniões multiprofissionais foram realizadas com menor frequência do que em situação normal e a prioridade dos temas a discutir foi a reorganização dos serviços, pelo que não me foi possível desenvolver este aspeto em particular. Ainda dentro da unidade de competência **gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**, inclui-se a utilização dos sistemas de saúde e das tecnologias de informação e comunicação, o que se tornou mais importante ainda no contexto pandémico que atravessamos. De facto, grande parte dos contactos com os doentes foi feito de forma não presencial, com recurso a meios de comunicação pouco habituais em saúde, como o e-mail, o telefone e a videochamada, e a divulgação de informação pertinente socorreu-se das redes sociais e das páginas da internet das organizações de saúde. A pandemia exigiu ainda a adaptação a novos sistemas de informação como a plataforma Trace COVID-19 e uma reorganização da dinâmica de trabalho, quando a prioridade dos cuidados passou a ser a vacinação em massa da população. A participação no desenvolvimento de legislação e políticas sociais relacionadas com a saúde e direitos da família é outro ponto da gestão dos cuidados de saúde da família que almejo que o meu trabalho de investigação possa ser um contributo.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

No decurso do estágio de natureza profissional realizado na USF da Barrinha entre outubro de 2020 e abril de 2021 foi desenvolvido um estudo que teve como finalidade produzir evidências empíricas que tragam contributos à melhoria da prática do Enfermeiro de Família no aconselhamento das mulheres trabalhadoras que amamentam. Os EF habitualmente focam-se em preparar as mulheres grávidas e as famílias para a transição para a parentalidade, reforçando as vantagens do leite materno e abordando os problemas mais comuns no estabelecimento da lactação. Porém, as questões relacionadas com o regresso ao trabalho, a conciliação do aleitamento materno ou até mesmo as questões legais são frequentemente relegadas para segundo plano ou esquecidas.

Tendo como objetivo identificar e descrever os fatores relacionados com a manutenção do aleitamento materno após o regresso ao trabalho formulou-se a seguinte questão de investigação: *“Quais os fatores que interferem com a manutenção do aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras, inscritas numa Unidade de Saúde Familiar, da Administração Regional de Saúde do Centro?”*.

A investigação científica em saúde tem como objetivos compreender as razões, o desenvolvimento e efeitos de condições de saúde, desenvolver intervenções de prevenção/proteção, diagnóstico/avaliação ou terapêuticas e avaliar a fiabilidade, efetividade, eficiência, acessibilidade e qualidade das intervenções (Declaração de Helsínquia, 1964).

Deste modo, para responder à questão de investigação e alcançar os objetivos definidos, pretende-se identificar e descrever os conceitos relacionados com o aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras com vista a desenvolver uma estratégia de intervenção que contribua para a melhoria da prática dos enfermeiros de família.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será explicitado o domínio da investigação empírica desenvolvida no percurso de estágio, começando pelo enquadramento teórico que define o contexto do estudo, com recurso à revisão da literatura e apresentação de alguns dados estatísticos relevantes para a temática. Segundo Fortin (2009), esta compreensão da dimensão e relevância do problema é fundamental para formular a questão de investigação e fundamentar a pesquisa a desenvolver.

### 2.1. Aleitamento e Amamentação

O leite materno é um direito consagrado das crianças (Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, 1989) e é o alimento de excelência nos primeiros meses de vida. Além de promover o vínculo entre mãe e bebé, apresenta inúmeras vantagens adicionais (Levy & Bértolo, 2012). O leite materno contribui para o crescimento infantil de modo saudável com comprovada repercussão na vida adulta: protege o bebé contra infeções, reduz o risco de alergias, diminui as taxas de mortalidade e morbilidade infantil e facilita a adaptação a novos alimentos aquando da diversificação alimentar. Além disso, reduz a incidência de algumas doenças na infância e na idade adulta, nomeadamente hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes tipo 1 e 2, doença celíaca, doença inflamatória intestinal e neoplasias e parece ter efeitos positivos sobre o nível cognitivo das crianças (Rollins *et al.*, 2016).

As vantagens da amamentação abrangem também as mães, o ambiente e a economia: as mulheres beneficiam de uma involução uterina mais rápida, uma recuperação pós-parto mais breve e alguma proteção contra o cancro da mama e do ovário (Rea, 2004); a nível económico e ecológico, o leite materno é um produto natural, sem os custos e pegada ambiental associados à produção, armazenamento e transporte dos leites de fórmula. Deste modo, a amamentação e o leite materno contribuem para um mundo mais saudável, equitativo e sustentável (Rollins *et al.*, 2016).

A OMS (2001) preconiza o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora e durante os primeiros 6 meses de vida do bebé e a sua manutenção após a introdução dos alimentos complementares, pelo menos até aos 2 anos. Sempre que haja abandono, total ou parcial, do aleitamento materno antes dos 6 meses de vida este comportamento é considerado desmame precoce.

O leite materno pode ser ingerido diretamente das mamas – Amamentação (A) – ou extraído e oferecido em copo ou biberão – Aleitamento Materno (AM). Segundo a OMS (2001), quando a criança é alimentada apenas com leite materno (diretamente da mama ou previamente retirado) e não ingere mais nenhum alimento, sólido ou líquido (nem mesmo água), com a exceção de soluções de reidratação oral ou de gotas e xaropes cuja constituição sejam vitaminas, suplementos minerais ou fármacos, considera-se a realizar Aleitamento Materno Exclusivo

(AME). Se a criança é alimentada apenas com leite de fórmula é considerado Aleitamento Artificial (AA). Nos casos em que a criança se alimenta com os dois tipos de leite considera-se estar na presença de Aleitamento Misto (AMisto).

Segundo um relatório da OMS (ONU, 2018), em todo o mundo, apenas 43% das crianças iniciam a amamentação na 1ª hora de vida e, aos 6 meses de vida, somente 40% mantêm AME. Em Portugal, dados do relatório do Registo do Aleitamento Materno (RAM) de 2013, referem que 98,57% das mães iniciou o AM no hospital, sendo que, 84,1% amamentou na 1ª hora após o nascimento do bebé. No entanto, ao longo do tempo, a taxa de amamentação vai reduzindo para cerca de 88% entre a 5ª e a 6ª semanas de vida, 76,7% aos 2 meses, 63,6% aos 4 meses e 53,9% aos 6 meses. Além dos desafios inerentes ao ato de amamentar, há outras circunstâncias que se tornam obstáculos à amamentação, principalmente nos contextos sociais urbanos, onde a ausência de famílias alargadas e de redes sociais de suporte adquirem uma importância significativa. Também as práticas profissionais desadequadas, o uso de acessórios como chupetas ou mamilos de silicone e o regresso da mulher ao trabalho interferem com a amamentação (Sousa *et al.*, 2018).

O sucesso da amamentação depende de vários fatores além da vontade das mães e é uma responsabilidade da sociedade (Rollins *et al.*, 2016) na medida em que os efeitos na saúde das crianças e das mães se traduzem em custos com os cuidados de saúde e no absentismo ao trabalho e até pelas consequências ambientais devido ao uso de substitutos do leite materno.

A decisão de amamentar é complexa e depende de vários determinantes individuais, estruturais e contextuais (Rollins *et al.*, 2016). Ainda durante a gravidez, a intenção da mulher em amamentar é influenciada por testemunhos de outras mulheres próximas, familiares e amigas que lhe transmitem a sua experiência pessoal, (seja esta positiva ou não), crenças sobre a qualidade do colostro e do leite, constrangimentos com a amamentação em público, falta de autoconfiança entre outros. Por outro lado, condicionantes relacionados com a ocupação da mulher (tipo de trabalho, vínculo profissional, ambiente laboral, etc.) vão também interferir na manutenção e na duração do aleitamento materno.

A evidência científica nos últimos anos aponta diversos fatores que contribuem para o desmame precoce, nomeadamente a idade mais jovem das mães e níveis de escolaridade mais baixos associados a durações de amamentação menores (Rêgo *et al.*, 2019); a ausência de um companheiro e de apoio familiar também são frequentemente referidos como motivos de abandono da amamentação (Silva & Davim, 2012); experiências de amamentação anteriores fracassadas, mau posicionamento do bebé, má pega (Rollins *et al.*, 2016) e dificuldades relacionadas com a amamentação, como o ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares e a hipogalactia (Santos *et al.*, 2019). A crença da mulher que o seu leite é insuficiente para as necessidades do bebé (muitas vezes induzida pela influência de familiares ou pela dificuldade em acalmar um bebé mais agitado) diminui a sua auto-confiança e leva à introdução precoce de suplementos que vão contribuir para uma menor frequência de amamentação e,

consequentemente, menor estímulo o que leva efetivamente à diminuição da produção de leite. Por outro lado, a confusão do bebé por mamar na mama e em tetinas pode condicionar a recusa da mama. Efetivamente, a recusa inexplicável da mama é um motivo de desmame precoce relatado por muitas mães e deve ser valorizado (Santos *et al.*, 2019). É importante perceber e explicar às mães as possíveis causas dessa recusa que podem passar pelo desconforto ou dor em certas posições, dificuldade em fazer uma pega correta devido ao ingurgitamento mamário, por exemplo ou ainda questões relacionadas com o fluxo do leite. Considerando a prevalência do AM um indicador de qualidade de vida, a amamentação ocupa um lugar de destaque nos CSP, devendo a sua promoção iniciar-se na gravidez e prolongar-se durante os 2 primeiros anos de vida da criança (Marques & Ramalho, 2015).

## 2.2. Medidas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

Associados ao conceito de AM estão os conceitos de promoção, proteção e apoio ao AM. A **promoção** refere-se a atividades e normas dependentes de políticas nacionais e recomendações de organismos de saúde com vista a fomentar a sua aceitação e prática a nível local, regional ou internacional (Maia, 2005). A **proteção** é a garantia do cumprimento legal dos direitos das mães e crianças à amamentação e às licenças de parentalidade. O **apoio** diz respeito ao fornecimento de “informações corretas nos momentos oportunos com uma postura de aconselhamento e requer empenho e mobilização social no sentido de restabelecer padrões de boas práticas nas instituições” (Pinto, 2008, p. 58). As evidências demonstram que a promoção, proteção e apoio ao AM necessitam de medidas a vários níveis para serem eficazes: diretrizes legais e políticas, atitudes e normas sociais, condições laborais e serviços de saúde devem reunir esforços para apoiar as mulheres e as famílias (Rollins *et al.*, 2016).

Ao longo dos anos, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) aprovaram e publicaram documentos fulcrais com recomendações para os administradores, instituições e profissionais de saúde nomeadamente:

- Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno (1981) (Anexo I)
- Guia 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno (1989, atualizado em 2018) (Anexo II)
- Declaração de *Innocenti* (1990)
- Iniciativa Hospital Amigo do Bebê (implementada em Portugal em 1994).

Em Portugal, a DGS e a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) também defendem o AM e apresentam as suas recomendações nos documentos “Alimentação e Nutrição do Lactente” e “Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos”.

A DGS refere 3 fatores imprescindíveis para o sucesso da amamentação: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação. A **decisão de**

**amamentar** está intimamente relacionada com características individuais da mulher, como os seus valores e crenças, e pode ser tomada numa fase precoce da gestação ou ainda antes da conceção (Clark, 2016). Contudo, a decisão de amamentar pode sofrer a influência de outras pessoas significativas e é fortemente condicionada pela confiança da mulher nas suas capacidades. Estudos que relacionam a confiança das mães com a manutenção da amamentação revelaram que o insucesso na amamentação é 4 a 5 vezes mais provável em mães menos confiantes (Dennis as cited in Santos & Bárcia, 2009). Por outro lado, a idade materna mais avançada, os níveis de escolaridade mais elevados, e a experiência prévia de amamentação estão relacionados com melhores taxas de amamentação (Silva T., 2013).

No que concerne ao **estabelecimento da lactação**, sabe-se que determinados comportamentos logo após o parto contribuem para o seu sucesso, como é o caso do contacto pele a pele imediato (10 minutos após o nascimento) ou precoce (entre 10 minutos e 24h após o nascimento) e da amamentação na 1ª hora de vida do recém-nascido (Moore, Bergman, & Anderson, 2016). Por outro lado, dificuldades precoces como o ingurgitamento mamário, má pega, mamilos doridos ou com fissuras, podem interferir negativamente com o estabelecimento da amamentação (Rêgo *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2018; Henriques e Martins, 2011). Também o cansaço e a instabilidade emocional (Lima *et al.*, 2019), a má progressão ponderal do bebé e a perceção de hipogalactia (Henriques & Martins, 2011) estão associados a dificuldades no estabelecimento e manutenção do AM.

Relativamente ao **suporte à amamentação**, este pode consubstancializar-se em diferentes tipos: suporte familiar, suporte social, recursos da comunidade, apoio profissional, legislação e ambiente de trabalho. A influência da família é inegável em todas as fases de vida, mas não há dúvida de que o nascimento de um filho gera stresse, ansiedade e inseguranças que serão exacerbados se aquela influência não se traduzir no apoio que a mulher que amamenta tanto necessita. Este apoio pode (e deve) chegar não só do companheiro, mas de toda a família e rede social (Prates, Schmalfuss, & Lipinski, 2015) sob a forma de incentivo, partilha de experiências de amamentação, colaboração nos cuidados ao bebé e nas tarefas domésticas, aliviando deste modo a sobrecarga da mulher que amamenta. Assim, como refere Santos *et al.* (2019) não basta a mulher estar motivada e ter conhecimentos sobre a amamentação, ela precisa de apoio. Determinados recursos da comunidade como os cantinhos da amamentação, as conselheiras da amamentação, grupos online e as linhas telefónicas de apoio podem ajudar a ultrapassar algumas dificuldades e contribuir para a manutenção da amamentação. Os meios de comunicação social também adquirem um papel influente na educação, incentivo e promoção da amamentação a nível das atitudes e crenças da sociedade (Kohan, Heidari, & Keshvari, 2016).

As medidas de promoção da amamentação e de apoio à mulher que amamenta necessitam de uma base legal que assegure o cumprimento dos seus direitos, seja ela trabalhadora independente ou por conta de outrem. A Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego apresenta o regime de proteção na parentalidade através do documento Direitos exclusivos da trabalhadora grávida, puerpera e lactante (Anexo III). Os artigos 47.º e 48.º do Código do

Trabalho referem-se à dispensa para amamentação ou aleitação. Esta consiste em dois períodos diários distintos de 1h cada e é acrescida de mais 30 minutos por cada filho além do primeiro, nos casos de filhos gémeos. Nos casos de trabalho parcial, a dispensa diária é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos. No 1º ano de vida da criança este direito pode ser usufruído pela mãe ou pelo pai, desde que ambos trabalhem. Após a criança completar um ano de vida, a dispensa da mãe mantém-se mediante apresentação de atestado médico que comprove a amamentação.

A trabalhadora que amamenta tem ainda direito a dispensa de trabalho noturno e de prestação de trabalho suplementar durante todo o tempo que durar a amamentação, sendo necessária a apresentação do atestado médico comprovativo após os 12 meses da criança (Lei 7/2009, artigos 59.º e 60.º do Código do Trabalho). A licença de parentalidade (Lei 7/2009, artigos 39.º a 43.º do Código do Trabalho), que se aplica igualmente a trabalhadores independentes ou por conta de outrem, assegura o pagamento da remuneração de acordo com o número de dias a gozar (Tabela 1). A Lei n.º 90/2019 reforça a proteção na parentalidade, acrescentando à licença de parentalidade, até ao máximo de 30 dias, os períodos de internamento hospitalar da criança após o período recomendado de internamento pós-parto. Nos casos de parto prematuro até às 33 semanas, a licença é acrescida de todo o período de internamento (Lei 90/2019, artigo 40ª do Código do Trabalho).

**Tabela 1 – Modalidades da Licença Parental em Portugal**

Modalidade	Duração	Valor de Remuneração
<b>Não Partilhada</b>	120 dias	100%
	150 dias	80%
<b>Partilhada</b>	150 dias (120 iniciais + 30)	100%
	180 dias (150 iniciais + 30)	83%
	Mãe – 42 dias seguidos obrigatórios logo após o nascimento  Pai – 25 dias úteis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 obrigatórios (5 dias seguidos logo após o nascimento + 15 dias ao longo das 6 semanas pós-parto)</li> <li>• 5 facultativos, consecutivos ou interpolados</li> </ul>	
Em caso de nascimentos múltiplos: <b>+ 30 dias por cada filho além do primeiro, remunerados a 100%</b>		

Além das medidas políticas, legais e laborais, a promoção e o apoio ao AM incluem a intervenção do EF, devendo esta ser sempre individualizada e dirigida às áreas com mais necessidades

reconhecendo, porém, que a motivação e a intenção das grávidas para amamentar são consideradas fatores significativos para o seu sucesso (Amaral *et al.*, 2019).

### 2.3. Influência do trabalho na manutenção do aleitamento materno

Nas últimas décadas, o papel da mulher na sociedade e no mundo laboral tem adquirido cada vez mais importância e assistiu-se a uma desvalorização do trabalho doméstico. Além do contributo financeiro da mulher para o orçamento familiar, também a sua necessidade de realização profissional levou a que a carreira se tornasse uma prioridade, por vezes sacrificando a vida pessoal e familiar. No entanto, as mulheres ainda são muitas vezes alvo de discriminação no trabalho, pelo facto de engravidarem, amamentarem e cuidarem dos filhos (Pavesi *et al.* cited in Souza & Rodrigues, 2010).

O retorno ao trabalho é outro momento crítico para a mulher que amamenta e, pode mesmo, afigurar-se incompatível com a amamentação se não estiverem reunidas medidas facilitadoras, sendo mais crítico em mulheres com baixos rendimentos, pois podem sentir-se obrigadas a usufruir de licenças de parentalidade mais curtas e os seus locais de trabalho podem não reunir as condições mais favoráveis à manutenção do AM (Lee, 2017).

As autoridades de saúde internacionais reconhecem o impacto das condições laborais sobre a manutenção do AM, mas poucos são os estudos que avaliem a eficácia das medidas implementadas nos locais de trabalho (Dinour & Szaro, 2017). Um estudo realizado em França em 2012 e referido por Castetbon, Boudet-Berquier, & Salanave (2020), concluiu que apenas um terço das mulheres conseguiu conciliar amamentação e trabalho. O efeito do trabalho sobre a manutenção do AM é multidimensional e depende de fatores como a intensidade e a flexibilidade do trabalho. Diversos estudos internacionais demonstram que as mulheres que trabalham apresentam taxas de AME inferiores às mulheres que não exercem qualquer atividade profissional devido a licenças de maternidade inferiores a 6 meses, por dificuldades em gozar a redução de horário contemplado na licença de amamentação, por dificuldades em extrair leite no local de trabalho, por atitudes negativas face à redução de horários (explícitas ou subentendidas) por parte das chefias e colegas de trabalho, por pressão para retornar ao trabalho antes do fim da licença, etc (Silva & Mendes, 2011; Alianmoghadam, Phibbs, & Benn, 2018; Brasileiro, Ambrosano, & Marba, 2012; Chen *et al.*, 2019; Ersen *et al.*, 2020; Tadesse, Alemayehu, & Sine, 2019).

A **falta de apoio**, por parte da entidade patronal, é um motivo frequentemente apontado pelas mulheres para o desmame precoce (Dinour & Szaro, 2017). Conciliar a amamentação com a prática laboral a tempo inteiro, sem flexibilidade por parte da entidade patronal, com um ambiente de trabalho hostil, sem apoio de retaguarda e sem um plano estratégico familiar pode constituir um desafio impossível de superar apesar da motivação e intenção da mulher para amamentar (Alianmoghadam *et al.*, 2018; Silva & Davim, 2012; Tsai, 2013). Todos os aspetos referidos contribuem para o aumento do stresse e da ansiedade e interferem com a amamentação. Esta

necessidade de conciliar os seus diferentes papéis como mãe, esposa e trabalhadora, podem criar sentimentos de incapacidade e criar um desequilíbrio entre ser mãe e funcionária competente levando ao desmame precoce (Silva & Davim, 2012).

A **distância - tempo de viagem** entre o local de trabalho e o local onde a criança se encontra, o ambiente de trabalho e a intensidade do trabalho são igualmente fatores que dificultam a manutenção do AM (Chen *et al.*, 2019). Este fator pode interferir com a dispensa para amamentação caso esta não possa ser usufruída no início e no fim da jornada de trabalho. Nestas situações, o tempo destinado à amamentação poderá ser utilizado para a extração de leite se as condições necessárias estiverem reunidas. Além do apoio das chefias e dos colegas, é necessário que o local de trabalho garanta que a mulher tem acesso a um **local limpo e com a privacidade** necessária para a amamentação ou extração do leite, bem como frigoríficos para armazenamento do mesmo (Chen *et al.*, 2019; Tsai, 2013; Lee, 2017), podendo aumentar 2,3 vezes a probabilidade de manter o AME aos 6 meses pós-parto (Dinour & Szaro, 2017). O local e as pausas, adequados para a extração de leite são as medidas de apoio laboral mais referidas e que estão ao alcance de praticamente todas as entidades empregadoras, sem grandes custos associados (Dinour & Szaro, 2017; Reate *et al.*, 2019)). Por outro lado, nos casos em que a distância é curta, mantém-se a possibilidade de amamentar mais frequentemente, quer seja pela deslocação da mulher até ao local onde o seu filho se encontra, quer seja pela ida da criança ao local de trabalho, sendo esta última situação mais plausível quando os cuidados ao bebé são assegurados por um familiar e o trabalho da mulher assim o permite.

As **atitudes e o apoio** dos colegas de trabalho interferem com os sentimentos da mulher que pode sentir-se culpada por trabalhar menos horas e implicar uma carga de trabalho maior para os colegas (Ersen *et al.*, 2020). Ainda que todas as condições anteriormente referidas possam facilitar a manutenção do AM, o trabalho, em si mesmo, pode constituir-se um obstáculo, sendo diferentes as dificuldades apontadas pelas mulheres, consoante a sua ocupação (Murtagh & Moulton, 2011). Nos casos em que a **atividade profissional** é muito desgastante, seja pela intensidade do trabalho, seja pela exigência e nível de stresse a que a mulher está sujeita, a produção de leite pode ser prejudicada e amamentação pode tornar-se muito difícil (Chen *et al.*, 2019). Outras medidas de apoio poderão ser oferecidas pelas entidades patronais, tais como horários de trabalho flexíveis, acesso a serviços de creche, bombas extratoras e frigoríficos no local de trabalho, divulgação de grupos e linhas de apoio à amamentação ou até mesmo oferta de serviços de aconselhamento e treino na amamentação e extração de leite (Dinour & Szaro, 2017). Outros estudos sugerem que **licenças de maternidade** mais prolongadas poderiam contribuir para a manutenção do AME durante mais tempo (Aikawa, Pavadhgul & Chongsuwat, 2015; Tsai, 2013; Rollins, 2016), pois as mulheres que planeiam regressar mais cedo ao trabalho têm menor probabilidade de iniciar ou continuar a amamentação (Rollins, 2016).

## **2.4. Intervenção do Enfermeiro de Família na promoção do aleitamento materno das mulheres trabalhadoras**

A saúde familiar é definida como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar. Atendendo ao seu carácter relacional e interativo, a saúde de um indivíduo afeta toda a função da família tal como a função da família afeta a saúde de cada membro (Hanson, 2005). Deste modo percebe-se que as transições, normativas ou acidentais, possam gerar stresse, ansiedades e conflitos, na medida em que implicam alterações na estrutura e homeostasia familiar (Meleis, 2010).

Nas políticas de Saúde Para Todos No Século XXI (OMS, 2006) é evidenciado o papel do EF, nomeadamente, na Meta 15, que defende a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com ênfase mais forte nos CSP. O EF, como profissional que acompanha as famílias ao longo do seu ciclo vital nos mais diversos contextos, tem um papel importante na deteção precoce de problemas de saúde familiar e de situações de risco. Em 2005 a DGS elaborou o Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância onde realça as transformações que a mulher e o sistema familiar sofrem nesta fase do ciclo de vida e reforça a necessidade de uma avaliação holística cuidadosa. Também Lowdermilk & Perry (2008) referem a competência científica, técnica e humana dos EF como características associadas à sua intervenção junto das famílias, em contexto comunitário. A relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro e a família é pautada pela confiança e proximidade, numa parceria colaborativa que facilita a identificação dos problemas, dos recursos e das relações familiares. Respeitando a autonomia e auto-determinação da família, o EF é um facilitador no processo de transição, ou seja, ajuda a família a identificar as suas forças e limitações, a mobilizar os seus recursos e a desenvolver competências para melhor se adaptar (Meleis, 2010). Com a sua abordagem sistémica e holística, o EF intervém junto do casal durante a gravidez preparando-o para as mudanças de papéis, para as alterações nas dinâmicas relacionais conjugais, com a família alargada, redes sociais e contexto laboral. No que concerne à dinâmica conjugal, o EF deve sensibilizar o casal para as modificações esperadas e incentivar o reforço do vínculo da díade de modo a manter preservada a satisfação conjugal. Relativamente às relações com o mesossistema, o EF deve informar e preparar o casal para a influência que este vai exercer sobre as suas decisões, para as mudanças de papéis a que também vão estar sujeitos e para o impacto de todas essas alterações nas ligações estabelecidas (Graça, 2010).

Especificamente no que concerne ao AM, a intervenção do EF deve iniciar-se durante a gravidez e deve envolver o casal, avaliando o seu nível de conhecimentos, a sua motivação e intenção (Greiner, 2014 as cited in Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral & Cruz, 2017). Todas as formas de apoio (profissional ou outro) trazem benefícios para o AM. Estudos revelam que o apoio profissional parece aumentar a manutenção do AME e o apoio por leigos parece ser eficaz em todos os tipos de AM (Santos & Bárcia, 2009). Além disso, é possível reverter situações de AM

não exclusivo para exclusivo, após a alta hospitalar, quando as mulheres têm suporte de profissionais de saúde verdadeiramente comprometidos (Rocci & Fernandes, 2014). Tendo presente a característica sistémica da família, o EF deverá envolver os familiares e entes significativos do casal e sensibilizá-los para a importância do leite materno. Frequentemente, as opiniões de amigos e família impactam mais do que o aconselhamento dos profissionais de saúde (Clark, 2016) e, por isso, envolvê-los na relação e informá-los sobre as dificuldades habituais associadas à amamentação pode contribuir para o sucesso da mesma. Deste modo, além do apoio do companheiro, a mulher que amamenta poderá encontrar suporte e encorajamento junto dos seus familiares e amigos. Os conhecimentos sobre a fisiologia da amamentação, os problemas mais frequentes, modos de prevenção e tratamento, pega correta, vão contribuir para o aumento da confiança da mulher nas suas capacidades e melhorar a sua perceção de auto-eficácia e contribuir para o sucesso da amamentação (Nelas *et al.*, 2017). A informação a transmitir deve ser pertinente, relevante, baseada em evidências científicas e a linguagem deve ser acessível e adequada ao nível socioeconómico da mulher e família (Graça, Figueiredo & Conceição, 2011). Além de educar sobre o AM e as vantagens do leite materno, o EF deve também esclarecer dúvidas, desfazer mitos e informar sobre a legislação. No entanto, a sua intervenção não se pode resumir à educação para a saúde, sendo fundamental o acompanhamento e apoio durante todo o período de AM. As intervenções educativas devem incluir a extração e armazenamento do leite materno, oferecendo assim alternativas à amamentação e contribuindo para o envolvimento de outros entes significativos no cuidado ao bebé. O EF deve ainda apoiar a família esclarecendo-a sobre os seus direitos e ajudando-a a delinear uma estratégia que permita conciliar o trabalho com o AM. Sempre que necessário, deve articular com os recursos da comunidade e o contexto laboral, nomeadamente com o serviço de saúde ocupacional.

Na sua atividade, o EF tem intervenções autónomas e interdependentes da restante equipa de saúde. A VD à puérpera e recém-nascido (uma das recomendações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) e a avaliação estado-ponderal da criança são duas intervenções autónomas que contribuem para a manutenção do AM. Enquanto a VD se reveste de elevada importância por permitir um contacto mais próximo, no contexto familiar, numa fase inicial do puerpério com a vantagem de facilitar a avaliação e deteção precoce de dificuldades na díade mãe-filho (Carvalho & Tavares, 2010), a avaliação estado-ponderal não deve ser desvalorizada pois, além de permitir verificar o adequado crescimento e desenvolvimento da criança, trata-se de uma excelente oportunidade de intervenção junto da mãe e família. De facto, estes contactos irão prolongar-se ao longo da infância, por vezes fora do contexto das consultas de vigilância da saúde infantil, com a presença de outros familiares ou entes significativos e após o regresso da mulher ao trabalho. Nesses momentos será possível assegurar às famílias que a criança está a ser bem alimentada, evitando o desmame precoce por receio de hipogalactia, e observar a mamada, corrigindo a técnica sempre que necessário.

Considerando a importância do AM, a influência da rede social da mulher que amamenta e o impacto que o regresso ao trabalho tem sobre a amamentação, o EF deve intervir junto do casal, tanto na antecipação das suas possíveis dificuldades quanto no auxílio à resolução das mesmas, tendo sempre em consideração o contexto sociocultural da família e utilizando uma abordagem sistémica. Na sua prática diária, o EF deve utilizar abordagens personalizadas e ajustadas à realidade cultural, social e emocional da mulher trabalhadora que amamenta, compreendendo-a em todas as dimensões, informando e acompanhando-a de modo a alcançar sucesso no AM (Santos *et al.*, 2019).

### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

As opções metodológicas de um estudo devem ser selecionadas consoante a perspetiva que o investigador pretende seguir e, sobretudo, devem atender à natureza e “estado da arte” da problemática a investigar.

Neste capítulo será apresentada e justificada a metodologia adotada para a investigação desenvolvida, de modo a cumprir com o seguinte objetivo geral:

- Descrever os fatores interferentes na manutenção do AM protagonizado pelas mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha, por forma a contribuir para a melhoria das boas práticas dos Enfermeiros de Família nesta específica área do “Cuidar”.

#### **3.1. Tipo de estudo**

Considerando que o principal objetivo deste estudo buscava descrever um fenómeno (manutenção do AM nas mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha) e os fatores interferentes associados (fatores facilitadores, dificultadores e de cumprimento das medidas legais do AM) procurando encontrar uma relação entre si, conceptualizou-se um estudo com uma abordagem transversal, de carácter quantitativo e, do tipo descritivo-correlacional. Esta opção baseou-se no facto de, como refere Fortin (2009, p. 27), “o método quantitativo coloca a tónica na explicação e predição, assenta na medida e na análise dos dados numéricos”.

#### **3.2. População e Amostra**

A população-alvo de um estudo é tida como o conjunto de indivíduos com características comuns que reúne os critérios de seleção definidos Fortin (2009).

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram: ser do sexo feminino, ter idade superior a 18 anos e, “ser” ou “ter sido” trabalhadora ativa no período de AM. Os critérios de exclusão foram: ter tido gravidez gemelar, parto prematuro ( $\leq 37$  semanas), recém-nascido com baixo peso ( $\leq 2500$ g), internamento neonatal, complicações no puerpério ou parto, nunca ter amamentado, ou, apresentar qualquer tipo de impedimento para participar no estudo (como por exemplo: ser detentora de doença impeditiva, não dominar a língua portuguesa e/ou apresentar iliteracia informática que permitisse a resposta a um questionário eletrónico).

Decorrente dos anteriores pressupostos, a população-alvo deste estudo foram as utentes do sexo feminino inscritas na USF da Barrinha, que assumiam ou tiveram assumido estatuto de trabalhadoras em período de AM, e cujos filhos nasceram entre janeiro de 2015 e junho de 2020 (N=513). As utentes que cumpriam estes critérios foram identificadas pelos seus Enfermeiros de Família, com recurso ao sistema de informação SClínico, e o convite para participar no estudo ocorreu aquando da convocatória para consulta de vigilância da saúde infantil dos seus filhos.

Decorrente deste procedimento foi obtida uma amostra constituída por 185 mulheres, sendo que desta 2 recusaram participar no estudo, pelo que a amostra final ficou constituída por 183 mulheres (98,9% de adesão).

Tendo sido escolhidos indivíduos facilmente acessíveis e que cumpram os critérios definidos (Fortin, 2009), considera-se que a amostragem deste estudo assumiu um carácter não probabilístico, por conveniência.

### **3.3. Problemática e objetivos**

O AM é mundialmente reconhecido como benéfico para as crianças e para as mães. No entanto, verifica-se que a sua taxa diminui drasticamente nos primeiros meses de vida do bebé e, o retorno da mãe ao trabalho é frequentemente apontado como um dos motivos que levam ao desmame precoce. Na experiência profissional da investigadora como enfermeira numa USF as questões relacionadas com o AM e as dificuldades na manutenção do mesmo após o regresso ao trabalho são frequentes, o que despertou o seu interesse para o desenvolvimento deste estudo.

Foi decorrente desta inquietação que surtiu a questão que orientou a presente investigação:

*“Quais os fatores que interferem com a manutenção do aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras, inscritas numa Unidade de Saúde Familiar, da Administração Regional de Saúde do Centro?”.*

No sentido de desenvolver um percurso de indagação conducente a responder a esta questão, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os fatores dificultadores e facilitadores da manutenção do AM, em função das características sociodemográficas e socioprofissionais protagonizadas pelas mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha;
- Caracterizar a relação entre o suporte familiar e social e a manutenção do AM protagonizado pelas mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha;
- Analisar a perceção do cumprimento institucional de medidas legislativas de apoio ao AM nas mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha.

Numa tentativa de aproximação de relação entre as variáveis envolvidas, pretendeu-se verificar a validade das seguintes hipóteses:

H1 – A idade das mulheres influencia a duração do AM.

H2 – Mulheres com habilitações literárias superiores mantêm o AM durante mais tempo.

H3 – As atitudes dos superiores hierárquicos e dos colegas de trabalho influenciam a manutenção do AM.

H4 – Mulheres que trabalham por conta de outrem mantêm o AM durante mais tempo do que as trabalhadoras independentes.

H5 – O apoio familiar e das redes sociais das mulheres trabalhadoras contribui para a manutenção do AM.

H6 – A duração da licença de parentalidade interfere com a manutenção do AM.

H7 – O usufruto da dispensa para amamentação influencia a manutenção do AM.

### 3.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados selecionado para a realização deste estudo foi o questionário, aplicado por autopreenchimento com recurso à plataforma *Google Forms* (Apêndice I). Especificamente concebido com base na fundamentação teórica, diretivas políticas e legislação referente ao apoio ao AM, incluiu questões relativas a: variáveis sociodemográficas, socioprofissionais, cumprimento de medidas legislativas de apoio ao AM.

Foi realizado um pré-teste a 8 utentes com características semelhantes às da população-alvo, inscritas na USF onde a investigadora exerce funções, de modo a analisar o seu comportamento naquele que era o propósito de avaliação do construto em estudo.

Com respeito às variáveis, atendendo a que descrevem as características qualitativas e/ou quantitativas do atributo em análise, estas puderam ser classificadas de acordo com o seu papel na investigação - variáveis dependentes ou independentes, variáveis atributos e variáveis estranhas (Fortin, 2009). Neste estudo a **variável dependente** foi a manutenção do AM, uma vez que se trata do atributo que sofre os efeitos das restantes variáveis e na qual se observam os resultados. As **variáveis atributo**, que não podem ser manipuladas devido à sua natureza (*idem*), foram as de caracterização sociodemográfica (idade, estado civil, habilitações literárias e, número de filhos) de saúde (tempo de gestação, tipo de parto), e profissional (tempo na atividade profissional). As **variáveis independentes**, dimensões que se alteram e cujo impacto sobre a variável dependente se pretende conhecer, correspondem à duração da licença de parentalidade, ao vínculo laboral, ao regime de trabalho, relação com superiores hierárquicos e colegas de trabalho, usufruto da dispensa para amamentação, tempo de manutenção do AM e do AM (Tabela 2).

**Tabela 2 – Variáveis em estudo**

Variáveis	Operacionalização	Tipo/Caraterísticas
Caracterização Sociodemográfica	Idade, em anos, à data do questionário	Quantitativa contínua
	Estado civil · Solteira; Casada / União de facto; Divorciada; Viúva	Qualitativa nominal politómica
	Número de filhos	Quantitativa discreta
	Duração da gravidez, em semanas	Quantitativa contínua
	Tipo de parto · Eutócico · Cesariana · Ventosa · Fórceps	Qualitativa nominal politómica
	Escolaridade · Menos de 4 anos de escolaridade · Ensino básico · Ensino secundário · Ensino superior	Qualitativa ordinal
Caracterização Socio profissional	Anos na atividade	Quantitativa contínua
	Relação com entidade patronal · Má; Razoável; Boa; Excelente	Qualitativa ordinal Tipo Likert
	Relação com os colegas · Má; Razoável; Boa; Excelente	Qualitativa ordinal Tipo Likert
	Vínculo laboral · Contrato de prestação de serviços · Contrato de trabalho temporário · Contrato de trabalho a termo certo · Contrato de trabalho a termo incerto · Contrato de trabalho sem termo · Não sabe/ não responde	Qualitativa nominal politómica
	Regime de trabalho · Tempo integral · Tempo parcial · Trabalhadora independente · Trabalho por turnos · Isenção de horário · Teletrabalho · Trabalho noturno · Outra	Qualitativa nominal politómica
	Tempo de deslocação entre local de trabalho e local onde ficou o bebé, em minutos	Quantitativa contínua
Caraterização do acompanhamento parental e do AM	Com quem ficou o bebé após o regresso ao trabalho	Qualitativa nominal
	Duração da licença de parentalidade (lei nº 7/2009, artigos 39.º, 40.º, 41.º) · menos de 6 sem; até 4 meses; 5 meses; 6 meses; mais de 6 meses	Quantitativa contínua
	Usufruto da dispensa para amamentação (lei 7/2009, artigo 47.º) · Usufriuiu completamente; Usufriuiu de alguns dias; Usufriuiu de algumas horas; Não usufriuiu	Qualitativa ordinal Tipo Likert
	Atitudes dos superiores em relação à amamentação · Apoio total; Apoio ocasional; Neutro; Oposição	Qualitativa nominal Tipo Likert
	Atitudes dos colegas em relação à amamentação · Apoio total; Apoio ocasional; Neutro; Oposição	Qualitativa nominal Tipo Likert
	Aleitamento materno exclusivo, em meses	Quantitativa contínua
	Duração total do aleitamento materno, em meses	Quantitativa contínua
	Extração de leite materno com bomba	Qualitativa nominal
	Local de extração do leite materno com bomba · Em casa · No trabalho · Em casa e no trabalho · No hospital · No hospital e em casa	Qualitativa nominal politómica
	Fatores facilitadores da amamentação	Qualitativa nominal politómica
	Motivos para deixar de amamentar	Qualitativa nominal politómica

### **3.5. Procedimentos de colheita de dados e considerações éticas**

A colheita de dados decorreu entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, de acordo com a disponibilidade da investigadora e a acessibilidade das mulheres à USF, no contexto da vigilância de saúde infantil dos filhos. Nessa ocasião foi explicitada a finalidade do estudo e os objetivos propostos, bem como foi solicitado um endereço eletrónico e entregue o consentimento informado para a aplicação do questionário, a enviar posteriormente via eletrónica. Atendendo às contingências inerentes à pandemia COVID-19, um significativo número de contactos foi realizado de forma não presencial, através de contacto telefónico pela EF e pela investigadora, que forneceu todas as informações referentes ao estudo a desenvolver e solicitou um endereço eletrónico para o envio do consentimento informado e posterior aplicação do questionário.

Na conceção do projeto de investigação e ao longo de todas as fases da sua implementação foram tidos em consideração os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (ISPUP) e na Convenção de Oviedo (DRE, 2001). Foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ARS do Centro e autorização à coordenação da USF da Barrinha (Apêndices III e IV). Após a obtenção do deferimento, o Consentimento Informado (Apêndice V) foi entregue ou enviado via correio eletrónico a todas as mulheres que integraram o estudo. As participantes foram informadas sobre a natureza, os métodos e os objetivos do estudo e da possibilidade de recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento, sem necessidade de justificação. Foi também garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados obtidos, de acordo com os pressupostos legais consagrados na Lei de Proteção de Dados Pessoais. Os dados recolhidos foram cifrados e serão guardados pela investigadora durante o prazo máximo de 6 meses após a conclusão e apresentação do trabalho final. Findo este prazo, a investigadora compromete-se a eliminar definitivamente todos os dados recolhidos.

### **3.6. Procedimentos de análise dos dados**

Os dados foram tratados com recurso ao software IBM®SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 27. O tratamento estatístico foi realizado através de medidas de estatística descritiva (frequências absolutas ( $n^0$ ) e relativas (%), medidas de tendência central (Média, Mediana, Moda) e medidas de dispersão (Desvio Padrão) e testes estatísticos não paramétricos, atendendo a que a maior parte dos dados eram categóricos e se pretendeu verificar a relação entre variáveis. Neste âmbito, foi realizada a análise inferencial com aplicação do teste Qui-quadrado, com técnica de simulação de Monte Carlo quando não se verificaram as condições:  $n > 20$ , todas as frequências esperadas  $> 1$  e, pelo menos, 80% das frequências esperadas  $\geq 5$ . Para determinar se as variáveis são independentes comparou-se o *p-value* com o nível de significância. Se *p-value*  $<$  nível de significância verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis; por outro lado, se *p-value*  $>$  nível de significância considera-se que não há evidências suficientes para concluir que as variáveis estão associadas.

O nível de significância escolhido para este estudo foi de 0,05, uma vez que se trata do valor estabelecido na maior parte das investigações (Fortin, 2009).

## 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados e resultados procedentes da colheita de informação, seguindo a sequência do instrumento que foi aplicado tendo em vista obter resposta à questão de investigação inicialmente colocada e validar as hipóteses elaboradas.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica e socioprofissional

As mulheres participantes neste estudo tinham idades compreendidas entre 24 e 49 anos, sendo a média 36 anos (DP=4,7 anos). A maior parte era casada (60,7%) e tinha entre 1 e 2 filhos (88,6%). Relativamente às habilitações literárias, a maior frequência foi Ensino Superior (60,7%), seguida de Ensino Secundário (25,7%) (Tabela 3).

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Estado civil</b>	
• Casada	111 (60,7%)
• União de Facto	57 (31,1%)
• Solteira	11 (6,0%)
• Divorciada	4 (2,2%)
<b>Número de filhos</b>	
• 1	81 (44,3%)
• 2	81 (44,3%)
• 3	18 (9,8%)
• 4	2 (1,1%)
• 5	1 (0,5%)
<b>Habilitações Literárias</b>	
• ≤ 4 anos de escolaridade	12 (6,5%)
• Ensino Básico	13 (7,1%)
• Ensino Secundário	47 (25,7%)
• Ensino Superior	111 (60,7%)

Relativamente à caracterização obstétrica (Tabela 4), a maior percentagem das gravidezes (36,6%) teve a duração de 39 semanas e os partos mais frequentes foram os eutócicos (46,5%). De salientar que, entre os partos distócicos, 35,0% foram por cesariana, valor semelhante à taxa nacional (36% em 2019, segundo dados do INE), mas significativamente superior aos 10 a 15% recomendados pela OMS desde 1985.

**Tabela 4 – Caracterização obstétrica (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Duração da Gravidez (semanas)</b>	
• 38	<b>53</b> (29,0%)
• 39	<b>67</b> (36,6%)
• 40	<b>35</b> (19,1%)
• 41	<b>22</b> (12,0%)
• 42	<b>6</b> (3,3%)
<b>Tipo de Parto</b>	
• Eutócico	<b>85</b> (46,5%)
• Cesariana	<b>64</b> (35,0%)
• Ventosa	<b>33</b> (18,0%)
• Fórceps	<b>1</b> (0,5%)

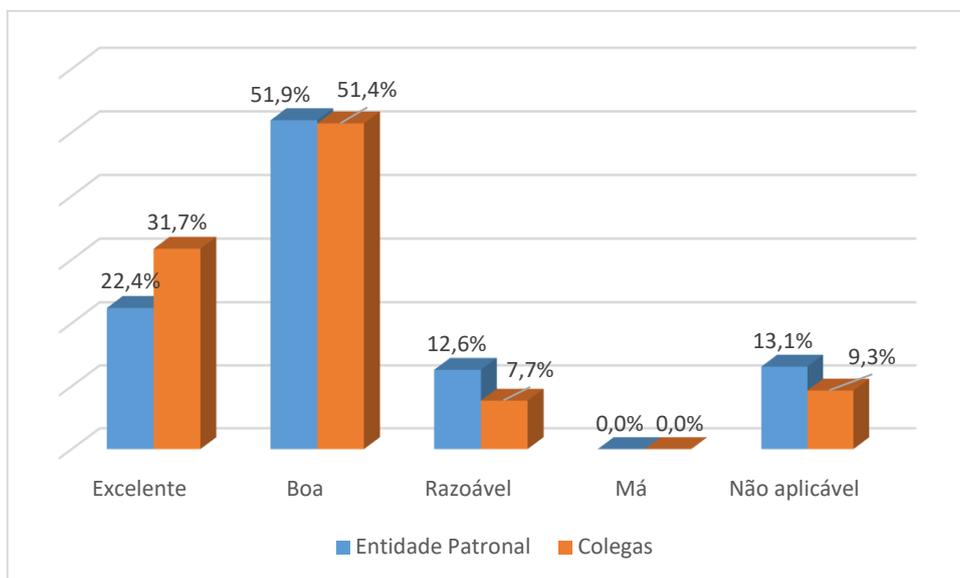
A maior parte das mulheres apresentava um vínculo laboral estável (49,2%) e um horário de trabalho integral (70,0%), desempenhando funções na atividade referida há mais de 5 anos (79,2%) (Tabela 5).

**Tabela 5 – Caracterização socioprofissional (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Vínculo Laboral</b>	
• Prestação de Serviços	<b>15</b> (8,2%)
• Contrato a Termo Certo	<b>37</b> (20,2%)
• Contrato a Termo Incerto	<b>18</b> (9,8%)
• Contrato sem Termo	<b>90</b> (49,3%)
• Contrato Temporário	<b>1</b> (0,5%)
• Não sabe/ não responde	<b>22</b> (12,0%)
<b>Regime de Trabalho</b>	
• Tempo integral	<b>128</b> (70,0%)
• Tempo parcial	<b>20</b> (11,0%)
• Trabalhadora independente	<b>1</b> (0,5%)
• Teletrabalho	<b>12</b> (6,6%)
• Isenção de horário	<b>13</b> (7,1%)
• Trabalho por turnos	<b>22</b> (12,0%)
• Trabalho noturno	<b>7</b> (3,8%)
<b>Anos na Atividade</b>	
• ]1; 5]	<b>38</b> (20,8%)
• ]5; 10]	<b>59</b> (32,2%)
• ]10; 15]	<b>46</b> (25,1%)
• > 15	<b>40</b> (21,9%)

O tempo de deslocação entre o local de trabalho e o local onde ficou o filho em AM variou entre 1 e 120 minutos, sendo a média 19 minutos (DP=17,51 minutos).

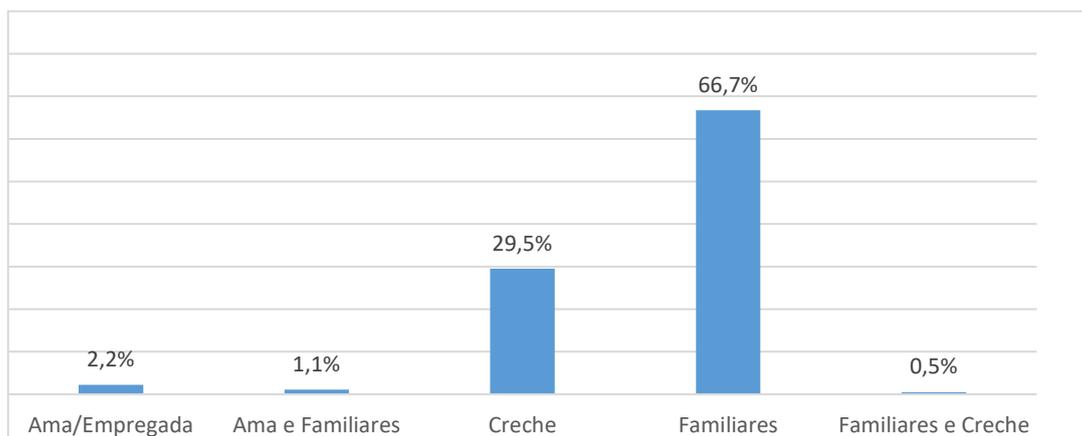
A relação com a entidade patronal e com os colegas era, na sua maioria, boa (51,9% e 51,4%, respetivamente). Nenhuma das mulheres inquiridas referiu ter má relação com os colegas ou superiores (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Relação com entidade patronal e colegas de trabalho**

#### 4.2 Caracterização do acompanhamento parental e do aleitamento materno

Após o regresso da mãe ao trabalho, a maioria dos filhos em AM (66,7%) ficou com familiares (pai, avós e/ou irmãos), sendo a creche a segunda opção mais referida (29,5%) (Gráfico 2).



**Gráfico 2 – Com quem ficou o bebé após o regresso da mãe ao trabalho**

Relativamente à caracterização do AM (Tabela 6), a maior parte das mulheres (32,2%) amamentou entre 6 e 12 meses, sendo a duração média do aleitamento 6,4 meses (DP=8,52 meses). A percentagem de mulheres que amamentou mais de 24 meses foi de 25,1%.

Relativamente ao AME, a maioria das respostas (55,7%) foi de 6 meses e a duração média foi 4,9 meses (DP=1,7 meses). A maioria das mulheres fez extração de leite materno com bomba (67,2%), sendo o principal local de extração referido a casa (68,3%).

**Tabela 6 – Caracterização do aleitamento materno (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Duração total do aleitamento materno (meses)</b>	
• [0; 6[	5 (2,7%)
• [6; 12[	59 (32,3%)
• [12; 18[	43 (23,5%)
• [18; 24[	30 (16,4%)
• ≥24	46 (25,1%)
<b>Duração do aleitamento materno, exclusivo (meses)</b>	
• 0	10 (5,5%)
• 1	5 (2,7%)
• 2	7 (3,8%)
• 3	3 (1,6%)
• 4	23 (12,6%)
• 5	33 (18,0%)
• 6	102 (55,8%)
<b>Extração de leite materno com bomba</b>	
• Sim	123 (67,2%)
• Não	60 (32,8%)
<b>Local da extração de leite materno com bomba</b>	
• Casa	84 (68,3%)
• Trabalho	7 (5,7%)
• Ambos (casa e trabalho)	30 (24,4%)
• Hospital	1 (0,8%)
• Hospital e casa	1 (0,8%)

No que concerne ao cumprimento das disposições legais referentes à licença de parentalidade (Tabela 7), a maior parte das licenças de parentalidade teve 5 (39,9%) ou 4 (23,5%) meses de duração. Importa referir que somente 7,1% das mulheres optou pela licença mais curta e apenas 10,9% escolheu a licença alargada. Quanto à dispensa para amamentação, 60,1% das inquiridas utilizou as 2 horas diárias definidas por lei. De salientar que 25,7% não usufruiu deste seu direito.

**Tabela 7 – Caracterização do gozo da licença de parentalidade e da dispensa para amamentação (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Duração da licença de parentalidade</b>	
• 6 semanas	13 (7,1%)
• 4 meses	43 (23,5%)
• 5 meses	73 (39,9%)
• 6 meses	34 (18,6%)
• Alargada	20 (10,9%)
▪ 7 meses	4 (2,2%)
▪ 8 meses	13 (7,1%)
▪ 9 meses	3 (1,6%)
<b>Usufruto da dispensa para amamentação</b>	
• Usufriuiu completamente	110 (60,1%)
• Usufriuiu de alguns dias	13 (7,1%)
• Usufriuiu de algumas horas	13 (7,1%)
• Não usufruiu	47 (25,7%)

Relativamente à perceção das atitudes dos superiores hierárquicos e dos colegas de trabalho em relação à amamentação (Tabela 8), a maior parte das mulheres (45,4%) respondeu ter sentido apoio e apenas 1,6% referiram oposição. Ainda a referir que 22,9% das inquiridas respondeu não aplicável relativamente ao apoio dos superiores, sendo que 10 delas (23,8%) eram trabalhadoras independentes. Quanto às mulheres que responderam não aplicável em relação aos colegas de trabalho (28,4%), 14 trabalhavam por conta própria (26,9%).

**Tabela 8 – Apoio dos superiores e dos colegas em relação à amamentação (n=183)**

Variáveis	nº (%)
<b>Atitudes dos superiores em relação à amamentação</b>	
• Apoio total	60 (32,8%)
• Apoio ocasional	23 (12,6%)
• Neutro	55 (30,1%)
• Oposição	3 (1,6%)
• Não aplicável	42 (22,9%)
<b>Atitudes dos colegas em relação à amamentação</b>	
• Apoio total	56 (30,6%)
• Apoio ocasional	23 (12,6%)
• Neutro	49 (26,8%)
• Oposição	3 (1,6%)
• Não aplicável	52 (28,4%)

A maior percentagem das inquiridas (37,7%) indicou a diminuição da quantidade de leite como motivo para deixar de amamentar, seguida da idade suficiente do bebé (20,8%), enquanto o regresso ao trabalho foi apontado apenas por 12% das mulheres e os motivos relacionados com o trabalho surgiram em somente 3,8% das respostas (Tabela 9).

**Tabela 9 – Motivos para deixar de amamentar (n=183)**

Motivos para deixar de amamentar	nº (%)
Diminuição da quantidade de leite	69 (37,7%)
Bebé com idade suficiente	38 (20,8%)
Recusa do bebé	27 (14,8%)
Bebé já não ficava satisfeito com o leite materno	26 (14,2%)
Regresso ao trabalho	22 (12,0%)
Cansaço	22 (12,0%)
Desejo de parar de amamentar	19 (10,4%)
Para ajustar o padrão de sono do bebé	11 (6,0%)
Problemas de saúde da mãe	9 (4,9%)
Motivos relacionados com o trabalho	7 (3,8%)
Falta de tempo	7 (3,8%)
Nova gravidez	4 (2,2%)
Falta de apoio familiar/ social	2 (1,1%)
Problemas de saúde do bebé	1 (0,5%)
Bebé não aumentava de peso	1 (0,5%)

Praticamente metade das mulheres inquiridas indicou como fator facilitador do AM a dispensa para a amamentação (49,7%), seguido da duração da licença de parentalidade (45,9%), a flexibilidade de horário (43,2%) e o apoio familiar e/ou social (43,2%). O apoio dos superiores hierárquicos e dos colegas foram dos motivos menos referidos (15,8% e 11,5%, respetivamente) e 6% das inquiridas não apontaram qualquer motivo facilitador (Tabela 10).

**Tabela 10 – Fatores facilitadores do aleitamento materno (n=183)**

Fatores facilitadores do aleitamento materno	nº (%)
Dispensa para amamentação	91 (49,7%)
Duração da licença de parentalidade	84 (45,9%)
Flexibilidade de horário	79 (43,2%)
Apoio familiar/ social	79 (43,2%)
Distância entre local de trabalho e local onde o bebé se encontra	63 (34,4%)
Apoio dos profissionais de saúde	39 (21,3%)
Local adequado para amamentar/ extrair leite no trabalho	35 (19,1%)
Apoio dos superiores hierárquicos	29 (15,8%)
Apoio dos colegas de trabalho	21 (11,5%)
Nenhum	11 (6,0%)

Finda a anterior descrição, segue-se a apresentação dos resultados obtidos pela aplicação dos testes estatísticos que permitiram caracterizar o comportamento das variáveis naquela que foi confirmação ou infirmação das hipóteses inicialmente formuladas.

Relativamente à variável idade, foi criado um ponto de corte correspondente à média (36 anos). Apesar de os resultados serem semelhantes, verificou-se que as mulheres mais velhas mantiveram o AM durante mais tempo (50,8%) (Quadro 1).

**Quadro 1 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Idade”**

			Idade		Total
			<36 anos	≥36 anos	
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	4	1	5
		F <sub>e</sub>	2,5	2,5	5,0
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	26	33	59
		F <sub>e</sub>	29,0	30,0	59,0
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	21	22	43
		F <sub>e</sub>	21,1	21,9	43,0
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	16	14	30
		F <sub>e</sub>	14,8	15,2	30,0
	≥24	F <sub>o</sub>	23	23	46
		F <sub>e</sub>	22,6	23,4	46,0
Total	F <sub>o</sub>	90	93	183	
	F <sub>e</sub>	90,0	93,0	183,0	
n=183			49,2%	50,8%	100,0%

Para relacionar a idade com a duração do AM foi aplicado o teste de qui-quadrado. Como  $p\text{-value}=0,602$ , concluiu-se que a *duração total do aleitamento materno é independente da idade da mãe* (Quadro 1).

Quanto aos motivos para deixar de amamentar (Tabela 11), as mulheres mais jovens referiram a diminuição da quantidade de leite como motivo principal (28,9%) e a recusa do bebé (20%) e apenas 13,3% referiram o regresso ao trabalho. Das mulheres mais velhas, 46,2% apontou a diminuição da quantidade de leite e, somente 10,8% o regresso ao trabalho.

**Tabela 11 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por idade (n=183)**

Motivos mais referidos	<36 anos		≥36 anos		Total (n=183)	%
	anos (n=90)	%	anos (n=93)	%		
Diminuição da quantidade de leite	26	28,9%	43	46,2%	69	37,7%
Cansaço	9	10,0%	13	14,0%	22	12,0%
Regresso ao trabalho	12	13,3%	10	10,8%	22	12,0%
Motivos relacionados com o trabalho	3	3,3%	4	4,3%	7	3,8%
Bebé já não ficava satisfeito com o leite materno	11	12,2%	15	16,1%	26	14,2%
Recusa do bebé	18	20,0%	9	9,7%	27	14,8%

Relativamente à relação entre as variáveis habilitações literárias e AM (Quadro 2), verificou-se que as mulheres com escolaridade mais elevada mantiveram o AM durante mais tempo.

**Quadro 2 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “habilitações literárias”**

			Habilitações Literárias				Total
			Menos de 4 anos	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	0	1	0	4	5
		F <sub>e</sub>	0,3	0,4	1,3	3,0	5,0
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	5	3	13	38	59
		F <sub>e</sub>	3,9	4,2	15,2	35,8	59,0
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	2	4	12	25	43
		F <sub>e</sub>	2,8	3,1	11,0	26,1	43,0
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	3	2	6	19	30
		F <sub>e</sub>	2,0	2,1	7,7	18,2	30,0
	≥24	F <sub>o</sub>	2	3	16	25	46
		F <sub>e</sub>	3,0	3,3	11,8	27,9	46,0
	Total	F <sub>o</sub>	12	13	47	111	183
		F <sub>e</sub>	12,0	13,0	47,0	111,0	183,0
n=183			6,6%	7,1%	25,7%	60,6%	100,0%

Para relacionar a duração do AM e as habilitações literárias das mães foi aplicado o teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo, porque 12 células de frequência esperada ( $60\% \leq 5$ ). Como  $p\text{-value}=0,795$ , concluiu-se que a duração total do aleitamento é independente da escolaridade (Quadro 2).

Das 25 mulheres com menores habilitações literárias (ensino básico ou menos), 52% referiu que a diminuição da quantidade de leite foi motivo de desmame e 16% referiu o regresso ao trabalho. As mulheres com habilitações literárias superiores (ensino secundário e superior) também referiram a diminuição da quantidade de leite como o principal motivo de abandono da amamentação, mas com uma expressão menor (35,4%), enquanto que o regresso ao trabalho e os motivos relacionados com o trabalho foram referidos em 11,4% e 4,4% das respostas (Tabela 12).

**Tabela 12 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por habilitações literárias (n=183)**

Motivos mais referidos	≤ Ensino básico		≥ Ensino secundário		Total (n=183)	% (100,0%)
	(n=25)	%	(n=158)	%		
Diminuição da quantidade de leite	13	52,0%	56	35,4%	69	37,7%
Regresso ao trabalho	4	16,0%	18	11,4%	22	12,0%
Motivos relacionados com o trabalho	0	0,0%	7	4,4%	7	3,8%

A maior parte das inquiridas referiu ter sentido Apoio Total (32,8%) ou Neutro (30,1%) por parte dos superiores em relação à duração total da amamentação (Tabela 13). No entanto, 3 mulheres afirmaram ter sentido Oposição dos seus superiores e, destas, 2 indicaram o cansaço e o

regresso ao trabalho como motivos de desmame e 1 referiu a diminuição da quantidade de leite. Das 60 inquiridas que responderam Apoio Total, 30% ainda amamentavam e as restantes indicaram como motivos para o desmame a diminuição da quantidade de leite (36,7%), a não saciedade do bebé (16,7%), o cansaço e a recusa do bebé (10% cada).

**Tabela 13 – Motivos para deixar de amamentar mais referidos por atitude dos superiores (n=183)**

Motivos mais referidos	Atitude dos superiores					Total	%
	Apoio ocasional	Apoio total	Não aplicável	Neutro	Oposição		
Cansaço	2	6	4	8	2	<b>22</b>	12,0%
Motivos relacionados com o trabalho	3	1	0	3	0	<b>7</b>	3,8%
Recusa do bebé	6	6	9	6	0	<b>27</b>	14,8%
Regresso ao trabalho	4	5	3	8	2	<b>22</b>	12,0%
Diminuição da quantidade de leite	8	22	13	25	1	<b>69</b>	37,7%
Ainda amamento	7	18	8	14	1	<b>48</b>	26,2%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>60</b>	<b>42</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>183</b>	100,0%
(%)	12,6%	32,8%	23,0%	30,1%	1,6%	100,0%	

Para relacionar o AM com as atitudes dos superiores (Quadro 3), porque 10 células de frequência esperada (40%) apresentavam valor  $\leq 5$  e 5 células de frequência esperada  $< 1$ , foi utilizado o teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo. Como  $p\text{-value}=0,401$ , concluiu-se que a duração total do aleitamento é independente das atitudes dos superiores.

**Quadro 3 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Atitude dos superiores em relação à amamentação”**

			Atitude dos superiores em relação à amamentação					Total	
			Apoio ocasional	Apoio total	Não aplicável	Neutro	Oposição		
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	0	0	2	3	0	5	
		F <sub>e</sub>	0,6	1,6	1,1	1,5	0,1	5,0	
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	2	20	16	20	1	59	
		F <sub>e</sub>	7,4	19,3	13,5	17,7	1,0	59,0	
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	9	15	7	11	1	43	
		F <sub>e</sub>	5,4	14,1	9,9	12,9	0,7	43,0	
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	3	11	6	9	1	30	
		F <sub>e</sub>	3,8	9,8	6,9	9,0	0,5	30,0	
	≥24	F <sub>o</sub>	9	14	11	12	0	46	
		F <sub>e</sub>	5,8	15,1	10,6	13,8	0,8	46,0	
	Total	F <sub>o</sub>	23	60	42	55	3	183	
		F <sub>e</sub>	23,0	60,0	42,0	55,0	3,0	183,0	
	n=183			12,6%	32,8%	23,0%	30,1%	1,6%	100,0%

Quando se relacionou a duração AM com as atitudes dos colegas (Quadro 4), o Apoio Total foi a resposta mais frequente (30,6%), mas novamente 1,6% das mulheres responderam Oposição. Não se verificaram todas as condições necessárias para se aplicar o teste qui-quadrado porque 10 células de frequência esperada ( $40\% \leq 5$ ) e 5 células de frequência esperada  $< 1$ , pelo que se recorreu ao teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo. Como  $p\text{-value}=0,284$ , verificou-se que a *duração total do aleitamento é independente das atitudes dos colegas*.

**Quadro 4 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Atitude dos colegas em relação à amamentação”**

			Atitude dos colegas em relação à amamentação					Total
			Apoio ocasional	Apoio total	Não aplicável	Neutro	Oposição	
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	0	0	3	2	0	5
		F <sub>e</sub>	0,6	1,5	1,4	1,3	0,1	5,0
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	3	19	21	15	1	59
		F <sub>e</sub>	7,4	18,1	16,8	15,8	1,0	59,0
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	8	12	9	14	0	43
		F <sub>e</sub>	5,4	13,2	12,2	11,5	0,7	43,0
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	3	7	11	8	1	30
		F <sub>e</sub>	3,8	9,2	8,5	8,0	0,5	30,0
	≥24	F <sub>o</sub>	9	18	8	10	1	46
		F <sub>e</sub>	5,8	14,1	13,1	12,3	0,8	46,0
	Total	F <sub>o</sub>	23	56	52	49	3	183
		F <sub>e</sub>	23,0	56,0	52,0	49,0	3,0	183,0
n=183			12,6%	30,6%	28,4%	26,8%	1,6%	100,0%

No que concerne ao vínculo laboral (Quadro 5), distinguiu-se a prestação de serviços (vulgo trabalhadora por conta própria) do contrato de trabalho (trabalhadora por conta de outrem). Das 183 mulheres que constituíam a amostra, 22 responderam não sabe/não responde (12,0%).

De modo a relacionar o vínculo laboral e o AM utilizou-se o teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo pelo facto de 1 célula de frequência esperada  $< 1$  e 6 células de frequência esperada  $\leq 5$ . Como  $p\text{-value}=0,716$ , concluiu-se que a *duração total do aleitamento é independente do tipo de vínculo laboral*.

**Quadro 5 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Vínculo laboral”**

			Vínculo Laboral		Total	
			Prestação de serviços	Contrato de trabalho		
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	0	4	4	
		F <sub>e</sub>	0,4	3,6	4,0	
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	6	45	51	
		F <sub>e</sub>	4,8	46,2	51,0	
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	4	34	38	
		F <sub>e</sub>	3,5	34,5	38,0	
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	3	22	25	
		F <sub>e</sub>	2,3	22,7	25,0	
	≥24	F <sub>o</sub>	2	41	43	
		F <sub>e</sub>	4,0	39,0	43,0	
	Total	F <sub>o</sub>	15	146	161	
		F <sub>e</sub>	15,0	146,0	161,0	
	n=161			9,3%	90,7%	100,0%

Como se pode verificar na Tabela 14, das 13 mulheres que gozaram as licenças mais curtas, 5 eram trabalhadoras por conta própria e outras 5 responderam “Não sabe/Não responde” à questão do vínculo laboral. Dessas 13 mulheres apenas 15,4% usufruiu completamente da dispensa para amamentação, ao contrário de 69,2% que não usufruíram de todo. Relativamente às 20 mulheres que optaram pelas licenças alargadas, 95% eram trabalhadoras por conta de outrem e 65% usufruíram completamente da dispensa para amamentação.

**Tabela 14 – Caracterização do gozo da licença de parentalidade e da dispensa para amamentação em função do vínculo laboral (n=183)**

Duração da Licença Parental	Vínculo Laboral			Total	%	
	Usufruto da dispensa para amamentação	Contrato de trabalho	Não sabe/ não responde			Prestação de serviços
<b>6 semanas</b>		<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>7,1</b>
Completamente	1	1	0	2	15,4	
Não usufruiu	2	3	4	9	69,2	
Usufruiu de algumas horas	0	0	1	1	7,7	
Usufruiu de alguns dias	0	1	0	1	7,7	
<b>4 meses</b>		<b>35</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>23,5</b>
Completamente	18	1	0	19	44,2	
Não usufruiu	13	2	3	18	41,9	
Usufruiu de algumas horas	1	1	0	2	4,7	
Usufruiu de alguns dias	3	1	0	4	9,3	
<b>5 meses</b>		<b>65</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>73</b>	<b>39,9</b>
Completamente	53	3	0	56	76,7	
Não usufruiu	7	2	1	10	13,7	
Usufruiu de algumas horas	3	1	1	5	6,8	
Usufruiu de alguns dias	2	0	0	2	2,7	
<b>6 meses</b>		<b>24</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>34</b>	<b>18,6</b>
Completamente	18	1	1	20	58,8	
Não usufruiu	4	2	4	10	29,4	
Usufruiu de algumas horas	2	0	0	2	5,9	
Usufruiu de alguns dias	0	2	0	2	5,9	
<b>Alargada</b>		<b>19</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>10,9</b>
Completamente	12	1	0	13	65	
Não usufruiu	0	0	0	0	0	
Usufruiu de algumas horas	3	0	0	3	15	
Usufruiu de alguns dias	4	0	0	4	20	
<b>Total</b>		<b>146</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

O apoio familiar e das redes sociais não foi considerado um fator facilitador do AM por 56,8% das mulheres, ao contrário de 43,2% que responderam afirmativamente (Quadro 6). Reuniram-se todas as condições para aplicar o teste qui-quadrado. Como  $p\text{-value}=0,722$ , concluiu-se que a duração total do aleitamento é independente do apoio familiar/social.

**Quadro 6 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Apoio familiar/social”**

			Apoio familiar/social		Total
			Não	Sim	
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	4	1	5
		F <sub>e</sub>	2,8	2,2	5,0
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	35	24	59
		F <sub>e</sub>	33,5	25,5	59,0
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	23	20	43
		F <sub>e</sub>	24,4	18,6	43,0
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	15	15	30
		F <sub>e</sub>	17,0	13,0	30,0
	≥24	F <sub>o</sub>	27	19	46
		F <sub>e</sub>	26,1	19,9	46,0
	Total	F <sub>o</sub>	104	79	183
		F <sub>e</sub>	104,0	79,0	183,0
n=183			56,8%	43,2%	100,0%

Para relacionar o AM e o tipo de licença parental foi utilizado o teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo porque 11 células de frequência esperada (44%) ≤5. Como  $p\text{-value}=0,155$ , conclui-se que a duração total do aleitamento é independente do tipo de licença de parentalidade (Quadro 7).

**Quadro 7 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Licença parental”**

			Licença parental					Total
			Até 6 semanas	Até 4 meses	5 meses	6 meses	Alargada	
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	1	2	2	0	0	5
		F <sub>e</sub>	0,4	1,2	2,0	0,9	0,5	5,0
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	3	21	24	8	3	59
		F <sub>e</sub>	4,2	13,9	23,5	11,0	6,4	59,0
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	3	4	16	10	10	43
		F <sub>e</sub>	3,1	10,1	17,2	8,0	4,7	43,0
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	3	6	12	7	2	30
		F <sub>e</sub>	2,1	7,0	12,0	5,6	3,3	30,0
	≥24	F <sub>o</sub>	3	10	19	9	5	46
		F <sub>e</sub>	3,3	10,8	18,3	8,5	5,0	46,0
	Total	F <sub>o</sub>	13	43	73	34	20	183
		F <sub>e</sub>	13,0	43,0	73,0	34,0	20,0	183,0
n=183			7,1%	23,5%	39,9%	18,6%	10,9%	100,0%

Para relacionar a duração total do AM e a redução de horário foi utilizado o teste qui-quadrado com a técnica de simulação de Monte Carlo, atendendo ao facto de 13 células de frequência

esperada (52%)  $\leq 5$ . Como  $p\text{-value}=0,013$ , concluiu-se que a duração total do aleitamento não é independente de usufruir ou não da redução de horário para amamentação (Quadro 8).

**Quadro 8 – Aplicação do teste de qui-quadrado nas variáveis “Duração do aleitamento” e “Usufruir da redução de horário para amamentação”**

			Usufruir da redução de horário para amamentação				Total	
			Completamente	Não usufruiu	Usufruiu de algumas horas	Usufruiu de alguns dias		
Duração total do aleitamento (meses)	[0; 6[	F <sub>o</sub>	2	3	0	0	5	
		F <sub>e</sub>	3,0	1,3	0,4	0,4	5,0	
	[6; 12[	F <sub>o</sub>	26	22	9	2	59	
		F <sub>e</sub>	35,5	15,2	4,2	4,2	59,0	
	[12; 18[	F <sub>o</sub>	28	7	2	6	43	
		F <sub>e</sub>	25,8	11,0	3,1	3,1	43,0	
	[18; 24[	F <sub>o</sub>	21	6	0	3	30	
		F <sub>e</sub>	18,0	7,7	2,1	2,1	30,0	
	≥24	F <sub>o</sub>	33	9	2	2	46	
		F <sub>e</sub>	27,7	11,8	3,3	3,3	46,0	
	Total	F <sub>o</sub>	110	47	13	13	183	
		F <sub>e</sub>	110,0	47,0	13,0	13,0	183,0	
	n=183			60,1%	25,7%	7,1%	7,1%	100,0%

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo realizado teve por objetivo geral descrever os fatores interferentes na manutenção do AM após o regresso das mulheres ao trabalho e explorar a relação entre o AM e variáveis consideradas relevantes para a sua manutenção ou abandono.

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados do estudo empírico desenvolvido, à luz da literatura e da evidência científica mais recentemente publicada no âmbito desta temática.

### **Aleitamento Materno**

A maior parte das mulheres inquiridas manteve o AM entre 6 e 12 meses, sendo que 55,7% adotou o AME até aos 6 meses. Atendendo a que os dados do RAM (2013) indicavam que, aos 6 meses, 53,9% das crianças residentes em Portugal mantinha AM e 41,1% mantinha AME, as evidências empíricas resultantes do presente estudo indicam um comportamento de maior adesão ao AM por parte das mulheres inscritas na USF onde o mesmo foi realizado.

### **Fatores facilitadores e dificultadores do Aleitamento Materno**

Os fatores facilitadores do AM mais destacados pelas mulheres inquiridas foram a dispensa para amamentação, a duração da licença de parentalidade, a flexibilidade de horário e o apoio familiar e/ou social. Estes resultados vieram corroborar diversos estudos internacionais que indicam que quanto mais horas as mães trabalham menos leite materno os seus filhos recebem (Tsai, 2013), reforçam a importância de licenças pós-parto mais alargadas (Tadesse *et al.*, 2019; Amaral *et al.*, 2020; Alianmoghaddam *et al.*, 2018; Ersen *et al.*, 2020; Aikawa *et al.*, 2015), bem como da proximidade dos bebés às mães durante os períodos de trabalho (Brasileiro *et al.*, 2012) e das pausas adequadas para extração de leite (Lee, 2017).

A flexibilidade de horário é uma das formas de apoio patronal ao AM referida na literatura (Dinour & Szaro, 2017; Chen *et al.*, 2019; Silva & Davim, 2012) e o apoio familiar e das redes sociais também é proposto por diversos autores (Souza, Nespoli & Zeitoune, 2016; Ersen *et al.*, 2020; Prates *et al.*, 2015; Alianmoghaddam *et al.*, 2018), e correspondem ao 3º e 4º fatores mais referidos pelas inquiridas.

Os motivos mais indicados para o abandono do AM por parte das mulheres em estudo foram a diminuição da quantidade de leite, a idade (suficiente) do bebé, a recusa do bebé, a não saciedade do bebé, o regresso ao trabalho e o cansaço, o que vai ao encontro da literatura e dos estudos empíricos consultados (Santos *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2019; Henriques & Martins, 2011; Amaral *et al.*, 2019; Ersen *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2018). O elevado número de referências à diminuição do leite materno e/ou não saciedade do bebé é coincidente com a maioria dos estudos consultados, mas pode tratar-se de uma perceção errada das mães que se sentem inseguras devido às dificuldades da amamentação (Amaral *et al.*, 2019). Neste estudo, o regresso ao trabalho e os motivos relacionados com o trabalho não tiveram uma expressão significativa, o

que pode sugerir que as mulheres participantes não reconhecem que o facto de passar muitas horas afastadas dos seus filhos, sem amamentar ou extrair leite, parece ter contribuído para uma diminuição da produção de leite materno, ou ainda que não associam a introdução de substitutos do leite materno e o uso de acessórios, como biberões e chupetas, a uma possível recusa do bebé em mamar no seio materno. Estas podem ser questões culturais, próprias da região onde o estudo se desenvolveu, e que levam as mulheres a tentar justificar o desmame precoce ou o insucesso no AM a características pessoais, desvalorizando a importância das questões laborais, organizativas e legais.

### **Idade**

Relativamente à variável idade, embora se tenha verificado que as mulheres mais velhas mantiveram o AM durante mais tempo, as evidências não permitiram inferir que a duração total do AM e a idade das mulheres tenham estado associadas. Este achado não corroborou os resultados dos estudos consultados, nomeadamente de Rêgo *et al.* (2019) e Silva T. (2013) que sugerem que as idades mais jovens das mães estão associadas a menor nível de escolaridade e a condições de trabalho mais precárias, o que afeta negativamente a motivação e o conhecimento sobre a importância do AM.

### **Habilitações literárias**

Apesar de não se ter verificado uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a duração do AM, constatou-se que as mulheres com escolaridade mais elevada mantiveram o AM durante mais tempo, tal como é defendido na maior parte dos estudos consultados (Chen *et al.*, 2019; Rêgo *et al.*, 2019; Silva, T., 2013). Diversos autores referem que habilitações literárias mais baixas estão associadas a uma menor duração de AM, sugerindo que este facto se possa dever à idade mais jovem das mães, piores condições laborais, nível socioeconómico mais baixo, ou a menos conhecimentos sobre as vantagens do leite materno (Rêgo *et al.*, 2019; Amaral *et al.*, 2019; Tadesse *et al.*, 2019; Chen *et al.*, 2019). Estes últimos autores ainda referem que as mães com mais escolaridade procuram informações sobre saúde em diversas fontes e estão mais predispostas a amamentar.

### **Atitudes dos superiores hierárquicos e dos colegas de trabalho**

A maioria das participantes do estudo referiu ter uma boa relação com os superiores hierárquicos e com os colegas de trabalho e mais de 30% das mulheres referiu ter sentido apoio total em relação à amamentação. No entanto, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a duração do AM e as atitudes dos superiores hierárquicos ou as atitudes dos colegas de trabalho. Este resultado vem contrariar os estudos de Tsai (2013), Silva & Davim (2012) e Alianmoghaddam *et al.* (2018) que afirmam que o apoio no local de trabalho, denominado

“*breastfeeding friendly environment*” contribui para a manutenção do AM. O estudo de Ersen *et al.* (2020), realizado com 615 mulheres trabalhadoras na Turquia, também não apresentou relação estatisticamente significativa entre a duração total do AM e as atitudes dos colegas ou superiores relativamente à amamentação no local de trabalho, levando a depreender que outros fatores terão interferência na continuidade deste comportamento.

### **Tipo de vínculo laboral**

A maior parte das mulheres inquiridas referiu ter um contrato de trabalho com vínculo definitivo e trabalhar a tempo integral, enquanto apenas 8,2% referiu ter um contrato de prestação de serviços. Da análise estatística realizada verificou-se que a duração do AM e o tipo de vínculo laboral não apresentam uma associação estatisticamente significativa. No entanto, ao cruzar os dados, verificou-se que a maioria das trabalhadoras por conta própria usufruíram menos da dispensa para amamentação e optaram pelas licenças de parentalidade mais curtas. Estes achados vão ao encontro das evidências encontradas na literatura, nomeadamente no estudo de Aikawa *et al.* (2015) que constataram que 82,9% das mulheres que trabalhavam fora de casa amamentavam, enquanto que apenas 50% das mulheres que estavam em casa e tinham negócios familiares ou trabalhavam por conta própria o fizeram. De acordo com o estudo realizado por Chen *et al.* (2019), contratos de trabalho formais estão associados a maiores benefícios para as mães trabalhadoras, nomeadamente licenças de maternidade pagas e pausas para amamentação, enquanto que as mulheres com contratos informais podem sentir-se forçadas a regressar ao trabalho mais cedo devido a motivos financeiros. O mesmo estudo (*idem*) refere ainda que horários de trabalho flexíveis e trabalhos a tempo parcial parecem estar relacionados com maior taxa de iniciação e maior duração do AM. Silva & Davim (2012) também referem que ter contrato de trabalho formal e cargos mais elevados são fatores contribuintes para a manutenção do AM.

### **Apoio familiar e das redes sociais**

Neste estudo, a maior parte dos bebés ficou ao cuidado de familiares após o regresso das mães ao trabalho e a maioria das mulheres inquiridas indicou o apoio familiar e das redes sociais como fator facilitador do AM. Este resultado é concordante com o comportamento cultural da população portuguesa, na qual a família próxima, mais especificamente a que se caracteriza por ascendentes (avós), apresenta uma natural apetência para apoiar as gerações descendentes (filhos e netos) (Relvas, 2004). Ainda assim, não se verificou a existência de relação estatisticamente significativa entre a duração do AM e o apoio familiar/ social.

Embora na literatura se encontrem evidências de que o apoio do parceiro contribui para uma maior duração do AME (Ersen *et al.*, 2020) e de que a rede social primária (mãe, companheiro, amigos e vizinhos) das mulheres que amamentam contribui para o sucesso e aumento do tempo de AM (Souza *et al.*, 2016), é importante referir que alguns autores afirmam que a influência

exercida pela família e rede social “pode favorecer ou dificultar o ato de amamentar” (Prates *et al.*, 2015, p. 313). De facto, como refere Silva & Davim (2012), da mesma forma que a confiança das mulheres no AM é elevada ao observar um ente significativo com sucesso na amamentação, também as atitudes negativas e a pressão familiar podem desencorajar a lactante (Lodi, 2016). O abandono do AM pode ocorrer precocemente devido a crenças e valores transmitidos entre gerações (Sousa *et al.*, 2018), reações desagradáveis do companheiro que pode sentir-se excluído, rejeitado, incompetente ou frustrado (Prates *et al.*, 2015) ou, ainda, por uma sobrecarga de papel (Silva & Davim, 2012), já que a mulher se sente impelida a cumprir as tarefas domésticas, a ser uma funcionária competente e, simultaneamente, a ser extremosa esposa e mãe.

### **Licença de parentalidade**

A maior parte das licenças de parentalidade gozadas pelas participantes teve 5 ou 4 meses de duração e não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a sua duração e a manutenção do AM. Embora não se tenha comprovado tal influência, parece ter havido uma relação entre o tipo de contrato de trabalho e a duração da licença, pois verificou-se que nenhuma das trabalhadoras independentes optou pela licença alargada e 5 dessas 15 mulheres tiveram licenças com duração até 6 semanas.

A maior parte dos estudos consultados sugere que licenças de parentalidade mais longas e remuneradas contribuem para a manutenção do AM. No estudo de Aikawa *et al.* (2015), que apresenta regressão logística para a idade das mães, tipos de emprego, local de trabalho e momento do regresso ao trabalho, apenas esta última variável apresentou associação significativa com as práticas de amamentação. A maioria das participantes de um estudo realizado na Nova Zelândia (Alianmoghaddam *et al.*, 2018) afirmou que a longa duração da licença permitiu a manutenção do AME durante 6 meses. Estudos realizados no Brasil (Brasileiro *et al.*, 2012; Amaral *et al.*, 2020) demonstraram que as mães que regressaram ao trabalho mais tarde amamentaram durante mais tempo e sugerem que a ampliação da licença de maternidade poderia contribuir para períodos de aleitamento mais longos. Tadesse *et al.* (2019) referem que as curtas licenças de maternidade praticadas na Etiópia (no máximo 90 dias) influenciam as mães a iniciar a alimentação complementar na altura do seu regresso ao trabalho, o que não lhes permite atingir as recomendações da OMS (2001). Também o estudo de Ersen *et al.* (2019) apresentou uma correlação significativa entre a idade do bebé no momento do regresso da mãe ao trabalho e a duração do AM, apontando ainda que a realização de turnos noturnos prejudica a manutenção do AM.

## **Dispensa para amamentação**

Entre as variáveis analisadas, apenas o usufruto da redução de horário para amamentação apresentou associação estatisticamente significativa com a duração do AM. De facto, verificou-se que as mulheres que usufruíram de completa dispensa para amamentação (60%) apresentaram melhores taxas de AM em todos os intervalos de duração do AM. Este resultado vem corroborar as evidências apresentadas por Tsai (2013) que apontou um efeito positivo no AM, quando o horário de trabalho não ultrapassa as 7h diárias ou 35h semanais, defendendo as pausas para amamentação ou extração de leite. Também Brasileiro *et al.* (2012) afirmaram que o facto de a mãe não conseguir amamentar ou usufruir dos intervalos no trabalho estaria associado ao desmame precoce. A investigação de Lee (2017) reforçou a importância da extração de leite materno ao longo do dia, de acordo com as necessidades da mãe, no que diz respeito à frequência e duração das mesmas.

Após confrontar os dados obtidos com as evidências científicas consultadas percebe-se que os motivos que contribuem para a manutenção ou abandono do AM são diversos e dependem da interseção de variados fatores. Uma intervenção de enfermagem planeada para promover o AM junto das mulheres trabalhadoras deve ter em linha de conta o seu contexto familiar, social e laboral, bem como as suas crenças, valores e recursos. Reconhecendo que a motivação e autoconfiança das mulheres desempenham um importante papel no sucesso do AM, o EF deve avaliar todos os fatores que possam interferir no seu estabelecimento e manutenção.

## **6. CONCLUSÃO**

Neste ponto serão apresentadas as principais conclusões decorrentes da análise e discussão dos resultados, bem como explanadas as limitações e implicações do estudo para a prática profissional.

### **6.1. Conclusões**

A evidência científica mostra que o aleitamento materno sofre diversas influências positivas e negativas, que podem contribuir para o seu sucesso ou abandono precoce.

Os fatores facilitadores e dificultadores da manutenção do AM referidos pelas participantes no estudo foram ao encontro dos mencionados na literatura. A dispensa para amamentação, a licença de parentalidade e, o apoio familiar e social foram os fatores que mais contribuíram para a manutenção do AM, na perspetiva das mulheres inquiridas. Mas destes, apenas a dispensa para amamentação se apresentou como estando relacionada com a duração do AM.

Por outro lado, os motivos mais frequentemente referidos para o abandono do AM foram a diminuição da quantidade de leite/não saciedade do bebé, a idade da criança e, a recusa do bebé.

A maioria das inquiridas parece não ter considerado o regresso ao trabalho um fator interferente para a alteração da manutenção do AM, isto porque mantinham boas relações com os superiores hierárquicos e com os colegas de trabalho, sentindo o seu apoio em relação à amamentação. Contudo, verificou-se que quase metade (40%) das mulheres não usufruiu totalmente do seu direito à redução de horário durante o período de AM e, das que utilizaram na totalidade a dispensa para amamentação, apenas 1 (0,9%) era trabalhadora por conta própria.

Foi também perceptível que a maioria das trabalhadoras em prestação de serviços optou por licenças de parentalidade mais reduzidas, o que reflete a necessidade de reforçar as medidas legislativas de apoio e as intervenções de enfermagem promotoras do AM junto das mulheres em período gestacional e puerpério. Este facto, aliado à evidência de que as mulheres com habilitações literárias superiores mantêm o AM durante mais tempo, demonstra a importância e a necessidade de os EF investirem ainda mais na educação e capacitação das famílias com possível história de vulnerabilidade, empoderando-as para todos os aspetos relacionados com o AM e os seus direitos. Só assim poderão sentir-se capazes e seguras para planear estratégias facilitadoras do cumprimento dos seus direitos legais.

### **6.2. Limitações do estudo**

Uma das limitações deste estudo deve-se ao facto de se tratar de uma amostra pequena, o que dificultou a robustez da análise estatística, com conseqüente transferibilidade. Outra limitação encontrada foi a escassez de evidência publicada em Portugal sobre a experiência de AM das

mulheres trabalhadoras, originando a dificuldade de discussão dos resultados por comparação com outras mulheres portuguesas. A revisão bibliográfica incidiu sobretudo em estudos internacionais atendendo ao facto de que, em Portugal, a maior parte dos trabalhos sobre o AM não o relaciona com as questões laborais.

Não poderia deixar de referir também as limitações impostas pela pandemia COVID-19 que transformaram de forma muito significativa os padrões de interação com os utentes, exigindo um esforço adicional para conseguir estabelecer uma relação terapêutica com as mulheres inquiridas, num tão curto período de tempo em que decorreu o estudo.

### **6.3. Implicações para a prática profissional/propostas de alteração de práticas profissionais**

Os EF desenvolvem diversas ações de educação para a saúde sobre o AM, focando principalmente as vantagens e as dificuldades iniciais do mesmo. A manutenção do AM após o regresso das mulheres ao trabalho é relegada para segundo plano, tal como as questões legais e laborais, o que se reflete no desconhecimento das mães quanto aos seus direitos e alternativas à amamentação.

Na sua abordagem à grávida e à puérpera, o EF deve ter presente todas as necessidades da mulher que atravessa um período de grandes mudanças e que poderá apresentar fragilidades relacionadas com insegurança e sensação “abandono” após o nascimento do bebé, quando todas as atenções passam para o recém-nascido. O EF, atento e sensível ao bem-estar materno e familiar, deve avaliar os fatores biológicos, psicológicos e sociais interferentes na saúde da mulher que amamenta e da sua família, decorrente da adaptação à transição que está a vivenciar e cujo impacto se faz manifestar a nível do desenvolvimento estrutural, funcional e de desenvolvimento. Os contactos frequentes que se estabelecem nos primeiros meses após o parto constituem excelentes oportunidades para o EF manter o foco não só na criança, mas também na mãe, empoderando-a não só no seu desempenho de maternidade, mas também, e não menos importante, de ser Mulher. Deste modo, reforça-se a relação terapêutica e é possível detetar precocemente possíveis dificuldades na adaptação, bem como orientar a família no seu processo de reajustamento a mais uma transição do ciclo vital da sua família.

Por outro lado, o EF deve reconhecer que as mulheres são possíveis alvos de discriminação no trabalho, pelo facto de engravidarem e amamentarem, e que as suas decisões podem ser influenciadas pelo receio de represálias. Assim, considera-se pertinente integrar na prática profissional do EF intervenções educativas relativas às temáticas dos direitos da mulher trabalhadora lactante, envolvendo a família e as redes sociais no suporte e apoio à mãe trabalhadora e contribuindo para uma maior literacia de todos os envolvidos neste processo. Também a articulação com o Enfermeiro do Trabalho (ET) poderá contribuir para o sucesso do AM. Neste sentido, seria benéfico que o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) incluísse um capítulo sobre a saúde da mulher trabalhadora lactante, de modo a promover a

manutenção do AM e a proteção dos direitos das mães e crianças, pois, tal como é referido no documento *De políticas favoráveis à família e a amamentação* “as políticas de licença familiar são importantes, mas (...) um setor de emprego solidário é igualmente importante para a amamentação continuada” (Unicef, 2019, p. 5).

Algumas estratégias poderão passar pela distribuição do guia para utentes e profissionais “Amamentar após o regresso ao trabalho”, pela implementação de uma “carta de transferência” do EF para o ET, sensibilizando para a importância e necessidade de assegurar o cumprimento dos direitos da trabalhadora lactante e pela divulgação desta informação através dos meios de comunicação e redes sociais. Os meios de comunicação digital assumiram, igualmente, um papel fundamental na difusão de informação, devendo os EF usá-los a favor da promoção do AM. Assim, toda a divulgação de estudos, medidas legislativas e, de organizações ou grupos de apoio ao AM trará vantagens para a saúde materno-infantil e equidade de género no local de trabalho.

Por fim, de salientar que a realização de estudos noutras regiões do país, com amostras populacionais de diferentes características sociodemográficas e socioprofissionais, iria contribuir para retratar mais fielmente a realidade das mulheres trabalhadoras, o que seria fundamental para legitimar a reivindicação de políticas de apoio ao AM mais adequadas.

## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente documento descreve o percurso de aprendizagem desenvolvido no contexto da prática clínica, na aquisição de competências específicas do EEESF. O estágio profissional proporcionou a prática de cuidados especializados à família, a aplicação de conhecimentos teóricos e, a implementação da metodologia de investigação científica. Deste modo, constituiu-se uma experiência de desenvolvimento e de enriquecimento pessoal e profissional que possibilitou o planeamento, a implementação e a avaliação dos objetivos propostos inicialmente. Neste percurso, a família foi perspectivada de forma sistémica, concebida como unidade em transformação e considerada como alvo dos cuidados. Estes cuidados foram individualizados e implementados em contexto de relação terapêutica colaborativa, visando a capacitação e envolvimento de todos os elementos significativos da família na promoção e manutenção da saúde familiar. Para tal, a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar foi fundamental no sentido de organizar o pensamento sistémico e planear uma intervenção holística, ajustada às necessidades e expectativas da família.

O estudo empírico de investigação desenvolvido permitiu descrever a experiência de aleitamento materno das mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha, analisar a sua perceção sobre os fatores interferentes na manutenção do AM e, ainda, a perceção do cumprimento institucional das medidas legislativas de apoio ao AM.

Considerou-se que, ao clarificar as conceções destas utentes sobre o AM e os fatores nele interferentes, este estudo poderia contribuir para melhorar a prática profissional dos EF nesta área específica do “Cuidar”. Assim, as evidências resultantes desta da investigação serão partilhadas com a equipa da USF da Barrinha após a conclusão deste curso.

Ao longo do estágio, algumas circunstâncias constituíram-se como dificuldades que exigiram um esforço adicional. Além das questões relacionadas com a gestão do tempo (não só a conciliação da atividade profissional com a realização do estágio, mas também com a vida pessoal e familiar), o período excecional a que fomos sujeitos devido à pandemia COVID-19, com as inerentes limitações de contacto e proximidade, o receio vivenciado e o stresse adicional, conduziram a algumas ocasiões de exaustão e desânimo. Este relatório não poderia deixar de referir o importante valor do apoio e colaboração da equipa da USF da Barrinha e das professoras orientadoras para a superação das mencionadas dificuldades vivenciadas.

Como na maior parte das transições do ciclo vital, no final do percurso realizado, percebe-se que o desenvolvimento pessoal e profissional referido anteriormente não teria sido tão significativo sem os desafios, as dificuldades e, naturalmente, as pessoas que nos acompanham.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aikawa, T., Pavadhgul, P., Chongsuwat, R., Sawasdivorn, S., & Boonshuyar, C. (2015). Maternal Return to Paid Work and Breastfeeding Practices in Bangkok, Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1253–NP1262. <https://doi.org/10.1177/1010539511419647>
- Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares. Coimbra: Editora Quarteto
- Alianmoghammad, N. *et al.* (2018). Reasons for stopping exclusive breastfeeding between three and six months: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing* 39(2018) 37-43  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.007>
- Amaral, S. Af., Bielemann, R. M., Del-Ponte, B., Valle, N. C. J., Costa, C. S., Oliveira, M. S., & Santos, I. S. (2020). Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: Um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1)2020. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000100024>
- Assembleia da República (2009) Lei 7/2009 de 12 de Fevereiro Aprova a revisão do Código do Trabalho. <https://dre.pt/application/conteudo/602073>
- Assembleia da República (2019) Lei 90/2019 de 4 de Setembro Aprova o Reforço da proteção na parentalidade. <https://dre.pt/home/-/dre/124417103/details/maximized>
- Bertalanffy, V. (1977). Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis: Editora Vozes
- Brasileiro, A. A.; Ambrosano, G. M. B.; Marba, S. T. M. & Possobon, R. F. (2012). A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Revista Saúde Pública* 2012;46(4):642-48
- Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). Amamentação: Bases científicas. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Castetbon, K.; Boudet-Berquier, J. & Salanave, B. (2020). Combining breastfeeding and work: Findings from the Epifane population-based birth cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-2801-x>
- Chen, J., Xin, T., Gaoshan, J., Li, Q., Zou, K., Tan, S., Cheng, Y., Liu, Y., Chen, J., Wang, H., Mu, Y., Jiang, L., & Tang, K. (2019). The association between work related factors and breastfeeding practices among Chinese working mothers: A mixed-method approach. *International breastfeeding journal*, 14, 28. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0223-z>

Clark, A. (2016). The role of social support in breastfeeding experiences among rural women in Southern Appalachia. (Master's Thesis) University of North Florida, Department of Nutrition and Health Care Management, EUA

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. Direitos Exclusivos da Trabalhadora Grávida, Puérpera e Lactante. <http://cite.gov.pt/pt/acite/protecparent001.html>

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. [unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](http://www.unicef.org/pt/convencao-dos-direitos-da-crianca.pdf)

Convenção de Oviedo (1997). Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina. <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888\\_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)

Direção Geral da Saúde (2006) Promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2014) Registo do Aleitamento Materno. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>

Dinour, L. M. & Szaro, J. M. (2017). Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers: A systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 12(3), 131- 141. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0182>

Ersen, G., Kasim, I., Agadayi, E., Demir Alsancak, A., Sengezer, T., & Ozkara, A. (2020). Factors Affecting the Behavior and Duration of Breastfeeding Among Physician Mothers. *Journal of Human Lactation*. <https://doi.org/10.1177/0890334419892257>

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Universidade do Porto. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Família Um Contexto do Cuidar Maria Henriqueta Figueiredo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%C3%ADlia%20Um%20Contexto%20do%20Cuidar%20Maria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência –Edições Técnicas e Científicas

- Graça, L. C. C. (2010) Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quasi-experimental (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/3710>
- Graça, L. C. C.; Figueiredo, M. C. B. & Conceição, M. T. C. C. (2011) Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artigo Original 19(2):[09 telas] mar-abr 2011. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf)
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde À Família: Teoria, prática e investigação* (2aed). Loures: Lusociência
- Henriques, S. & Martins, R. (2011). Aleitamento materno: o porquê do abandono. *Millenium*, 40, 39-51
- INE (2011) Portal do Instituto Nacional de Estatística.  
[file:///C:/Users/206962/Downloads/Censos2011\\_RDefinitivos\\_Centro\\_3.pdf](file:///C:/Users/206962/Downloads/Censos2011_RDefinitivos_Centro_3.pdf)
- Kohan, S.; Heidari, Z.; & Keshvari, M. (2016). Facilitators for empowering women in breastfeeding: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 4 (1), 1287-1296
- Lee, J. (2017). Supporting breastfeeding moms at work: How a doctor s note can make the difference. *Breastfeeding Medicine*, Volume 12, Number 8  
<https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0107>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*.  
[https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
- Lima, S.; Santos, E.; Erdmann, A.; Farias, P.; Aires, J., & Nascimento, V. (Janeiro - Março de 2019). Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Online Cuidado Fundamental*, 11 (1), 248-254
- LODI, J. C. (2016). Autoeficácia e fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo até o primeiro mês de vida da criança (Master's Thesis: Universidade Estadual de Campinas). <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/321881>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Camarate, Lisboa: Lusodidacta
- Maia, O. (2005). Promoção do Aleitamento Materno, uma prioridade para o século XXI. Porto: *Revista Informar*. Ano XI, nº 34 (Jan.-Jun), 39-47

Marques, S., & Ramalho, S. (2015). Aleitamento materno: um estudo descritivo, no centro de saúde da região do oeste. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 33-40

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (S. Company, Ed.). New York: Company, SpringerPublishing.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of systematic reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Murtagh, L., & Moulton, A. D. (2011). Working mothers, breastfeeding, and the law. *American journal of public health*, 101(2), 217–223. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185280>

Nações Unidas (2019). <https://news.un.org/pt/story/2019/08/1682061>

Nelas, P. A.; Coutinho, E.; Chaves, C.; Amaral, O. & Cruz, C. (2017). Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.987>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCE EC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCE EC.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.a série - N.º 135 -16 de julho de 2018 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Pinto, T. V. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *Arquivos de Medicina*, 22(2-3), 57-68. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132008000200005&lng=pt&tlng](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132008000200005&lng=pt&tlng)

Pordata (2021). Base de Dados Portugal Contemporâneo. [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)

Prates, L. A.; Schmalfluss, J. M. & Lipinski, J. M. (2015). Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(2) Abr-Jun 2015. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>

Rea, Marina F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5, Suppl.), s142-s146. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700005>

- Reat, A., Matthews, K. J., Carver, A. E., Perez, C. A., Stagg, J., & Byrd-Williams, C. E. (2019). Support for Breastfeeding Employees: Assessing Statewide Worksite Lactation Support Recognition Initiatives in the United States. *Journal of Human Lactation*, 089033441986590. <https://doi.org/10.1177/0890334419865902>
- Rêgo, F. S., Almeida, H. F. R., Araújo, M. C. M., Fontenele, R. M., Furtado, D. R. L., Ramos, A. S. M. B. (2019). Desmame precoce: Fatores associados e percepção das nutrizes. *São Paulo: Revista Recien*. 2019; 9(28):74-82
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Edição Afrontamento
- Rocci, E., & Fernandes, R. A. Q. (2014). Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014 jan-fev; 67(1): 22-7. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000100022&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000100022&script=sci_abstract&lng=pt)
- Rogers, C. R. *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes Editores. 1974.
- Rollins, N. C., Lutter, C. K., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M. & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [https://doi.org/10.1016/s0140\\_6736\(15\)](https://doi.org/10.1016/s0140_6736(15))
- Santos, V. & Bárcia, S. (2009). Contributo para a adaptação transcultural e validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form» - versão portuguesa. *Rev Port Clín Geral* 2009;25:363-9 <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i3.10633>
- Santos, J. S., Oliveira, A. E. A., Araújo, A. C. C., Lopes, A. O., Lima, A. A. S., Veloso, B. S., ...Nunes, R. V. (2019). Fatores preditores do desmame precoce: um enfoque na atuação do enfermeiro. *Brazilian Journal os Surgery and Clinical Research*
- Silva, C. A. & Davim, R. M. B. (2012). Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste*
- Silva, L. S. e Mendes, F. C. (2011). Motivos do desmame precoce: um estudo qualitativo. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, v. 25 n.º 3, p. 259-267.
- Silva T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*. <https://doi.org/10.25754/pjp.2013.3399>
- SNS (2018) Sistema Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>
- Sousa, J. R.; Lima, F. K. A.; Carvalho, M. R. S.; Oliveira, F. G. L.; Rodrigues, V. E. S.; Loiola, B. M.; Neves, N. V. P.; Costa, A. M.S.; Pita, B. R. (2018). Aspectos envolvidos na interrupção

precoce do aleitamento materno exclusivo: revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, Vol.24, n.3, pp.126-129 (Set-Nov 2018)

Souza, M. H. N.; Nespoli, A.; Zeitoune, R. C. G. (2016). Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. Escola Anna Nery 20(4) Out-Dez 2016  
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>

Souza, M. M. T. e Rodrigues, L. M. S. (2010). Desafios da Mulher Trabalhadora diante Amamentação. Revista Pró-UniverSUS, v. 1, n. 1, p. 33-43

Tadesse, F. *et al.* (2019) Exclusive breastfeeding and maternal employment among mothers of infants from three to five months old in the Fafan zone, Somali regional state of Ethiopia: a comparative cross-sectional study. BMC Public Health (2019) <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7345-5>

Tsai, S. Y. (2013) Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother s intention to continue breastfeeding after returning to work. Breastfeeding Medicine, Volume 8, Number 2 <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0119>

Unicef. (2005). Declaração Innocenti 2005 Sobre a alimentação do lactente e da criança pequena. [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration\\_eng\\_p.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_eng_p.pdf)

Unicef. (2019) De políticas favoráveis à família e a amamentação.  
<https://www.unicef.org/media/95131/file/Breastfeeding-Family-Friendly-Policies-PT.pdf>

Wright, M. L., & Leahey, M. (2012). Enfermeiras e Famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Edição. São Paulo. Roca

World Health Organization. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)

World Health Organization (2001) The optimal duration of exclusive breastfeeding - report of an expert consultation.  
[https://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_report\\_eng.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf)

World Health Organization (2006) Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study.  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/102243/E88841.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf)

**ANEXOS**

**ANEXO I - Código Internacional de marketing de substitutos do leite materno**

Fonte: **[5-codigo-de-marketing-do-substituto-do-leite-materno.pdf \(unicef.pt\)](#)**

*Código Internacional de Marketing  
de Substitutos do Leite Materno*



Organização Mundial de Saúde  
Genebra

1981

## **ANEXO II - 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**

Fonte: <http://andreiatorres.com/blog/2019/6/13/10-passos-para-o-sucesso-do-aleitamento-materno>

# DEZ PASSOS para o SUCESSO do ALEITAMENTO MATERNO

## 1 POLÍTICAS DO HOSPITAL

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 2 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 3 CUIDADOS PRÉ-NATAIS

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 4 CUIDADOS NO MOMENTO DO NASCIMENTO

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 5 APOIAR AS MÃES NA AMAMENTAÇÃO

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 6 SUPLEMENTOS

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 7 ALOJAMENTO CONJUNTO

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 8 ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 9 BIBERÕES, CHUPETAS E TETINAS

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



## 10 ALTA HOSPITALAR

Os hospitais apoiam as mães a amamentar...



**ANEXO III - Direitos Exclusivos da trabalhadora grávida, puérpera e lactante**  
**(Fonte: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego -**  
**<http://cite.gov.pt/pt/acite/protecparent001.html>)**

### Direitos exclusivos da trabalhadora grávida, puérpera e lactante

**Trabalhadora grávida** é a trabalhadora em estado de gestação que informe a entidade empregadora do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico.

**Trabalhadora puérpera** é a trabalhadora parturiente e durante um período de 120 dias subseqüentes ao parto que informe a entidade empregadora do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico ou certidão de nascimento do/a filho/a.

**Trabalhadora lactante** é a trabalhadora que amamenta o/a filho/a e informe a entidade empregadora do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico.

O regime de proteção na parentalidade é aplicável desde que a entidade empregadora tenha conhecimento da situação ou do facto relevante.

A trabalhadora grávida, puérpera e lactante tem direito a:

- licença parental inicial exclusiva da mãe, paga a 100 % da remuneração de referência\*, sendo obrigatório o gozo de seis semanas de licença a seguir ao parto. A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto.
- licença em situação de risco clínico para a trabalhadora grávida ou para o/a nascituro/a pelo período de tempo que, por prescrição médica, for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial.
- licença por interrupção de gravidez com duração entre 14 e 30 dias, mediante apresentação de atestado médico.
- dispensa do trabalho para consultas pré-natais e para a preparação para o parto, pelo tempo e número de vezes necessários.
- dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de proteção da sua segurança e saúde, na impossibilidade de a entidade empregadora lhe conferir outras tarefas, sendo o montante diário dos subsídios igual a 65 % da remuneração de referência\*. A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, ou os seus representantes, têm direito de requerer ao serviço com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral uma ação de fiscalização, a realizar com prioridade e urgência, se a entidade empregadora não cumprir as obrigações em termos de proteção da segurança e saúde da trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.
- dispensa diária para amamentação durante o tempo que durar a amamentação, gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com a entidade empregadora, devendo a trabalhadora apresentar atestado médico se a dispensa se prolongar para além do primeiro ano de vida do/a filho/a.  
No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gêmeo/a além do/a primeiro/a.  
Se a mãe trabalhar a tempo parcial, a dispensa é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.
- dispensa de prestação de trabalho suplementar da trabalhadora grávida e durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.
- dispensa da trabalhadora grávida, puérpera ou lactante de prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.
- dispensa da trabalhadora de prestação de trabalho no período noturno, entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo; durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do/a nascituro/a; durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança, devendo apresentar atestado médico com a antecedência de 10 dias. O montante diário dos subsídios é igual a 65 % da remuneração de referência\*, na impossibilidade de a entidade empregadora lhe conferir outras tarefas. À trabalhadora dispensada da prestação de trabalho noturno deve ser atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível, sendo dispensada do trabalho sempre que não seja possível.

A violação das disposições relativas à parentalidade constituem contraordenações, atuando a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), no setor privado, e as Inspeções dos Ministérios, no setor público, e cumulativamente a Inspeção-geral de Finanças (IGF).

\* O montante diário dos subsídios é calculado pela aplicação de uma percentagem ao valor da remuneração de referência do/a beneficiário/a, que corresponde ao total das remunerações registadas nos primeiros seis meses dos últimos oito meses anteriores à data de início das licenças ou das faltas para assistência, a dividir por 180. Nos casos em que não existam seis meses com registo de remunerações, a remuneração de referência corresponde ao total das remunerações registadas nesse período até ao início do mês em que se iniciam as licenças ou as faltas para assistência, a dividir pelo número de meses a que aquelas remunerações se reportam, multiplicadas por 30.

## **APENDICES**

## **APENDICE I – Instrumento de colheita de dados**

# Questionário de Investigação

\*Obrigatório

## Intervenção do Enfermeiro de Família na promoção da amamentação nas mulheres trabalhadoras

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Aveiro pretendo desenvolver uma investigação sobre o impacto do retorno ao trabalho na manutenção do aleitamento materno. Os resultados deste estudo serão utilizados numa dissertação de Mestrado e poderá consultá-los se assim o desejar. Agradeço a sua colaboração e o tempo despendido no preenchimento do presente questionário. As respostas devem ser sinceras. A sua confidencialidade está garantida.

Avançar para a pergunta 14

### Caracterização Socioprofissional

1. Idade \*

---

2. Estado Civil \*

Marcar apenas uma oval.

Solteira

Casada

União de facto

Divorciada

Viúva

Outra: \_\_\_\_\_

3. Agregado Familiar \*

Marcar tudo o que for aplicável.

Cónjuge

Filho (s)

Pais

Sogros

Outros

4. Número de Filhos \*

---

5. Idade dos Filhos \*

(p. ex: 5 meses, 3 anos, 5 anos)

---

6. Concelho de Residência \*

Marcar apenas uma oval.

Ovar

Espinho

Santa Maria da Feira

Porto

Outra: \_\_\_\_\_

7. Escolaridade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 4 anos de escolaridade
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior

8. Profissão \*

\_\_\_\_\_

9. Anos na atividade \*

\_\_\_\_\_

10. Vínculo Laboral \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Contrato de prestação de serviços
- Contrato de trabalho temporário
- Contrato de trabalho a termo certo
- Contrato de trabalho a termo incerto
- Contrato de trabalho sem termo
- Não sabe/ não responde

11. Regime de trabalho \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Tempo parcial
- Tempo integral
- Trabalho por turnos
- Isenção de horário
- Teletrabalho
- Trabalho suplementar
- Trabalho noturno

Outra:  \_\_\_\_\_

12. Relação com entidade patronal \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Má
- Razoável
- Boa
- Excelente

13. Relação com os colegas \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Má
- Razoável
- Boa
- Excelente

Última Gestação

14. Peso do bebé ao nascer \*

---

15. Semanas de gestação \*

---

16. Tipo de parto \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Eutócico (natural)
- Com ventosa
- Com fórceps ("ferros")
- Cesariana

17. Duração da licença de parentalidade \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 6 semanas
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Outra: \_\_\_\_\_

18. Com quem ficou o bebé após o regresso ao trabalho \*

---

19. Tempo que habitualmente demora a deslocar-se entre o local de trabalho e o local onde ficou o bebé (em minutos) \*

---

20. Idade da criança quando deixou de usufruir da redução de horário para amamentação (em meses; se aplicável) \*

---

21. Duração do aleitamento materno exclusivo (em meses; se aplicável) \*

---

22. Duração do aleitamento materno com suplementação (em meses; se aplicável)

---

23. Extração de leite materno com bomba

*Marcar apenas uma oval.*

- Em casa  
 No trabalho  
 Ambos  
 Outra: \_\_\_\_\_

24. Idade da criança no momento do regresso ao trabalho (em meses) \*

\_\_\_\_\_

25. Idade da criança quando retomou trabalho noturno (em meses; se aplicável)

\_\_\_\_\_

26. Idade da criança quando retomou trabalho suplementar (em meses; se aplicável)

\_\_\_\_\_

27. Idade da criança quando retomou trabalho por turnos (em meses; se aplicável)

\_\_\_\_\_

28. Usfruiu da redução de horário para amamentação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Completamente  
 Usfruiu de alguns dias  
 Usfruiu de algumas horas  
 Não usufruiu

29. Dispôs de local limpo e com privacidade para amamentar/ extrair leite no local de trabalho?

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

30. Disponibilidade para amamentar/ extrair leite no local de trabalho

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

31. Frigorífico para armazenar o leite extraído no local de trabalho

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

32. Atitude dos superiores em relação à amamentação \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Apoio total
- Apoio ocasional
- Neutro
- Oposição

33. Atitude dos superiores em relação à extração de leite no local de trabalho

*Marcar apenas uma oval.*

- Apoio total
- Apoio ocasional
- Neutro
- Oposição

34. Atitude dos colegas em relação à amamentação \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Apoio total
- Apoio ocasional
- Neutro
- Oposição

35. Atitude dos colegas em relação à extração de leite no local de trabalho

*Marcar apenas uma oval.*

- Apoio total
- Apoio ocasional
- Neutro
- Oposição

36. Motivos para deixar de amamentar (Assinale 1 ou mais) \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Retorno ao trabalho
- Motivos relacionados com o trabalho
- Diminuição da quantidade de leite
- Recusa do bebê
- Cansaço
- Falta de tempo
- Falta de apoio familiar/ social
- Bebê com idade suficiente
- Problemas de saúde da mãe
- Problemas de saúde do bebê
- Bebê já não ficava satisfeito com o leite materno
- Bebê não aumentava de peso
- Desejo de parar de amamentar
- Para ajustar o padrão de sono do bebê
- Nova gravidez
- Ainda amamentando

Outra:  \_\_\_\_\_

37. Se assinalou "Motivos relacionados com o trabalho" na questão anterior, especifique:

---

---

---

---

---

38. Fatores facilitadores da amamentação (Assinale 1 ou mais) \*

*Marcar tudo o que for aplicável.*

- Duração da licença de parentalidade
- Dispensa para amamentação
- Flexibilidade de horário
- Distância entre local de trabalho e local onde o bebê se encontra
- Local adequado para amamentar/ extrair leite no trabalho
- Apoio familiar/ social
- Apoio dos superiores hierárquicos
- Apoio dos colegas de trabalho
- Apoio dos profissionais de saúde
- Nenhum

Outra:  \_\_\_\_\_

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APENDICE II – Amamentar após o regresso ao trabalho**

**Guia para utentes e profissionais de saúde**

# AMAMENTAR APÓS O REGRESSO AO TRABALHO

INFORMAÇÕES PARA UTENTES E  
EQUIPAS DE SAÚDE



## ÍNDICE

- Conciliar amamentação com trabalho ou estudo
- Continuar a amamentar após o regresso ao trabalho ou estudos
- Amamentar em público
- Ajudas úteis



Adaptado de  
Breastfeeding after returning to work or study,  
<https://www.unicf.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/breastfeeding-resources/breastfeeding-at-study-or-work/>

Elaborado por Diana Silva

Enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

MAIO 2021



essua universidade de aveiro  
escola superior de saúde



### **APENDICE III – Parecer da Comissão de Ética**

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:  
Favorável

DESPACHO:

*Procedido  
19.11.2020*

Conselho Diretivo  
da A.R.S. do Centro, I.P.

ASSUNTO:

Título: A prática de amamentação em mulheres trabalhadoras: contributos para a intervenção do Enfermeiro de Família. Processo número 83/2020

Autores: Enfermeira Diana Manuela Pereira da Silva, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; Professoras Doutoradas Helena Maria Almeida Macedo Loureiro e Professora Doutora Marília Rita da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

*[Assinatura]*  
Dr.ª Rosa Reis Marques  
Presidente

*[Assinatura]*  
Dr. Mário Ruivo  
Vogal

*[Assinatura]*  
Dr. Fernando Couce

O estudo proposto tem como objetivo Identificar os fatores interferentes na manutenção do aleitamento materno em mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha. Trata-se de um estudo observacional que as autoras classificam de transversal retrospectivo, com abordagem quantitativa, do tipo descritivo-correlacional.

A população selecionada para a realização do estudo são as mulheres trabalhadoras inscritas na USF da Barrinha que tiveram filhos nos últimos 5 anos.

A amostra será constituída pelo conjunto de mulheres que aceitar voluntariamente responder ao questionário (instrumento a usar na colheita de dados) aplicado através de Google Forms. O questionário foi elaborado pelas autoras e consta do processo.

Definiram como critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos; ser trabalhadora ativa durante o período de amamentação; ter experiência de amamentação de recém-nascido único, de termo e saudável; ano de nascimento da criança.

Os critérios de exclusão definidos foram: gravidez gemelar, parto prematuro ( $\leq 37$  semanas), recém-nascido com baixo peso ( $\leq 2500$ g), internamento neonatal, mulheres com complicações no parto ou puerpério, mulheres que não iniciaram a amamentação e mulheres estrangeiras que não dominem a língua portuguesa; não ter literacia informática que permita a resposta a um questionário eletrónico.

A utentes serão convidadas a participar no estudo aquando da consulta de vigilância da saúde infantil dos seus filhos, momento em que será solicitado o consentimento informado e o endereço eletrónico para o envio do

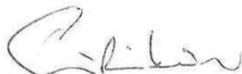
## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

instrumento de colheita de dados. A recolha dos dados decorrerá ao longo da realização do estágio que a primeira investigadora vai realizar na USF da Barrinha entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021. Os dados serão anonimizados. As investigadoras têm autorização da Coordenadora da USF d Barrinha para a realização do estudo. Do projeto de consentimento informado constam os elementos considerados necessários.

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntaria e informada das participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para as participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Coimbra, 19 de outubro de 2020.

Relator:



(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC



(Carlos Fontes Ribeiro)

**APENDICE IV – Pedido de Autorização à instituição de saúde**

Exma. Senhora Coordenadora da USF da Barrinha

Dra. Isabel Gomes

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados.

Diana Manuela Pereira Silva, Enfermeira a realizar estágio na instituição que V. Ex.<sup>a</sup> coordena, mestranda do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Aveiro, pretende desenvolver um estudo de investigação sob a orientação da Sra. Professora Doutora Helena Loureiro, cujo tema é “A prática da amamentação nas mulheres trabalhadoras”. A presente investigação científica tem como finalidade identificar os motivos de abandono do aleitamento materno, os obstáculos e os elementos facilitadores da sua manutenção, averiguar o nível de cumprimento das medidas legais e caracterizar a duração do aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras.

De forma a poder realizar este trabalho venho solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário eletrónico via Google Forms a todas as mulheres trabalhadoras que tiveram filhos entre 2015 e 2020. O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que será salvaguardada a proteção dos direitos e liberdade das participantes nesta investigação. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos,

Aveiro, 28 de agosto de 2020

Diana Silva

Termei conhecimento e rede a opar

11/9/20 Isabel Gomes

COORDENADORA

## **APENDICE V – Consenso Informado**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE  
INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

A amamentação nas mulheres trabalhadoras

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Aveiro pretendo desenvolver uma investigação sobre o impacto do retorno ao trabalho sobre o aleitamento materno.

Este estudo tem como objetivo identificar os motivos de abandono do aleitamento materno, os obstáculos e os elementos facilitadores da sua manutenção, averiguar o nível de cumprimento das medidas legais e caracterizar a manutenção da prática do aleitamento materno nas mulheres trabalhadoras.

A recolha dos dados será feita através de questionário eletrónico enviado via Google *Forms* e o seu anonimato será assegurado. Os dados recolhidos serão cifrados e guardados por mim durante o prazo máximo de seis meses após a conclusão e apresentação do trabalho final. Findo este prazo, comprometo-me a eliminar definitivamente todos os dados recolhidos. Os resultados deste estudo serão utilizados numa dissertação de Mestrado e poderá consultá-los se assim o desejar.

A sua participação é muito importante. Pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessários e pode, em qualquer momento durante a investigação, desistir da sua participação sem apresentar justificação.

Desde já agradeço a sua atenção.

Diana Manuela Pereira Silva, Enfermeira na USF Alpha

Telefone 256 502 260 e-mail: dm.silva@ua.pt

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

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data: ..... /..... /.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora e pelo prazo máximo de seis meses após a conclusão e apresentação do trabalho final, findo o qual serão eliminados.

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data: ..... /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.