

Laurentina Fátima Vaqueiro da Silva Andrade

**Conhecimentos e Dificuldades das Mães face à
Amamentação**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Julho de 2016

Laurentina Fátima Vaqueiro da Silva Andrade

Conhecimentos e Dificuldades das Mães face à Amamentação

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Graça Aparício

Coorientador:

Professor Doutor João Carvalho Duarte

Julho de 2016



Nos teus olhos pousam os meus, doce
No colinho te aconchego, ternura
Retiras de mim, alimento
Precioso, eterno momento
O verbo amar que perdura

O teu pedido é o meu de leite
A tua boquinha à procura
O teu cheiro, teus ruídos
Desabrocham os sentidos
Tua mão firme que o peito segura.

Às vezes até desejo, princesa
Que sejas sempre pequenina
Mas enrolada no regaço
Depois da mama, um abraço
Depressa serás menina

E que um dia também tu, amor
Tenhas esse dom da natureza
Amamentar é dar de nós,
Herança das nossas avós
Qual joia de realeza.

Susana Margarido

Agradecimentos

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos queria expressar o meu grato reconhecimento.

À Senhora Professora Doutora Graça Aparício, pela orientação, disponibilidade e dedicação durante a concretização do estudo e pelo encorajamento persistente.

Ao Senhor Professor Doutor João Duarte por todo o acompanhamento e disponibilidade no tratamento estatístico.

À Instituição de Saúde, que autorizou a aplicação do questionário no serviço de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e Urgência.

A todas as mães, que com a sua participação tornaram possível a realização deste estudo.

A todas as colegas do Mestrado pelas boleias, momentos e experiências partilhadas.

Ao meu marido e filha, à minha irmã e cunhado pela força e compreensão durante este percurso de estudos, bem como pela compreensão das minhas ausências.

À Enfermeira Anabela Pires pela força e apoio nos momentos de maiores dificuldades.

Aos meus amigos pelos momentos de ausência.

E a todos os que se preocuparam, colaboraram e contribuíram para a concretização do meu curso.

A todos, o meu Muito Obrigada!

Resumo

Enquadramento: Devido à elevada prevalência de abandono precoce da amamentação, diversas instituições (e.g., OMS, UNICEF) têm-se preocupado em proteger, promover e apoiar o aleitamento materno um pouco por todo o mundo, defendendo a sua exclusividade durante os primeiros seis meses de vida do bebé, complementado a partir dessa idade pela introdução de alimentos e mantido até aos 2 anos de idade ou mais, se esse for o desejo da mãe.

Objetivos: Avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação; identificar as dificuldades vivenciadas pelas mães em relação à amamentação; analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mães e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e de corte transversal, conduzido numa amostra não probabilística de 100 mães de recém-nascidos e/ou lactentes até 1 ano de vida, internadas no serviço de obstetrícia, neonatologia, pediatria e urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte do País. As inquiridas tinham idade mínima de 16 e máxima de 43 anos ($M=30,77$; $Dp=6,356$). Foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e um questionário de autorrelato da vivência das mães sobre a amamentação, desenvolvido por Sousa (2014).

Resultados: Os principais resultados mostraram que 50% das mães consideram possuir bons conhecimentos relativos à amamentação, porém, apenas 39% foram classificadas com bons conhecimentos, enquanto 52% revelaram dificuldades elevadas. Os conhecimentos foram avaliados tendo por base a sinalização correta da importância da amamentação na primeira hora de vida do bebé por 93% das mães, exclusiva até aos 6 meses (28%), a composição do leite materno e composição imunológica 93%, a maioria das mães considerou saber identificar os sinais da pega correta. Relativamente ao horário da amamentação, 62% ainda considera correto amamentar de três em três horas e 14% defende que o bebé deve mamar 10 minutos em cada mama. Os conhecimentos relacionaram-se significativamente com as mães com ensino superior ($\chi^2=17,828$; $p=0,00$) e nas que se encontram a amamentar atualmente ($UMW=278,000$; $p=0,01$). As dificuldades mais prevalentes associaram-se às fissuras (56,4%), ingurgitamento mamário (38,5%), mastite (3,8%), dor (40%) e dificuldade na pega (60%), tendo-se constatado diferenças estatisticamente significativas associadas ao ingurgitamento mamário, à mastite e abcesso mamário. Exerce influência nas dificuldades das mães, ter sido informada pelo obstetra ($UMW=324,000$; $p=0,02$) e não ter expectativas na primeira amamentação ($UMW=521,500$; $p=0,01$).

Conclusão: O estudo revela bons conhecimentos globais mas dificuldades elevadas, sendo estas as comumente referenciadas noutros estudos. Face a isto, mantém-se necessário apoiar nas dificuldades vividas durante a amamentação, adequando as estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM, para que os resultados possam ser bem-sucedidos.

Palavras-chave: aleitamento materno, conhecimentos, dificuldades

Abstract

Background: Due to the high prevalence of early withdrawal of breastfeeding, various institutions (e.g., WHO, UNICEF) have been concerned to protect, promote and support breastfeeding around the world, defending its exclusivity for the first six months of the baby's life, supplemented from that age for the introduction of food and kept up to 2 years of age or older if this is the desire of the mother.

Objectives: To evaluate the knowledge of mothers about breastfeeding; identify the difficulties experienced by mothers in relation to breastfeeding; analyze the relationship between mother's socio-demographic variables and their obstetrical knowledge and difficulties about breastfeeding.

Methodology: Quantitative, descriptive, analytical, correlational and cross-section study, conducted on a sample of 100 non-probability mothers of newborns and/or infants up to 1 year of life, admitted at the service of obstetrics, neonatology, paediatrics and urgent need in a Local Health Unit in the North of the country, with a minimum age of 16 years and a maximum of 43 (M=30.77; Dp=6.356). It was used a questionnaire of characterization and a self-report questionnaire socio-demographic, developed by Sousa (2014).

Results: The main results showed that 50% of mothers considered possessing good knowledge concerning breastfeeding, however, only 39% were classified with good knowledge, while 52% showed high difficulties. This knowledge was assessed based on the correct signalling importance of breastfeeding in the first hour of baby's life for 93% of mothers, exclusively up to 6 months (28%), the composition of breast milk and immunological composition 93%, most mothers considered to identify the correct handle signals. With regard to the schedule of breastfeeding, 62% still considers correct breastfeeding every 3 hours and 14% said that the baby should breastfeed 10 minutes on each breast. The knowledge related significantly to mothers with higher education ($\chi^2=17.828$; $p=0.00$) and who were breast-feeding currently (UMW=278.000; $p=0.01$). The most prevalent difficulties associated to cracks (56.4%), breast engorgement (38.5%), mastitis (3.8%), pain (40%) and the handle (60%), having observed statistically significant differences associated with breast engorgement, mastitis and breast abscess. Exerted influence on mother's difficulties have been informed by the obstetrician (UMW=324.000; $p=0.02$) and not having expectations on first lactation (UMW=521.500; $p=0.01$).

Conclusion: The study reveals good knowledge but global difficulties, as commonly referenced in other studies. This keeps necessary to support the difficulties experienced during breastfeeding, adapting the strategies of promoting, protecting and supporting the breastfeeding, so that the results can be successful.

Keywords: breastfeeding, knowledge, difficulties

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	13
Lista de Figuras	17
Lista de Gráficos	17
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	19
Lista de Símbolos	19
Introdução	21
PARTE I - Fundamentação Teórica	25
Capítulo 1 - Amamentação: Evolução Histórica	27
1.1. Prevalência da Amamentação em Portugal e na Europa	28
1.2. Fisiologia da Lactação	34
1.3. Leite Materno	36
1.3.1. Composição do leite materno	36
1.3.2. Vantagens do aleitamento materno	39
1.3.3. Impedimentos do aleitamento materno	42
1.4. Fatores que Influenciam a Prática do Aleitamento Materno Exclusivo	45
1.4.1. Idade materna	45
1.4.2. Motivos emocionais e experiências anteriores	46
1.4.3. Atitudes/experiências durante a gravidez e parto	47
1.4.4. Nível socioeconómico e habilitações literárias	48
1.4.5. Efeitos da comunicação social	49
1.4.6. Alteração na estrutura da sociedade e famílias	49
1.4.7. Dificuldades fisiológicas maternas	51
1.4.8. Dificuldades relacionadas com o bebé	54
1.4.9. Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde	57
1.4.10. Introdução dos leites artificiais muito precocemente	60
1.5. Amamentação Correta	61
1.6. Recomendações Atuais	68
PARTE II - Investigação Empírica	75
Capítulo 2 - Metodologia	77
2.1. Método	77
2.2. Operacionalização das Variáveis	79
2.3. Participantes	81
2.3.1. Caracterização da Amostra das Mães	81
2.4. Instrumento de Colheita de Dados	82
2.5. Procedimentos	85
2.6. Análise de Dados	86

Capítulo 3 - Resultados	89
3.1. Análise Descritiva	89
3.1.1. Informação sobre aleitamento materno	90
3.1.2. Conhecimento das mães	91
3.1.3. Experiência prática da amamentação	95
3.1.4. Dificuldades e/ou problemas durante a amamentação	97
3.2. Análise Inferencial	100
Capítulo 4 - Discussão	111
4.1. Discussão Metodológica	111
4.2. Discussão dos Resultados	112
Conclusões	121
Referências	127
Anexos	137
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados	139
Anexo II - Autorização para Utilização do Instrumento	147
Anexo III - Autorização da Instituição	149
Anexo IV - Consentimento Informado	151

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Composição do leite materno (100ml)	39
Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e sua operacionalização	80
Tabela 3. Variáveis obstétricas e sua operacionalização	80
Tabela 4. Estatísticas relativas à idade das mães	82
Tabela 5. Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas das mães ..	82
Tabela 6. Conhecimentos globais das mães	83
Tabela 7. Pontos de corte de classificação dos conhecimentos globais das mães	84
Tabela 8. Dificuldades ou Problemas vivenciados pelas mães	85
Tabela 9. Pontos de corte para classificação das dificuldades/problemas	85
Tabela 10. Valores de referência do coeficiente de variação	87
Tabela 11. Estatísticas referentes à duração da gravidez	89
Tabela 12. Estatísticas relativas ao número de filhos	90
Tabela 13. Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas	90
Tabela 14. Informação sobre aleitamento materno	91
Tabela 15. Estatísticas percentuais dos conhecimentos globais das mães	91
Tabela 16. Autopercepção das mães sobre conhecimentos face à amamentação	92
Tabela 17. Conhecimentos sobre início da amamentação	92
Tabela 18. Conhecimentos sobre duração exclusiva do AM	92
Tabela 19. Afirmações sobre o leite materno	93
Tabela 20. Conhecimentos sobre sinais de boa pega	93
Tabela 21. Conhecimentos sobre horários de amamentação	94
Tabela 22. Ofereceu chupeta ao seu filho	94
Tabela 23. Conhecimentos sobre os cuidados com a mama após a mamada	94
Tabela 24. Classificação dos conhecimentos globais das mães	95
Tabela 25. Estatísticas relativas ao início da amamentação	95
Tabela 26. Experiência prática da amamentação	96
Tabela 27. Sentimento na primeira vez que amamentou	96
Tabela 28. Caracterização da experiência de amamentar	97
Tabela 29. Estatísticas percentuais das dificuldades globais das mães	97
Tabela 30. Problemas da amamentação	98
Tabela 31. Classificação do formato dos mamilos	98

Tabela 32.	Estatísticas referentes à dor	98
Tabela 33.	Sentiu dor na mama nas primeiras mamadas	99
Tabela 34.	Classificação das dificuldades/problemas	99
Tabela 35.	Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e grupos etários	100
Tabela 36.	Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e a escolaridade	100
Tabela 37.	Teste Post-Hoc entre os conhecimentos e as dificuldades globais e a escolaridade	101
Tabela 38.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e a residência	101
Tabela 39.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e o estado civil	101
Tabela 40.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e a duração de gravidez	102
Tabela 41.	Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e o tipo de parto	103
Tabela 42.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e o tipo de gravidez	103
Tabela 43.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades e vigilância da gravidez	103
Tabela 44.	Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e número de filhos	104
Tabela 45.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades e o ter sido Informada sobre a Amamentação	104
Tabela 46.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelo Centro de Saúde	104
Tabela 47.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelo Hospital	105
Tabela 48.	Teste de U Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada na Aula de Preparação para o Parto	105

Tabela 49.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e o Informação dada pelo Enfermeiro	106
Tabela 50.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelo Médico de Família	106
Tabela 51.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelo Pediatra	106
Tabela 52.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelo Obstetra	107
Tabela 53.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pela Família e Amigos	107
Tabela 54.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada pelos Livros e Revistas	108
Tabela 55.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Amamentação Anterior	108
Tabela 56.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Amamentação Atual	108
Tabela 57.	Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Expectativas na Primeira Amamentação	109
Tabela 58.	Relação entre as dificuldades e os conhecimentos das mães na amamentação	109
Tabela 59.	Correlação de Pearson	110

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Posição clássica de amamentação	61
Figura 2. Posição deitada de amamentação	62
Figura 3. Posição invertida de amamentação	62
Figura 4. Pega correta	64
Figura 5. Processo de amamentação em cinco passos	66
Figura 6. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação	79

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Aleitamento materno exclusivo entre a 5 ^a /6 ^a semana até 5 meses	31
Gráfico 2. Prevalência do tempo de amamentação	33

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AM	Aleitamento Materno
cf.	Confira
CV	Coeficiente de variação
DGS	Direção Geral de Saúde
Dp	Desvio padrão
e.g.	Por exemplo
ed.	Edição
Ed. (Eds)	Editor (Editores)
et al.	E colaboradores
<i>H</i>	Teste de <i>Kruskal Wallis</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLP	Hormona Lactogénica Placentar
i.e.	Isto é
IBFAN	<i>International Baby Food Action Network</i>
IHAB	Iniciativa do Hospital Amigos dos Bebés
k	Medida de kurtose
Max	Máximo
Min	Mínimo
n	Frequência
<i>ns</i>	Não significativo
OM	Ordenação Média
OMS	Organização Mundial de Saúde
Org.	Organizador
<i>p</i>	Nível de significância
p. (pp.)	Página (páginas)
Q1,Q2,Q3	Questão 1, questão 2, questão 3
<i>r</i>	Coeficiente de correlação
RAM	Registo do Aleitamento Materno
sk	Medida de simetria
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Supl.	Suplemento
UMW	Teste <i>U-Mann-Whitney</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
x^2	Teste de Qui-Quadrado

Lista de Símbolos

%	Percentagem
<	Menor
>	Maior
≤	Menor ou igual
≥	Maior ou igual

Introdução

O Aleitamento Materno (AM) é um direito inato do recém-nascido e, portanto, crucial para a sua sobrevivência (Almeida, Fernandes, & Araújo, 2004). O AM assume-se como uma das formas mais eficientes para se atenderem aos aspetos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança, no seu primeiro ano de vida (Ichisato & Shima, 2001).

A amamentação é uma prática natural e eficaz, cujo sucesso depende de fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos da puérpera e do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde que se encontram envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao AM (Almeida et al., 2004). Portanto, o AM não deve ser visto como uma responsabilidade exclusiva da mulher/família, mas alargada aos próprios profissionais de saúde, pois são estes que têm lutado contra os fracassos da amamentação, dando suporte às questões biológicas e técnicas (Galvão, 2006).

A *International Baby Food Action Network* (IBFAN, 2013) citando a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma, com total certeza, que a amamentação reduz a mortalidade infantil e contribui com benefícios que se estendem até à idade adulta. Por esse motivo, o AM exclusivo, durante os primeiros seis meses de vida é a forma nutricional recomendada para todos os bebés (Barge & Carvalho, 2011).

Desde 1991 que se observa uma preocupação por parte da OMS e da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) na proteção, promoção e apoio ao AM um pouco por todo o mundo. As recomendações da OMS são específicas e apoiam a evidência científica atual da necessidade de um AM exclusivo durante seis meses, seguido da introdução de alimentos complementares associados ao AM até aos 2 anos de idade ou mais (Aguiar & Silva, 2011).

Apesar de não existir atualmente um consenso nas evidências científicas relativamente aos inconvenientes de um AM prolongado (Lourenço, 2009), o que é certo, é que o objetivo pretendido pela OMS ainda se encontra longe de atingir, pois o AM depende de múltiplos fatores associados que vão para além da aquisição de conhecimentos e práticas, englobando igualmente as atitudes dos profissionais de saúde (Falceto, 2002).

Amamentar, hoje em dia, poderá ser uma experiência stressante para os bebés e para as mães, pelo que é importante compreender quais os conhecimentos e problemas vivenciados no seu decurso, para que possam ser implementadas iniciativas e programas específicos às diversas realidades (Galvão, 2006).

Neste sentido, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

Q1 - *Quais são os conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação?*

Q2 - *Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas maternas e os conhecimentos/dificuldades na amamentação?*

Q3 - *Qual a influência das variáveis obstétricas nos conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação?*

A partir destas questões foram definidos os seguintes objetivos: (1) Avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação; (2) Identificar as dificuldades vivenciadas pelas mães, em relação à amamentação; (3) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas das mães e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação e; (4) Analisar a relação entre as variáveis obstétricas das mães e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação.

Assim, o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira, constituída pelo Capítulo I, realiza-se uma fundamentação teórica sobre o tema, apresentando-se uma breve evolução histórica da amamentação; os principais estudos de prevalência em Portugal e na Europa; a forma como decorre a fisiologia da lactação; a importância do leite materno, sua composição, vantagens e impedimentos, bem como os fatores que influenciam a prática do AM exclusivo. São ainda apresentadas informações relativas à amamentação correta e recomendações que vigoram atualmente neste âmbito.

A segunda parte apresenta o estudo empírico, pelo que foi dividida em três capítulos. O Capítulo II, aborda os aspetos relativos à metodologia, questões de investigação, principais objetivos, variáveis consideradas e sua operacionalização, caracterização dos participantes do estudo, caracterização do instrumento de recolha de dados, procedimentos realizados com enfoque para os princípios éticos e deontológicos e análise dos dados. O Capítulo III apresenta os resultados obtidos pelas estatísticas descritivas e inferenciais, sendo que posteriormente estes são discutidos à luz da fundamentação teórica constante na primeira parte desta investigação (Capítulo IV).

O presente estudo termina com algumas considerações relativas aos principais resultados, realizando-se um balanço entre os pontos fortes e as limitações sentidas ao longo da sua concretização, bem como são sugeridos estudos futuros que devem ser realizados sobre esta temática e sublinhada a importância de programas de intervenção que se mostrem eficazes para potenciar os conhecimentos das mães e atenuar as principais dificuldades que estas possam sentir face à amamentação.

Parte I - Fundamentação Teórica

1. Amamentação: Evolução histórica

A amamentação representou, durante muitos anos, a forma mais natural e quase única de alimentar uma criança durante os seus primeiros anos de vida, sendo que é a partir dos séculos XVIII e XIX e até ao início do século XX, que deixa de ser estimulada na aristocracia e burguesia, onde se esperava que as mulheres cuidassem da beleza física e acompanhassem os maridos nos eventos sociais. O aleitamento ficou a cargo de amas-de-leite, frequentemente obrigadas a desmamar os seus próprios filhos para amamentar os filhos dos senhores (Falceto, 2002).

Por conseguinte, a alta mortalidade infantil que acompanhou o desmame precoce, bem como a emancipação da mulher, a sua participação no mercado e trabalho e a comercialização agressiva de leites artificiais que marcou o século XX, obrigou os Estados a repensar nesse modelo, criando-se, o movimento higienista que estimulava a amamentação (Aguiar & Silva, 2011; Lourenço, 2009).

A invasão dos fabricantes de fórmulas láteas surgiu no início da industrialização, sendo que as medidas políticas de saúde começaram a ser repensadas na década de 80, levando o Ministério da Saúde a lançar o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com o qual adotou leis que pretenderam proteger a mulher no trabalho, durante o período de amamentação, bem como medidas de combate à publicidade desenfreada dos leites artificiais, publicitados como sendo mais adequados para a nutrição do bebé (Almeida et al., 2004).

Durante a década de 90, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida no mundo inteiro e, em especial, nos países em desenvolvimento, surgiu a necessidade de se recuperar essa prática (Almeida et al., 2004), uma vez que os conhecimentos científicos tinham provado o que já na antiguidade era intuitivamente conhecido: o leite materno é o melhor alimento para a criança (Morais, 2000).

Em 2004, num estudo conduzido por Marinho e Leal sobre as atitudes de médicos e enfermeiros face à amamentação, é referenciado que, em Portugal, por comparação ao que já se observava em outros países desenvolvidos, após a fase de expansão e de incentivo ao leite

artificial, os Serviços de Saúde começavam a preocupar-se com o reinvestimento na área da amamentação, sendo que atualmente, a sua promoção é assumida como uma das estratégias fundamentais para a saúde do lactente.

Os estudos que emergiram foram decorrentes dos resultados divulgados no ano de 2000, pela *World Health Organization*¹, nos países subdesenvolvidos, o qual mostrou uma relação entre o desuso do AM e a mortalidade infantil, originando a necessidade de se assumirem posições firmes ao nível da promoção do leite materno, como uma prioridade de Saúde Pública e defendendo o seu uso exclusivo até aos primeiros seis meses de vida do bebé (Alarcão, Ferreira, Simões, Fernandes, & Nicola, 2012) e a sua manutenção, se possível, juntamente com outros alimentos, até pelo menos aos dois anos (Barge & Carvalho, 2011; Boland, 2005; Gartner et al., 2005). A OMS (WHO, 2000) defende que a amamentação confere à criança o melhor começo de vida, contribuindo para a saúde física e mental do bebé.

Perante o exposto, o presente capítulo pretende realizar uma revisão teórica relativa ao tema da amamentação, pelo que se inicia com alguns dados de prevalência da amamentação em Portugal e na Europa, explicita-se a fisiologia da lactação, as propriedades e vantagens do leite materno, os fatores que influenciam a prática da amamentação exclusiva, indicações de uma amamentação correta e recomendações atuais.

1.1. Prevalência da Amamentação em Portugal e na Europa

Apesar do objetivo veiculado pela OMS e já referido, têm sido verificados diversos obstáculos nos países desenvolvidos (Cattaneo, Yngve, Koletzko, & Guzmán, 2005). Em Portugal, por exemplo, o estudo de Sandes e col. (2007) procurou analisar a prevalência do AM e identificar fatores determinantes da amamentação nos primeiros seis meses pós-parto, nomeadamente características socioeconómicas e estilos de vida. No estudo participaram 475 puérperas da Maternidade do Hospital Santa Maria em Lisboa e os resultados encontrados mostraram que 52,2% eram primíparas, 86,1% caucasianas, 40% com escolaridade correspondente ao ensino secundário e 33% com escolaridade universitária. A vigilância regular da gravidez ocorreu em 96,8%. À saída da maternidade, 91% das puérperas amamentavam o seu filho (77,7% em exclusividade) tendo esta percentagem diminuído para

¹ Organização Mundial de Saúde

54,7% aos três meses e 34,1% aos seis meses. As causas identificadas para o abandono foram a hipo ou agalactia, a má pega e o regresso ao trabalho. De notar que em 68,6% a iniciativa de prescrever a fórmula artificial proveio do médico assistente. A decisão da mulher em manter o aleitamento aos três e aos seis meses foi influenciada pela experiência positiva de amamentar, o nível educacional mais elevado, o não-tabagismo, a prática de exercício físico e a informação sobre as vantagens da amamentação para a saúde materna. Os autores concluíram que a compreensão das atitudes perante a gravidez e o AM podem levar a novas estratégias de intervenção para a sua promoção e manutenção.

No mesmo âmbito Barge e Carvalho (2011) realizaram um estudo com intuito de determinar a prevalência do AM aos 6 meses e verificar se o seu abandono precoce se relacionava com a idade materna, paridade, escolaridade, situação profissional, tabagismo, alcoolismo e nível de conhecimento das 162 mães participantes. Os principais resultados mostraram que a prevalência do AM aos 6 meses foi de 36%, sendo que o AM foi mantido, em média, durante 5 meses e essa prevalência foi maior nas parturientes com maior idade. Verificaram, ainda, uma maior prevalência do AM nas parturientes com baixa escolaridade e licenciadas e menor nas parturientes que frequentaram aulas de preparação para o parto. Os autores concluíram que a prevalência do AM aos 6 meses, nesta amostra, foi semelhante à dos estudos existentes, mas inferior às metas estabelecidas pela OMS.

Um outro estudo realizado por Filipe (2011), com o objetivo de avaliar o contributo da visita domiciliária na prevalência do AM junto de 108 mulheres (sendo que 51 foram alvo de visita e 57 não), mostrou uma prevalência de AM exclusivo em 80% aos 3 meses, mais elevado no grupo não visitado e 27% aos 6 meses, mais elevado no grupo visitado. A maior percentagem de mulheres que mantém o AM além dos 6 meses é maior no grupo das visitadas (21,6%) do que nas não visitadas (18,5%). A maior parte das mulheres interrompeu o AM entre o terceiro e o sexto mês, sendo que as razões mais evocadas foram a "falta de leite" e "motivos laborais".

Em 2012, Alarcão e col. procuraram avaliar, num estudo longitudinal nacional, a prevalência e os fatores associados ao AM exclusivo aos 3 meses e de qualquer aleitamento aos 6 meses pós-parto. Neste estudo participaram 494 mães, sendo que os autores verificaram que 95,8% das mães iniciaram o aleitamento, 56,7% amamentou até aos 3 meses (33,2% em exclusivo) e 42,1% até aos 6 meses (0,9% em exclusivo). Os autores concluíram que o AM em Portugal se encontrava abaixo das recomendações internacionais e da meta nacional (i.e.,

pelo menos 50% dos bebés deveria ser amamentado em exclusividade até aos 3 meses), pelo que as mães mais jovens e menos escolarizadas deveriam ser alvo prioritário de atividades de promoção de amamentação.

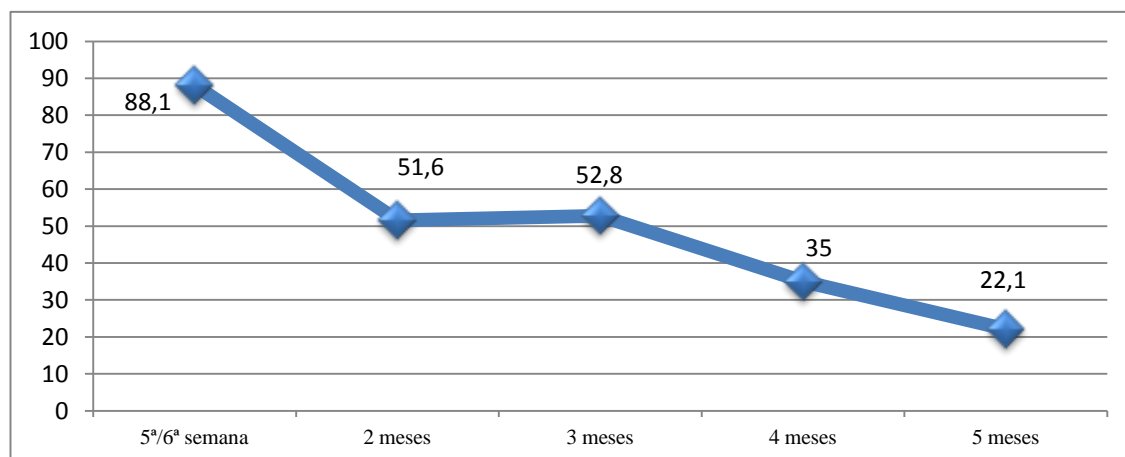
Com base nesta preocupação, em 2014 foi criada uma base de dados (primeira em Portugal e entre as primeiras da Europa), capaz de produzir estatísticas sobre a prevalência do AM, conforme preconizado pela OMS. O último relatório disponibilizado sobre o Registo do Aleitamento Materno (RAM) divulgou dados de prevalência relativos aos meses entre janeiro e dezembro de 2013 (DGS², 2014).

Estes dados, relativos a 31.097 registos hospitalares, mostraram que 98,6% das mães iniciou o AM antes da alta e que 76,7% o manteve em exclusivo até à alta (apenas 1,41% bebés não receberam este tipo de leite). Foi ainda observado que 84,1% iniciou AM na 1ª hora de vida e destes, 90,1% mantiveram-no em exclusivo, enquanto apenas 68,6% dos que fizeram AM e artificial foram amamentados na 1ª hora. Relativamente ao uso da chupeta, observou-se que 84,1% não utilizou chupeta durante o internamento e 87% dos que mantiveram o AM exclusivo não usou chupeta durante o internamento (DGS, 2014).

Relativamente aos 16.345 registos provenientes da Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés (IHAB) verificou-se que 98,5% fez AM antes da alta; 78,8% fez AM exclusivo até a alta, enquanto 1,5% dos bebés não recebeu AM até ao dia da alta. Verificou-se ainda que 86,1% iniciou o AM na primeira hora de vida e destes 90,8% foram alimentados na primeira hora; enquanto 73,8% dos que fizeram AM e artificial foram amamentados na primeira hora. Relativamente ao uso de chupeta, verificou-se que 88,9% não utilizou chupeta durante o internamento e 91,9% dos que mantiveram AM exclusivo do nascimento até à alta, não utilizaram chupeta durante o internamento (DGS, 2014).

Os registos provenientes dos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2014) mostraram que o AM exclusivo entre a 5ª/6ª semana foi de 88,1% tendo esta percentagem declinado para 22,1% aos 5 meses de vida, conforme Gráfico 1.

² Direção Geral de Saúde

Gráfico 1. Aleitamento materno exclusivo entre a 5^a/6^a semana até 5 meses

Fonte: Elaborado a partir dos dados do Registo do Aleitamento Materno (DGS, 2014)

Também o estudo realizado por Silva (2013), teve como intuito determinar a prevalência do AM nos primeiros 6 meses de vida, identificar as razões que motivam as mães a iniciar e a abandonar o AM e identificar os fatores relacionados com a duração da modalidade exclusiva até aos 6 meses de idade. Participaram neste estudo 195 mães que recorreram ao Centro de Saúde para a vacinação dos seis meses. Os principais resultados mostraram uma prevalência de AM exclusivo no primeiro mês de 79,5%; 63,6% no terceiro mês e de 36,4% no quinto mês. As razões apontadas para o início do aleitamento foram os benefícios para o bebé. A maioria das mães justificou o abandono com razões subjetivas, verificando-se que o género masculino do bebé, o parto eutócico, um maior rendimento mensal médio do agregado familiar e a experiência anterior de amamentação se constituíram como fatores associados a uma maior duração do AM exclusivo.

O estudo de Ribas (2014) teve como objetivo analisar o contributo da visita domiciliária efetuada por enfermeiros especialistas em saúde materna, obstétrica e ginecológica, no sucesso do AM e na ansiedade *estado* em primíparas. Participaram no estudo 20 primíparas com ansiedade *traço* (pontuação ≥ 40), que frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade, distribuídas em dois grupos: experimental e controlo. Os principais resultados mostraram uma prevalência de 55% de AM exclusivo e de 15% de aleitamento materno predominante aos 3 meses. A autora concluiu que a visita domiciliária não teve efeitos no AM, no entanto, não se observaram efeitos negativos.

Ribeiro, Morais, Santos e Curopos (2015) apresentaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência de adesão à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e conhecer os fatores associados a esta prática. Participaram 37 grávidas, com média etária de 27 anos ($Dp=6,3$), escolaridade ao nível do ensino secundário (56,8%), sendo que a maioria eram primíparas (59,6%). As autoras concluíram que apenas 62,2% das mães colocaram o recém-nascido à mama na primeira hora de vida. O principal fator de não adesão à amamentação foi o tipo de parto, seguido da fraca colaboração dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, que nem sempre tinham disponibilidade para auxiliar as mães nesta tarefa, mesmo quando a mãe e o bebé reuniam as condições de saúde necessárias para o efeito. A decisão de amamentar foi tomada por 73% da amostra antes de engravidar, uma vez que lhe conferiram vantagens para a saúde da mãe e do bebé e que o protegiam de infeções. Verificaram, ainda, que 24,3% das mães consideraram que se deve amamentar exclusivamente com leite materno até aos 6 meses. As autoras concluíram que, para uma boa adesão à amamentação, esta deve ser iniciada, se possível, na primeira hora de vida do recém-nascido, sendo que a mãe deve estar bem informada sobre as vantagens do AM e ter apoio de um profissional de saúde.

Um outro estudo conduzido em 2015, por Lanzaro, Santos, Guerra, Hespanhol e Esteves, teve como objetivo determinar a prevalência do AM exclusivo aos 6 meses numa população urbana e rural do norte de Portugal, bem como identificar os fatores que influenciaram a duração da amamentação e os determinantes de início e de abandono. Participaram no estudo 333 crianças, sendo 47% do género feminino. Os principais resultados mostraram uma prevalência de AM aos 6 meses de 50% e de 17,1% e 18,7% de AM exclusivo, respetivamente em meio urbano e rural. Os fatores associados à maior duração da amamentação foram a vivência de parto vaginal, ter emprego durante a gravidez e 6 meses após o parto; ter permanecido pelo menos cinco meses em casa após o parto e não ter sido introduzida fórmula láctea no hospital (este último também associado diretamente com a amamentação exclusiva).

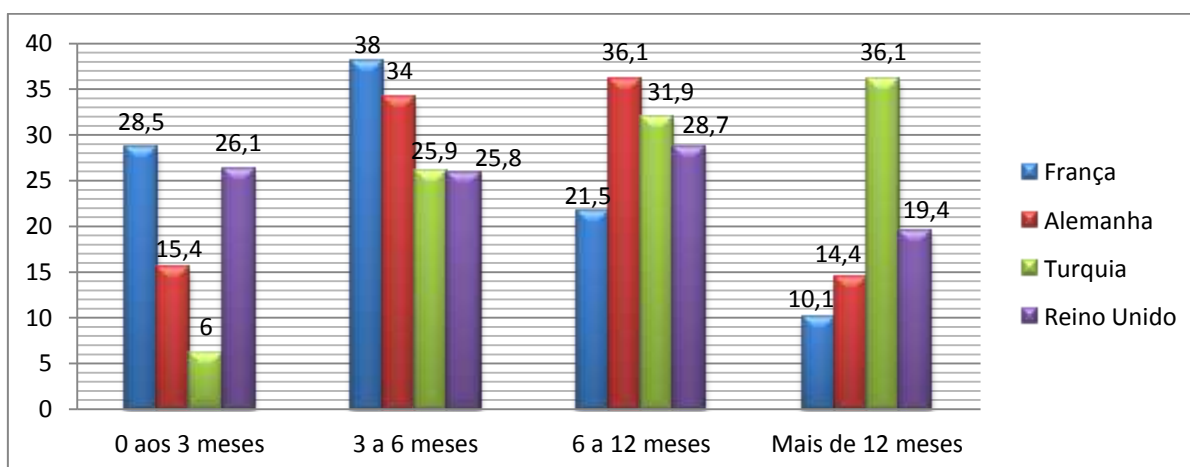
O estudo conduzido por Coelho (2015), com o objetivo de avaliar a prevalência de aleitamento e a motivação materna para esse procedimento no Centro Hospitalar Vale Tâmega e Sousa, contou com 63 mães, cujos resultados mostraram que 95% fizeram AM à data da alta, descendo para 57% aos 6 meses e 38% aos 12 meses. As aulas de preparação para o parto, a idade e escolaridade superior das mães mostraram-se associadas com taxas

mais elevadas de AM. As mulheres que ainda se encontravam a amamentar apresentaram uma maior motivação para o aleitamento. A autora concluiu que as prevalências de AM encontradas neste estudo foram ligeiramente superiores às descritas em outros estudos, cumprindo com as recomendações da OMS. Constatou, ainda, que a motivação e posterior sucesso do AM parecem estar associados a um maior aconselhamento no período pré-natal.

Por último, um outro estudo realizado por Monteiro (2015) com o objetivo de caracterizar a prevalência do AM na população portuguesa junto de 1.977 mães de Portugal, mostrou uma prevalência de 86,6% aos 3 meses e 83,4% aos 6 meses, observando-se que há uma grande adesão ao AM até aos 6 meses (acima dos 80%), decaindo as prevalências a partir desta idade.

No âmbito internacional, dados recolhidos um pouco por todo o mundo, fizeram parte de uma pesquisa global realizada pela Lansinoh Laboratórios (2015), sobre atitudes e comportamentos de amamentação em mais de 13.000 mães de 10 países (Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, Colômbia, França, Alemanha, México, Turquia e Reino Unido). Foram entrevistadas mulheres dos 18 aos 45 anos que estavam grávidas ou tinham pelo menos um filho até 2 anos de idade. Os resultados (cf. Gráfico 2) mostraram que, relativamente à Europa, as mulheres na Turquia amamentam por mais tempo (36,1% por mais de 12 meses) enquanto na França amamentam por menos tempo (10,1% aos 12 meses).

Gráfico 2. Prevalência do tempo da amamentação



Fonte: Elaborado a partir dos dados da Pesquisa Global Lansinoh sobre Aleitamento Materno 2015 (Lansinoh Laboratórios, 2015)

Das mães entrevistadas 88,8% acharam que amamentar era a melhor forma de alimentar o bebé, dois terços disseram que se sentiam culpadas se não amamentassem e o principal motivo identificado para amamentar foram os benefícios de saúde para o bebé (90%). Os resultados mostraram, ainda, que 11,2% das mães francesas indicaram como principal razão para amamentar, a criação de um laço com o bebé. Apesar de nas entrevistas 50% das mães ter referido que o tempo ideal de amamentação era entre 6 a 12 meses, somente 42,4% atingiu esse objetivo. Globalmente, o motivo que fez a maioria das mulheres interromper a amamentação (54,4%), foi o facto de a criança ter mais de um ano, mas para 21,1% das mulheres a principal razão foi não ter leite suficiente. Este estudo ainda mostrou que o maior medo da amamentação para 24,1% das mulheres era o facto de não conseguirem amamentar pelo tempo recomendado, seguido do bebé não conseguir fazer a pega (16,4%).

Aguilar (2004) sustenta que a falta de dados sobre a prevalência do AM nos países industrializados, se deve, provavelmente, a uma falta de interesse nestes países, relativamente ao problema da baixa amamentação materna, bem como da duração da mesma, mesmo conhecendo as recomendações da OMS. A autora acrescenta, ainda, que é possível que o mundo industrializado ainda não reconheça que a alimentação do lactente com alimentos distintos do leite materno pressupõe um risco de morbidade e mortalidade dos lactentes e das suas mães, para além do gasto familiar e social desnecessário e o dano a médio prazo para o ambiente, com a produção e utilização de leites artificiais.

1.2. Fisiologia da Lactação

O leite materno encontra-se intimamente relacionado com o ciclo reprodutor da mulher e a sua produção ocorre apenas no período pós-parto. A sua produção (i.e., lactação) é um processo fisiológico natural e normal, uma consequência de parir (Galvão, 2006).

O funcionamento da glândula mamária depende da inter-relação de múltiplos e complexos fatores endócrinos e nervosos. Alguns desses fatores encontram-se envolvidos no desenvolvimento da glândula mamária no seu estado funcional, outros estabelecem a secreção de leite e outros, ainda, são responsáveis pela manutenção da lactação (Lawrence & Lawrence, 2016).

Na perspetiva de Centeno (2005), o ciclo de lactação pode ser dividido em três estádios:

- Mamogénese, que se refere ao desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez, envolvendo uma constelação hormonal em que participam os estrogénios, a progesterona, a prolactina, a hormona lactogénica placentar (HLP), a hormona do crescimento, as hormonas tiroideias, a insulina e o cortisol (Cardoso, 2006; Lawrence & Lawrence, 2016).
- Lactogénese, que é o início da produção de leite e começa durante a última fase da gravidez, com a secreção do colostro, como resultado da estimulação das células alveolares mamárias, pela hormona HLP, semelhante à prolactina.
- Galactopoiese, que é a manutenção da produção de leite, pois a continuidade de secreção do leite encontra-se associada à produção suficiente de prolactina, hormona da hipófise anterior e pela remoção eficiente de leite.

As glândulas mamárias são exócrinas e, por isso, sofrem notáveis alterações durante a gravidez e o puerpério (período de parto). Assim, no início da gravidez, o tecido mamário desenvolve-se devido à ação de dois tipos de hormonas: os estrogénios, responsáveis pela ramificação dos ductos e os progestogénios, responsáveis pela formação dos lóbulos (Centeno, 2005).

Na primeira metade da gravidez, devido à ação dos estrogénios, assiste-se a um desenvolvimento do epitélio alveolar e ao aparecimento de novos ductos. Mais tarde, por ação da progesterona, ocorre a diferenciação do epitélio, no sentido da atividade secretória. No final da gravidez, cada mama aumentou cerca de 400 gramas e a irrigação sanguínea da mama aumentou em relação aos valores pré-gestacionais (Centeno, 2005; Lawrence & Lawrence, 2016), tornando-se apta para o exercício da função alimentar do bebé (Martín-Calama, 2004).

Após o parto, o sistema nervoso materno começa a produzir a prolactina e a ocitocina, responsáveis por dois reflexos mamários cruciais para a lactação (Cardoso, 2006): a lactogénese (produção de leite onde atua a prolactina) e lactoejeção (ejeção de leite onde atua a ocitocina).

Nesse sentido, estes dois reflexos são ativados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção. A prolactina assume-se como hormona importante na lactação, tanto durante o desenvolvimento da glândula mamária nos primeiros meses de gestação, como também durante a lactogénese, pois ela é dependente do estímulo de sucção e da correta

técnica de amamentação (Lawrence & Lawrence, 2016). Para além da prolactina, para que ocorra a lactogénese, é necessário que haja uma diminuição dos estrogénios, sendo este o motivo pelo qual durante a gravidez não há produção de leite, embora os níveis de prolactina estejam francamente elevados (Martín-Calama, 2004).

A ocitocina é responsável pela saída de leite, bem como pelas contrações uterinas, pelo que, para que a galactopoiese ocorra, ela depende de uma eficaz sucção, do esvaziamento completo dos seios e de outros reflexos ou respostas automáticas (e.g., o choro do bebé) que estimulam a libertação de hormonas hipofisárias, capazes de estimular a ocitocina, dando lugar à contração das células musculares da glândula mamária e consequentemente a saída de leite. Por isso, nesta fase, as emoções maternas assumem um papel muito importante, já que a dor e a ansiedade podem reduzir a libertação de ocitocina e consequente saída do leite (Martín-Calama, 2004).

1.3. Leite Materno

O leite materno é um alimento completo e vivo, muito embora se desconheçam todos os seus elementos (Cardoso, 2006; Morais, 2000). Na perspetiva de Northtup (2004) ainda "não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebé que o leite da mãe" (Northtup 2004, p. 431).

Em seguida apresenta-se a composição do leite materno, vantagens e impedimentos associados ao AM.

1.3.1. Composição do leite materno

O leite da mulher produz-se segundo um padrão próprio da espécie, o código genético humano, pelo que as diferenças relativamente a outros leites (naturais ou artificiais) são quantitativas e qualitativas, uma vez que o leite da mulher está biologicamente ajustado às características e necessidades do bebé humano e vai modificando gradualmente a sua composição e quantidade de forma regulada, pela interação mãe-bebé, durante a amamentação. Nos primeiros dias de vida do recém-nascido apresenta-se sob a forma de

colostro, depois nos dias seguintes, como leite de transição e, por fim, a partir da segunda ou terceira semana e para além dos dois anos, como leite maduro (Cordero, 2005).

Assim, o **colostro** é um líquido amarelado, devido à presença de betacaroteno, possuindo um aspeto viscoso/cremoso e rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose, que promove a multiplicação de *Lactobacillus bifidus*, o que favorece o crescimento da flora intestinal, facilitando a expulsão do mecónio preto esverdeado, que caracteriza as primeiras dejeções do recém-nascido e, conseqüentemente a limpeza do tubo digestivo, ajudando desta forma a prevenir a icterícia (Cordero, Diez, & Aguilar, 2005; Lawrence & Lawrence, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Martín-Calama, 2004).

A proporção de gorduras é menor no colostro do que no leite maduro, por contraponto, tem elevadas concentrações médias de sódio, cloro e potássio, bem como maior teor de proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e imunoglobulinas (especialmente de IgA's), que associadas com outros anticorpos formados na glândula mamária, fornecem ao recém-nascido a primeira imunização pós-parto (Cordero, 2005).

O colostro pode existir desde as 20 semanas de gestação e é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias a seguir ao parto, sendo que vai evoluindo progressivamente para o leite de transição (Lawrence & Lawrence, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Martín-Calama, 2004).

O leite de **transição** surge a partir do segundo ou terceiro dia após o parto e a sua produção prolonga-se por uma ou duas semanas (Lawrence & Lawrence, 2016). Tem um aspeto aguado, o que poderá ser fator de preocupação para muitas mulheres menos informadas, levando-as a pensar que o seu leite não é suficientemente bom para a criança e, por isso, manifestam vontade de desistir de amamentar (Levy & Bértolo, 2012).

Este leite vai-se modificando de forma gradual, em função do desenvolvimento do recém-nascido, adaptando-se às necessidades nutricionais e digestivas deste e da concentração de imunoglobulinas e o teor de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose, com acréscimo do aporte calórico (Levy & Bértolo, 2012).

Na fase de produção do leite de transição (conhecida como "subida do leite"), a mãe pode apresentar hipertermia, dor de cabeça e congestão vascular, acompanhada por um aumento do volume das mamas (Cordero, 2005).

O leite humano **maduro** é uma mistura homogénea com três frações (Lawrence & Lawrence, 2016): emulsão (gotículas de gordura); suspensão (partículas coloidais de caseína) e solução (componentes hidrossolúveis). Este leite possui todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé, sendo que detém um conteúdo adequado de nutrientes metabolizados e facilmente digeríveis, como as proteínas do soro, os lípidos e a lactose, assim como uma distribuição proporcionada de aminoácidos (Cordero et al., 2005).

Este leite, também designado de definitivo, surge por volta do décimo quinto dia (terceira semana pós-parto), tem uma cor mais branca e um aspeto mais consistente do que o leite de transição (Levy & Bértolo, 2012). A sua produção aumenta ao longo da lactação, em função das necessidades da criança e possui um maior teor lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas, maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis (Cordero, 2005).

Nesta fase, o leite apresenta igualmente modificações em função da etapa de amamentação, da hora do dia, da nutrição da mãe e da idade gestacional do bebé (Cordero, 2005). Assim, no início da mamada é normalmente acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água e, no final da mama, costuma ser mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura (Levy & Bértolo, 2012). É o alto teor lipídico do leite do final da mamada (também designado de *leite posterior*) que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras (Lothrop 2000).

Segundo Real (2010), o leite materno possui uma composição nutricional ideal para a alimentação do bebé e suprir as suas necessidades de desenvolvimento e crescimento. Assim, a Tabela 1 mostra os principais componentes do leite materno (100ml), sabendo que a sua composição varia na quantidade ao longo da vida do bebé, ao longo do dia e ao longo da mesma mamada.

Tabela 1. Composição do leite materno (100ml)

Componente	Quantidade	Componente	Quantidade
Energia	70 kcal	Niacina	147 mcg
Proteína	1,1 g	Piridoxina	10 mcg
Lípidos	4,2 g	Folato	5,2 mcg
Glícidos	7,0 g	Vitamina B12	0,03 mg
Vitamina A	190 mcg	Cálcio	34 mg
Vitamina D	2,2 mcg	Fósforo	14 mg
Vitamina E	0,18 mg	Ferro	0,05 mg
Vitamina K	1,5 mcg	Zinco	0,3 mg
Vitamina C	4,3 mg	Água	87,1 ml
Tiamina	16 mcg	Sódio	0,7 mEq
Riboflavina	36 mcg	Potássio	1,3 mEq

Fonte: Adaptado de Real (2010, p. 4)

As quantidades dos elementos que compõem o leite materno são suficientes até aos 6 meses de idade, para nutrir em exclusividade o bebé, sendo que a partir dessa idade a amamentação deve ser complementada com maior quantidade de nutrientes provenientes de outros alimentos (Real, 2010).

1.3.2. Vantagens do aleitamento materno

São inúmeras as vantagens do aleitamento para o bebé, para a mãe, para a família e também para o ambiente. Assim, para o **bebé**, são destacadas as principais vantagens do leite materno (Aguiar & Silva, 2011; Ferreira, 2005; Gartner et al., 2005; Levy & Bértolo, 2012; Real, 2010):

- Fornece o alimento ideal, mais barato e seguro para dar em exclusividade até aos 6 meses;
- O leite materno é um alimento natural, com elevada riqueza nutricional que permite um crescimento e desenvolvimento saudável do bebé;
- Previne o aparecimento de infeções gastrointestinais (diarreias), respiratórias (pneumonias e bronquiolites) e urinárias;
- Protege de algumas alergias;
- Confere maior proteção contra vírus e bactérias;
- Permite uma melhor adaptação do bebé ao apetite e sede, bem como aos outros alimentos;

- Previne o aparecimento futuro de Diabetes, Linfomas, Obesidade, Doença de Crohn, Colite Ulcerosa e Doença celíaca na criança;
- Melhora o desenvolvimento da visão;
- Reduz a propensão a cárie dentária, melhora o desenvolvimento das mandíbulas, dos dentes e da fala;
- Facilita a digestão e o funcionamento do intestino.

Oddy (2013) realizou um estudo ecológico em 67 países com o intuito de analisar as associações entre a proporção de neonatos amamentados na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal (número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida por 1.000 nascidos vivos). Os principais resultados mostraram que o AM na primeira hora de vida se encontrava associado a uma menor mortalidade neonatal e a correlação foi mais forte nos países com mais óbitos e, os países com menores taxas de AM apresentaram taxas superiores de mortalidade, concluindo que o AM na primeira hora de vida deve ser um hábito rotineiro dos cuidados neonatais.

Todavia, muitos autores têm questionado se a vantagem do leite materno enquanto protetor de infecções se verifica nos países desenvolvidos, onde existem boas condições sanitárias e de higiene ou se, pelo contrário, essa questão apenas deve ser colocada nos países subdesenvolvidos (Anderson, Malley, & Snell, 2009; IP, Chung, Raman, Trikalinos, & Lau, 2009).

Um outro estudo realizado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, IP et al., 2009) constatou que o aleitamento materno nos países desenvolvidos aporta, no lactente, uma diminuição de Otite Média Aguda, Infecções Gastrointestinais, hospitalização por Infecções Respiratórias, Obesidade, Diabetes *Mellitus* tipo II, Dermatite Atópica (se história familiar positiva), Asma (em indivíduos sem história familiar), Leucemia Linfocítica Aguda, Síndrome da Morte Súbita do Lactente, descida no Colesterol e Pressão Arterial.

Também o estudo de Taveras e col. (2004), sobre o AM em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mostrou que a longo prazo o AM, promove no lactente uma diminuição de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, diminuição do Colesterol total, diminuição em 22% de Obesidade, diminuição em 47% da probabilidade de Diabetes *Mellitus* tipo II e probabilidade aumentada da sua capacidade cognitiva.

De salientar, todavia, que quando a criança recebe, para além do leite materno outro líquido ou sólido, incluindo água ou chá, o efeito protetor contra infeções respiratórias e intestinais diminui substancialmente (Giugliani, 2000; Heining, 2001; Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002).

O estudo realizado pela WHO (2000), em seis países (Brasil, Filipinas, Gâmbia, Gana, Paquistão e Senegal), demonstrou uma taxa de mortalidade por doenças infecciosas era seis vezes maior em crianças com menos de dois meses, não amamentadas, quando comparadas com crianças alimentadas com leite materno.

Da mesma forma, a suscetibilidade do recém-nascido e crianças pequenas para infeções, decorre da imaturidade do seu sistema imunológico, que pode ser reforçada pelo leite materno devido à sua elevada concentração de imunoglobulinas, que não é afetada pelo estado nutricional materno (Calvano, 2002; Valero, 2009). Por outro lado, o leite materno tem efeitos na modulação do gosto da criança, introduzindo-a na dieta familiar, através do contacto com o sabor dos alimentos ingeridos pela mãe (Gartner et al., 2005; González, 2008).

Também para a **mãe**, a amamentação possui vantagens (Aguiar & Silva, 2011; Lévy & Bértolo, 2012; Real, 2010), pois o leite materno é prático e conveniente, sem necessidade de preparação, aquecimento e desinfeção. Ao amamentar, a mãe recupera mais rapidamente a forma do seu corpo no pós-parto (Rea, 2004). Estudos têm mostrado que a amamentação reduz a probabilidade de aparecimento do cancro da mama, do ovário, osteoporose, doenças cardíacas, diabetes e artrite reumatóide (IP et al., 2009), ao mesmo tempo que atrasa a menstruação, funcionando como um controlo da fertilidade (Cardoso, 2006). Da mesma forma, a amamentação permite potenciar a confiança da mãe e a sensação de bem-estar, bem como proporciona uma melhor ligação emocional entre a mãe e o bebé, o que garante uma maior estabilidade da criança (Galvão, 2006; Rea, 2004; Valero, 2009).

Para além dos benefícios individuais para a saúde do bebé e da mãe, o AM aporta igualmente vantagens ao nível micro **familiar**, pois permite uma maior gestão de custos, uma vez que se poupa dinheiro em leite artificial, biberões e esterilizações, bem como facilita as deslocações, pois não há necessidade de se levarem utensílios (Real, 2010).

As vantagens são igualmente visíveis ao nível **social** e **económico** do país, já que acarreta menores custos em saúde e redução do absentismo laboral do país, pois as crianças

adoecem menos (Rea, 2004), necessitando de menores cuidados médicos, hospitalizações ou medicamentos (Silva, Schneider, & Stein, 2009).

Apesar de ser difícil quantificar o real impacto social do AM conclui-se que, se as crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitam de menos cuidados de saúde, nomeadamente hospitalizações e medicamentos, o que conseqüentemente leva a uma diminuição do absentismo ao trabalho por parte dos pais, então o benefício será não apenas para as crianças e para as suas famílias, mas também para a sociedade como um todo (Rea, 2004).

Por último, o AM tem igualmente vantagens ao nível do **ambiente**, uma vez que não são necessárias embalagens, utensílios e gasto de energia (Real, 2010), pois o AM é isento de desperdícios não biodegradáveis com impacto a nível ambiental (Albuquerque, 2001; Rea, 2004).

1.3.3. Impedimentos do aleitamento materno

Apesar das vantagens reconhecidas pela comunidade científica e do investimento em defesa do aleitamento materno, o desmame precoce continua a revelar-se uma preocupação mundial. Além de ser um ato biologicamente determinado, o AM é regulável pela sociedade e impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida (Almeida & Novak, 2004).

Existem alguns impedimentos temporários enquanto outros são permanentes na amamentação. Na perspectiva de Levy e Bértolo (2012), há situações que, quando não se encontram resolvidas, impedem temporariamente as mães de fazer o AM. Por exemplo, mães com doenças infecciosas, como varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou situações em que seja necessário recorrermos a certo tipo de medicação. Tal como os mesmos autores aconselham, os bebés, durante este período, devem ser alimentados com leite artificial, por copo ou colher, mas a produção de leite materno deve continuar a ser estimulada e incentivada, com o intuito de possibilitar a relactação, quando superado o impedimento transitório.

Os impedimentos definitivos, segundo Levy e Bértolo (2012), apesar de pouco frequentes, existem. Aqui inserem-se os casos de mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infetadas com o vírus da imunodeficiência humana (SIDA, HIV), mães que necessitam prolongadamente de fármacos nocivos para os bebés e ainda bebés com certas doenças metabólicas (fenilcetonúria, galactosemia).

Todavia, Díaz-Gomez (2004) refere que nos casos de mães portadoras de HIV, nos países desenvolvidos, é possível abandonar o AM pois existem no mercado fórmulas adequadas para a amamentação artificial. Mas esta situação não se aplica aos países em desenvolvimento, onde as doenças infecciosas e a má nutrição constituem fatores de risco de mortalidade na infância. Nestes casos é crucial manter-se o AM para a sobrevivência do lactente, pois não se dispõem de alternativas seguras. Por esse motivo, a autora refere que a OMS recomenda que nestas situações as mães infetadas pelo HIV mantenham o AM, já que os benefícios superam o risco de transmissão do vírus.

A autora supracitada refere, ainda, que o consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetaminas e marijuana também é incompatível com o AM, devido aos seus efeitos adversos no lactente. A metadona, no entanto, não aporta riscos para o lactente, já que as quantidades que passam pelo leite materno são mínimas. Por conseguinte, tem-se provado que o AM tem um efeito benéfico nestas crianças, já que melhora a evolução da síndrome de abstinência neonatal e diminui os dias de hospitalização.

Reconhece-se, no entanto, que cada caso deverá ser analisado individualmente e com algum bom senso, sendo que a decisão terá que atender à saúde e bem-estar da mãe e do bebé, assim como às condições socioeconómicas, culturais, ecológicas e ambientais (Galvão, 2006).

Díaz-Gomez (2004) aborda igualmente algumas falsas contraindicações, que se associam a condições maternas e que não devem, por si só, ser impeditivas do AM:

- Infecções agudas comuns, como por exemplo constipação, resfriado, amigdalite, diarreia, entre outras. Cessar o AM nestas situações não é indicado como também se assume contraproducente. Na verdade, os agentes causadores das infeções não se transmitem através do leite, já que o lactente já esteve exposto ao contacto durante o período de gestação. Quando a mãe se encontra no período sintomático formou anticorpos que foram transmitidos ao bebé através do leite, diminuindo, portanto, a gravidade dos sintomas. Nestes casos deve-se continuar com o AM e administrar às mães fármacos, que sejam compatíveis com o AM;

- Hepatite A e B - a principal via de transmissão da Hepatite A é fecal-oral, pelo que o contágio ocorre por contacto direto ou através da água e alimentos contaminados. A transmissão vertical é rara, pelo que o AM não é contraindicado, desde que se sigam alguns cuidados (e.g., lavagem cuidadosa das mãos, vacinação do bebé). Relativamente à Hepatite B, o risco de transmissão desta doença através do leite materno é muito baixo, pelo que a vacinação adequada poderá permitir a continuação do AM;
- Outras doenças infecciosas que são compatíveis com a amamentação são a rubéola, parotidites, salmonelas, paludismo e toxoplasmose. A transmissão da rubéola e das parotidites através do leite materno é rara, sendo que as três últimas doenças não se transmitem através do AM;
- Diabetes *Mellitus* - também não é impeditiva de um AM, pois pelo contrário, poderá aportar vantagens desde que a diabetes esteja controlada. Existem evidências que mostram que na diabetes gestacional há uma melhoria da tolerância à glucose e, em diabetes insulínodépendentes, uma diminuição das necessidades de insulina;
- Mastite e patologia mamária benigna - evidências mostram que estes dois quadros não deverão ser impeditivos do AM, pelo contrário, os quadros de mastite melhoram com a frequência da amamentação;
- Outras condições maternas que não se assumem como impeditivas da amamentação são: o mamilo plano ou invertido, *piercing* no peito e implantes mamários de silicone.

Como se observou, na prática, são muito poucos os impedimentos da amamentação, pelo que a presença de algumas doenças na mãe e no lactente deve ser avaliada individualmente, considerando-se sempre os benefícios do AM relativamente aos riscos existentes. Muitos dos impedimentos podem ser temporários e ultrapassados com o auxílio dos profissionais de saúde neonatal.

1.4. Fatores que Influenciam a Prática do Aleitamento Materno Exclusivo

Existem múltiplos fatores que influenciam a prática do AM exclusivo, pois apesar dos comprovados benefícios, a sua taxa na população continua a ser abaixo do recomendável (Aguiar & Silva, 2011; Aguilar, 2004).

Vários estudos têm sido realizados nos últimos anos, com o intuito de identificar os fatores de risco para a manutenção da prática do AM (Aguiar & Silva, 2011; Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013). A partir destes estudos foi possível serem identificadas quatro categorias de fatores: (1) demográficos; (2) biológicos; (3) sociais e (4) psicológicos.

Neste sentido, sabe-se que a questão do AM não se restringe apenas a aspetos fisiológicos, mas a um conjunto de fatores sociais e emocionais que desempenham, neste âmbito, um papel crucial. Vilas Boas (2013), refere que a amamentação bem-sucedida depende de uma:

Opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação e requer apoio familiar, confiança na mãe e na sua capacidade para cuidar do filho, um bebé capaz de mamar eficazmente, que cresce e se desenvolve, e assistência por profissionais de saúde capazes de atuar de forma motivadora e de ensinar a agir, de modo a tornar a amamentação um êxito e a propiciar prazer em amamentar e em mamar (Vilas Boas, 2013, p. 50).

Os fatores demográficos não são passíveis de intervenção, mas permitem traçar um perfil de risco. A revisão sistemática de diversos estudos europeus, americanos, australianos e do médio oriente (Aguiar & Silva, 2011) identificou um perfil de risco: ser jovem, com baixo nível económico e de escolaridade, mães solteiras e/ou de raça negra. Ao contrário dos fatores demográficos, os restantes são passíveis de intervenção e estudos têm sido conduzidos que comprovam essa possibilidade (Aguiar & Silva, 2011; Cardoso, 2006).

1.4.1. Idade materna

Enquanto alguns autores consideram não haver uma associação significativa entre a idade materna e a duração do AM, outros, por sua vez, verificaram que os filhos das mães

com mais idade mamam por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, quando comparados com os filhos de mães mais jovens, especialmente quando estas possuem um maior número de filhos e/ou história de sucesso no AM (Vieira, Almeida, Silva, Cabral, & Netto 2004; Vieira, Pinto e Silva, & Barros Filho, 2003; Venâncio, Escuder, Kitoko, Réa, & Monteiro, 2002).

A idade materna parece, assim, ter sido identificada como associada à incidência, decisão e duração da amamentação (Aguilar, 2004). Outros estudos apontam para o facto de as adolescentes integrarem o perfil de mães com menor sucesso na amamentação (Dubois & Girard, 2001).

Na verdade, as adolescentes aliam a sua insegurança e falta de confiança em si mesmas para promoverem a alimentação ao seu bebé, à falta de apoio das próprias mães e familiares mais próximos, ao egocentrismo próprio da idade e aos problemas da autoimagem, alcançando, frequentemente, um menor índice de aleitamento (Gigante, Victora, & Barros, 2000).

Também um estudo norte-americano constatou que nas mães adolescentes a produção de leite era menor, com altas concentrações de sódio, principalmente nas primeiras 6 a 18 semanas após o parto e, que nessas mães, o número de mamadas durante o dia era menor, havendo com mais frequência o uso de fórmulas lácteas para alimentar os seus bebés (Lima & Osório, 2003).

1.4.2. Motivos emocionais e experiências anteriores

Muitas das razões subjetivas encontradas e que justificam o insucesso da amamentação, remete-nos para situações em que as mães acreditarem que o seu leite não é suficiente (em qualidade e/ou quantidade), ou no facto de terem tido alguma dificuldade em amamentar (Cardoso, 2006; Aguilar, 2004; Vilas Boas, 2013).

Segundo Lothrop (2000) todas as mulheres têm leite após o parto, por isso todas (com algumas exceções) podem amamentar. Para que isso aconteça é necessário transmitir confiança através do suporte emocional e com a correção de erros que podem ser cometidos pela falta de conhecimento sobre a amamentação.

A insegurança materna é uma das principais dificuldades para uma amamentação bem-sucedida, muitas vezes fundamentada no desconhecimento e na desistência na menor dificuldade sentida. O que se observa frequentemente nas práticas hospitalares durante o internamento é a ênfase nos ganhos/perdas ponderais diárias do bebé, levando à introdução precoce de biberões (Cardoso, 2006). Por conseguinte, é importante que as mães estejam esclarecidas sobre as diferenças na composição do leite e para a perda de peso, consequência da eliminação do mecónio e urina, da ingestão limitada de líquidos e da perda fisiológica de edemas que ocorrem logo após o nascimento (Vilas Boas, 2013).

Certamente que neste contexto as memórias de emoções negativas experienciadas durante a gestação ou em gravidezes anteriores possui a sua influência, podendo reforçar a crença materna da sua incapacidade para alimentar o novo bebé (Lothrop, 2000).

Outros aspetos associados aos motivos emocionais prendem-se com as questões estéticas do corpo e ao preconceito ainda presente de que a amamentação deve ser realizada na mais restrita intimidade. A este propósito, o estudo realizado pela Lansinoh Laboratórios (2015), constatou que para a maioria das mulheres de todo o mundo, amamentar em público é um ato perfeitamente normal (38,2%) ou inevitável (26,1%). Somente na Turquia um número significativo de entrevistadas (23,1%) considerou a amamentação em público como algo de errado. Todavia, 32,3% das entrevistadas desse estudo referiu ser constrangedor amamentar em público, sendo que 45,9% eram chinesas, 44,6% francesas e 41,5% eram mulheres grávidas que ainda não tinham filhos. Curiosamente, o mesmo estudo mostrou que 47,5% das mulheres brasileiras já foram alvo de críticas enquanto amamentavam em público e 40% das mulheres inquiridas referiu que se vissem uma mulher a amamentar uma criança de 2 anos de idade em público, pensariam que aquela mãe deveria parar de amamentar imediatamente.

1.4.3. Atitudes/Experiências durante a gravidez e parto

Num estudo realizado por Manzanares, Sanz e López (1997) sobre o aleitamento materno, que pretendeu identificar os fatores socioculturais e de saúde que influenciavam o início e a evolução do AM, concluiu que o número de filhos não tinha qualquer influência sobre o início do AM (92% em primíparas e 90,3% em múltíparas). Todavia, ao primeiro mês, o número de primíparas a amamentar era superior ao das múltíparas.

Também Travé (2000), no seu estudo, não encontrou nenhuma relação entre o tipo de amamentação inicial e a duração do AM e os fatores maternos analisados (idade, paridade, nível de escolaridade e situação laboral). Em ambos os grupos, observou-se uma maior proporção de AM inicial naquelas mães que tiveram parto eutócico, por comparação àquelas que fizeram cesariana.

González e col. (2002) realizaram um estudo com o intuito de analisar os possíveis fatores associados ao abandono do AM em 545 mulheres. Os principais resultados deste estudo mostraram que a decisão de amamentação anterior, ter informação sobre o AM por parte dos profissionais de saúde, ter maior idade, ser universitária, ter decorrido pouco tempo entre o parto e o primeiro AM, não ter utilizado biberões nos primeiros dias e ter tido um parto eutócico, se assumiram como fatores facilitadores na continuação do AM.

Um outro aspeto relevante remete-nos para a motivação materna para o AM, pois essa determinará a forma como a mãe compreende e retém a informação que lhe é transmitida e manifesta-se na execução de tarefas importantes na decisão de amamentar, bem como na elaboração de planos e projetos e na escolha dos meios para atingir os seus fins (Aguilar, 2004; Vila Boas, 2013).

1.4.4. Nível socioeconómico e habilitações literárias

O nível socioeconómico e a escolaridade materna têm vindo a ser demonstrados como influenciadores do processo de amamentação (Aguilar, 2004). Em muitos países desenvolvidos, as mães com maior escolaridade e de nível socioeconómico mais elevado tendem a amamentar por mais tempo, uma vez que possuem mais informação sobre as vantagens do AM (Araújo et al., 2008).

Já nos países em desenvolvimento, as mães de níveis socioeconómico mais desfavorecidos e com menor escolaridade, começam a vigilância pré-natal mais tarde e, conseqüentemente preocupam-se em decidir sobre a forma de alimentação do bebé também mais tarde (Escobar et al., 2002).

1.4.5. Efeitos da comunicação social

Também a comunicação social possui um papel preponderante no âmbito do AM. Segundo Henderson, Kitzinger, e Green, (2000) a comunicação social, a publicidade e *marketing* são capazes de afetar tanto de forma positiva como negativa.

Juez e Cordero (2005) concordam que os meios de comunicação possuem uma influência importante na sociedade atual, condicionando a forma de agir, de pensar e de sentir na sociedade. Assim, através deles, pode ser publicitada informação que contribui para a generalização da prática do AM, com vantagens para as mães, seus filhos e outros. No entanto, muitas imagens que surgem através destes meios de comunicação podem ser negativas para a prática do aleitamento. O recurso a imagens de mulheres oriundas dos países em desenvolvimento para ilustrar a amamentação, poderá subliminarmente levar a uma associação entre a pobreza e a amamentação, contribuindo para a sua inconsciente rejeição. Por outro lado, de forma mais direta e explícita, a publicidade dos leites substitutos, suportada por técnicas avançadas de *marketing*, com recurso a imagens de serviços de saúde e de testemunhos dos profissionais de saúde, valorizam exageradamente as vantagens do aleitamento artificial e da utilização de outros produtos dietéticos industrialmente produzidos (Henderson et al., 2000).

Tal como Juez e Cordero (2005) assinalam, os meios de comunicação social sobrevivem da publicidade, pelo que as notícias que mais se "vendem" são as que geram polémica e que chamam a atenção através do efeito negativo. Por conseguinte, é mais fácil e atraente, sob o ponto de vista da comunicação social divulgar que através da amamentação se transmite o HIV/SIDA, do que informar sobre os benefícios do AM.

Um exemplo positivo da utilização dos meios de comunicação social sobre esta temática foi observado nos EUA, onde a massiva campanha feita em prol da amamentação fez aumentar em 40%, o número de crianças alimentadas ao peito (Cardoso, 2006).

1.4.6. Alteração na estrutura da sociedade e famílias

As alterações na estrutura da sociedade e nas próprias famílias têm vindo a ser observadas ao longo dos tempos, o que acabou por influenciar o processo de amamentação.

Nas sociedades mais tradicionais, o nascimento e o desenvolvimento de um filho, ocorria sempre em estruturas familiares alargadas, que facilitavam a comunicação, o envolvimento, o apoio e a conservação de tradições e hábitos que eram favoráveis à amamentação (Cardoso, 2006).

O saber, que anteriormente era transmitido de geração em geração, acabou por se perder nas sociedades atuais, já que as dificuldades iniciais sentidas na prática da amamentação eram facilmente transponíveis pelo apoio de familiares próximos que, com a sua experiência, serviam de rede de suporte. Nessas sociedades tradicionais, as mulheres experientes assumiam o papel de "mães da mãe" (Northrup, 2004), pois era uma forma de proporcionar conforto e segurança à jovem mãe. Contrariamente aos tempos atuais, muitas mães nunca viram uma mulher a amamentar e não têm esse suporte familiar (Vilas Boas, 2013).

Estas mudanças decorrem de inúmeros acontecimentos sociais, económicos, políticos e culturais que se observaram ao longo dos tempos e que reconfiguraram uma nova dinâmica social e familiar, tendo um impacto visível na baixa prevalência do AM, tal como Levy e Bértolo (2012) sublinham.

Paralelamente, com o recrudescer das fórmulas de aleitamento artificial e a participação massiva das mulheres no mercado de trabalho, muitas mães vêm-se obrigadas a deixar o AM e a dedicar-se ao seu trabalho (Rea, 2004). Esta situação torna-se ainda mais complexa de gerir quando existe mais do que um filho no seio familiar e quando as estruturas e dinâmicas familiares se apresentam como incompatíveis (e.g., ambos os pais trabalham, monoparentalidade, número elevado de irmãos pequenos, etc.).

Apesar dos esforços que têm sido preconizados no sentido de resgatar a importância do AM, observa-se que as sociedades atuais se encontram organizadas de forma que não protegem, suficientemente, a maternidade, não proporcionando condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe. Isto porque parece existir uma certa incompatibilidade entre a função de mãe e de mulher, pois a sociedade exige, muitas vezes à mulher, trabalhar fora de casa por razões económicas e com diversos horários incompatíveis com a família (Vilas Boas, 2013).

Por conseguinte, é natural que nas sociedades atuais, a mulher se sinta ambivalente perante a necessidade de independência que se assume, por vezes, como incompatível com o

horário da amamentação. Outras permanecem sem conhecimento relativamente à prática de amamentação, o que as leva a não considerarem esta prática como fundamental (Cardoso, 2006). Talvez por isso se observe que, hoje em dia, optam por ser mães em fases mais tardias da sua vida, em prol das suas carreiras profissionais.

Na verdade e tal como Lothrop (2000) afirma, as mulheres atuais têm vindo a ter melhores posições laborais, sendo que a sua prioridade é serem bem-sucedidas, todavia, há cada vez mais a consciência da importância para o desenvolvimento da capacidade de amar e de formar a personalidade da criança, sendo, portanto, uma responsabilidade de ambos os pais.

1.4.7. Dificuldades fisiológicas maternas

As primeiras duas semanas de amamentação podem constituir-se como momentos difíceis para certas mulheres, principalmente para aquelas que amamentam pela primeira vez, ocasionando situações complexas e muitas dúvidas, que poderão estar associadas ao abandono precoce do AM (Galvão, 2006; Lothrop, 2000; Maldonado, 2004; Vila Boas, 2013).

Como já se referiu anteriormente, os mamilos sofrem um conjunto de variações que podem provocar alguma dificuldade na amamentação, mas que não constituem fatores para a cessação da amamentação, pois algumas destas alterações nos mamilos são indolores e não podem ser assumidas como impedimento ao AM (Maldonado, 2004).

Uma das dificuldades associadas à amamentação pode decorrer do tipo de mamilo da mãe. Assim, os **mamilos planos** (aqueles que não sobressaem para além do plano da aréola) e os **mamilos invertidos** (que se afundam para o interior da mama ao invés de erigirem) podem constituir uma dificuldade acrescida para as mães que amamentam, no entanto, por si só, não se assumem como fatores de contraindicação no AM (Maldonado, 2004; Martin, 2000).

O aspeto do mamilo (plano e/ou invertido) não desempenha um papel importante no processo de amamentação, mas sim a capacidade de estiramento do mamilo ou a sua proctabilidade (i.e., capacidade de distensão, de elasticidade). Neste caso assume particular relevância o suporte por parte dos profissionais de saúde (Cardoso, 2006; Maldonado, 2004), pelo que as mães devem ser informadas de que poderão amamentar, mesmo nessas condições. Os exercícios de Hoffman, outrora utilizados, que consistem no estiramento do mamilo com

os dedos polegar e indicador carecem de um fundamento científico e, pelo contrário, podem ter efeitos prejudiciais como a ameaça de parto prematuro, pelo que não devem ser recomendados (Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig, & Cohen, 2003; Díaz-Gomez, 2004).

A dor no mamilo pode assumir-se como uma dificuldade na prática do AM, designando-se estes casos de **mamilos doridos**, mesmo sem lesões visíveis (Maldonado, 2004). Entre cerca de 80% a 90% das mulheres que amamentam experienciam algum tipo de dor no mamilo, sendo que 26% progride para fissuras ou gretas com mamilos extremamente doloroso (Martin, 2000; Vila Boas, 2013).

Na maioria das mulheres, a presença de uma dor fisiológica transitória nos primeiros dias de amamentação deve-se à aplicação de uma maior pressão negativa gerada sobre os **ductos** pouco preenchidos, sendo esta a causa de maior dor ou desconforto (Dewey et al., 2003). Como se trata de uma situação transitória, são importantes as recomendações às mães, no sentido de lhes proporcionar alívio, como por exemplo iniciar a amamentação com a mama menos dolorosa (já que a sucção da criança é mais vigorosa ao princípio), utilizar diferentes posições para alterar os pontos de maior pressão, expor as mamas ao ar livre, evitar o uso de sabões e outros produtos cosméticos sobre os mamilos, entre outros (Maldonado, 2004).

Quando existe um problema que provoca a dor no mamilo, como a má posição ou pega, e este não for corrigido, a dor poderá progredir até produzir lesões, desde uma pequena fissura até ao aparecimento de gretas de maior profundidade (Blair, Cadwell, Turner-Maffei, & Brimdyr, 2003).

Assim, os **mamilos gretados** são fissuras que sangram, muitas vezes, e que podem ocasionar dores extremamente intensas. A sua incidência é de aproximadamente 26% nas mães que amamentam (Maldonado, 2004; Martin, 2000). A dor, normalmente tem início na sucção e alivia depois, sendo que o lactente pode regurgitar leite com algum conteúdo hemático (Akkuzu & Taskin, 2000).

Muitos profissionais de saúde recomendam a lavagem do mamilo antes e depois da amamentação, contudo, esta tem-se mostrado numa prática desnecessária e pouco benéfica, pois poderá suscitar o aparecimento de gretas (Dodd & Chalmers, 2003). As medidas mais eficazes são a boa posição da pega, evitar o uso de chupetas e de tetinas para prevenir a síndrome de confusão "tetina-mamilo"³, não interromper a amamentação bruscamente mas

³ *Nipple confusion*

colocar o dedo mindinho na boca do bebê para interromper o vácuo, secar os mamilos ao ar, aconselhar o uso de protetores ou discos absorventes e trocá-los com frequência para evitar a humidade no mamilo, entre outras (Cadwell, Turner-Maffei, Blair, Brimdyr, & McInerney, 2004; Dodd & Chalmers 2003).

Quando já existem gretas, para além destas medidas deve-se aconselhar iniciar pela mama não afetada, para evitar uma sucção demasiado vigorosa no início e mamadas frequentes para evitar o ingurgitamento e a dificuldade na pega (Morland-Schultz & Hill, 2005; Page, Lockwood, & Guest, 2003). É desaconselhado o uso de cremes ou loções cosméticas no mamilo e fricções vigorosas que podem macerar a pele (Biancuzzo, 2000).

Para além destes aspetos associados ao mamilo, Cardoso (2006) assinala outros problemas que habitualmente ocorrem, como: a repleção excessiva por retenção do leite (ingurgitamento mamário), a inflamação das mamas (mastites) que podem ser acompanhadas por dores intensas (seios dolorosos), a insuficiência quantitativa da produção de leite e a deficiência qualitativa do leite produzido. A autora sublinha que para todas estas situações, a continuação da amamentação em posição apropriada e o recurso a um procedimento tecnicamente adequado, se assumem como medidas adequadas para o seu desaparecimento.

O **ingurgitamento mamário** ocorre quando a mama fica intumescida por repleção, apresentando-se dolorosa, podendo apresentar edema, a pele fica brilhante, o leite não consegue fluir espontaneamente e pode existir febre por 24 horas (Maldonado, 2004). Todavia, considera-se que o ingurgitamento está mais presente quando se utilizam outros alimentos para além do AM e se os horários das mamadas forem rígidos (Cardoso, 2006). Aparece poucas vezes nas mulheres que dão de mamar sempre que o bebê quer, de dia ou de noite, e pode ser prevenido assegurando-se uma correta posição durante o AM (Cardoso, 2006; Maldonado, 2004).

As **mastites** assumem-se como um outro problema fisiológico que pode ocasionar dificuldades na amamentação. Trata-se de complicações relativamente benignas, que ocorrem frequentemente nas primeiras semanas de lactação e, se houver continuidade e intensificação do AM, associado com alguns cuidados básicos (e.g., repouso, aplicação de compressas quentes), tendem a desaparecer em três dias ou menos (Lothrop, 2000). Em determinados casos pode ser conveniente o apoio do enfermeiro ou do médico e poderá justificar-se, eventualmente, o recurso a um anti-inflamatório ou antibiótico (Maldonado, 2004; Martin, 2000).

A mastite não é uma infecção mamária, pelo que a sua persistência para além de três dias, sobretudo se acompanhada por rubor das mamas e febre, requer assistência médica para despiste da existência de um processo infeccioso. Quando a amamentação é abruptamente interrompida devido à presença de infecções mamárias e mastites complicadas, podem surgir **abscessos mamários** que requerem cuidados específicos de aspiração e drenagem (Galvão, 2006).

Por último, importa referir que a ideia de que se tem pouco leite ou que este não é suficiente para o bebé, poderá constituir-se numa outra razão pela qual as mães abandonam a amamentação e iniciam a introdução precoce de alimentos complementares (Cardoso, 2006).

As mães podem acreditar que não têm leite suficiente ou que a sua qualidade não é boa, pelo que existem apenas dois sinais que são fiáveis para se fazer o diagnóstico de "pouco leite" materno, segundo Cardoso (2006): (1) ganho de peso insuficiente do bebé, i.e., inferior a 500g/mês nos primeiros seis meses de vida e (2) emissão da urina pelo bebé, menos de seis vezes por dia, em pequenas quantidades e concentrada.

As causas mais comuns associadas à quantidade do leite são a pega incorreta e a quantidade de tempo de sucção insuficiente, enquanto as causas mais comuns para sustentarem a crença de que o seu leite é "fraco" são a falta de confiança nas qualidades nutritivas do leite, falta de apoio, desconhecimento sobre a adequação nutricional do leite materno às necessidades do bebé e pega incorreta (Cardoso, 2006).

1.4.8. Dificuldades relacionadas com o bebé

As dificuldades encontradas ao nível da amamentação podem estar adstritas ao próprio bebé. Sendo as primeiras horas do pós-parto cruciais para o estabelecimento do vínculo mãe-bebé, estudos têm sido conduzidos no sentido de mostrar a importância do processo de AM na primeira hora após o nascimento, concluindo que se esta prática ocorrer, a mãe terá uma maior probabilidade de amamentar por tempo prolongado (Coelho, 2015; Oddy, 2013; Ribeiro et al., 2015).

Está provado que se o recém-nascido for colocado junto à sua mãe logo na primeira hora após o nascimento, os laços vinculares com a sua mãe se estreitam, aumentando a

confiança da mãe e o cuidado com o seu filho, mostrando-se mais afetuosa e acelerando a adaptação metabólica do bebé. Consequentemente, terá uma maior probabilidade de fazer uma sucção correta, facto que se relaciona com uma maior duração do AM (Papí, 2004).

Para além da importância do estabelecimento do vínculo relacional mãe-bebé (Rea, 2004; Valero, 2009), a sucção frequente na mama é assumida como um dos melhores estímulos para a secreção do leite, com benefícios comprovados para o bebé (Aguiar & Silva, 2011; Ferreira, 2005; Gartner et al., 2005; IP et al., 2009; Levy & Bértolo, 2012; Real, 2010; Taveras et al., 2004; WHO, 2000) e para a própria mãe (Aguiar & Silva, 2011; Cardoso, 2006; Galvão, 2006; IP et al., 2009; Lévy & Bértolo, 2012; Rea, 2004; Real, 2010).

Dados têm igualmente sugerido que o recém-nascido, nos primeiros dias de vida, dorme quase a totalidade do tempo, acordando apenas por breves momentos que deverão ser aproveitados para o AM (Papí, 2004). Por conseguinte, um regime nutricional com um esquema rígido de horários e de duração de cada mamada altera por completo a rotina do recém-nascido (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013).

Os comportamentos e temperamentos dos recém-nascidos são todos diferentes, no entanto, Morales (2004) refere que as evidências mostram que os bebés normais apresentam duas fases de comportamento após o parto: nas primeiras 2-4 horas podem estar em alerta e atividade, seguidas de um período entre 24-36 horas de sonolência, pouco interesse em comer e àquilo que se passa ao seu redor, com alguns despertares. Segundo a autora, é importante aproveitar as horas de atividade do recém-nascido para o amamentar, sem esperar que ele chore, pelo que é importante reconhecer alguns sinais, como movimento da cabeça, da língua, das extremidades, sons, entre outros. No caso daquelas crianças mais sonolentas e que dormem seguido entre 3 a 4 horas, a autora sugere que o bebé seja despertado suavemente e que lhe seja aproximado o peito para iniciar a mamada.

Alguns bebés, no entanto, apresentam durante as primeiras horas períodos de irritabilidade e choro, pelo que colocá-los a mamar nem sempre resulta nestes casos, sendo que inclusivamente podem rejeitar o peito materno. Esta situação pode ser angustiante para a mãe, que se sente impotente para amamentar o seu filho (Morales, 2004).

De facto, a irritabilidade do recém-nascido pode não estar associada à fome, mas sim ao seu temperamento mais irritado, provavelmente como resposta a todas as mudanças sensoriais associadas ao pós-parto. Nestas situações é importante a ajuda de um profissional

de saúde, do pai ou de outro familiar que seja capaz de acalmar o bebé e tranquilizar a mãe (Morales, 2004).

O choro e irritabilidade do recém-nascido podem levar a mãe a equacionar a quantidade e a qualidade do seu leite, pensando na introdução de um suplemento alimentar. Nestes casos, a mãe deve ser esclarecida de que os bebés são todos diferentes e, portanto, o choro e irritabilidade presentes prendem-se com outros fatores de desconforto para o bebé que não têm que ver com o AM, por isso, devem ser incentivadas a continuar a amamentação, procurando identificar o significado destes sinais do recém-nascido (Cardoso, 2006).

A mãe deve ser ensinada a amamentar o seu bebé sempre que este tenha fome, deixando-o esvaziar uma mama até ao fim e só depois lhe oferecer a outra, alternando na mamada seguinte. Da mesma forma, deve ir acordando o bebé e não mantê-lo muito agasalhado para que ele não adormeça durante a amamentação. Durante a noite, deve procurar amamentá-lo, pois a libertação de prolactina é maior neste período. Caso o bebé não mame tanto durante a noite, a mãe deve procurar retirar o leite manualmente ou com a ajuda de uma bomba, para continuar a estimular a produção de leite (Cardoso, 2006; Morales, 2004; Papí, 2004; Vilas Boas, 2013).

Um outro aspeto que também poderá assumir-se como dificuldades associadas ao bebé é a recusa deste para mamar. Este aspeto pode ser causador de stresse para a mãe, levando-a a sentir-se frustrada com o ato de amamentar desencadeando o abandono do AM (Vilas Boas, 2013).

Segundo Pereira (2006) alguns bebés apesar de fazerem a pega correta, o seu reflexo de sucção e deglutição ainda é débil, pelo que pode rodar a cabeça de um lado para o outro à procura de fazer a pega correta, levando a mãe a pensar que o bebé não quer mamar. Outras vezes, o bebé mama durante uns minutos e depois interrompe brusca e repetidamente, sendo que pode mamar numa mama e recusar a outra. Todos estes sinais comportamentais do recém-nascido devem ser entendidos com tranquilidade, pois o bebé ainda se encontra num processo de adaptação a algo novo para si, necessitando de mais tempo para que se instaure o processo do hábito.

Por último, um outro aspeto importante remete-nos para a síndrome de confusão "tetina-mamilo" abordada por diversos autores (Cadwell et al., 2004; Cardoso, 2006; Dodd &

Chalmers, 2003). Esta síndrome surge quando o bebé confunde o mamilo da mãe com a tetina/chupeta.

A utilização de biberão e/ou chupeta nos primeiros dias de vida pode levar ao aparecimento desta síndrome, pelo que o bebé pode sugerir que está a recusar o peito quando na verdade, está a confundir a mama com a tetina/chupeta e, conseqüentemente a forma de sucção, ou seja, ele vai procurar aplicar a técnica de mamar na tetina ao mamilo materno, o que pode gerar dificuldades na pega e na sucção, deixando-o frustrado, assim como à mãe (Cadwell et al., 2004; Morales, 2004).

É importante que as mães tenham conhecimento sobre estes comportamentos dos bebés, devendo ser ajudadas nas primeiras mamadas e clarificadas nas suas dúvidas. Na verdade, apesar do bebé reagir à amamentação de forma espontânea, a maioria opta por se adaptar com o menos esforço possível, pelo que é importante insistir para uma pega correta e conseqüentemente uma sucção adequada (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013).

1.4.9. Organização dos serviços de saúde e atitudes dos profissionais de saúde

Muito embora seja unânime que o meio hospitalar seja o mais seguro para a mãe e recém-nascido, no que toca à amamentação, também é sabido que as rotinas demasiadamente rígidas em muitas maternidades favorecem a introdução precoce de suplementos ou o abandono do AM logo que a mãe chegue a casa (Cordero, 2005).

Por outro lado, no caso de o recém-nascido ser internado num serviço de neonatologia e na impossibilidade de a mãe se deslocar para junto do mesmo, assume-se como fator que precipita o abandono precoce do AM (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013).

Na perspetiva de Galvão (2006) as experiências com o AM encontram-se associadas à perceção das vivências das mães durante o trabalho de parto, às reações e atitudes da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo-se aqui o respeito pela sua dignidade e privacidade, que contribuem para o seu conforto e bem-estar, afetando a sua motivação relativamente ao AM e à recetividade com que a mãe o inicia.

A meta-análise realizada por Caldeira, Moreira e Pinto (2007) mostrou que o apoio dos profissionais de saúde (em consulta e/ou contacto telefónico) aumenta, até 8%, a

proporção de mães a amamentar até aos 6 meses. Também Camurdan e col. (2008), no seu estudo, mostraram que o apoio dos profissionais de saúde com formação, produziu um efeito benéfico sobre o AM exclusivo, i.e., um aumento de 31% até 4-6 semanas, de 24% para os 2 meses e 16% para os 3 meses.

Na perspetiva de Pereira (2006) o sucesso do AM depende não apenas dos conhecimentos e prática das mães, mas também da forma como os profissionais de saúde intervêm. O importante não é convencer ou impor a amamentação, pois esta atitude pode aportar mais prejuízos do que benefícios, para além de que existe a crença de que alimentar faz parte da responsabilidade materna, podendo levar a sentimentos de frustração e de angústia naquelas mães que, por motivos diferentes, não podem amamentar (Rocha & Leal, 2008).

Neste sentido é possível observarem-se atitudes e rotinas nos serviços de saúde que podem influenciar negativamente a prática do AM, propiciando o abandono precoce (Giugliani & Lamounier, 2004). Muitas vezes, para além das rotinas hospitalares, as próprias estruturas prejudicam a aproximação da mãe ao bebé, assim como a precária formação dos profissionais de saúde que não possuem competências mínimas para dar apoio à mãe (Cordero, 2005).

De acordo com a OMS, os profissionais de saúde em geral e, em particular os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM, pelo que devem conhecer as vantagens da amamentação e ter informação suficiente para fornecer uma orientação adequada relativa à prevenção e aos procedimentos a ter perante os primeiros problemas que podem ocorrer durante o processo de amamentação (Parizotto & Zorzi, 2008).

Os enfermeiros são os profissionais que têm mais contacto com as mães, assumindo o papel de reguladores das práticas de AM, sendo da sua competência propor novas alternativas à forma como realiza o aconselhamento, como ensina e transmite os conhecimentos às mães, de forma a potenciar a adesão à prática do aleitamento (Parizotto & Zorzi, 2008). Muitas vezes, no entanto, verifica-se que o enfoque das suas intervenções são para os benefícios biológicos e emocionais da criança, baseando-se em justificações científicas e descurando as dimensões psicossociais (Caldeira, Nobre de Aguiar, Magalhães, & Fagundes, 2007), bem como se apresentam mais eficazes na teoria do que na prática, apesar de terem os seus conhecimentos atualizados sobre o AM no que se refere aos benefícios e duração (Bassichetto & Réa, 2008).

Nesta linha de pensamento Venâncio (2003) sugere que o aumento da frequência de intercorrências no início da amamentação pode encontrar-se associado a uma prática assistencial inadequada. Assim, o enfermeiro deve criar um ambiente adequado e favorável ao AM, estabelecendo uma relação de confiança e de ajuda para que esta prática se torne eficaz, pelo que a sua experiência com mães puérperas se assume como fundamental (Rezende, Sigaud, Veríssimo, Chiesa, & Bertolozzi, 2002).

Por outro lado, tal como sugerem Cunha, Santos & Gonçalves (2012), a equipa de enfermagem deve reconhecer a mulher como um elemento fundamental na amamentação, sendo necessário compreender o significado que cada uma atribui à amamentação, deixando de utilizar de forma automática o discurso dos benefícios e aspetos positivos da amamentação. É importante que esta equipa valorize as experiências de cada uma das mães, suas crenças, medos e receios, e que proporcione um momento significativo para a mãe, independentemente das pressões a que se encontra sujeita.

Por conseguinte, os profissionais de saúde devem estar munidos de técnicas de aconselhamento (Bueno & Teruya, 2004) e, em particular os enfermeiros, devem desenvolver as suas competências específicas de aconselhamento em amamentação, proporcionando apoio à mãe na decisão que será melhor para ela e para o seu bebé, bem como na aquisição de autoconfiança, melhorando, assim, os indicadores do AM e da saúde dos recém-nascidos (Costa, Teodoro, & Araújo, 2009).

Um estudo realizado por Andrade e col. (2009) sobre a eficácia das intervenções de promoção de AM, mostrou que as taxas e o tempo de duração da amamentação aumentavam quando a mulher recebia aconselhamento em amamentação, pelo que o enfermeiro deve intervir no período pré-natal, durante o parto, pós-parto e durante o período de amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

Por último, importa referir que o ensino e apoio prestado nas diversas fases, faz com que seja importante a uniformização das informações fornecidas quer pelos enfermeiros, quer pelos outros profissionais de saúde, devendo as orientações sobre aleitamento materno existir nos serviços de saúde, por escrito, permitindo a consulta por parte de todos os profissionais de saúde (Maia, 2007).

1.4.10. Introdução dos leites artificiais muito precocemente

Apesar das mães reconhecerem a importância do AM sob o ponto de vista imunológico e nutritivo, grande parte acaba por desmamar precocemente, devido a vários fatores (Maia, 2007).

Por outro lado, muitas grávidas desvalorizam e desconhecem as vantagens em amamentar os seus filhos e, por vezes, isto resulta de mitos e falsas ideias que se veiculam, sem qualquer fundamento científico (Cardoso, 2013).

Todos os dias, 40 mil crianças morrem nos países em desenvolvimento, devido à má nutrição e às doenças resultantes dela, sendo que a mortalidade nos recém-nascidos não amamentados é cerca de cinco vezes superior comparativamente às crianças que receberam colostro e leite materno (Teruya & Coutinho, 2002).

As diferenças entre os leites naturais e artificiais têm um carácter quantitativo e qualitativo, já que o leite da mãe está biologicamente ajustado às características e necessidades dos bebés e, modifica a sua composição e quantidade, em função das necessidades do bebé (Cordero, 2005).

O estudo realizado por Maia (2007) mostrou uma elevada incidência do AM ao nascimento e um acentuado abandono no final do 1º mês após parto, ocorrido maioritariamente nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido. O autor sublinhou que a introdução precoce de leite artificial na alimentação infantil, que se iniciou durante o período de internamento hospitalar, bem como as dificuldades associadas à AM nos primeiros dias após o parto foram os fatores decisivos para o abandono do AM.

Levy e Bértolo (2012) sublinharam que os bebés alimentados artificialmente a partir dos primeiros dias de vida correm um risco maior de infeção gastrointestinal, infeções respiratórias, enterocolite necrosante, infeções do trato urinário, infeções dos ouvidos, doenças alérgicas como eczemas, asma e dispneia e diabetes *mellitus* insulino dependente.

1.5. Amamentação Correta

A amamentação deve ser iniciada o mais cedo possível, preferencialmente na primeira hora após o parto (Giugliani, 2000), pois a sucção espontânea do recém-nascido pode não ocorrer antes dos 45 minutos a 2 horas após o parto, porém, o simples facto de contactar com a pele da mãe após o nascimento, revela-se de crucial importância.

De facto, o contacto precoce com a mãe encontra-se associado com uma maior duração da amamentação, melhor interação mãe-bebé, melhor controlo da temperatura do recém-nascido, níveis mais elevados de glicose e menor choro do recém-nascido (Giugliani, 2000).

Durante a amamentação existem alguns aspetos fundamentais que devem ser tidos em consideração, nomeadamente a postura, a forma de apresentar a mama e a pega, que serão abordados em seguida.

A **postura** é muito importante, pois a má posição pode causar diversos obstáculos à amamentação, como por exemplo dores osteo-musculares do tronco, mamilos gretados e dolorosos, ingurgitamento mamário, má produção de leite e, conseqüentemente, má progressão ponderal do lactente, insatisfação e frustração para o recém-nascido e para a mãe (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Levy & Bértolo, 2012; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Existe mais do que uma postura adequada para uma amamentação correta. A posição mais comum corresponde à tradicional de embalar, em que a criança fica de lado de modo a que o seu corpo contacte com o corpo da mãe (cf. Figura 1).

Figura 1. Posição clássica de amamentação



Como alternativa a esta posição, pode ser utilizada uma posição lateral em que a criança e a mãe estão deitadas (Figura 2), muito próximas, com contacto abdominal ou a posição recostada em que as costas da criança ficam apoiadas no braço da mãe e as pernas debaixo do seu braço (Figura 3).

Figura 2. Posição deitada de amamentação



Fonte: <http://www.amamentareh.com.br/posicoes-para-amamentar/>

Para amamentar deitada, a mãe deve estar de lado, com uma almofada volumosa debaixo da cabeça e uma outra, entre os joelhos. Esta posição é especialmente indicada para as mamadas noturnas e muito útil para as mães que tiveram parto por cesariana (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Figura 3. Posição invertida de amamentação



Fonte: <http://www.amamentareh.com.br/posicoes-para-amamentar/>

A **forma de apresentar a mama** é outro aspeto fundamental, na medida em que é o lactente que deve ser colocado de frente à mama com a sua boca à altura do mamilo e não a mãe a curvar-se ou a posicionar-se desconfortavelmente (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Assim, o corpo da criança deve estar próximo do da mãe, estando o seu abdómen em contacto com o desta, com a cabeça e os ombros orientados de frente para o peito. O seu nariz deve estar à mesma altura do mamilo. O lactente deve ser dirigido para o peito, evitando movimentos bruscos da cabeça. O terço inferior da boca do lactente deve estar ocupado pela língua. Se, ao colocar o lactente ao peito, o mamilo se dirigir para a parte inferior da boca, então irá chocar contra a língua e o lactente irá rejeitar a mama. Sendo assim, o mamilo deve dirigir-se para a parte superior da boca, até ao palato, o que o ajudará a colocar o lábio inferior e a mandíbula por baixo do mamilo. Deve evitar-se que o lactente esteja demasiado alto para não fletir o pescoço e para que o seu nariz não fique esmagado contra a mama, podendo provocar asfixia. Se o lactente estiver um pouco mais abaixo, a cabeça e o pescoço ficam estendidos e o nariz livre (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

A mãe, com uma mão apresenta a mama e, com a outra, segura o lactente e dirige-o à mama. Pode ser utilizado o lado que se quiser e deve segurar a mama desde a base, ou seja, apoiando os seus dedos sobre as costelas. Também pode fazê-lo em forma de copa ou C, pondo o seu polegar acima da mama e os 4 dedos restantes abaixo. É importante dizer à mãe que não coloque os dedos em tesoura, pois isso dificulta a extração de leite dos seios lactíferos e, inclusivamente, impede que o lactente introduza a mama na boca (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

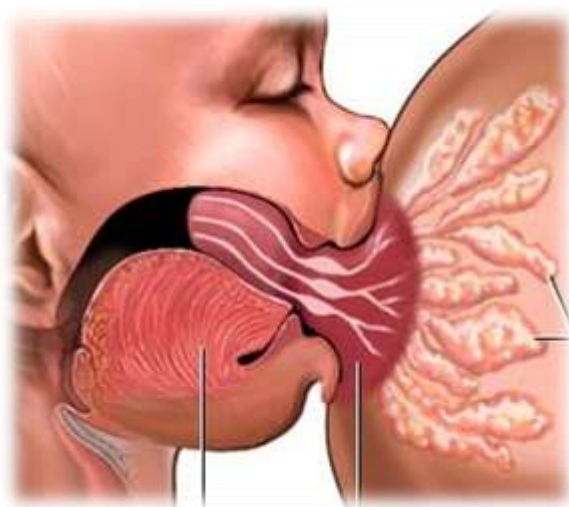
Para segurar o lactente, a mãe pode segurar a cabeça e a coluna do lactente sobre o seu antebraço ou pode, com a palma da mão livre, segurar a coluna e com os dedos, a cabeça do bebé. Se o lactente estiver em boa posição, a sua boca ficará aberta e o lábio inferior vai abarcar mais mama que o superior, sendo a boca colocada de forma assimétrica (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Ainda a este respeito é importante que a mãe deixe esvaziar a mama até ao fim e só depois deverá oferecer a outra mama ao lactente. Não deve ser estabelecido um tempo para cada mama, já que habilidade de esvaziamento da mama varia de bebé para bebé e, na mesma criança pode ser diferente ao longo do dia (Giugliani, 2000).

A importância do esvaziamento da mama radica no facto de o leite final da mamada conter mais gordura e mais calorias, saciando melhor o bebé (Giugliani, 2000; Pereira, 2006). Para retirar sem esforço a mama da boca do bebé, a mãe deve colocar o dedo mindinho na sua boca, para desfazer o vácuo (Cadwell et al., 2004; Dodd & Chalmers, 2003).

Relativamente à **pega**, o lactente deve sempre mamar de frente, sem torcer a face ou o pescoço, para que os seus lábios, superior e inferior estejam evertidos em torno da aréola, permitindo que se introduza o mamilo e grande parte da aréola dentro da sua boca (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004). Tanto um lábio como o outro devem estar abertos para se sobreporem ao contorno da aréola, formando um cinturão muscular que se faz uma micro-massagem na zona dos seios lactíferos. É a aréola e não o mamilo que a criança deve abocar (cf. Figura 4), o que permitirá uma maior intensidade do estímulo e uma evacuação mais eficaz do reservatório lácteo (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Figura 4. Pega correta



Fonte: <http://vilamamifera.com/depeitoaberto/a-pega/>

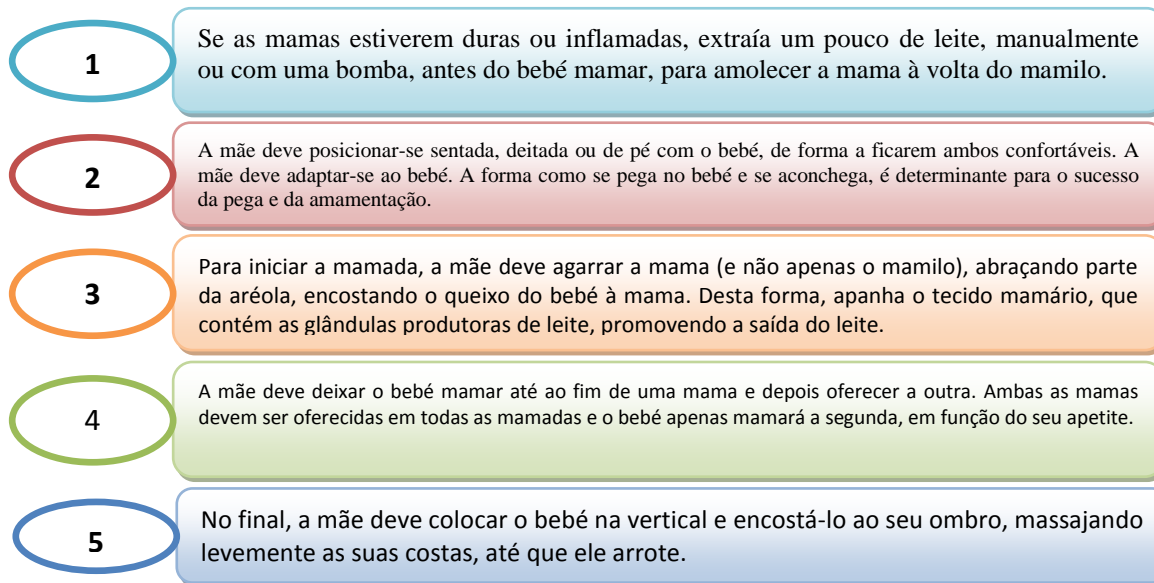
Para a sucção, a língua projeta-se para a frente da arcada inferior e a porção anterior da língua envolve a totalidade do mamilo e maior parte possível da aréola e pressiona-os suavemente contra a arcada superior e palato (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004). Este movimento da língua e da mandíbula produz um efeito de êmbolo que permite o fluxo de leite extraído para o fundo da boca, para ser deglutido de forma reflexa. O lactente nunca deve fazer sucção apenas no mamilo, pois assim não fará extração eficiente e provocará gretas dolorosas e fissuras no mamilo, pela pressão exercida. Este deve formar,

juntamente com a aréola, um cone que faça chegar a ponta do mamilo ao final do palato duro. Isto vai permitir que os seios lactíferos sejam massajados pela língua, lábios, palato e pelo movimento da mandíbula. Ainda a estimulação adequada da aréola e mamilo desencadeia o reflexo de ejeção e mantém a produção de leite (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Um estudo conduzido por Blair e col. (2003) que procurou analisar a relação entre vários aspetos práticos da amamentação (i.e., posição da cabeça e do corpo do bebé) aspetos dinâmicos da amamentação (i.e., sucção, deglutição, movimento da mama) e pega, usando uma avaliação guiada e o nível de dor referido pela mãe numa escala de dor até 5 pontos, nos primeiros 10 dias após o parto, verificou que uma boa pega se encontrava relacionada com níveis mais baixos de dor, significando que se deve realizar o ensino do AM e uma observação da amamentação nas fases iniciais para que se possam corrigir os eventuais erros e evitar o desmame precoce.

A posição e a pega são aspetos importantes no processo de AM. Uma das razões para a má pega pode decorrer do facto de a criança ter recebido biberão ou chupeta anteriormente nas primeiras semanas de vida, pois acredita-se que a diferença entre as técnicas de sucção da mama e das tetinas/chupetas possa levar à síndrome de confusão "tetina-mamilo" (Cadwell et al., 2004; Cardoso, 2006; Dodd & Chalmers, 2003), como já referido anteriormente. De facto, tem-se observado que algumas crianças desenvolvem preferência por tetinas, apresentando uma maior dificuldade na amamentação (Howard et al., 2003).

Real (2010) refere que durante a amamentação não é suposto sentir dores na mama ou no mamilo e o bebé, apenas com os movimentos da sua língua, conseguirá extrair o leite para se alimentar. Por conseguinte, a autora apresenta o processo de amamentação em cinco passos:

Figura 5. Processo de amamentação em cinco passos

Fonte: Adaptado de Real (2010, p. 10)

O ato de amamentar é natural e deve ser realizado de forma confiante e apoiada pelos profissionais de saúde. A posição para amamentar deve ser correta, com uma boa colocação do lactente e uma adaptação adequada da boca do bebé à mama da mãe. O sucesso depende muito da técnica de amamentação correta, já que esta previne o aparecimento de dificuldades (e.g., mamilos gretados e dolorosos; ineficácia extrativa do leite).

As dificuldades de amamentação surgem no início, sendo que se acabam por dissipar à medida que a mãe vai experimentando posições diferentes e percebendo quais as mais confortáveis para si e para o bebé. Por conseguinte, o apoio e ajuda dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, devem ser concedidos logo de início do AM (Biancuzzo, 2000).

Em muitas situações, pode ser necessário que a mãe extraia o leite das mamas, nomeadamente quando o bebé não suga o leite todo; quando o bebé é prematuro e não consegue mamar; quando a mãe tem desejo de doar o seu leite excedente; quando a mãe possui alguma doença que a impeça de amamentar; quando tem que regressar ao trabalho ou por motivos de viagem; para evitar que o leite escorra ou goteje quando a mãe está longe do bebé e para prevenir ou aliviar o ingurgitamento mamário (Aguilar, 2004; Real, 2010).

A aprendizagem das técnicas de extração de leite é importante para que as mães possam estar preparadas para a realizarem. Nesse sentido, antes de extrair o leite é importante lavar as mamas, escolher um lugar calmo, onde possa estar relaxada e sossegada, devendo

lavar as mãos com água e sabão. Para uma melhor saída do leite é importante aplicar um pano com água quente sobre a mama e massajar com as pontas ou os nós dos dedos, com movimentos circulares em direção ao mamilo (Aguilar, 2004; Bordalo, 2008).

A extração do leite pode ser realizada de forma manual ou com bombas. A manual é uma técnica muito usada em todo o mundo e mostra-se bastante eficaz quando é dominada. É uma técnica simples, económica e pode ser utilizada em qualquer hora e local, sem recurso a utensílios (Aguilar, 2004; Real, 2010). A extração com bombas pode ser realizada com bombas manuais ou elétricas, duplas ou simples, conforme as necessidades, sendo que devem ser seguidas as instruções constantes no folheto da bomba, pois o seu uso varia consoante o equipamento (Aguilar, 2004; Bordalo, 2008).

Após a extração do leite, este pode ser conservado no frigorífico ou no congelador, guardado em doses individuais apropriadas a uma refeição do bebé (Aguilar, 2004). A descongelação do leite deve ser feita lentamente, no frigorífico, durante várias horas. Caso seja necessário descongelar mais depressa, pode utilizar-se água morna ou em banho-maria (Aguilar, 2004; Real, 2010).

A amamentação pode ser realizada em qualquer lugar, desde que seja tranquilo e cómodo para a mãe e para o bebé. Recomenda-se um lugar tranquilo, sem muito ruído e não muito iluminado (Pereira, 2006). O lactente deve ser colocado ao peito quando se encontra tranquilo e não esperar que ele chore, pois por vezes nesta condição é mais difícil realizar a pega (Molina, 2004).

Alguns dos conselhos para as mães que amamentam, passam pelos seguintes (Cardoso, 2006; Galvão, 2006; Maia, 2007; Pereira, 2006):

- Higiene das mãos antes de cada mamada;
- Lavar os mamilos apenas com água, sem sabão ou outros produtos cosméticos e apenas uma vez por dia. Não se recomenda a lavagem antes e depois de cada mamada.
- Manter os mamilos secos, pelo que no fim de lavar devem deixar-se expostos ao ar, entre as mamadas protegê-los com discos absorventes, ajudando a prevenir o aparecimento de gretas ou fissuras.

Os protetores de mamilo não se mostram efetivos na prevenção ou tratamento de trauma e fissura do mamilo, podendo mesmo ser prejudiciais (Biancuzzo, 2000; Cadwell et al., 2004; Dodd & Chalmers, 2003).

Por último, importa ainda referir que o AM deve ser realizado em função do comportamento do recém-nascido, não devendo ter horários rígidos, deixando o bebé mamar quando quiser, o tempo que quiser e as vezes que desejar, sempre que manifestar sinais de fome, seja durante o dia ou a noite (Real, 2010).

O AM sem restrições ou com horário livre, diminui a perda de peso inicial do recém-nascido; favorece a recuperação ponderal mais acelerada; promove a lactogénese mais rapidamente; aumenta a duração da amamentação; estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido; diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne o ingurgitamento mamário (Giugliani, 2000).

1.6. Recomendações Atuais

Ao longo dos últimos 25 anos observou-se que, em muitos países, foram adotadas medidas mais ou mesmo empenhadas na promoção da amamentação materna e na criação de condições facilitadoras da sua manutenção prolongada (Cardoso, 2006).

Na sequência desta tendência internacional, em Portugal um dos momentos mais significativos surgiu com a publicação da Lei n.º 4/1984 de 5 de abril, sobre a proteção da paternidade e maternidade, estando ainda hoje legalmente fixado um importante conjunto de direitos e deveres relativos à amamentação, através do Decreto-Lei n.º 70/2000 de 4 de maio (pp. 1825-1831), do qual se assinalam alguns dos artigos mais relevantes:

Artigo 1º - Paternidade e maternidade

1 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

2 - Os pais e as mães têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação.

Artigo 2º - Definições

Para efeitos de aplicação do presente diploma, entende-se por:

a) «Trabalhadora grávida» toda a trabalhadora que informe o empregador do seu estado de gestação, por escrito e mediante apresentação de atestado médico;

b) «Trabalhadora puérpera» toda a trabalhadora parturiente, e durante os 98 dias imediatamente posteriores ao parto, que informe o empregador do seu estado, por escrito e mediante apresentação de atestado médico;

c) «Trabalhadora lactante» toda a trabalhadora que amamenta o filho que informe o empregador do seu estado, por escrito e mediante apresentação de atestado médico.

Artigo 3º - Igualdade dos pais [...]

4 - São garantidos às mães, direitos especiais relacionados com o ciclo biológico da maternidade [...]

Artigo 6º - Incumbências dos serviços de saúde [...]

c) Desenvolver, em cooperação com as escolas, autarquias locais e outras entidades públicas e privadas, ações de informação e esclarecimento sobre a importância do planeamento familiar, da consulta pré-concepcional, da vigilância médica da gravidez, da preparação para o parto, do parto assistido, das vantagens do aleitamento materno e dos cuidados com o recém-nascido [...]

Artigo 8º - Incumbências especiais do Estado [...]

i) Desenvolver as medidas adequadas à promoção do aleitamento materno;

j) Fomentar o ensino, a aprendizagem e a formação pré-graduada, pós-graduada e contínua aos profissionais de saúde nas áreas da saúde reprodutiva e da saúde infantil e juvenil [...]

Artigo 14º - Dispensas para consultas e amamentação [...]

2 - A mãe que, comprovadamente, amamenta o filho tem direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora para o cumprimento dessa missão, durante todo o tempo que durar a amamentação.

3 - No caso de não haver lugar a amamentação, a mãe ou o pai trabalhador tem direito, por decisão conjunta, à dispensa referida no número anterior para aleitação até o filho perfazer um ano [...]

Artigo 21º - Proteção da segurança e saúde

1 - As trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes têm direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho [...]

6 - É vedado às trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes o exercício de todas as atividades cuja avaliação tenha revelado riscos de exposição aos agentes e condições de trabalho, que ponham em perigo a segurança ou a saúde

Artigo 22º - Dispensa de trabalho noturno

1 - As trabalhadoras são dispensadas de prestar trabalho noturno: [...]

c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for apresentado certificado médico que ateste que tal é necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 - Às trabalhadoras dispensadas da prestação de trabalho noturno será atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível.

3 - As trabalhadoras serão dispensadas do trabalho sempre que não seja possível aplicar o disposto no número anterior [...]

Artigo 24º - Proteção no despedimento

1 - A cessação do contrato de trabalho de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes, promovida pela entidade empregadora, carece sempre de parecer prévio da entidade que, no âmbito do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, tenha competência na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

2 - O despedimento de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes presume-se feito sem justa causa.

3 - O parecer referido no N.º 1 deve ser comunicado à entidade empregadora e à trabalhadora nos 30 dias subsequentes à receção do processo de despedimento pela entidade competente.

4 - Se o parecer referido no N.º 1 for desfavorável ao despedimento, este só pode ser efetuado após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo.

5 - É nulo o despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante caso não tenha sido solicitado o parecer referido no N.º 1, cabendo o ónus da prova deste facto à entidade empregadora.

6 - A suspensão judicial do despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante só não será decretada se o parecer referido no N.º 1 for favorável e o tribunal considerar que existe probabilidade séria de verificação do motivo justificativo.

7 - Sendo decretada a suspensão judicial do despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, se a entidade empregadora não pagar a retribuição devida é aplicável o disposto no artigo 10º do Decreto-Lei n.º 69-A/1987, de 9 de Fevereiro.

8 - Se o despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante for considerado inválido, esta tem direito, em alternativa, à reintegração, a uma indemnização em dobro da prevista na lei geral ou em convenção coletiva aplicável, sem prejuízo, em qualquer caso, de indemnização por danos não patrimoniais.

9 - O disposto nos números anteriores aplica-se, com as necessárias adaptações, no âmbito das relações públicas de emprego.

Artigo 33º Legislação complementar [...]

2 - O Governo legislará nomeadamente sobre a produção, a comercialização e a publicidade de produtos dietéticos para crianças menores de 1 ano, tendo em vista o incremento da amamentação materna.

Tendo em linha de conta as vantagens do AM, muitos têm sido os esforços no sentido de promover o AM exclusivo até aos seis meses. Nesse sentido, a OMS (2000) recomenda na estratégia global para a alimentação do recém-nascido e do bebé:

- O AM exclusivo até aos seis meses de vida, o que implica não oferecer nenhum outro alimento sólido ou líquido até essa idade (nem mesmo água).
- Dar continuidade ao aleitamento materno complementado com outros alimentos dos seis meses de vida, até aos dois anos de idade, no mínimo.

Apesar destas recomendações, assiste-se ainda a introdução do biberão e de outros alimentos artificiais durante o período de internamento pós-parto em diversas instituições de saúde (Vilas Boas, 2013).

De acordo com um estudo português, existem elevadas taxas de adesão ao AM nos primeiros dias de vida, no entanto e durante o primeiro mês de vida, assiste-se a um declínio acentuado que se vai mantendo até aos seis meses, embora menos acentuado (Alarcão et al., 2012). Também um outro estudo reforça que em Portugal a amamentação é uma prática corrente à nascença (cerca de 95%) mas que diminui nos restantes meses de vida, sendo que no fim de um mês, só cerca de 50% das crianças são amamentadas e, aos três meses, este valor situa-se nos 33% chegando a atingir os 11% aos seis meses (Martins, 2001).

Os resultados dos poucos estudos de prevalência da amamentação em Portugal e das práticas de amamentação, encontram-se aquém das recomendações da OMS e da UNICEF (através da IHAB), preconizadas em 10 passos (Levy & Bértolo, 2012, p. 13):

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Os sistemas de Saúde Pública devem ter como prioridade a proteção, promoção e suporte à amamentação, uma vez que esta se afigura como prática adequada para o bebé, a mãe e o Serviço Nacional de Saúde (Unit for Health Services Research and International Health, 2004).

Na perspetiva de Giugliani (2000) a amamentação deve ser incentivada pelo Sistema de Saúde como ação prioritária na prevenção de problemas e na melhoria da saúde física e mental das crianças e suas famílias, pois para além de fornecer proteção biológica ao bebé, a amamentação fomenta sentimentos de grande intimidade entre a mãe e o bebé, que irão ser cruciais no estabelecimento de relações mãe-filho e de outras relações interpessoais da criança.

Embora sejam verificadas diferenças nas práticas de AM entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento e a tendência apontar para um interesse crescente da importância desta prática, é visível o abandono precoce do AM (Aguiar & Silva, 2011).

Neste sentido, a promoção do AM deve assumir-se como prioridade na saúde, envolvendo todos os níveis de decisão e de execução de políticas públicas, bem como a sociedade civil organizada e os meios de comunicação social na defesa dos direitos da mulher e da criança, para uma melhor qualidade de vida (Juez & Cordero, 2005).

Por outro lado, é importante a aquisição de competências específicas e o desenvolvimento de estratégias de ação que permitam os profissionais de saúde intervir de forma mais concentrada e eficiente neste domínio (Martins, 2006).

Apesar de as mães apresentarem um comportamento de adesão inicial à amamentação este não se apresenta suficiente para ser mantido, pelo que estas mães necessitam de ser informadas, aconselhadas e orientadas relativamente aos custos e benefícios do AM e o seu impacto para o bebé e para a sua saúde (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013).

Tal como Barreira e Machado (2004) referem, a educação é a chave fundamental para a saúde, pois só assim será possível compreender as dificuldades, os mitos e as falsas concepções, podendo ser evitadas através do esclarecimento de dúvidas e dos conhecimentos. Assim, os profissionais de saúde devem entender a educação como uma ferramenta para a melhoria da saúde, sendo possível através dela, o reforço da importância do AM, enquanto fonte essencial para a saúde do bebé até, pelo menos, aos 6 meses.

Segundo Almeida (2002), afigura-se importante alterar o paradigma atual da amamentação que caracteriza as políticas de promoção da mesma, sendo que "a mulher precisa de ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz" (p. 23).

A formação de grupos de apoio para a prática da amamentação, que servem de suporte às mães após a alta hospitalar é igualmente um passo fundamental que a IHAB apresenta, como facilitadora da manutenção do AM (Martins, 2006). Quando inserida num grupo de apoio, as mães conseguem manter a amamentação por um período de tempo mais prolongado, já que têm oportunidade de partilhar experiências com as outras mães em situações idênticas à sua, e receber apoio e informação adequada sobre a amamentação, no sentido de reforçar a confiança em si mesma e na sua capacidade para cuidar do seu filho (Velillas, 2004).

Neste sentido, após o lançamento do Projeto em Ação para a Proteção, Promoção e Suporte do Aleitamento Materno (Unit for Health Services Research and International Health, 2004), emergiram diversos cursos sobre aconselhamento em AM, que pretendem contribuir para que sejam criadas condições nacionais de suporte à amamentação, envolvendo as famílias no seu próprio ambiente. Portugal aderiu a este projeto em outubro de 2005, assumindo, assim, o compromisso de formação de profissionais neste âmbito.

Tendo em consideração as diretrizes e recomendações da *Unit for Health Services Research and International Health* (2004), todas as mulheres devem ter acesso aos serviços de apoio à amamentação, incluindo assistência fornecida pelos profissionais de saúde com cursos avançados e de aconselhamento à amamentação. Deve igualmente ser fomentado um apoio social e familiar através de projetos locais e programas comunitários, com a colaboração dos serviços oficiais e de voluntariado, com vista à proteção do direito da mulher em amamentar.

Uma vez que o enfermeiro é o profissional que mantém uma relação estreita com a mãe no decorrer do ciclo puerperal ele assume um papel fundamental nos programas de educação em saúde, cabendo-lhe a tarefa de preparar a mulher para a amamentação, facilitar todo o processo de adaptação de forma tranquila e procurando minimizar as dificuldades e possíveis complicações associadas (Cardoso, 2006; Galvão, 2006; Maia, 2007; Vilas Boas, 2013).

Por conseguinte, tendo por base as linhas orientadoras do Projeto em Ação (*Unit for Health Services Research and International Health*, 2004), torna-se necessário tomar algumas medidas de proteção, promoção e suporte à amamentação, de entre as quais se destacam:

- Divulgar a amamentação exclusiva durante seis meses e a amamentação continuada até aos 2 anos ou mais como forma normal de alimentação dos lactentes e crianças na 1^a infância;
- Utilizar os órgãos de comunicação para divulgar a promoção e apoio à amamentação;
- Encorajar os profissionais de saúde a frequentar formação ou cursos avançados para a aquisição de competências sobre amamentação;
- Interromper gradualmente a distribuição de fórmulas lácteas gratuitas a famílias desfavorecidas, substituindo-a por incentivos e iniciativas que promovam e apoiem a amamentação;
- Assegurar que existem suportes legislativos em vigor que permitam às mães trabalhadoras amamentar as suas crianças;
- Sensibilizar as entidades empregadoras sobre a legislação de proteção à maternidade, no sentido de facilitarem a continuidade da amamentação após o regresso ao trabalho (horários flexíveis, pausas, instalações para extração e armazenamento de leite), uma vez que, de acordo com o estudo de Ramos e Almeida (2003), este foi revelado como elemento dificultador e impeditivo para a amamentação;
- Encorajar os hospitais que ainda não estejam envolvidos na IHAB a assegurar a alteração das suas práticas, para uma melhor promoção da amamentação;
- Desenvolver uma abordagem de promoção da amamentação às mulheres durante o período pré-natal, com vista à sua tomada de decisão;
- Envolver os pais e as famílias para garantir o apoio adequado às mães em casa, no período pós-parto;

- Assegurar que os profissionais de saúde possuam competências necessárias para desenvolver nas mães capacidades e confiança para a prática da amamentação, fornecendo-lhes apoio eficaz;
- Encorajar a criação de grupos de apoio de mãe para mãe e o aumento da cobertura de apoio dada por conselheiros da amamentação;
- Identificar situações com necessidades especiais de apoio, nomeadamente primíparas, adolescentes, imigrantes, mães solteiras, mulheres com um menor grau de escolaridade e outras menos suscetíveis de amamentar, como por exemplo mães com um passado de amamentação difícil e sem êxito.

Estas são algumas das recomendações atuais sobre o AM, que visam promover e incentivar a prática da amamentação, bem como potenciar os conhecimentos das mães, minimizando, desta forma, as dificuldades que possam ser sentidas na prática de amamentação.

Na parte seguinte apresentamos a investigação empírica do presente estudo.

Parte II - Investigação Empírica

Capítulo 2 - Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos realizados.

Para Fortin (2009) a metodologia "é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica" (p. 372).

Na perspectiva de Coutinho (2013) a metodologia:

Analisa e descreve os métodos, distancia-se da prática para poder tecer considerações teóricas em torno do seu potencial na produção do conhecimento científico", pelo que o objetivo da metodologia é "ajudar-nos a compreender, no sentido mais amplo do termo, não os resultados do método, mas o próprio processo em si (p. 25).

2.1. Método

O AM é crucial para a sobrevivência do recém-nascido, já que ele possui todos os nutrientes necessários ao primeiro ano de vida (Ichisato & Shima, 2001; WHO, 2000). As recomendações da OMS apoiam esta consideração, sublinhando a necessidade de um AM exclusivo durante seis meses, seguido da introdução de alimentos complementares associados ao AM até aos 2 anos de idade ou mais (Aguar & Silva, 2011), se esse for o desejo da mãe.

Todavia, apesar da importância reconhecida ao AM e das recomendações da OMS, observa-se que as taxas de prevalência se encontram aquém das recomendações da OMS, pelo que este se assume como ponto de partida da investigação. Assim o problema de investigação é visto como decorrente de uma situação que é considerada problemática, a partir da qual podem ser formuladas questões de investigação (Fortin, 2009), que se referem a uma

"interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações" (p. 51).

Neste sentido foram formuladas as seguintes Questões de Investigação:

Q1 - *Quais são os conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação?*

Q2 - *Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas maternas e os conhecimentos/dificuldades na amamentação?*

Q3 - *Qual a influência das variáveis obstétricas nos conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação?*

Atendendo a estas questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação;
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelas mães, em relação à amamentação;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas das mães e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação.
- Analisar a relação entre as variáveis obstétricas das mães e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação.

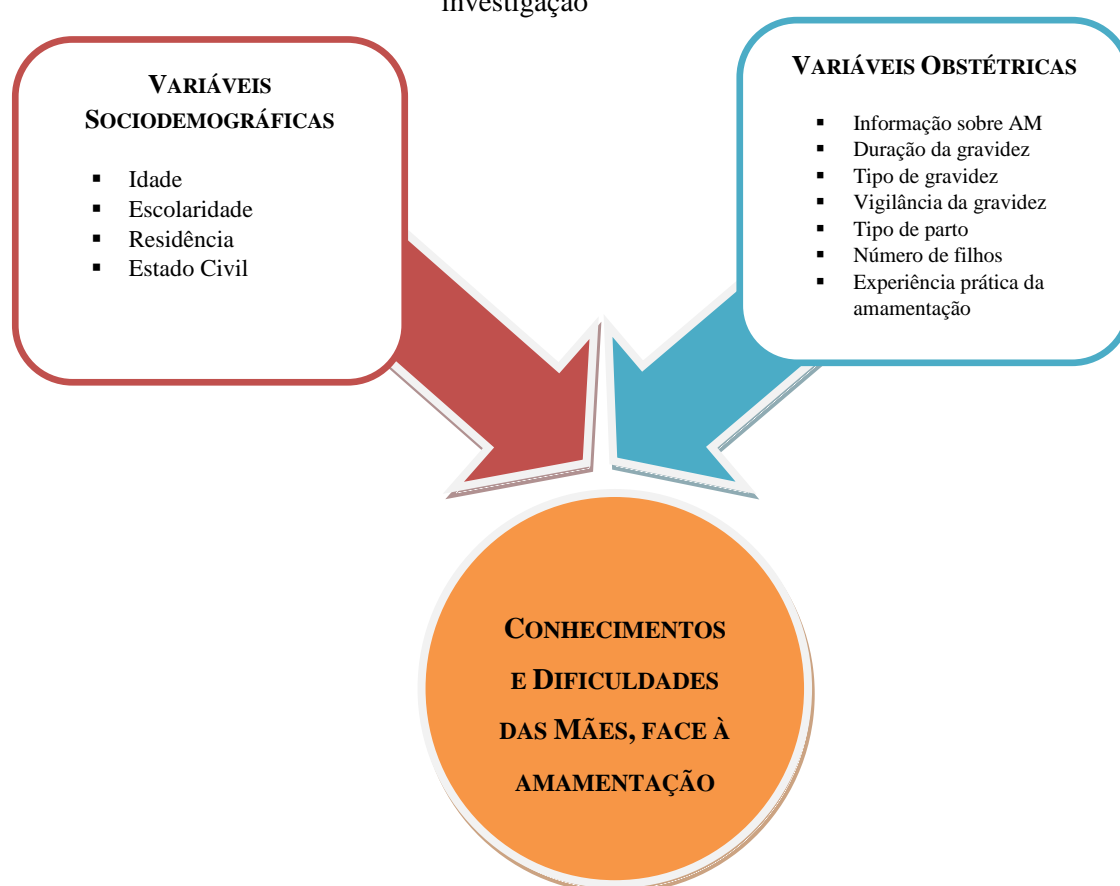
Tendo em linha de consideração as questões que norteiam esta pesquisa, este estudo segue uma abordagem quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, de corte transversal, pois esta é a abordagem que se afigurou como mais adequada para se atingir um conhecimento mais profundo e abrangente do fenómeno em estudo.

A abordagem quantitativa consiste num processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e a abordagem descritiva procura descrever as características dos indivíduos em estudo. O estudo é analítico e correlacional, porque permite relacionar as variáveis com o tema em estudo, ou seja, pretende avaliar a relação que existe entre dois conceitos ou variáveis, sem que se intervenha ativamente (Coutinho, 2013; Fortin, 2009). A sua natureza transversal indica que as medições foram feitas num único momento.

O desenho de investigação é um plano lógico criado pela investigadora, que permite responder validamente às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009). Através do desenho de investigação, patente na Figura 6, pretende-se expor uma representação gráfica da relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes (i.e., sociodemográficas e

obstétricas) e a variável dependente (i.e., conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação).

Figura 6. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação



2.2. Operacionalização das Variáveis

No presente estudo as variáveis **dependentes** referem-se aos conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação e as variáveis **independentes** podem ser divididas em dois grupos: variáveis sociodemográficas e variáveis obstétricas.

As variáveis sociodemográficas são: a idade, a escolaridade, a residência e o estado civil, cuja operacionalização se encontra patente na Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e sua operacionalização

Variáveis	Operacionalização
Idade	✓ ≤25 anos
	✓ 26-36 anos
	✓ ≥37 anos
Escolaridade	✓ Ensino básico
	✓ Ensino secundário
	✓ Ensino superior
	(Barge & Carvalho, 2011)
Residência	✓ Rural
	✓ Urbana
Estado civil	✓ Solteira/viúva
	✓ Casada/união de facto

As variáveis obstétricas são: a duração da gravidez; tipo de gravidez; vigilância da gravidez; tipo de parto, número de filhos, informação sobre AM e experiência prática da amamentação, conforme se apresenta na Tabela 3.

Tabela 3. Variáveis obstétricas e sua operacionalização

Variáveis	Operacionalização
Duração da gravidez	✓ Pré-termo (até às 37 semanas de gestação)
	✓ Termo [entre as 38 e as 42 semanas de gestação] (WHO, 2002)
Tipo de gravidez	✓ Normal (sem complicações)
	✓ De risco [com complicações para a mãe e para o feto] (Silveira, 2000)
Vigilância na gravidez	✓ Sim
	✓ Não
Tipo de parto	✓ Eutócico (parto de início espontâneo)
	✓ Distócico (parto assistido por fórceps ou ventosa)
	✓ Cesariana [parto através de incisões na parede abdominal] (Moreira, 2014)
Número de filhos	✓ Um filho
	✓ Dois filhos
	✓ ≥ 3 filhos
Informação sobre AM	✓ Onde (Centro Saúde, Consulta privada, Hospital/maternidade, Curso de preparação para parto)
	✓ Por quem (Enfermeiro, Médico Família, Pediatra, Obstetra, Família/amigos, livros/revistas)
Experiência prática da amamentação	✓ Amamentou anteriormente
	✓ Tipo de amamentação
	✓ Motivos de não ter amamentado
	✓ Amamenta agora
	✓ Tipo de amamentação
	✓ Razão porque não amamenta
✓ Quem aconselhou	

2.3. Participantes

As participantes incluídas no estudo eram mães de recém-nascidos e/ou lactentes até 1 ano de vida⁴, internados no serviço de obstetrícia, neonatologia, pediatria e urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte do País.

Assim, consideram-se como critérios de inclusão as mães que estavam a acompanhar os filhos até 1 ano de vida internados num dos serviços referidos e que acederam participar no estudo durante os meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2015, tendo-se, no final desse período, obtido um total de 100 mães.

Dado que cada elemento da população, não teve a mesma probabilidade de ser escolhido para integrar o estudo, definimos a nossa amostra como não probabilística por conveniência, tendo em conta esta ser formada por pessoas facilmente acessíveis e que estavam presentes num determinado local e num momento exato (Fortin, 2009).

Este foi considerado o método mais adequado para o nosso estudo já que este tipo de amostragem tem algumas vantagens: a economia, a rapidez e a facilidade de organização.

2.3.1. Caracterização da amostra das mães

Analisando as estatísticas relativas à idade, estas revelam que as mães apresentavam uma idade mínima de 16 anos e máxima de 43 anos, a que corresponde uma média de 30,77 anos ($Dp= 6,356$ anos). O coeficiente de variação (20,65%) indicia uma dispersão moderada face à média de idades. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria ($Sk/erro$) apresentam valores indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de Kurtose ($K/erro$) indicam uma distribuição mesocúrtica (cf. Tabela 4).

⁴ Ressalvamos que apesar de se ter utilizado este critério de inclusão no presente estudo, inicialmente pretendíamos incluir as mães com filhos até 5 anos de idade. Todavia, quando iniciamos a administração dos questionários, constatamos que muitas das mães não se recordavam de aspetos importantes relativos à amamentação, pois já tinha decorrido algum tempo, pelo que se optou por incluir apenas as mães de recém-nascidos e/ou lactentes até 1 ano. Por esse facto, na Declaração de Autorização da Instituição e no Consentimento Informado são mencionadas mães com filhos até aos 5 anos.

Tabela 4. Estatísticas relativas à idade das mães

	Min	Max	Média	Desvio Padrão	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade das mães	16	43	30,77	6,365	20,65	-1,00	-1,37

Com base na estatística da idade foram definidos grupos etários, pelo que na análise da Tabela 5, podemos observar que o grupo etário que predomina é o dos 26-36 anos (60%), seguido das mães com ≤ 25 anos. Relativamente às habilitações literárias, 40% das mães possui nível de ensino secundário, 84% residem em meio urbano e 75% são casadas ou vivem em união de facto.

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas das mães

	n	%
Idade		
≤ 25	23	23,0
26-36	60	60,0
≥ 37	17	17,0
Escolaridade		
Ensino básico	23	23,0
Secundário	40	40,0
Superior	37	37,0
Residência		
Rural	16	16,0
Urbana	84	84,0
Estado civil		
Solteira/Viúva	25	25,0
Casada/União de facto	75	75,0

2.4. Instrumento de Colheita de Dados

Para operacionalizar os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados o questionário (cf. Anexo I), a ser preenchido pela mãe, tendo em vista obter a sua opinião o mais rápida e sincera possível e com o mínimo de interferência e influência externa. Para além disso, o questionário tem ainda como vantagem não necessitar de muitos recursos humanos nem financeiros, quer na sua distribuição, quer no seu preenchimento e recolha.

O instrumento de colheita de dados aplicado foi então um questionário desenvolvido por Sousa (setembro, 2014), tendo sido solicitada autorização à autora para a sua utilização no presente estudo (cf. Anexo II).

O questionário, de autoaplicação, é composto por seis grupos de questões, perfazendo um total de 40 perguntas, na sua maior parte de resposta fechada e algumas de resposta aberta.

No 1º grupo estão incluídas 4 questões de caracterização sociodemográfica, relativas à idade, escolaridade, residência e estado civil.

No 2º grupo são apresentadas 5 questões relativas a dados obstétricos, nomeadamente duração da gravidez, tipo de gravidez, vigilância da gravidez, tipo de parto e número de filhos.

O 3º grupo é composto por 3 questões que solicitam informação sobre o aleitamento materno e o 4º grupo possui 10 perguntas com as quais se pretende saber os conhecimentos das mães sobre a amamentação. A estas questões foi atribuída uma cotação numérica de 1 (um) ponto para as respostas corretas e 0 (zero) pontos para as respostas incorretas, oscilando o score deste grupo entre 0 e 27 pontos, conforme se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6. Conhecimentos globais das mães

Nº	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA	COTAÇÃO		Subtotal
IV - 2	Quando deve ser iniciada a amamentação?	Dentro do 1ª hora de vida logo que a mãe e o bebé estejam prontos	1		0 – 1
		Depois da 1ª hora	0		
		A hora do início não é importante	0		
IV - 3	Qual a duração adequada para fazer amamentação exclusiva (só leite materno)?	Até ao bebé querer	0		0 – 1
		Enquanto tiver leite	0		
		Até aos 6 meses	1		
		Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai	0		
IV – 4	Afirmações em relação à amamentação		Sim	Não	0 – 11
		O leite materno é rico em água, proteínas e sais minerais, contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir.	1	0	
		A amamentação ajuda a desenvolver o sistema imunológico da criança e é o recurso mais eficiente para protegê-la de alergias e infeções nos primeiros meses.	1	0	
		Os bebés que foram amamentados falam, respiram e mastigam melhor; sofrem menos cólicas e o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular.	1	0	
		Amamentar faz muito bem para a saúde da mãe e diminui as probabilidades de ter cancro de mama ou de ovário.	1	0	
		O leite artificial é mais completo que o leite materno.	0	1	
		O stress e o nervosismo atrapalham a amamentação.	1	0	
		A alimentação da mãe condiciona a qualidade do leite materno.	1	0	
		Após a amamentação o bebé precisa sempre de leite artificial.	0	1	
		Após a amamentação o bebé nunca precisa de leite artificial.	0	1	
		O tipo de parto altera a produção de leite materno.	0	1	
Devo esvaziar sempre as duas mamas em cada mamada.	0	1			
IV – 5.1	Afirmações em relação aos sinais de pega.	A boca está bem aberta.	1	0	0 – 5
		O queixo do bebé toca na mama.	1	0	
		O lábio inferior está virado para fora.	1	0	
		O lábio inferior está virado para dentro.	0	1	
		As bochechas estão arredondadas.	1	0	

Tabela 6. Conhecimentos globais das mães (cont).

Nº	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA	COTAÇÃO		Subtotal
IV – 6	Afirmações em relação ao horário da amamentação	Dou a mama quando ele tem fome.	1	0	0 – 6
		A mamada termina quando ele quer parar.	1	0	
		Mama até não querer mais duma mama e depois ofereço a outra.	1	0	
		Mama de 3-3 horas.	0	1	
		Mama 10 minutos em cada mama.	0	1	
		Está sempre a mamar.	0	1	
IV – 8	Afirmações em relação aos cuidados com a mama, após a mamada	No final de cada mamada: espreme umas gotinhas de leite, espalha no mamilo e à sua volta, por fim, deixa secar.	1	0	0 – 4
		Aplica uma pomada ou creme.	0	1	
		Lava sempre a mama.	0	1	
		Depois do banho diário: espalha umas gotinhas de leite no mamilo, assim como à sua volta e deixa secar.	0	1	
TOTAL					0 – 27

Neste sentido, a Tabela 7 apresenta os pontos de corte dos conhecimentos globais das mães, realizados a partir da identificação de percentis, ou seja, foi identificado o percentil 25 (pontuações de 1 a 18) e o percentil 75 (pontuações de 21 a 27).

Tabela 7. Pontos de corte de classificação dos conhecimentos globais das mães

Pontuação	Classificação
1 a 18	Fraco
19 a 20	Moderado
21 a 27	Bom

No 5º grupo são formuladas 11 questões sobre a experiência prática vivida pelas mães durante a amamentação, nomeadamente se amamentou anteriormente, tipo de amamentação que fez, motivo pelo qual não amamentou, se está atualmente a amamentar, quando iniciou a amamentação, tipo de amamentação que está a realizar, razões porque não amamenta, quem indicou amamentação artificial, o que sentiu a primeira vez que amamentou, se a experiência de amamentação correspondeu às expectativas e avaliação dessa experiência.

No 6º grupo são apresentadas 7 questões sobre as dificuldades e/ou problemas durante a amamentação. Para estas questões foi atribuído 1 (um) ponto para cada resposta afirmativa e 0 (zero) pontos para cada resposta negativa, oscilando o resultado desta dimensão entre 0 e 8, conforme se pode observar na Tabela 8.

A avaliação da dor foi realizada através da escala numérica, onde 0 indica ausência de dor e 10 sugere intensidade máxima de dor, escala proposta na Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003 da DGS (2003).

Tabela 8. Dificuldades ou problemas vivenciados pelas mães

Nº	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA	COTAÇÃO		Subtotal
			Sim	Não	
VI-1	Teve algum destes problemas	Fissuras nos mamilos	1	0	0-6
		Ingurgitamento mamário (mamas muito “inchadas, duras”)	1	0	
		Mastite	1	0	
		Abcesso mamário	1	0	
		Dor	1	0	
		Dificuldade na pega	1	0	
VI-3	Durante as primeiras mamadas sentiu dor na mama?	Sim		1	0-1
		Não		0	
VI-3.2	Quando começou essa dor	Quando o bebé iniciava a mamada	1	0	0-1
		Durante a mamada	1	0	
		No fim da mamada	1	0	
		Mantinha-se no intervalo das mamadas	1	0	
TOTAL					0-8

A Tabela 9 apresenta os pontos de corte definidos para a classificação das dificuldades ou problemas sentidos pelas mães durante a amamentação, sendo que estes foram identificados através dos percentis, conforme anteriormente explicado.

Tabela 9. Pontos de corte para classificação das dificuldades/problemas

Pontuação	Classificação
0	Baixas
1-2	Moderadas
≥3	Elevadas

2.5. Procedimentos

Qualquer investigação preconizada com seres humanos levanta questões morais e éticas, pelo que Fortin (2009) sugere que:

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (p. 113).

A realização do presente estudo salvaguardou, em diferentes momentos do processo, os princípios ético-deontológicos previstos. Assim, foi solicitada a autorização prévia à autora do questionário, conforme anteriormente referido, salvaguardando-se os direitos de autor.

Foi enviado um pedido de Autorização para desenvolvimento do estudo ao Ex. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte (cf. Anexo III). Este pedido de autorização foi avaliado pela Comissão de Ética da instituição, e após autorização, foram recolhidos os dados.

Antes do procedimento de recolha de dados, a todas as mães foi garantido de que o investigador não iria partilhar os dados recolhidos com os restantes elementos do serviço, pelo que estes não teriam acesso aos mesmos. As mães que participaram no presente estudo tiveram conhecimento dos objetivos da investigação, bem como da confidencialidade, anonimato e natureza sigilosa dos dados. A natureza voluntária da participação foi igualmente garantida. Todas as mães preencheram o Consentimento Informado (cf. Anexo IV), após a sua leitura e compreensão da informação transmitida.

Antes da colheita de dados, a investigadora preocupou-se em esclarecer as dúvidas que pudessem existir, de modo a respeitar os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia e a legislação em vigor que rege a pesquisa com seres humanos.

Aquando da colheita de dados foi distribuído um envelope individual, sem qualquer identificação, no qual foi colocado cada um dos questionários após serem preenchidos, devendo a enfermeira/investigadora, fechar o envelope e introduzi-lo numa caixa identificada para o efeito, para que fosse garantido o anonimato das respostas. A responsabilidade de entrega e recolha dos questionários ficou sob a responsabilidade da investigadora.

2.6. Análise de Dados

A análise de dados inicia-se com a colheita dos mesmos prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados que foram processados através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa informático de estatística SPSS. (*Statistical Package for the Social Sciences*® IBM® SPSS), versão 22 para *Windows*.

A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e, assim, obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra que, neste estudo, foram determinadas pelas seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas (n) e relativas (%);

medidas de tendência central ou de localização (e.g., a média); medidas de dispersão, como por exemplo o desvio padrão (Dp), mínimos (Xmin) e máximos (Xmáx); medidas de forma (Assimetria e Achatamento); e medidas de associação, como o coeficiente de correlação de Pearson/coeficiente de variação.

No que se refere à medida de simetria Skewness (sk), foi efetuado o quociente entre sk com o erro padrão. Se sk/erro oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada simétrica. Se sk/erro for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, no entanto, se sk/erro for superior a 2, a distribuição é considerada assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2014).

Quanto às medidas de achatamento foram alcançados resultados pela kurtose (k/erro), em que, se oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada de mesocúrtica, se os valores forem inferiores a -2, a distribuição é platicúrtica, e se forem superior a 2, a distribuição é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2014).

No que concerne ao coeficiente de variação (cf. Tabela 10) este possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos ser interpretados em conformidade com os valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

Tabela 10. Valores de referência do coeficiente de variação

Coeficiente de Variação (CV)	Classificação do grau de dispersão
0-15%	Dispersão baixa
16-30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

Em relação à análise inferencial foram utilizados os testes não paramétricos. A função dos testes não paramétricos é muito idêntica à dos testes paramétricos, sendo que a sua principal diferença reside no método do cálculo das probabilidades. Nos métodos não paramétricos é utilizado o ordenamento global dos resultados, enquanto nos paramétricos, são utilizadas proporções de variabilidade (Kinnear & Gray, 2001).

Dentro dos testes não paramétricos foram utilizados os testes Mann-Whitney (UMW) e Kruskal Wallis (*H*). Estes dois testes são idênticos aos testes paramétricos *t* de *Student* e *Anova One Way*, respetivamente, pelo que o teste Mann-Whitney é utilizado na comparação de apenas dois grupos, enquanto o Kruskal-Wallis, na comparação de mais de três grupos

(Kinneer & Gray, 2001). Quando o teste H deteta diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos dois grupos é realizado o teste *post hoc* *Dunn* para se determinar entre que grupos existem diferenças, tal acontece na *Anova One Way* (Pestana & Gageiro, 2014).

O coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida que varia de -1 a $+1$. O coeficiente fornece informação do tipo de associação das variáveis através do sinal. Assim, se r for positivo, existe uma relação direta entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores altos de outra variável e o inverso). Se r for negativo, existe uma relação inversa entre as variáveis (valores altos de uma variável correspondem a valores baixos de outra variável e o inverso). Se r for nulo ou aproximadamente nulo, significa que não existe correlação linear. Assim, o resultado significativo do teste de correlação de Pearson considera um intervalo de confiança de 95% e de 99%, o que corresponde a um nível de significância de $p \leq \alpha$ ($\alpha=0,05$) e $p \leq \alpha$ ($\alpha=0,01$) respetivamente: no primeiro caso estamos perante uma correlação significativa, enquanto no segundo consideramos tratar-se de uma correlação altamente significativa (Pestana & Gageiro, 2014).

Por fim, importa referir os níveis de significância (p) utilizados, sendo que os mais comuns são os de 5% e os de 1%. Significam que ao se obter um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$), aceita-se o valor da diferença obtida como sendo a diferença real e não uma diferença devida ao acaso, admitindo que a diferença observada pode ser fictícia 5 vezes em cada 100, no caso de a experiência ser repetida 100 vezes. Por outro lado, se o nível de significância adotado for de 1%, significa que se corre o risco de se enganar 1 vez em 100 casos (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, considera-se que:

Se $p \geq 0,05$, a diferença estatística não é significativa;

Se $p \leq 0,05$ a diferença estatística é significativa

Se $p \leq 0,01$ a diferença estatística é bastante significativa

Se $p \leq 0,001$ a diferença estatística é altamente significativa.

Atendendo a estes aspetos existem em investigação, dois tipos de erro: o erro tipo I – quando se rejeita a hipótese nula, quando na realidade esta é verdadeira e o erro tipo II – quando se aceita a hipótese nula, quando ela é falsa (Kinneer & Gray, 2001).

Capítulo 3 - Resultados

Os resultados que seguidamente são apresentados dizem respeito à análise estatística dos dados e encontram-se organizados, primeiramente, em função das análises estatísticas descritivas e, em seguida, da estatística inferencial.

3.1. Análise Descritiva

Apresentam-se os dados descritivos das variáveis obstétricas, informação sobre o aleitamento materno, conhecimento das mães, experiência da prática da amamentação e dificuldades ou problemas sentidos durante a amamentação.

As estatísticas relativas à **duração da gravidez** revelam que as mães apresentaram uma duração mínima de 30 semanas e máxima de 42 semanas, a que correspondeu uma duração média de 38,89 semanas ($Dp=1,780$). O coeficiente de variação 4,57% indica uma baixa dispersão. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição assimétrica negativa, com enviesamento para a direita e as medidas de kurtose indicam uma distribuição leptocúrtica (cf. Tabela 11).

Tabela 11. Estatísticas referentes à duração da gravidez

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Duração da gravidez	30	42	38,89	1,780	4,57	-6,846	11,799

As estatísticas relativas ao **número de filhos** revelam que as mães têm, no mínimo, 1 filho e, no máximo 6 filhos, a que corresponde uma média de 1,65 filhos ($Dp=0,845$). O coeficiente de variação 51,21% indicia uma dispersão alta face ao número de filhos. Para a globalidade da amostra, as medidas de assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e as medidas de kurtose indicam uma distribuição leptocúrtica (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Estatísticas relativas ao número de filhos

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Número de filhos	1	6	1,65	0,845	51,21	8,182	13,546

Analisando a distribuição da amostra em função das **variáveis obstétricas**, tal como apresenta a Tabela 13, constatamos que a duração da gravidez foi, na maioria, de termo (91%), sendo que só 9% das mães tiveram gravidezes de pré-termo. Das 100 mães, 76% tiveram uma gravidez normal, e 24% uma gravidez de risco. A maioria foi vigiada (97%) e o tipo de parto que predominou foi a cesariana com 48%, seguido do parto eutócico com 43% e, por ultimo o parto distócico com 9%.

Tabela 13. Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas

	n	%
Duração da gravidez		
Pré-termo	9	9
Termo	91	91
Gravidez		
Normal	76	76
Risco	24	24
Gravidez Vigiada		
Sim	97	97
Não	3	3
Tipo de parto		
Eutócico	43	43
Distócico	9	9
Cesariana	48	48

3.1.1. Informação sobre aleitamento materno

Os principais resultados mostram que 93% das mães reconhece ter sido informada sobre o aleitamento materno. Ao observar-se a Tabela 14 verifica-se que na sua maioria essa informação foi transmitida pelos enfermeiros (90,3%) 69,9% das mães recebeu esses esclarecimentos no Centro de Saúde e 39,8% durante a preparação para o parto.

Tabela 14. Informação sobre aleitamento materno

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Onde				
Centro de saúde	65	69,9	28	30
Consulta privada	2	2,2	91	97,8
Hospital/Maternidade	18	19,4	75	80,6
Curso de preparação parto	37	39,8	55	59,1
Por quem				
Enfermeiro	84	90,3	9	9,7
Médico de família	24	25,8	69	74,2
Pediatra	8	8,6	85	91,4
Obstetra	13	14	80	86
Família e amigos	11	11,8	82	88,2
Livros e revistas	18	19,4	75	80,6

3.1.2. Conhecimento das mães

O conhecimento das mães sobre amamentação foi obtido considerando as estatísticas percentuais, por forma a responder-se à seguinte questão de investigação:

Q1 - *Quais são os conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação?*

Os resultados indicaram um valor mínimo de 40,74 e um máximo de 96,30, que corresponde a um conhecimento médio de 72,96 (Dp=11,85). O coeficiente de variação 16,25% indicia uma dispersão moderada dos conhecimentos. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de kurtose indicam uma distribuição mesocúrtica (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas percentuais dos conhecimentos globais das mães

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Conhecimentos globais (%)	40,74	96,30	72,96	11,85	16,25	-1,024	0,715

Relativamente à frequência verificou-se, pela análise da Tabela 16, que 50% das mães considera possuir bons conhecimentos sobre a amamentação e 4% conhecimentos insuficientes.

Tabela 16. Autoperceção das mães sobre os conhecimentos face à amamentação

Nível de conhecimentos	n	%
Insuficientes	4	4
Suficientes	30	30
Bons	50	50
Muito Bons	16	16

Analisando os indicadores dos conhecimentos das mães, denotou-se que 93% das mães considera que o início da amamentação deve acontecer na primeira hora de vida do bebé, enquanto 14% considera que a hora de início não é importante, tal como se observa na Tabela 17.

Tabela 17. Conhecimentos sobre início da amamentação

Início da amamentação	Sim	
	n	%
Primeira hora de vida	93	93
Depois da primeira hora	6	6
A hora de início não é importante	14	14

Na opinião das mães, a duração da amamentação exclusiva encontra-se espelhada na Tabela 18, sugerindo que 28% das mães considera adequada uma amamentação exclusiva até aos 6 meses, enquanto 25% considera que deve ser até o bebé querer.

Tabela 18. Conhecimentos sobre duração exclusiva do AM

Duração exclusiva	n	%
Até o bebé querer	25	25
Enquanto tiver leite	23	23
Até aos 6 meses	28	28
Até for satisfatório para a mãe, bebé e pai	24	24

Ao analisarem-se as afirmações corretas sobre o leite materno, constatou-se, pela observação da Tabela 19, que 93% das mães sabe a composição do leite materno e a composição imunológica do mesmo. Em seguida, 79% sabe igualmente as implicações do stresse no AM; 66% sabe as vantagens do leite materno para a mãe e 64% a relação do leite materno com a alimentação materna. Apenas 45% referiu vantagens para o bebé e 3% reconheceu que o leite artificial é mais completo para o bebé, referindo a necessidade de leite artificial.

Tabela 19. Afirmações sobre o leite materno

Afirmações sobre o leite materno	Sim	
	n	%
Composição do leite materno	93	93
Proteção imunológica	93	93
Vantagens para o bebé	45	45
Vantagem para a mãe	66	66
Leite artificial mais completo	3	3
Implicações do stresse	79	79
Alimentação materna	64	64
Necessidade de leite artificial	3	3
Não necessita de leite artificial	17	17
Tipo de parto altera o leite materno	12	12
Esvaziar sempre as mamas	31	31

Relativamente aos sinais de identificação de pega correta, e quando questionadas se os sabiam identificar, apenas 7% das mães reconheceu não os saber. Na Tabela 20 é possível verificar os sinais de boa pega assinalados pelas mães. Apurando-se que 83% das mães sabe que o bebé tem que ter a *boca aberta*, 71% assinalaram o *lábio para fora* e em percentagens inferiores o *queixo toca a mama* (46%) e *bochechas arredondadas* (32%).

Tabela 20. Conhecimentos sobre sinais de boa pega

Sinais de pega	Sim		Não	
	n	%	n	%
Boca aberta	83	83	17	17
Queixo toca mama	46	46	54	54
Lábio para fora	71	71	29	29
Lábio para dentro	8	8	92	92
Bochechas arredondadas	32	32	68	68

No que diz respeito ao horário da amamentação, a Tabela 21 mostra que 62% das mães inquiridas considera correto dar a mama de 3 em 3 horas, seguindo-se 61% que assinala que a mamada termina quando o bebé parar e 58% que considera correto que se deve dar de mamar quando o bebé tiver fome.

Tabela 21. Conhecimentos sobre horário da amamentação

Horário da amamentação	Sim	
	n	%
Dar mama quando o bebé tem fome	58	58
A mamada termina quando ele quer parar	61	61
Mama até não querer mais e depois ofereço a outra	38	38
Mama de 3/3 horas	62	62
Mama 10 minutos em cada mama	14	14
Esta sempre a mamar	3	3

Quanto ao uso de chupeta, é possível observar-se na Tabela 22 que 56% das mães ofereceu chupeta ao seu filho e 51% considera que a chupeta ou o biberão não desfavorece a amamentação.

Tabela 22. Ofereceu chupeta ao seu filho

Chupeta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Ofereceu chupeta	56	56	44	44
Desfavorece a amamentação	49	49	51	51

No que tange aos cuidados a ter após a mamada, verifica-se pela análise da Tabela 23 que 69% das mães, no final de cada mamada, espreme umas gotinhas de leite que espalha pelo mamilo e à sua volta, enquanto 34% lava sempre a mama e 37% faz ambos os cuidados.

Tabela 23. Conhecimentos sobre os cuidados com a mama após a mamada

Cuidados com a mama, após a mamada	Sim		Não	
	n	%	n	%
No final de cada mamada espreme umas gotinhas de leite e espalha no mamilo e à sua volta	69	69	31	31
Aplica pomada ou creme	25	25	75	75
Lava sempre a mama	34	34	66	66
Depois do banho diário, espalha umas gotinhas de leite no mamilo, assim como à sua volta	37	37	63	63

Globalmente, podemos dizer que 39% das mães possui bons conhecimentos globais sobre a amamentação, 29% apresenta um conhecimento moderado e 32% possui fracos conhecimentos sobre a amamentação (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Classificação dos conhecimentos globais das mães

Conhecimentos	n	%
Fraco	32	32
Moderado	29	29
Bom	39	39

3.1.3. Experiência prática da amamentação

As estatísticas relativas ao início da amamentação, para a globalidade da amostra, é no mínimo de 1 hora e no máximo 72 horas após o parto, ao que corresponde uma média de 6,80 horas ($Dp=15,537$). O coeficiente de variação (228,47%) indicia uma dispersão alta face as horas do início da amamentação. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e as medidas de kurtose que indicam uma distribuição leptocúrtica (cf. Tabela 25).

Tabela 25. Estatísticas relativas ao início da amamentação

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Início da amamentação	1	72	6,80	15,537	228,47	11,253	15,433

Relativamente à experiência prática da amamentação, a Tabela 26 mostra que 65% das mães não amamentou anteriormente, sendo que aquelas que o fizeram, foi com leite materno exclusivo (62,9%). A razão apontada por 75,4% das mães para o facto de não ter amamentado foi terem sido mães pela primeira vez. Denota-se que 86% das mães está a amamentar atualmente, sendo que 72,9% com leite materno exclusivo. Das que não estão a amamentar 71,4% referem que é devido ao facto de não terem leite. A amamentação foi aconselhada pelo pediatra, em 69,2% das mães, pelo médico de família em 50% delas e pelo enfermeiro em 23,1%.

Tabela 26. Experiência prática da amamentação

Experiência da amamentação	n	%		
Amamentou anteriormente				
Sim	35	35		
Não	65	65		
Tipo de amamentação				
Exclusivo	22	62,9		
Misto	13	37,1		
Motivos de não ter amamentado				
1º filho	49	75,4		
Sem leite	12	18,5		
Por opção	2	3,1		
Não respondeu	2	3,1		
Agora amamenta				
Sim	86	86		
Não	14	14		
Tipo de amamentação				
Exclusivo	62	72,9		
Misto	23	27,1		
Razões porque não amamenta				
Sem leite	10	71,4		
Não respondeu	4	28,6		
Quem aconselhou				
	Sim	Não		
	n	%	n	%
Médico de família	7	50	7	50
Obstetra	1	7,7	12	92,3
Pediatra	9	69,2	4	30,8
Enfermeiro	3	23,1	10	76,9
Iniciativa própria	1	7,5	12	92,3
Familiares e amigos	1	7,5	12	93,3

Em relação à emoção sentida, denota-se que 54,5% das mães vivenciou um sentimento de felicidade na primeira vez que amamentou (cf. Tabela 27).

Tabela 27. Sentimento na primeira vez que amamentou

Sentimento	n	%
Felicidade	54	54,5
Dor	5	5,1
Relação mãe/filho	19	19,2
Não respondeu	21	21,1

Observou-se, ainda, que para 80% das mães a experiência de amamentar o seu filho, pela primeira vez, correspondeu às suas expectativas, sendo que 56,1% das mães caracterizou a experiência como muito agradável (cf. Tabela 28).

Tabela 28. Caraterização da experiência de amamentar

Experiência	n	%
Correspondeu às expectativas	80	80
Não correspondeu às expectativas	20	20
Nada agradável	1	1,2
Pouco agradável	2	2,4
Agradável	33	40,2
Muito agradável	46	56,1

3.1.4. Dificuldades e/ou problemas durante a amamentação

No que diz respeito às dificuldades e/ou problemas sentidos durante a amamentação, constata-se pela análise da Tabela 29, um valor mínimo de 0 pontos e um máximo de 62,05% de dificuldades, o que corresponde a uma média de 26,125 (Dp=18,471). O coeficiente de variação de 70,702% sugere uma dispersão alta. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria apresentam indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de kurtose, assinalam uma distribuição platicúrtica.

Tabela 29. Estatísticas percentuais das dificuldades globais das mães

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Dificuldades globais (%)	0	62,050	26,125	18,471	70,702	-1,211	-2,688

Ao procurar-se analisar a distribuição de percentagens para os problemas com a amamentação referenciados pelas mães, constataram-se diferenças estatisticamente significativas nas mães que referiram não ter tido ingurgitamento mamário e nas que referiram ter ($p \geq 0,05$), bem como entre aquelas que referiram não ter tido mastite e abcesso mamário, por comparação às que referiram ter ($p \geq 0,001$). Nos restantes problemas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível da distribuição (cf. Tabela 30).

Tabela 30. Problemas da amamentação

Problemas da amamentação	Sim		Não		Binominal
	n	%	n	%	<i>p</i>
Fissuras	44	56,4	34	43,6	0,308
Ingurgitamento mamário	30	38,5	48	61,5	0,05*
Mastite	3	3,8	75	96,2	0,00**
Abcesso Mamário	–	–	78	87,2	0,00**
Outra situação:	10	12,8	68	87,2%	
- Dor	4	40	–	–	Não aplicável
- Dificuldade na pega	6	60	–	–	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Relativamente à classificação do formato dos mamilos, observa-se pela Tabela 31 que 75% das mães apresentava os mamilos normais.

Tabela 31. Classificação do formato dos mamilos

Classificação do formato dos mamilos	n	%
Normal	75	75
Plano	22	22
Mamilo invertido	3	3

No que diz respeito à dor sentida durante as primeiras mamadas, verifica-se um valor mínimo de 2 e um máximo de 10, correspondendo a uma dor média de 5,75 ($Dp=1,877$). O coeficiente de variação de 32,643% indica uma dispersão alta face à dor. Para a globalidade da amostra, as medidas de Assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de kurtose indicam uma distribuição mesocúrtica (cf. Tabela 32).

Tabela 32. Estatísticas referentes à dor

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Dor	2	10	5,75	1,877	32,643	0,235	-1,011

Para se classificar melhor a dor nas primeiras mamadas, verificamos que 62,9% das mães sentiu dor, 55,7% classificou-a como dor intensa, sendo que ela surgia sempre que iniciava a mamada (83,6%). De referir que 52,5% das mães referiu não ter feito nada para diminuir essa dor (cf. Tabela 33).

Tabela 33. Sentiu dor na mama nas primeiras mamadas

Dor	n	%
Sentiu dor		
Sim	61	62,9
Não	36	37,1
Classificação da dor		
Ligeira	1	1,6
Moderada	26	42,6
Intensa	34	55,7
Início da dor		
Iniciava da mamada	51	83,6
Durante a mamada	7	11,5
Fim da mamada	3	4,9
O que faz/fez para diminuir a dor		
Nada	32	52,5
Aplicar calor	2	3,3
Aplicar pomada	6	9,8
Massagem	7	11,5
Extração de leite	3	4,9
Não respondeu	8	13,1
Pega correta	3	4,9

Por último, foi efetuada a classificação das dificuldades ou problemas sentidos pelas mães (cf. Tabela 34), verificando-se que 52% revelou elevadas dificuldades ou problemas com a amamentação, enquanto 26% se enquadrou nas baixas dificuldades.

Tabela 34. Classificação das dificuldades/problemas

Classificação das dificuldades	n	%
Baixas	26	26
Moderadas	22	22
Elevadas	52	52

Em resposta à questão colocada e face aos resultados obtidos, podemos dizer que 50% das mães considera possuir bons conhecimentos sobre amamentação, muito embora a classificação utilizada assinala apenas 39% que apresenta bons conhecimentos. No que diz respeito às dificuldades, constatou-se que cerca de 52% das mães apresentou elevadas dificuldades, nomeadamente fissuras, ingurgitamento mamário, mastite, abscesso, dor e dificuldades na pega.

3.2. Análise Inferencial

Após a apresentação da análise descritiva procedemos à análise inferencial dos dados obtidos, de forma a respondermos às questões de investigação.

Q2 - Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas maternas e os conhecimentos/dificuldades na amamentação?

Primeiramente analisou-se a relação entre os conhecimentos/dificuldades na amamentação e a idade (grupos etários). Pela observação das ordenações médias verifica-se conhecimentos mais elevados nas mães entre 26-36 anos (OM=54,96; $x^2=3,792$; $p=0,15$) e as dificuldades nas mães com idade ≤ 25 anos (OM=53,41; $x^2=0,651$ e $p=0,72$), contudo estas relações não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 35).

Tabela 35. Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e grupos etários

Idade	etários			x^2	p
	≤ 25 OM	26-36 OM	≥ 37 OM		
Conhecimentos globais	45,59	54,96	41,41	3,792	0,15
Dificuldades globais	53,41	50,60	46,21	0,651	0,72

Analisando a Tabela 36, verifica-se, pelas ordenações médias que tanto os conhecimentos (OM=66,31) como as dificuldades (OM=53,58) mostram ser superiores nas mães com ensino superior, porém, apenas significativas relativamente aos conhecimentos sobre a amamentação ($x^2=17,828$; $p=0,000$).

Tabela 36. Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e a escolaridade

Escolaridade	Ensino básico	Secundário	Superior	x^2	p
	OM	OM	OM		
Conhecimentos globais	39,28	42,33	66,31	17,828	0,00**
Dificuldades globais	46,33	50,05	53,58	0,972	0,61

** $p \leq 0,01$

Considerando os valores de significância na relação entre as variáveis, foi efetuado o teste *Post-Hoc*, averiguando-se que as relações significativas se estabelecem entre o ensino básico e superior, entre o ensino secundário e superior e entre o ensino superior, básico e secundário (cf. Tabela 37).

Tabela 37. Teste *Post-Hoc* entre os conhecimentos e as dificuldades globais e a escolaridade

	V1	V2
Ensino Básico vs Ensino Superior	<i>ns</i>	0,001
Ensino secundário vs. Ensino Superior	<i>ns</i>	0,000
Ensino Superior vs. Ensino Básico vs. Ensino Superior	0,001	0,000

Ao considerar-se a residência, verificou-se que as ordenações médias, tanto para os conhecimentos (OM=58,00; UMW=552,000; $p=0,25$) como para as dificuldades (OM=56,16; UMW=581,500; $p=0,37$) são superiores nas mães do meio rural (cf. Tabela 38), embora não estatisticamente significativas.

Tabela 38. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e a residência

Residência	Rural	Urbana	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	58,00	49,07	552,000	0,25
Dificuldades globais	56,16	49,42	581,500	0,37

No que respeita ao estado civil (cf. Tabela 39), embora sem significância estatística, observa-se que os conhecimentos globais são superiores nas mães casadas (OM=52,39; UMW=795,500; $p=0,25$) enquanto as dificuldades globais estão mais presentes nas mães solteiras/viúvas (OM=50,54; UMW=936,500; $p=0,99$).

Tabela 39. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e o estado civil

Estado civil	Solteira/viúva	Casada	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	44,82	52,39	795,500	0,25
Dificuldades globais	50,54	50,49	936,500	0,99

Em resposta à questão colocada e face aos resultados obtidos, podemos inferir que das variáveis sociodemográficas, apenas a escolaridade apresentou relação significativa, indicando que os conhecimentos sobre amamentação são mais elevados nas mães com ensino superior ($p=0,00$).

Em seguida, procurou-se analisar a influência das variáveis obstétricas nos conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação, conforme a seguinte questão de investigação:

Q3 - Qual a influência das variáveis obstétricas nos conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação?

Os resultados das ordenações médias obtidas relativas à duração da gravidez (cf. Tabela 40), mostraram conhecimentos globais superiores nas mães com uma gravidez de termo (OM=50,96; UMW=367,500; $p=0,61$) enquanto as dificuldades globais foram mais presentes nas mães com gravidez pré-termo (OM=52,72; UMW=389,500; $p=0,80$), porém as relações não são estatisticamente significativas.

Tabela 40. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e a duração de gravidez

Duração de gravidez	Pré-termo	Termo	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	45,83	50,96	367,500	0,61
Dificuldades globais	52,72	50,28	389,500	0,80

Analisando a relação com o tipo de parto, observa-se que as ordenações médias dos conhecimentos globais (OM=53,28; $\chi^2=0,703$; $p=0,70$) e das dificuldades globais (OM=55,72; $\chi^2=0,627$; $p=0,73$) são superiores nas mães com parto distócico, embora sem significância estatística (cf. Tabela 41).

Tabela 41. Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e o tipo de parto

Parto	Eutócico	Distócico	Cesariana	x^2	p
	OM	OM	OM		
Conhecimentos globais	52,72	53,28	47,99	0,703	0,70
Dificuldades globais	51,63	55,72	48,51	0,627	0,73

Considerando o tipo de gravidez, observa-se que as ordenações médias (cf. Tabela 42), dos conhecimentos globais são superiores nas mães com uma gravidez normal (OM=50,66; UMW=900,000; $p=0,92$), enquanto as dificuldades globais estão mais patentes no grupo de mães com gravidez de risco (OM=52,67; UMW=860,000; $p=0,66$), muito embora sem significância estatística.

Tabela 42. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e o tipo de gravidez

Gravidez	Normal	De risco	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	50,66	50,00	900,000	0,92
Dificuldades globais	49,82	52,67	860,000	0,66

A análise da Tabela 43, relativa à vigilância durante a gravidez, revela que os conhecimentos globais são superiores e significativas nas mães que tiveram uma gravidez vigiada (OM=51,42; UMW=56,500; $p=0,07$), enquanto as dificuldades globais mais presentes no seio das mães que não tiveram uma gravidez vigiada (OM=58,33; UMW=122,000; $p=0,62$), embora sem significância estatística.

Tabela 43. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades e vigilância da gravidez

Gravidez Vigiada	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	51,42	20,83	56,500	0,07
Dificuldades globais	50,26	58,33	122,000	0,62

Relativamente ao número de filhos e, embora sem significância estatística, observou-se igualmente que os conhecimentos (OM=51,33; $x^2=0,646$; $p=0,72$) e as dificuldades globais (OM=51,68; $x^2=0,288$; $p=0,82$) são mais elevados nas mães com dois filhos (cf. Tabela 44).

Tabela 44. Teste de Kruskal-Wallis entre os conhecimentos/dificuldades globais e número de filhos

Número de Filhos	Um filho	Dois filhos	≥Três filhos	x^2	p
	OM	OM	OM		
Conhecimentos globais	51,30	51,33	43,91	0,646	0,72
Dificuldades globais	50,47	51,68	46,55	0,288	0,82

Observou-se, ainda, que as mães que foram informadas sobre a amamentação apresentam conhecimentos globais (OM=51,10; UMW=270,000; $p=0,45$) mais elevados, enquanto as mães que não receberam qualquer informação apresentam maiores dificuldades globais (OM=59,00; UMW=266,500; $p=0,40$), embora sem significância estatística (cf. Tabela 45).

Tabela 45. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades e o ter sido Informada sobre a Amamentação

Informada	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	51,10	42,57	270,000	0,45
Dificuldades globais	49,86	59,00	266,500	0,40

Especificando o local onde as mães receberam a informação, observou-se, da mesma forma, que os conhecimentos (OM=49,04; UMW=853,000; $p=0,63$) e as dificuldades globais (OM=53,70; UMW=722,500; $p=0,10$) apresentam ordenações médias mais elevadas nas mães que não receberam informações sobre a amamentação através do Centro de Saúde, porém sem significância estatística (cf. Tabela 46).

Tabela 46. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Informação dada no Centro de Saúde

Centro de saúde	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	46,12	49,04	853,000	0,63
Dificuldades globais	44,12	53,70	722,500	0,10

Analisando as ordenações médias constantes na Tabela 47, observa-se que os conhecimentos (OM=53,19; UMW=563,500; $p=0,27$) e as dificuldades globais (OM=54,47; UMW=540,500; $p=0,17$) estão mais presentes nas mães que não receberam informações sobre a amamentação no hospital, embora sem significância estatística.

Tabela 47. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada no Hospital

Hospital	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	53,19	45,51	563,500	0,27
Dificuldades globais	54,47	45,21	540,500	0,17

Ao considerarmos a aula de preparação para o parto, verifica-se pela análise da Tabela 48, ordenações médias que mostram que os conhecimentos (OM=48,85; UMW=930,500; $p=0,48$) e as dificuldades globais (OM=47,41; UMW=984,000; $p=0,78$) são mais elevados nas mães que receberam aulas de preparação para o parto, embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 48. Teste de U Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada na Aula de Preparação para o Parto

Aula de preparação para o parto	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	48,85	44,92	930,500	0,48
Dificuldades globais	47,41	45,89	984,000	0,78

As mães que receberam informação do enfermeiro, apresentam ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos globais (OM=48,04; UMW=291,000; $p=0,25$) enquanto as mães que não receberam informações sobre a amamentação através do enfermeiro, patenteiam ordenações médias mais elevadas nas dificuldades globais (OM=54,17; UMW=313,500; $p=0,38$), contudo sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 49).

Tabela 49. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pelo Enfermeiro

Enfermeiro	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	48,04	37,33	291,000	0,25
Dificuldades globais	46,23	54,17	313,500	0,38

Os conhecimentos globais são mais elevados no seio das mães que não receberam informação sobre a amamentação por parte do médico de família (OM=47,12; UMW=819,500; $p=0,94$), enquanto as ordenações médias das dificuldades globais (OM=51,73; UMW=714,500; $p=0,30$) são mais elevadas nas mães que receberam informações sobre a amamentação através do médico de família, embora sem relevância estatística (cf. Tabela 50).

Tabela 50. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pelo Médico de Família

Médico de família	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	46,65	47,12	819,500	0,94
Dificuldades globais	51,73	45,36	714,500	0,30

Considerando a informação proveniente do Pediatra, mesmo sem relevância estatística, verifica-se, pela observação da Tabela 51, que os conhecimentos (OM=47,75; UMW=276,500; $p=0,38$) e as dificuldades globais (OM=47,19; UMW=323,500; $p=0,81$) estão mais presentes nas mães que não receberam informações sobre a amamentação por parte do pediatra.

Tabela 51. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pelo Pediatra

Pediatra	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	39,06	47,75	276,500	0,38
Dificuldades globais	44,94	47,19	323,500	0,81

A Tabela 52 mostra igualmente que, as mães que receberam informação pelo obstetra, embora sem significado estatístico relevante, apresentam conhecimentos globais mais elevados (OM=48,32; UMW=414,500; $p=0,23$), enquanto as dificuldades apresentam diferenças estatisticamente significativas (UMW=324,000; $p=0,02$), sugerindo estarem mais presentes nas mães que receberam informações do obstetra (OM=62,08).

Tabela 52. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pelo Obstetra

Obstetra	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	38,88	48,32	414,500	0,23
Dificuldades globais	62,08	44,55	324,000	0,02*

* $p \leq 0,05$

A informação proveniente de outras fontes, como sendo a família e amigos, foi igualmente analisada. Os resultados constantes na Tabela 53 sublinham a presença de ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos (OM=52,05; UMW=395,500; $p=0,50$) e também nas dificuldades globais (OM=55,45; UMW=358,000; $p=0,25$), no seio das mães que receberam informações através destas fontes, embora sem qualquer relevância estatística.

Tabela 53. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pela Família e Amigos

Família e amigos	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	52,05	46,32	395,500	0,50
Dificuldades globais	55,45	45,87	358,000	0,25

Da mesma forma, analisando as ordenações médias patentes na Tabela 54, observa-se que os conhecimentos globais (OM=53,56; UMW=557,000; $p=0,24$) se mostram mais elevados nas mães que receberam informações sobre a amamentação através de livros e revistas, enquanto as dificuldades globais se encontram presentes no grupo daquelas mães que não obtiveram informação através desta fonte (OM=47,17; UMW=662,500; $p=0,90$), embora sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 54. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e informação dada pelos Livros e Revistas

Livros e Revistas	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	53,56	45,43	557,000	0,24
Dificuldades globais	46,31	47,17	662,500	0,90

Ao se analisarem as ordenações médias, quando a variável amamentação anterior foi considerada, observa-se pela análise da Tabela 55, valores mais elevados de conhecimentos globais (OM=56,91; UMW=913,000; $p=0,10$) nas mães que amamentaram anteriormente, enquanto as dificuldades globais se mostraram mais presentes no grupo de mães que não tinha amamentado anteriormente (OM=50,55; UMW=1134,000; $p=0,97$), embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 55. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Amamentação Anterior

Amamentou antes	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	56,91	47,05	913,000	0,10
Dificuldades globais	50,40	50,55	1134,000	0,97

A Tabela 56 mostra que os conhecimentos globais (OM=54,16) são mais elevados e estatisticamente significativos (UMW=278,000; $p=0,01$) nas mães que se encontram a amamentar atualmente, enquanto as dificuldades globais se encontram presentes no grupo daquelas mães que não se encontram atualmente a amamentar (OM=55,68; UMW=529,500; $p=0,45$), embora neste último caso, sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 56. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Amamentação Atual

Amamentação atual	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos globais	54,16	28,00	278,000	0,01**
Dificuldades globais	49,66	55,68	529,500	0,45

** $p \leq 0,01$

Analisando as expectativas na primeira amamentação verifica-se pela análise da Tabela 57 que os conhecimentos globais (OM=51,26; UMW=739,000; $p=0,59$) estão mais presentes nas mães que tinham expectativas relativamente à primeira amamentação, embora sem relevância estatística, enquanto as dificuldades globais se encontram presentes no grupo daquelas mães que não tinha qualquer expectativa na primeira amamentação (OM=64,43), com diferenças estatisticamente significativas (UMW=521,500; $p=0,01$).

Tabela 57. Teste de U-Mann-Whitney entre os conhecimentos/dificuldades globais e Expectativas na Primeira Amamentação

Expectativas	Sim	Não	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Conhecimentos globais	51,26	47,45	739,000	0,59
Dificuldades globais	47,02	64,43	521,500	0,01**

** $p \leq 0,01$

Ao procurarmos analisar a interseção dos níveis de conhecimentos com os níveis de dificuldades globais, verifica-se uma maior percentagem de mães que apresenta dificuldades elevadas embora com bons conhecimentos ao nível da amamentação (44,2%), uma percentagem de 36,4% com dificuldades moderadas e conhecimentos moderados e uma percentagem de 42,3% que tendo conhecimentos fracos, apresentam baixas dificuldades, embora sem significância estatística (cf Tabela 58).

Tabela 58. Relação entre as dificuldades e os conhecimentos das mães na amamentação

Dificuldades	Baixas		Moderadas		Elevadas		Total		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Fracos	11	42,3	7	31,8	14	26,9	32	32,0	2,793	0,59
Moderados	6	23,1	8	36,4	15	28,8	29	29,0		
Bons	9	34,6	7	31,8	23	44,2	39	39,0		
Total	26	100,0	22	100,0	52	100,0	100	100,0		

Realizadas as análises correlacionais através do r de Pearson, a Tabela 59 mostra que existe uma correlação muito baixa entre as duas variáveis consideradas ($r=0,108$) e sem qualquer relevância estatística ($p=0,14$).

Tabela 59. Correlação de Pearson

Conhecimentos globais		
Dificuldades globais	r	0,108
	p	0,14

Em resposta à questão colocada e face aos resultados obtidos, podemos inferir que das variáveis obstétricas, *não ter expectativas na primeira amamentação* ($p=0,01$) e *ter sido informada sobre o AM pelo obstetra* ($p=0,02$) exercem influência significativa nas dificuldades globais das mães na amamentação, enquanto estar a *amamentar atualmente* ($p=0,01$) exerce influência significativa nos conhecimentos das mães na amamentação.

Capítulo 4 - Discussão

Em seguida serão discutidos dois aspetos fundamentais do presente trabalho: os relativos à opção metodológica e, os relativos aos resultados encontrados, sendo que para estes últimos teremos como ponto de partida as questões de investigação e os objetivos inicialmente definidos.

4.1. Discussão Metodológica

A discussão metodológica recai sobre o percurso e as opções metodológicas que foram tomadas ao longo da investigação. Na perspetiva de Kinnear e Gray (2001) todas as opções metodológicas são válidas, desde que o investigador tenha consciência das suas limitações.

Na verdade, o percurso metodológico seguido para a concretização da presente investigação foi delineado em função dos objetivos definidos, das características da amostra e do tempo de realização do presente estudo. Apesar destes aspetos que foram considerados, subsistem algumas limitações metodológicas que gostaríamos de sublinhar, já que estas poderão ser importantes em investigações futuras.

Um dos primeiros aspetos metodológicos que se assumiu como limitação prende-se com o facto de se tratar de um estudo de corte transversal, que nos remete para um período de avaliação único, não tendo havido uma avaliação de *follow-up* que permitisse o estabelecimento de relações causais entre as variáveis que foram estudadas. Tal como refere Fortin (2009), os estudos transversais espelham apenas a prevalência e não a incidência, o que acaba por constituir uma informação limitada no que diz respeito ao decurso natural dos acontecimentos e seu prognóstico.

Um outro aspeto focaliza-se no tamanho da amostra. De facto, a amostra do presente estudo foi uma amostra não probabilística por conveniência, tendo sido formada por pessoas facilmente acessíveis à investigadora. Esta limitação sublinha a necessidade de alguma parcimónia na análise dos resultados, nomeadamente na impossibilidade da sua generalização.

Um terceiro aspeto remete-nos para o instrumento de recolha de dados, configurado através de um inquérito por questionário, que se revelou algo extenso, dada a multiplicidade de variáveis em jogo. O questionário, enquanto método privilegiado de recolha de dados afigura-se como um meio rápido e pouco dispendioso que se encontra integrado numa abordagem quantitativa (Fortin, 2009). Todavia, o uso exclusivo deste tipo de abordagem aporta limitações, pelo que esta deve ser, sempre que possível, complementada com uma abordagem qualitativa que enfatiza as qualidades das entidades, os processos e significados (Almeida & Freire, 2008).

Por último, importa ressaltar que, apesar de identificadas algumas limitações de natureza metodológica, as opções da presente investigação permitiram uma maior compreensão relativamente aos conhecimentos e dificuldades patenteados pelas mães face à amamentação, bem como analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nesses conhecimentos/dificuldades.

4.2. Discussão dos Resultados

Tendo em consideração a primeira questão de investigação - *Quais são os conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação?* - Constituiu-se como primeiro objetivo, **avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação.**

Os principais resultados descritivos encontrados mostraram uma dispersão moderada dos conhecimentos das mães, sublinhando que 50% possui autoperceção de que detém bons conhecimentos relativos à amamentação. Todavia, ao realizar-se a classificação desses conhecimentos, constatou-se que apenas 39% das mães apresentou bons conhecimentos. Na verdade, esta diferença entre a autoperceção e a realidade encontra-se bem presente em alguns estudos (e.g., Andrade et al., 2009; Juez & Cordero, 2005), que referem que as mães nem sempre assumem não ter conhecimentos sobre determinados aspetos da amamentação ou, contrariamente, possuem ideias/ações que revelam poucos conhecimentos neste âmbito.

A partir destes resultados, foi possível identificar que 93% das mães do presente estudo considerou que o início da amamentação deve acontecer na primeira hora de vida do bebé, sendo esta ideia perfilhada por diversos autores (Coelho, 2015; DGS, 2014; Giugliani, 2000; Oddy, 2013; Ribeiro et al., 2015), que têm vindo a sublinhar que amamentar o bebé na

primeira hora de vida é fundamental, pois apesar de a sucção espontânea do recém-nascido poder não ocorrer nos primeiros momentos após o parto, o simples facto de contactar com a pele da mãe revela-se de extrema importância (Giugliani, 2000), permitindo a criação de laços afetivos e aumentando a confiança da mãe para cuidar do seu bebé, tornando-a mais amorosa, afetuosa e acelerando a adaptação metabólica do bebé (Papí, 2004). Na verdade, o contacto precoce entre o bebé e a mãe, através da amamentação, encontra-se associado a uma maior duração desta, melhor interação mãe-bebé, melhor controlo da temperatura do bebé, níveis elevados de glicose e menor choro associado (Giugliani, 2000).

Os resultados mostraram igualmente que 28% das mães considera adequada uma amamentação exclusiva até aos 6 meses, informação que é corroborada por diversas investigações (Alarcão et al., 2012; Barge & Carvalho, 2011; Boland, 2005; Gartner et al., 2005; Sandes et al., 2007; WHO, 2000) o que vai ao encontro das recomendações atuais (OMS, 2000; UNICEF; IBFAN, IHAB).

A amamentação exclusiva até aos 6 meses implica não oferecer qualquer outro alimento sólido ou líquido (e.g., água), até essa idade. Apesar do conhecimento relativo à exclusividade do AM, é verificado em diversos estudos que a introdução do biberão e de outros alimentos artificiais é uma realidade (Alarcão et al., 2012; Cardoso, 2006; Martins, 2001; Vilas Boas, 2013), o que conduz, invariavelmente, a um desmame precoce. Por este motivo, a amamentação deve ser incentivada pelo Sistema de Saúde, como ação prioritária na prevenção de problemas e na melhoria da saúde física e mental das crianças e das famílias (Giugliani, 2000), implicando a necessidade de as mães serem informadas, aconselhadas e orientadas relativamente aos custos e benefícios do AM e o seu impacto para o bebé e sua saúde (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013).

O conhecimento relativamente à composição do leite materno e à composição imunológica do mesmo esteve presente em 93% das mães do presente estudo. A composição do leite materno é referenciada por diversos autores (Cardoso, 2006; Cordero, 2005; Cordero et al., 2005; Lawrence & Lawrence, 2016; Martín-Calama, 2004; Morais, 2000; Northrup 2004) que o têm assinalado como melhor alimento para o bebé, uma vez que possui todos os nutrientes necessários ao seu desenvolvimento, adaptando-se, de forma gradual, às necessidades nutricionais e digestivas do bebé (Levy & Bértolo, 2012). Por conseguinte, as quantidades e qualidades dos elementos que fazem parte do leite materno são suficientes até aos 6 meses de idade, para que este possa ser nutrido em exclusividade, sendo que a partir

dessa idade, a amamentação deve ser complementada com outro tipo de alimentos (Real, 2010).

O reconhecimento da composição do leite materno, poderá permitir a decisão de amamentar, já que este possui inúmeras vantagens não apenas para o bebé, mas também para a mãe, para a família e para o ambiente, tal como referenciado por diversos autores (Aguiar & Silva, 2011; Calvano, 2002; Ferreira, 2005; Gartner et al., 2005; González, 2008; IP et al., 2009; Levy & Bértolo, 2012; Rea, 2004; Real, 2010; Silva et al., 2009; Valero, 2009; WHO, 2000).

Os resultados relativos à identificação dos sinais da pega correta não foram assinalados apenas por 7% das mães do presente estudo. Estes resultados são importantes na medida em que sublinham que o bebé, apesar de poder realizar a pega correta, ainda não possui o seu reflexo de sucção e deglutição completamente desenvolvido, o que poderá apresentar-se como uma dificuldade no processo de amamentação (Pereira, 2006). Os sinais comportamentais que ele exhibe devem ser compreendidos com tranquilidade por parte da sua mãe, pois o bebé encontra-se, ainda, num processo de adaptação, sendo que poderá necessitar de algum tempo adicional para que esses reflexos ocorram de forma adequada e eficaz (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004). De facto, uma pega correta encontra-se associada a níveis baixos de dor por parte da mãe (Blair et al., 2003) e evita o desmame precoce (Galvão, 2006; Giugliani, 2000; Pereira, 2006; Molina, 2004).

Relativamente ao horário da amamentação verifica-se que 62% das mães inquiridas considera correto dar a mamar de 3 em 3 horas. Este comportamento está ainda muito enraizado na nossa população, apesar de diversos estudos (Galvão, 2006; Pereira, 2006) considerarem que pode interferir com o estabelecimento da amamentação no período após o nascimento. Contudo, 61% assinalou que a mamada termina quando o bebé parar e 58% que considera correto que deve dar de mamar quando o bebé tiver fome. Estes dados são congruentes com os diversos estudos que sugerem que, nos primeiros anos de vida, os bebés dormem a maior parte do tempo, sendo que os breves momentos que se encontram acordados devem ser utilizados para amamentar (Papí, 2004). Por esse motivo, é de esperar que o regime nutricional rígido ao nível de horários e duração da mamada não seja recomendável, já que altera invariavelmente, a rotina do bebé (Cardoso, 2006; Morales, 2004; Vilas Boas, 2013). A mãe deve ser encorajada a amamentar o seu filho sempre que este tenha fome, deixando-o

esvaziar uma mama até ao fim e só depois lhe deve oferecer a outra, alternando na mamada seguinte (Cardoso, 2006; Papí, 2004; Morales, 2004; Vilas Boas, 2013).

Quanto ao uso de chupeta constatou-se que 56% das mães ofereceu chupeta ao seu filho e 51% considera que a chupeta ou o biberão não desfavorece a amamentação. De facto, esta ideia não é atualmente corroborada por diversos autores (Cadwell et al., 2004; Cardoso, 2006; DGS, 2014; Dodd & Chalmers, 2003) que consideram que o uso da chupeta poder atrapalhar o processo de amamentação, uma vez que se pode formar a síndrome de confusão tetina-mamilo, abordada anteriormente. O uso de chupeta ou biberão nos primeiros dias de vida pode levar a que o bebé rejeite o peito e apresente dificuldades na forma de sucção, já que se afiguram diferentes, o que poderá levá-lo a sentir-se frustrado (Cadwell et al., 2004; Morales, 2004).

Por outro lado, importa também referenciar que a sucção frequente na mama assume-se como um dos estímulos mais adequados para a secreção do leite e com benefícios comprovados (Aguar & Silva, 2011; Cardoso, 2006; Ferreira, 2005; Galvão, 2006; Gartner et al., 2005; IP et al., 2009; Levy & Bértolo, 2012; Rea, 2004; Real, 2010; Taveras et al., 2004; WHO, 2000).

Relativamente aos cuidados a ter após a mamada, denotou-se que 69% das mães, no final de cada mamada espreme umas gotinhas e espalha pelo mamilo e à sua volta. Este procedimento vai ao encontro de alguns dos conselhos que são dados às mães que amamentam, uma vez que previne o aparecimento de gretas ou fissuras, sendo que após é necessário deixá-los expostos ao ar e protegê-los com discos absorventes (Cardoso, 2006; Galvão, 2006; Maia, 2007; Pereira, 2006).

Globalmente, podemos dizer que estas mães possuem bons conhecimentos globais sobre a amamentação, sendo que 32% possui fracos conhecimentos relativamente a esta temática. De facto, verifica-se que 90,3% das mães refere que a informação sobre a amamentação lhes foi transmitida por enfermeiros, o que acaba por sublinhar a importância deste profissional nesta área de atuação. Na verdade, o enfermeiro detém a responsabilidade de transmitir, de forma adequada e ajustada, os conhecimentos relativos à amamentação, pelo que ele próprio deve ser o promotor e apoiante da AM, sendo necessário encontrar-se formado e informado sobre as vantagens da amamentação, aspetos relativos à prevenção e procedimentos que devem ser tidos em consideração nos primeiros momentos, período em que as principais dificuldades surgem (Parizotto & Zorzi, 2008). Estes profissionais são

aqueles que se encontram mais próximo das mães, pelo que devem assumir-se como reguladores das práticas de AM, propondo alternativas e adequando as formas de aconselhamento, transmitindo (in)formações às mães sobre o aleitamento (Bassichetto & Réa, 2008; Caldeira et al., 2007).

O enfermeiro deve criar um ambiente propício e favorável ao AM, proporcionando uma relação de confiança e de ajuda para que essa prática se torne bem-sucedida (Bueno & Teruya, 2004; Cunha et al., 2012; Rezende et al., 2002; Venâncio, 2003), bem como desenvolver competências específicas de aconselhamento em amamentação para que o suporte às mães possa ser efetivo (Costa et al., 2009; Maia, 2007).

Constitui-se como segundo objetivo **identificar as dificuldades vivenciadas pelas mães, em relação à amamentação.**

Os principais resultados descritivos permitiram identificar que 52% das mães revelou elevadas dificuldades ou problemas com a amamentação, nomeadamente: fissuras (56,4%), ingurgitamento mamário (38,5%), mastite (3,8%), dor (40%) e dificuldade na pega (60%). Destes resultados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas mães que referiram não ter tido ingurgitamento mamário e as que referiram ter ($p \leq 0,05$), bem como entre aquelas que referiram não ter tido mastite e abscesso mamário, por comparação às que referiram ter ($p \leq 0,001$). Nos restantes problemas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da distribuição. A dor foi classificada como intensa em 55,7% dos casos e presente no início da mamada (83,6%), não tendo as mães realizado nada para a diminuir (52,5%).

Estes resultados são congruentes com a diversa literatura sobre a amamentação (Galvão, 2006; Lothrop, 2000; Maldonado, 2004; Vila Boas, 2013), que assinala a possibilidade de presença de algumas dificuldades em certas mulheres que se encontram a amamentar, nomeadamente se o estão a fazer pela primeira vez.

Pelo facto de os mamilos sofrerem um conjunto de variações, podem provocar alguma dificuldade no processo de amamentação, não constituindo estas dificuldades motivo para cessar a amamentação, pois constituem-se como dificuldades transitórias (Maldonado, 2004). As dificuldades encontradas no presente estudo não se associam ao tipo de mamilo, tal como é referenciado na literatura (Maldonado, 2004; Martin, 2000), pois grande parte das mães referiu ter mamilos anatomicamente normais.

As dificuldades apresentadas pelas mães do presente estudo remetem-nos para a presença de gretas e fissuras, tal como diversos autores assinalam (Martin, 2000; Vila Boas, 2013), sendo que estas podem ocasionar dor e desconforto durante a amamentação (Dewey et al., 2003). Muitas vezes, a dor pode encontrar-se associada à má posição ou pega, pelo que deverá ser corrigida para permitir uma diminuição da mesma (Blair et al., 2003).

O ingurgitamento mamário encontra-se igualmente identificado como sendo um dos problemas decorrentes da amamentação (Cardoso, 2006; Maldonado, 2004) e associado com o uso de outros alimentos para além da AM e com horários de mamadas rígidos (Cardoso, 2006).

Também as mastites e os abscessos mamários são identificados na diversa literatura sobre o tema (Galvão, 2006; Lothrop, 2000; Maldonado, 2004; Martin, 2000), podendo ser atenuados através de alguns cuidados básicos.

Pelo exposto, pode-se dizer que as principais dificuldades e problemas sentidos no processo de amamentação pelas mães do presente estudo, encontram-se documentados na literatura como sendo transitórios, sublinhando, por isso, a necessidade de informação e do ensino de cuidados básicos que devem ser realizados para que estes problemas e dificuldades possam ser atenuados e ultrapassados, não comprometendo o processo de amamentação.

Relativamente à segunda questão de investigação - *Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas maternas e os conhecimentos/dificuldades na amamentação?*- constituiu-se como terceiro objetivo, **analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas das mães (e.g., idade, escolaridade, residência e estado civil) e os seus conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação.**

Os principais resultados inferenciais encontrados mostraram que, apesar de não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas, as mães com idades entre os 26 e 36 anos apresentaram elevados conhecimentos globais, enquanto as com idade igual ou inferior a 25 anos, apresentaram maiores dificuldades.

Estes dados são congruentes com os estudos que assinalam a idade materna como associada à incidência, decisão e duração da amamentação (Aguilar, 2004), bem como com o facto de as mães mais novas serem identificadas como tendo menor sucesso na amamentação (Dubois & Girard, 2001). Esta constatação poderá associar-se à insegurança e falta de confiança em si mesmas para proverem a alimentação ao bebé, falta de apoio de familiares

mais próximos, problemas de autoimagem, entre outros, levando a vivenciar maiores dificuldades e, conseqüentemente, um abandono precoce do aleitamento (Gigante et al., 2000; Lima & Osório, 2003).

Relativamente à **escolaridade**, constataram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível dos conhecimentos, a favor das mães com ensino superior, apresentando estas maiores dificuldades de amamentação, embora sem relevância significativa. Estes resultados vão ao encontro dos estudos que têm mostrado que a escolaridade materna é uma variável influenciadora do processo de amamentação (Aguilar, 2004), sendo que as mães com habilitações superiores são as que revelam maior nível de informação relativamente às vantagens do AM (Araújo et al., 2008; Barge & Carvalho, 2011).

Ao se considerar a **residência** não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível dos conhecimentos e das dificuldades, embora as ordenações médias se apresentassem mais elevadas no seio das mães do meio rural. Estes dados acabam por ser congruentes com os decorrentes do estudo de Lanzaro e col. (2015) que mostrou que as mães do meio rural apresentaram maior prevalência de AM exclusivo, o que se encontrou associado com os seus conhecimentos relativamente à amamentação.

Por último, o **estado civil** não mostrou igualmente significância estatística, embora os conhecimentos globais se apresentassem superiores nas mães casadas, enquanto as dificuldades mais presentes nas mães solteiras/viúvas. Estes dados confirmam as diversas investigações que têm associada manutenção da amamentação com a estrutura familiar (Cardoso, 2006; Northrup, 2004; Vilas Boas, 2013). De facto, a rede de suporte percecionada é fundamental não apenas para o incremento dos conhecimentos relativos à amamentação, como também para que as dificuldades e problemas sentidos durante o processo possam ser ultrapassados (Rea, 2004).

No que diz respeito à terceira questão de investigação - *Qual a influência das variáveis obstétricas nos conhecimentos e dificuldades das mães na amamentação?*- constatamos a presença de elevados conhecimentos nas mães com gravidez de termo, com gravidez normal, vigiada, parto distócico, com dois filhos, informadas sobre o AM através do enfermeiro, obstetra, família e amigos, livros e revistas e nas aulas de preparação do parto. As mães que não foram informadas sobre a amamentação através do centro de saúde, hospital, médico de família e pediatra apresentam igualmente elevados conhecimentos sobre a amamentação, bem como aquelas que já amamentaram, que possuem expectativas

relativamente à amamentação e que se encontram a amamentar, sendo que estas com significância estatística.

Relativamente às dificuldades, constata-se que estas estão mais presentes nas mães com gravidez pré-termo, de risco, não vigiada, com parto distócico, dois filhos, não informadas sobre o AM, informadas pelo médico de família, família e amigos e obstetra, sendo esta última com relevância estatística. As dificuldades encontram-se igualmente mais presentes nas mães que nunca amamentaram, que não se encontram a amamentar e que não possuem expectativas relativamente à amamentação.

Estes resultados sublinham, de forma global, a necessidade de se desenvolverem esforços que conduzam a um maior conhecimento sobre a amamentação por parte das mães e da sociedade em geral, pois a experiência de amamentação exige não apenas o envolvimento da mãe, mas também dos profissionais de saúde e familiares, que se assumem como rede de suporte (Caldeira et al., 2007; Camurdan et. al., 2008). As dificuldades apresentadas são comuns e devem ser colmatadas através da disseminação de conhecimentos, para que as recomendações relativas ao AM possam ser concretizadas para benefício dos bebés, das mães e da sociedade em geral (Rocha & Leal, 2008). Por conseguinte, o sucesso da amamentação não depende apenas do conhecimento das mães e da sua prática, mas também da intervenção dos profissionais (Pereira, 2006).

A par disso, é importante compreender que para além dos fatores individuais associados a cada mãe (e.g., duração da gravidez, tipo de gravidez, tipo de parto, número de filhos, experiência de amamentação anterior, expectativas), existem fatores associados à informação sobre o AM que podem potenciar o processo de amamentação, diminuindo os problemas e dificuldades sentidos, evitando, desta forma, o seu abandono precoce (Giugliani & Lamounier, 2004).

O ato de amamentar é natural e deve ser realizado de forma confiante e apoiada pelos profissionais de saúde, logo desde o início (Biancuzzo, 2000). Por esse facto, a educação assume-se como uma peça fundamental para a saúde, pois com ela é possível compreender as dificuldades associadas à experiência de amamentar, dissipar os mitos e as falsas concepções criadas, bem como o esclarecimento de dúvidas que possam ser impeditivas do início e manutenção da amamentação (Barreira & Machado, 2004).

Conclusões

O presente trabalho de investigação teve como principais objetivos analisar os conhecimentos das mães sobre a amamentação; identificar as dificuldades por elas vivenciadas durante a amamentação e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas das mães e os seus conhecimentos/dificuldades sobre a amamentação.

A opção metodológica utilizada permitiu que estes objetivos fossem analisados, sendo que as principais estatísticas descritivas e inferenciais, permitiram chegar às seguintes conclusões:

Relativamente à **caracterização das mães** que participaram no presente estudo, observou-se:

- ✓ Uma média etária de 30,77 anos (Dp=6,356 anos), com dispersão moderada, sendo que 60% se insere no grupo entre os 26 - 36 anos;
- ✓ Habilitações literárias oscilam entre o ensino básico e superior, sendo que 40% possui escolaridade ao nível do ensino secundário;
- ✓ Que a maioria (84%) reside numa zona urbana;
- ✓ Que a maioria é casada ou vive em união de facto (75%);
- ✓ Que a duração mínima da gravidez foi de 30 semanas e a máxima de 42, correspondendo a uma média de 38,89 semanas (Dp=1,780);
- ✓ Que têm no mínimo 1 filho e máximo 6 filhos, correspondendo a uma média de 1,65 filhos (Dp=0,845);
- ✓ Que a duração da gravidez foi na sua maioria (91%) de termo, sendo que 76% teve uma gravidez normal e vigiada (97%);
- ✓ A cesariana foi o tipo de parto predominante (48%);
- ✓ Que 93% foi informada sobre o AM, sendo a maioria (90,3%) através dos enfermeiros;

Quanto aos seus **conhecimentos** sobre a amamentação observou-se que:

- ✓ 50% possui autoperceção de que é detentora de bons conhecimentos globais relativos à amamentação, especificados no seguinte:

- ✓ 93% considerou que o início da amamentação deve acontecer na primeira hora de vida do bebé;
 - ✓ 28% considerou adequada uma amamentação exclusiva até aos 6 meses;
 - ✓ 93% possui conhecimento relativamente à composição do leite materno e à composição imunológica;
 - ✓ Apenas 7% não revelou conhecimento relativo aos sinais de identificação da pega correta;
 - ✓ 62% considerou correto dar a mama de 3 em 3 horas, enquanto 58% considerou correto dar de mamar quando o bebé tiver fome;
 - ✓ 61% assinalou que a mamada termina quando o bebé parar;
 - ✓ 56% ofereceu chupeta ao seu filho e 51% considera que a chupeta ou o biberão não desfavorece a amamentação;
 - ✓ 69%, no final de cada mamada, protege o mamilo e aréola com leite materno.
- ✓ Todavia, a classificação identificou apenas 39% das mães como detentoras de bons conhecimentos sobre a amamentação.

No que diz respeito às principais **dificuldades** vivenciadas durante a amamentação, constatou-se que:

- ✓ 52% revelou elevadas dificuldades ou problemas, nomeadamente fissuras (56,4%), ingurgitamento mamário (38,5%), mastite (3,8%), dor (40%) e dificuldade na pega (60%);
- ✓ Existem diferenças estatisticamente significativas associadas ao ingurgitamento mamário, mastite e abcesso mamário.

Ao considerar-se a relação entre as **variáveis sociodemográficas** e os conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação, salienta-se:

- ✓ Diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos das mães com ensino superior, contudo as mães do meio rural apresentaram ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos e dificuldades;
- ✓ Embora sem significância estatística, observou-se que as mães com idade entre os 26-36 anos apresentaram tendencialmente conhecimentos globais elevados, enquanto as com idade igual ou inferior a 25 anos, apresentaram maiores dificuldades. Também as mães casadas apresentaram tendencialmente mais

conhecimentos globais, sendo as dificuldades mais sentidas nas mães solteiras/viúvas.

Por último, ao considerar-se a relação entre as **variáveis obstétricas** com os conhecimentos e dificuldades sobre a amamentação, observou-se que os **conhecimentos** foram mais elevados nas mães:

- ✓ Que já amamentaram, que possuem expectativas relativamente à amamentação e que se encontram a amamentar, sendo que apenas nesta última se verificou uma significância estatística;
- ✓ Com gravidez normal, vigiada, de termo, com parto distócico e com dois filhos, sem significância estatística;
- ✓ Informadas sobre o AM, através do enfermeiro, obstetra, família e amigos, livros e revistas e através das aulas de preparação do parto;
- ✓ Que não foram informadas sobre a amamentação através do centro de saúde, hospital, médico de família e pediatra.

Sendo que as **dificuldades** estiveram mais presentes nas mães:

- ✓ Não informadas sobre o AM e informadas pelo médico de família, família e amigos e obstetra, sendo esta última com relevância estatística;
- ✓ Que nunca amamentaram, que não se encontram a amamentar e que não possuem expectativas relativamente à amamentação, sendo que esta última apresenta relevância estatística;
- ✓ Com gravidez pré-termo, de risco, não vigiada, com parto distócico e dois filhos, sem relevância estatística.

Estes resultados assumem-se como um ponto de partida e não de chegada, pois apesar do muito que atualmente se desenvolve no âmbito da promoção, proteção e apoio ao AM, há ainda um grande percurso a palmilhar para que o paradigma atual da amamentação possa ser alterado, pois tal como o estudo evidencia, as principais dificuldades têm-se mantido ao longo dos últimos anos. De facto, as medidas de promoção, proteção e suporte da prática da amamentação devem servir de apoio às mães, dentro e fora das instituições de saúde onde se encontram, pelo que a formação de grupos de apoio da prática assume particular relevância, já que se constata que as mães apoiadas no processo de amamentação tendem a sentir-se encorajadas para o manterem.

Neste sentido, consideramos que o enfermeiro, enquanto profissional de saúde de maior proximidade, deverá assumir um papel fundamental no desenvolvimento prático de programas de educação em saúde, procurando preparar a mulher para a amamentação e proporcionando uma adaptação tranquila e serena ao processo, reduzindo e minimizando as dificuldades que lhe possam estar associadas.

A nossa experiência profissional diz-nos que não é apenas na altura do nascimento que as mães devem ter acesso a todo o tipo de informação, mas durante o período pré-natal, logo após a conceção do embrião, durante as Consultas de Saúde Materna nos Cuidados de Saúde Primários. Aqui sim, será a primeira ligação que se estabelece com a grávida e, portanto, altura ideal para identificar as expectativas face à amamentação, os conhecimentos que a grávida possui e as principais dificuldades que possam surgir.

Assim, consideramos que o sucesso da promoção do AM não depende unicamente da prática e da aquisição de conhecimentos sobre a amamentação, mas também do papel e das atitudes dos enfermeiros, como tem sido sublinhado ao longo desta investigação, bem como dos restantes elementos que fazem parte da Equipa de Saúde que intervêm no processo de amamentar, onde se inclui a família mais próxima.

Consequentemente, cabe essencialmente aos enfermeiros, pela sua situação privilegiada, a responsabilidade de promover e apoiar o AM e sua gestão por parte das mães. No decurso da gravidez, estas vão sendo ensinadas, treinadas e instruídas para aperfeiçoarem a técnica de amamentação, bem como para a redução da ansiedade que estas possam vivenciar, para que a díade relacional mãe-filho possa ser potenciada. Nesta linha de pensamento, alguns dos aspetos que consideramos pertinentes continuar a ser abordados e enfatizados em qualquer dos âmbitos de contacto com a grávida/puérpera, passam por:

- Sublinhar as vantagens do AM (nutricionais, imunitárias, psicológicas e económicas):
- Ensinar e preparar as mamas e mamilos para a lactação;
- Ensinar sobre o posicionamento e a pega correta;
- Esclarecer as dúvidas acerca do AM;
- Divulgar os direitos da mãe durante a amamentação;
- Potenciar o vínculo afetivo mãe/recém-nascido.

Sabemos, ainda, que a ligação entre o conhecimento do profissional e o da mãe não é linear. O uso de estratégias que permitam personalizar cada abordagem às reais expectativas da mulher é fundamental, devendo o enfermeiro estar preparado para modificar a sua rotina, postura e atitudes, como forma de se ir adaptando às diversas interlocutoras que tem à sua frente.

Em suma, consideramos que os profissionais de saúde em geral e, os enfermeiros em particular, têm um papel vital em todo o processo de amamentação, visto que apoiam as mães antes e durante esta prática, através da informação relativa aos seus benefícios para a saúde da mãe, e na saúde, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

A elaboração deste estudo serviu para alargar os conhecimentos da investigadora acerca do tema estudado, consciente que adquiriu mais competências para que possa (in)formar as mães, sobre as dificuldades durante a amamentação, de forma a obterem sucesso no processo de AM.

Referências

- Aguiar, H., & Silva, A. (2011). Aleitamento materno: A importância de intervir. *Ata Médica Portuguesa*, 24, 889-896.
- Aguilar, M. T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 31-44). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Akkuzu, G., & Taskin, L. (2000). Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. *Professional Care of Mother and Child*, 10(2), 38-41.
- Alarcão, V., Ferreira, I., Simões, R., Fernandes, M., & Nicola, P. (2012). Fatores relacionados com o aumento da prevalência e exclusividade do aleitamento materno em Portugal nos primeiros seis meses de vida. *Revista SPCNA*, 18(2), 53.
- Albuquerque, R. (2001). Aleitamento materno: Um ato ecológico. In J. D. Rego (Ed.), *Aleitamento materno* (pp. 313-320). São Paulo: Atheneu.
- Almeida, J. (2002). *Amamentação: Um híbrido natureza-cultura* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Almeida, J. A., & Novak, F. R. (2004). Amamentação: Um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl.5), 119-124.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, N., Fernandes, A., & Araújo, C. (2004). Aleitamento materno: Uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6(3), 358-367.
- Anderson, J., Malley, K., & Snell, R. (2009). Is 6 months still the best for exclusive breastfeeding and introduction of solids? A literature review consideration to the risk of the development of allergies. *Breastfeeding Review*, 17(2), 23-31.

- Andrade, M., Oliveira, M., Bezerra Filho, J., Bezerra, M., Almeida, L., & Castro e Veras, M. (2009). Desmame precoce: Vivência entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 104-113.
- Araújo, O., Cunha, A., Lustosa, L., Nery, I., Mendonça, R., & Campelo, S. (2008). Aleitamento materno: Fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 488-492.
- Barge, S., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 518-525.
- Barreira, S., & Machado, M. (2004). Amamentação: Compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 11-20.
- Bassichetto, K., & Réa, M. (2008). Aconselhamento em alimentação infantil: Um estudo de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 75-82.
- Biancuzzo, M. (2000). *Sore Nipples: Prevention and problem solving*. USA:WMC Worlwide.
- Blair, A., Cadwell, K., Turner-Maffei, C., & Brimdyr, K. (2003). The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeeding review*, 11(2), 5-10.
- Boland, M. (2005). Exclusive breastfeeding should continue to six months. *Paediatric Child Health*, 10(3), 148.
- Bordalo, J. D. (2008). *Aleitamento materno. Relactação e lactação induzida*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.
- Bueno, L., & Teruya, K. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80(5), S126-S130.
- Cadwell, K., Turner-Maffei, C., Blair, A., Brimdyr, K., & McInerney, Z. (2004). Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers. *Journal of Perinatal Education*, 13(1), 29-35.
- Caldeira, A., Nobre de Aguiar, G., Magalhães, W., & Fagundes, G. (2007). Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1965-1970.
- Caldeira, T, Moreira, P, & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: Estudo dos fatores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 685-699.
- Calvano, L. (2002). O poder imunológico do leite materno. In R. Marcus, & R. N. Tamez (Eds.), *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional* (pp. 88-95). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

- Camurdan, A., Ilhan, M., Beyazova, U., Sahin, F., Vatandas, N., & Eminoglu, S. (2009). How to achieve long-term breastfeeding: Factors associated with early discontinuation. *Public Health Nutrition* 11(11), 1173-1179.
- Cardoso, A. (2013). *Importância do aleitamento materno na perspectiva da grávida*. Dissertação de Mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento materno: Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko., B., & Guzmán, L. (2005). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: Current situation. *Public Health Nutrition*, 81(1), 39-46.
- Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la Evidencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina materno fetal* (vol. I, 3ª ed., pp. 327-332). Lisboa: Lidel.
- Coelho, A. (2015). *Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cordero, M. (2005b). Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana. Principios inmediatos. In M. J. Cordero (Ed.), *Lactancia materna* (pp. 53-63). Madrid: Elsevier.
- Cordero, M., Díez, A., & Aguilar, R. (2005). Ictericia neonatal y lactancia materna. M. J. Cordero (Ed.), *Lactancia materna* (pp. 338-351). Madrid: Elsevier.
- Costa, A., Teodoro, T., & Araújo, M. (2009). Análise da prática de profissionais no apoio à amamentação. *Comunicação em Ciências Saúde*, 20(1), 55-64.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Lisboa: Editora Almedina.
- Cunha, A., Santos, C., & Gonçalves, R. (2012). Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 139-55.
- Dewey, K., Nommsen-Rivers, L., Heinig, M., & Cohen, R. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss, *Pediatrics*, 112, 607-619.

- Díaz-Gomez, M. (2004). Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 107-118). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Direção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Circular Normativa. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2014). *Registo do aleitamento materno (RAM): Relatório de janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa: DGS. Consultado em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Dodd, V., & Chalmers, C. (2003). Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 486-494.
- Dubois L., & Girard M. (2001). Social position and nutrition: A gradient relationship in Canada and the USA. *The European Journal of Clinical Nutrition* 55, 366-73.
- Escobar, A., Ogawa, A., Hiratsuka, M., Kawashita, M., Teruya, P., Grisi, S., & Tomikawa, S. (2002). Aleitamento materno e condições socioeconómicas e culturais: Fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(3), 253-261.
- Falceto, O. (2002). *A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno*. Tese de Doutoramento. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Consultado em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3143/000333020.pdf?sequence=1>
- Ferreira, I. (2005). Composição do leite de mulher, do leite de vaca e das fórmulas de alimentação infantil. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 36, 277-285.
- Filipe, M. F. (2011). *Visita domiciliária: Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, D. M. (2006). *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.

- Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R., & Eidelman, A. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *115*(2), 496-506.
- Gigante, D., Victora, C., & Barros, F. (2000). Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas. *Revista de Saúde Pública*, *34*(3), 259-265.
- Giugliani, E. R. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, *76*(Supl 3), 238-252.
- Giugliani, E., & Lamounier, J. (2004). Aleitamento materno: Uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, *80*(5), S117.
- González, C. (2008). *Manual práctico do aleitamento materno*. Parede: Mama Mater.
- González, M., Cebrián, D., Santana, R., Villanueva, E., & Santana, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Asociación Española de Pediatría*, *56*, 144-150.
- Heining, M. J. (2001). Host defence benefits of breastfeeding for the infant: Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatric Clinics of North America*, *48*(1), 105-123.
- Henderson, L., Kitzinger, J., & Green, J. (2000). Representation infant feeding: Content analysis of British media portrayal of bottle feeding and breast feeding. *British Medical Journal*, *321*, 1196-1198.
- Howard, C., Howard, F., Lanphear, B., Eberly, S., deBlicke, E., Oakes, D., & Lawrence, R. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, *111*(3), 511-518.
- Ichisato, S., & Shima, A. (2001). Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *9*(5), 70-6.
- International Baby Food Action Network (2013). *Pró-alimentação infantil: Amamentação OMS*. Consultado em <http://www.ibfanportugal.org/#!amamentao-oms/clms>
- IP, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., & Lau, J. (2009). Summary of the agency for healthcare research and quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Medicine*, *4*(1), S17-S30.
- Juez, M., & Cordero, M. (2005). Instauración y fomento prenatal de la lactancia materna. In M. J. Cordero (Ed.), *Lactancia materna* (pp. 90-104). Madrid: Elsevier.
- Kinney, P., & Gray, C. (2001). *SPSS for windows: Made simple*. United Kingdom: Psychology Press.

- Lansinoh Laboratórios (2015). *Pesquisa global Lansinoh sobre aleitamento materno 2015*. Consultado em <http://www.lansinohbrasil.com.br/noticia/pesquisa-global-lansinoh-sobre-aleitamento-materno-2015>
- Lanzaro, C., Santos, P., Guerra, A., Hespanhol, A., & Esteves, M. J. (2015). Prevalência do aleitamento materno: Comparação entre uma população urbana e uma população rural do norte de Portugal. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 46, 101-108.
- Lawrence, R., & Lawrence, R. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lima, T., & Osório, M. (2003). Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses, da Região Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(3), 305-314.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paulinas Editora.
- Lourenço, R. (2009). Aleitamento materno: Uma prioridade para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 344-346.
- Maia, M. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Maldonado, J. (2004). Problemas tempranos de las mamas. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 196-200). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Manzanares, L., Sanz, M., & López, L. (1997). Lactancia materna. *Revista Rol de Enfermería*, 20, 79-84.
- Marinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 93-105.
- Martin, J. (2000). Nipple pain: Causes, treatments, and remedies. *LEAVEN*, 36(1), 10-11.
- Martín-Calama, J. (2004). Lactogenesis. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 45-47). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

- Martins, A. (2006). Incentivar e apoiar o aleitamento materno. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 23, 45-47.
- Martins, M. (2001). Aleitamento materno: Um dom a não perder. *Sinais Vitais*, 35, 21-27.
- Molina, M. C. (2004). Composición de la leche humana. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 59-76). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Monteiro, J. (2015). *Prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade: Associação com o índice de massa corporal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Morais, C. (2000). Resenha histórica do aleitamento materno. *Sinais Vitais*, 20, 24-27.
- Morales, V. (2004). Problemas de los primeros días. Bebé poco exigente y bebé ansioso: El bebé que rechaza el pecho. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 190-192). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Moreira, F. (2014). *Fatores que influenciam a preferência pela via do parto*. Dissertação de Mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Morland-Schultz, K., & Hill P. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: A systematic review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 428-437.
- Northrup, C. (2004). *Corpo de mulher sabedoria de mulher* (3ª edição). Porto: Sinais de Fogo.
- Oddy, W. (2013). Breastfeeding in the first hour of live protects against neonatal mortality. *Journal de Pediatrics*, 89(2), 109-111.
- Page, T., Lockwood, C., & Guest, K. (2003). Management of nipple pain and/or trauma associated with breast feeding. *Joanna Briggs Institute Reports*, 1(4), 127-147.
- Papí (2004a). Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 176-180). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Parizotto, J., & Zorzi, N. (2008). Aleitamento Materno: Fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo. *O mundo da Saúde*, 466-74.

- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação - resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, C., & Almeida, J. (2003). Alegações maternas para o desmame: Estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 385-390.
- Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 142-146.
- Real, H. (2010). *Aleitamento materno: Promover saúde!* Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Rezende, M., Sigaud, C., Veríssimo, M., Chiesa, A., & Bertolozzi, M. (2002). O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 234-238.
- Ribas, C. (2014). *Contributos da visita domiciliária de enfermagem obstétrica no sucesso do aleitamento materno e ansiedade estado aos três meses após o parto*. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ribeiro, M., Morais, A., Santos, E., & Curopos, L. (2015). *Adesão à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido*. Poster apresentado na VIII Jornadas sobre Tecnologia e Saúde. Guarda: IPG.
- Rocha, A., & Leal, I. (2008). Efeito do aleitamento materno na saúde, bem-estar e desenvolvimento infantil: Um estudo preliminar. *Revista de Psicologia*, 1(1), 55-62.
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S.,... & Silva, L. (2007). Aleitamento materno: Prevalência e fatores condicionantes. *Ata Médica Portuguesa*, 20, 193-200.
- Silva, D., Schneider, A., & Stein, R. (2009). O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Medica*, 19(1), 35-42.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: Prevalência e fatores que influenciam a duração a sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223-228.
- Silveira, D. (2000). *Gestação de alto risco. Manual Técnico (3ª ed.)*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Taveras, E., Li, R., Grummer-Strawn, L., Richardson, M., Marshall, R., Rêgo, V.,...& Lieu, T. (2004). Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 113(4), e289-290.
- Teruya, K., & Coutinho, S. (2002). Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In J.D. Rego (Org.), *Aleitamento materno* (pp. 5-20). São Paulo: Atheneu.
- Travé, T. (2000). Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. Análisis de catorce años. *Acta Pediátrica Española*, 58, 191-198.
- Unit for Health Services Research and International Health (2004). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: A blueprint for action*. Acedido em http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
- Valero, J. (2009). Fisiología de la lactancia. In J. Maldonado, A. Papi, & C. Alonso (Eds.), *Manual de Lactancia materna: De la teoría a la práctica* (pp. 75-82). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Velillas, J. (2004). Importancia de los grupos de apoyo. In J. Maldonado, J. Ansótegui, M. Gómez, A. Papí, M. Aguilar, L. Rivera,... & D. Gómez de La Torre (Eds.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (nº 5, pp. 147-152). Majadahonda: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Venâncio, S. (2003). Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: Papel das práticas assistenciais das maternidades. *Jornal de Pediatria*, 79(1), 1-2.
- Venâncio, S., Escuder, M., Kitoko, P., Réa, M., & Monteiro, C. (2002). Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36(3), 313-318.
- Vieira, G., Almeida, J., Silva, L., Cabral, V., & Netto, P. (2004). Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(2), 143-150.
- Vieira, M., Pinto e Silva, J., & Barros Filho, A. (2003). A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *Jornal de Pediatria*, 79(4), 317-324.
- Vilas Boas, J. (2013). *Educar para cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto da Educação da Universidade do Minho.

World Health Organization (2000). Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet*, 5, 355, 451-455.

Anexos

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados



**Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior De Saúde**

Este questionário faz parte de um estudo de investigação inserido no Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Viseu. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que o leia e responda a todas as perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial, existindo garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências para si ou para o seu filho/filha. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve descrever claramente e de forma legível a sua opinião. **Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.**

Muito obrigada pela sua colaboração

I- Caracterização da Amostra

1-Idade: _____

2-Escolaridade: _____

3-Residência: _____

4-Estado Civil: (1)Solteira (2)Casada/União de Facto (3)Divorciada (4)Viúva **II- Dados Obstétricos**

1-Duração da Gravidez: _____ semanas

2-Gravidez: (1)Normal (2)De Risco3-A gravidez foi vigiada? (1)Sim (2) Não4-Tipo de parto: (1)Eutócico (2)Distócico fórceps (3)Distócico ventosa (4)Cesariana

5-Nº de Filhos (incluindo o atual): _____

III- Informações sobre Aleitamento Materno1-Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez? (1)Sim (2) Não1.1- Se sim, onde? (1) Centro de Saúde (2) Consulta Privada
(3) Hospital/Maternidade (4) Curso de preparação para o parto

2- Por quem foi informada sobre amamentação?

(1) Enfermeiro (2) Médico de Família (3) Pediatra
(4) Obstetra (5) Família e amigos (6) Livros e revistas**IV- Conhecimentos das mães**

1-Assinale, na escala seguinte, o seu nível de conhecimentos sobre a amamentação.

(1)Insuficientes		(2)Suficientes		(3)Bons		(4)Muito bons	
------------------	--	----------------	--	---------	--	---------------	--

2- Quando deve de ser iniciada a amamentação?

(1) Dentro do 1ª hora de vida logo que a mãe e o bebé estejam prontos Sim Não
(2) Depois da 1ª hora Sim Não
(3) A hora do inicio não é importante Sim Não

3- Qual a duração adequada para fazer amamentação exclusiva (só leite materno)?

- (1) Até ao bebé querer (2) Enquanto tiver leite
 (3) Até aos 6 meses (4) Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai

4- No quadro seguinte assinale as afirmações que considera corretas em relação á amamentação (pode assinalar mais que uma resposta).

(1) O leite materno é rico em água, proteínas e sais minerais, contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir.	
(2) A amamentação ajuda a desenvolver o sistema imunológico da criança e é o recurso mais eficiente para protegê-la de alergias e infeções nos primeiros meses.	
(3) Os bebés que foram amamentados falam, respiram e mastigam melhor; sofrem menos cólicas e o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular.	
(4) Amamentar faz muito bem para a saúde da mãe e diminuí as probabilidades de ter cancro de mama ou de ovário.	
(5) O leite artificial é mais completo que o leite materno.	
(6) O stress e o nervosismo atrapalham a amamentação.	
(7) A alimentação da mãe condiciona a qualidade do leite materno.	
(8) Após a amamentação o bebé precisa sempre de leite artificial.	
(9) Após a amamentação o bebé nunca precisa de leite artificial.	
(10) O tipo de parto altera a produção de leite materno.	
(11) Devo esvaziar sempre as duas mamas em cada mamada.	

5- Quando o seu filho está a mamar, sabe identificar os sinais de pega correta?

- (1) Sim (2) Não

5.1- No quadro seguinte assinale as afirmações que considera corretas em relação aos sinais de pega.

(1) A boca está bem aberta.	
(2) O queixo do bebé toca na mama.	
(3) O lábio inferior está virado para fora.	
(4) O lábio inferior está virado para dentro.	
(5) As bochechas estão arredondadas.	

6- No quadro seguinte assinale as afirmações que considera corretas em relação a amamentação.

(1) Dou a mama quando ele tem fome.	
(2) A mamada termina quando ele quer parar.	
(3) Mama até não querer mais numa mama e depois ofereço a outra.	
(4) Mama de 3-3 horas.	
(5) Mama 10 minutos em cada mama.	
(6) Está sempre a mamar.	

7-Ofereceu chupeta ao seu filho? (1) Sim (2) Não

7.1-Acha que a chupeta ou o biberão podem desfavorecer a amamentação?

(1) Sim (2) Não

8-No quadro seguinte assinale as afirmações que considera corretas em relação aos cuidados com a mama, após a mamada:

(1) No final de cada mamada: espreme umas gotinhas de leite, espalha no mamilo e à sua volta, por fim, deixa secar.	<input type="checkbox"/>
(2) Aplica uma pomada ou creme.	<input type="checkbox"/>
(3) Lava sempre a mama.	<input type="checkbox"/>
(4) Depois do banho diário: espalha umas gotinhas de leite no mamilo, assim como à sua volta e deixa secar.	<input type="checkbox"/>

V- Experiência Prática da Amamentação

1-Amamentou anteriormente (se não, passe à questão 3).

(1) Sim (2) Não

2-Qual o tipo de amamentação que fez:

(1) Exclusivo (só leite materno) (2) Misto (leite materno e leite artificial)

3-Motivos porque não amamentou?

4-Atualmente está a amamentar (se respondeu não , passe á questão 4.2)?

(1) Sim (2) Não

4.1- Se respondeu sim. Quando iniciou a amamentação?

_____ (dias ou horas após o nascimento do seu filho)

4.1.1 Que tipo de amamentação está a fazer:

(1) Exclusiva (só leite materno) (2) Misto (leite materno e leite artificial)

4.2- Se respondeu não, razões porque não amamenta?

4.2.1- Se não amamenta e está a alimentar o seu filho com leite artificial, quem a aconselhou a introduzir este tipo de leite ?

(1) Médico de família (2) Obstetra (3) Pediatra (4) Enfermeiro

(5) Iniciativa própria (6) Familiares e amigos

5-O que sentiu a primeira vez que amamentou?

6-A primeira vez que amamentou correspondeu às suas expectativas?

(1) Sim (2) Não

6.1-Se respondeu sim, assinale na escala como considera essa experiência

(1) Nada agradável	<input type="checkbox"/>	(2) Pouco agradável	<input type="checkbox"/>	(3) Agradável	<input type="checkbox"/>	(4) Muito agradável	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

VI-Dificuldades/ Problemas durante a amamentação

1-No decorrer da amamentação teve dificuldades:

(1) Sim (2) Não

No quadro seguinte assinale se teve algum destes problemas.

(1) Fissuras nos mamilos;	<input type="checkbox"/>
(2) Ingurgitamento mamário (mamas muito “inchadas, duras”);	<input type="checkbox"/>
(3) Mastite;	<input type="checkbox"/>
(4) Abscesso Mamário;	<input type="checkbox"/>
(5) Outra situação. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

2.No quadro seguinte assinale como classifica o seu mamilo.

(1) Normal (quando estimulado fica saliente e bem posicionado);	<input type="checkbox"/>
(2) Plano (pouco saliente);	<input type="checkbox"/>
(3) Mamilo invertido ou umbilicado (nunca fica saliente);	<input type="checkbox"/>

3-Durante as primeiras mamadas sentiu dor na mama?

(1) Sim (2) Não

3.1-Se sim, numa escala de 0-10 como classificaria essa dor, em que 0 representa ausência de dor e 10 representa a dor máxima.

0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----

3.2-No quadro seguinte assinale quando começou essa dor.

(1) Quando o bebé iniciava a mamada	
(2) Durante a mamada	
(3) No fim da mamada	
(4) Mantinha-se no intervalo das mamadas	

3.3-O que fez/faz para a diminuir essa dor?

OBRIGADA.

Sem a sua colaboração, este estudo não seria possível.

Anexo II - Autorização para Utilização do Instrumento

----- Mensagem encaminhada de Filomena Sousa

Data: Fri, 26 Jun 2015 10:11:58 +0100

De: Filomena Sousa

Assunto: RE: Autorização do questionário.

Para: [Laurentina](#)

Maria Filomena G. Sousa, docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, autorizo a utilização do instrumento de colheita de dados sobre conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação.

Caso necessite de mais alguma informação é só entrar em contato (filomena@ipb.pt).

Cumprimentos pessoais

Maria Filomena Sousa

Anexo III - Autorização da Instituição



31.07.2015
01.06.05 2015

Escola Superior de Saude de Viseu

A/c: Professor Doutor Carlos Pereira

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 Viseu

'15 07:29 11:09 003552

Sua Referência
ESSV 0403

Sua Comunicação de
02-07-2015

Processo Referência

Data
29-07-2015

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados

Em resposta ao pedido efectuado por V.ª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão Ética e da Sra. Enft. Directora da ULISNE, é autorizado, um estudo de investigação designado "conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação" a aplicar às mães dos recém-nascidos e crianças até 5 anos, internadas no serviço de Obstetria, Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediatra da U.H. Bragança nos meses de agosto a novembro de 2015.

Com os melhores cumprimentos

A Responsável do
Serviço de Apoio ao Aluno e Formação



Anexo IV - Consentimento Informado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Eu, Laurentina de Fátima Vaqueiro da Silva Andrade, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estudo de investigação coordenada pela Prof. Doutora Graça Aparício, designado "Conhecimentos e dificuldades das mães face à amamentação".

Este estudo será realizado com mães de recém-nascidos e crianças até aos 5 anos, internadas no serviço de obstetria, neonatologia, pediatria e urgência, sendo que o objetivo principal do estudo é avaliar os conhecimentos e dificuldades das mães em relação à amamentação. Tendo já autorização da instituição onde decorrerá o estudo, venho por este meio solicitar a sua colaboração através do preenchimento de um questionário. Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela investigadora o anonimato dos dados recolhidos. Se pretender, pode consultar o questionário.

Fica salvaguardado que a qualquer momento pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto e se concorda com o exposto, pedimos-lhe que assine este termo de consentimento

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

O coordenador do estudo de investigação

Graça Aparício

Eu, _____
(nome completo), depois de devidamente informada, declaro que aceito participar neste estudo de investigação.

____ / ____ / 2015