

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Sónia Maria Tunes Gomes Gonçalves

Sucesso da Amamentação - Influência da Pega da
Mama

Tese de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Prof. Doutora Ernestina Silva e Prof. Doutor João Duarte



Maio de 2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e expressar o meu profundo reconhecimento, a todos aqueles que, com o seu apoio, colaboração e amizade, tornaram viável a elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Ernestina Batoca, minha orientadora, pela sua disponibilidade, colaboração e incentivo, na execução deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua colaboração e orientação, no trabalho árduo do tratamento estatístico dos dados.

Às mães e bebés que participaram neste estudo e o tornaram possível, muito obrigada.

Aos meus colegas do serviço de Neonatologia, pela vossa disponibilidade sempre que a solicitava.

Aos colegas de mestrado, pelos bons momentos que passamos juntos, sem vós o percurso teria sido muito mais penoso, felicidades.

À Filipa, à Marina e à Cristina, companheiras de jornada neste longo caminho percorrido, muito obrigada pelo vosso apoio e por todos os momentos que partilhamos.

À minha família, pelo carinho e apoio demonstrado ao longo da execução deste trabalho, muito obrigada.

Ao meu marido e ao meu filho, pelo seu apoio e compreensão nos momentos de ausência e stresse, muito obrigada, amo-vos.

RESUMO

Introdução: A amamentação é um aspecto fundamental para a promoção da saúde da criança, para a prevenção de doenças e para a diminuição de mortalidade neonatal, contribuindo simultaneamente para fortalecer o vínculo mãe-filho. O abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos frequentemente, pelo que os profissionais de saúde devem investir na proteção, promoção e suporte do aleitamento materno. Hoje em dia, o aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo.

Objetivos: Identificar de que forma os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e com a amamentação contribuem para o sucesso da amamentação; Analisar a influência de uma pega correta nas primeiras 48 horas do bebé, no sucesso da amamentação; Analisar se as dificuldades na amamentação influenciam o sucesso da amamentação.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e corte transversal. Para a colheita de dados utilizámos um questionário elaborado para o efeito e realizamos a observação da mamada nas primeiras 48 horas do bebé, usando o formulário de observação da mamada da OMS/UNICEF. O estudo decorreu de novembro de 2012 a maio de 2013, num hospital da zona de Trás-os-Montes e Alto Douro, numa amostra de 50 duplas, mãe/bebé.

Resultados: Os resultados do estudo evidenciam a existência de 96,6% de mães a amamentarem à saída da maternidade, valor este que diminui para 50% aos 3 meses e para 44% aos seis meses. Constatamos no entanto que a pega correta não influenciou estatisticamente o sucesso da amamentação, embora se tenha verificado que os bebés que apresentavam pega correta tenham mantido a amamentação durante mais tempo (68,2% $p=0,295$), contrapondo aos bebés com pega incorreta (59,1% $p=0,374$). Nas variáveis sociodemográficas das mães (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e residência) apenas a idade se revelou estatisticamente significativa, com a existência de filhos anteriores ($p=0,005$). A existência de filhos anteriores também apresentou diferenças estatísticas significativas em relação ao sucesso da amamentação ($p=0,019$).

Conclusão: Ao analisarmos os resultados do nosso estudo, verificamos que a pega correta não influenciou o sucesso da amamentação e que houve um decréscimo da amamentação ao longo dos primeiros seis meses de vida do bebé, sendo maior nos primeiros três meses. Estes resultados vão de encontro aos resultados dos estudos nacionais e internacionais.

Palavras-chave – Amamentação; Sucesso; Pega da mama.

ABSTRACT

Background: Breastfeeding confers extensive and well-established benefits and is recognized as an extremely effective preventative health measure for both mothers and babies, to reduce neonatal mortality, while helping to strengthen the mother-child bond. The early withdrawal is a reality we face so often, thereby health professionals must invest in protecting, promoting and support do breastfeeding. Today breastfeeding is considered one of the main pillars for the promotion and protection of health children around the world.

Objectives: To identify how sociodemographic factors and experiences related to maternity and breastfeeding contribute to successful breastfeeding; to analyze the influence of a correct latch-on in the first 48 hours of the baby in the success of breastfeeding; to evaluate if the difficulties in breastfeeding influence breastfeeding success.

Methods: This is a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. For data collection were used a questionnaire developed for this purpose. Additionally were carried out the observation of breastfeeding within the first 48 hours of the baby, using WHO/UNICEF breastfeeding observation form. The study was developed in a general hospital of Trás-os-Montes e Alto Douro area. A total of 50 pairs, mother/baby were evaluated from November 2012 to May 2013.

Results: The results showed that 96.6% of mothers were breastfeeding outside of motherhood, a figure that drops to 50% at 3 months and 44% at six months. However were noted that latch-on did not influence the breastfeeding success, although it was found that babies who had correct latch-on have kept breastfeeding for longer (68.2% $p=0.295$), in contrast to infants with incorrect latch-on (59.1% $p=0.374$). Regarding sociodemographic variables in mothers (age, marital status, education, employment status and residence) only age had presented statistically significant, with the existence of previous children ($p=0.005$). The existence of previous children also showed statistically significant differences in relation to breastfeeding success ($p=0.019$).

Conclusion: This study point toward a decrease in breastfeeding during the first six months of a baby's life, being higher in the first three months. Moreover, these results are in agreement with other national and international studies.

Keywords – Breastfeeding; Success; Latch-on.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 - INTRODUÇÃO 19

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 - AMAMENTAÇÃO 23

2.1 - ALGUNS MARCOS HISTÓRICOS REFERENTES À AMAMENTAÇÃO 23

2.2 - VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO 25

2.3 - COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO 28

2.4 - POSICIONAMENTO DA MÃE E PEGA CORRETA NA AMAMENTAÇÃO 33

2.5 - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO 37

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA 39

3.1 - MÉTODOS 39

3.2 - PARTICIPANTES 41

3.2.1. Caracterização da amostra 42

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 44

3.4. PROCEDIMENTOS 48

3.5. ANÁLISE DE DADOS 48

4. RESULTADOS 51

4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA 51

4.1.1 - Variáveis relacionadas com a maternidade 51

4.1.2 - Variáveis relacionadas com a amamentação 53

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL 65

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 73

6. CONCLUSÃO 79

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

APÊNDICES 87

Apêndice A - Questionário	89
Apêndice B - Pedido de Autorização ao CHTMAD, EPE	95
Apêndice C - Pedido de parecer ético à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	97
Apêndice D - Consentimento Informado	99
ANEXOS	101
Anexo I - Formulário de observação da mamada	103
Anexo II - Autorização do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE.....	105
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo concetual	41
------------------------------------------	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade das mães inquiridas no estudo	42
Tabela 2 - Relação entre a idade da mãe e o estado civil	42
Tabela 3 - Relação entre a idade das mães e as habilitações literárias	43
Tabela 4 - Relação entre a idade das mães e a situação profissional	43
Tabela 5 - Distribuição das mães pela área de residência	43
Tabela 6 - Alpha de Cronbach da escala na ausência de dificuldades na amamentação..	46
Tabela 7 - Alpha de Cronbach da escala perante sinais que podem dificultar a amamentação.....	47
Tabela 8 - Relação entre a idade das mães e o nº de filhos	51
Tabela 9 - Relação da idade das mães com filhos e sem filhos anteriores	52
Tabela 10 - Estatística descritiva da duração da amamentação do filho anterior	52
Tabela 11 - Relação da idade das mães e a duração da amamentação do primeiro filho.....	53
Tabela 12 - Relação da idade das mães com o facto de estar a amamentar.....	53
Tabela 13 - Relação entre a idade das mães e o conhecimento sobre se foram amamentadas ou não.....	54
Tabela 14 - Relação entre a idade das mães e a existência de bebés amamentados na família	54
Tabela 15 - Relação entre a idade das mães e a decisão de amamentar.....	55
Tabela 16 - Relação entre a idade das mães e informação sobre a amamentação.....	55
Tabela 17 - Relação entre a idade das mães e quem lhe forneceu a informação sobre a amamentação.....	56
Tabela 18 - Relação entre a idade das mães e amamentação sem dificuldades	57
Tabela 19 - Estatística descritiva dos indicadores de pega correta.....	58
Tabela 20 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e os sinais de amamentação sem dificuldades.....	59
Tabela 21 - Relação entre a idade das mães e amamentação com sinais de possíveis dificuldades	60
Tabela 22 - Estatística descritiva dos indicadores de pega incorreta.....	61
Tabela 23 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e os sinais de possíveis dificuldades na amamentação.....	61
Tabela 24 - Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a idade das mães	62
Tabela 25 - Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e o estado civil	62
Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis entre a amamentação e a escolaridade	63
Tabela 27 - Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a situação profissional....	63

Tabela 28 - Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a área de residência	63
Tabela 29 - Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a informação sobre a amamentação	64
Tabela 30 - Relação entre as variáveis sociodemográficas a amamentação à saída da maternidade	64
Tabela 31 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a amamentação aos três meses.....	65
Tabela 32 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a amamentação aos seis meses.....	66
Tabela 33 - Relação entre a existência de filhos e o sucesso da amamentação.....	67
Tabela 34 - Relação entre a amamentação à saída da maternidade e amamentação aos três meses.....	67
Tabela 35 - Relação entre a amamentação aos seis meses e aos três meses	67
Tabela 36 - Relação entre o conhecimento se foi amamentada ou não e o sucesso da amamentação	68
Tabela 37 - Relação entre a existência de bebês amamentados na família e o sucesso da amamentação	68
Tabela 38 - Relação entre a decisão de amamentar e o sucesso da amamentação	69
Tabela 39 - Relação entre a informação sobre a amamentação e o sucesso da amamentação	69
Tabela 40 - Relação entre a amamentação sem dificuldades ou pega correta e o sucesso da amamentação.....	69
Tabela 41 - Relação entre a amamentação com dificuldades ou pega incorreta e o sucesso da amamentação.....	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Teste de igualdade de médias	70
Quadro 2 - Dispersões entre os grupos	71
Quadro 3 - Valores da função discriminante.....	71
Quadro 4 - Matriz da estrutura da análise discriminante	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

AM - Aleitamento Materno

ARN - Ácido Ribonucleico

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

cm - centímetros

EPE - Entidade Pública Empresarial

grs. - gramas

ml - mililitros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

RN - Recém-Nascido

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

1 - INTRODUÇÃO

A ideia generalizada de que a amamentação é a forma mais natural e saudável de iniciar o processo de vida de um ser humano, fundamenta-se na concepção definida por vários autores, de que o leite materno é o mais completo e o único adaptado ao bebê, isto é, “um alimento vivo” dadas as suas capacidades de mudança, uma vez que os seus nutrientes e a sua quantidade varia ao longo do crescimento do bebê, sendo capaz de se ajustar às suas necessidades ao longo dos primeiros anos. É ainda o único alimento que, além dos nutrientes, possui imunoglobulinas responsáveis pela imunidade do bebê (Molina, 2004). O conhecimento destes inúmeros benefícios está diretamente ligado ao aumento do interesse sobre esta temática, que se tem verificado nos últimos anos, sobretudo a nível internacional.

A amamentação é uma das formas mais eficazes de contribuir para a melhoria do estado de saúde da criança, das mães, das famílias, do ambiente e da sociedade em geral, todavia, o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos frequentemente, pelo que a sua proteção, promoção e suporte, constitui uma prioridade para os técnicos de saúde e respetivas instituições. A promoção do aleitamento materno (AM) é pois da responsabilidade destes, sendo essencial que os profissionais tenham formação adequada em AM para que possam fornecer informações corretas. O AM é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo.

Existe uma vasta evidência científica que comprova que a amamentação não é instintiva, estando o seu sucesso ou insucesso fortemente condicionados por fatores comportamentais e sociais (Pereira, 2006). Sabe-se que, na sociedade atual, a falta de apoio por parte da família e a ausência de experiências positivas, justificam uma maior intervenção e apoio por parte dos profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), aconselham os profissionais de saúde a darem especial atenção ao período pós-alta, pois é neste período que muitas vezes se dá o abandono da amamentação. O aparecimento dos problemas mamários e a impotência das mães para os resolver, ou por falta de conhecimentos ou incapacidade, leva a que muitas desistam de amamentar.

Em Portugal, segundo os resultados do estudo efetuado em 1999 por Alves et al., verifica-se que 90% das mães iniciou a amamentação, 85% amamentava à saída da maternidade, 63% amamentava aos 3 meses e 34% até aos 6 meses. Estudos internacionais evidenciam o abandono do AM em 50% dos casos até aos 2 meses de vida (OMS/UNICEF, 1990).

O abandono precoce é considerado pela OMS/UNICEF, como um problema de Saúde Pública. Estes organismos consideram a proteção, promoção e apoio ao AM, uma prioridade mundial. Segundo a OMS, o aumento das taxas de aleitamento seguem o padrão de desenvolvimento da sociedade. Na atualidade, são as mães com mais informação/conhecimentos que mais iniciam a amamentação. Podemos encontrar na bibliografia vários trabalhos que apresentam fatores de sucesso do AM, abordando-o cada um na sua perspetiva de acordo com os objetivos do estudo. Alguns estudos salientam as dificuldades na pega como causa para o abandono precoce da amamentação. As queixas das mães não são claras, mas continuam a manifestar a falta de conhecimentos sobre a pega correta e a sua importância (Pereira, 2006).

Ingram, Johnson e Greenwood (2002), com a investigação "Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families", concluíram que o ensino pós-natal sobre o posicionamento e a pega aumenta o sucesso do AM.

Segundo Carvalho, cit. por Pereira (2006), para o sucesso da amamentação, é muito importante que a mãe receba informação compreensível acerca da importância do AM, relativamente aos aspetos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação, bem como todos os aspetos relacionados com a técnica da amamentação. É igualmente importante que as orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde não sejam contraditórias, porque isso aumenta a ansiedade e a angústia das mães.

Suportadas pelo que refere a literatura científica e, no sentido de dar resposta às nossas inquietações, levantamos as seguintes questões de investigação:

- Em que medida os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e a amamentação influenciam o sucesso da amamentação?
- Em que medida uma pega correta da mama nas primeiras 48 horas de vida do bebé influencia o sucesso da amamentação?
- De que modo os sinais de possíveis dificuldades na amamentação, influenciam o sucesso da amamentação?

Para ir de encontro às nossas questões, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e a amamentação que contribuem para o sucesso da amamentação;
- Analisar a influência de uma pega correta nas primeiras 48 horas de vida do bebé no sucesso da amamentação;
- Analisar se os sinais de possíveis dificuldades na amamentação influenciam o sucesso da amamentação.

O sucesso no AM envolve múltiplos fatores desencadeantes que nos interessa estudar, dando contudo enfoque à pega correta nas primeiras 48 horas de vida. A finalidade desta investigação é contribuir para criar uma cultura em que se valoriza a amamentação e contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, em especial no apoio às mães durante as primeiras horas da amamentação.

Com o objetivo de fomentar a amamentação, a OMS/UNICEF (1990), criaram a “Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, onde todos os profissionais de saúde que cuidam de mães e bebés recebem formação adequada e onde existe uma política de atuação uniforme e com algumas recomendações. Porque depende de todos, o sucesso da amamentação, queremos participar desta forma.

Realizamos um estudo de análise quantitativa e corte transversal, do tipo descritivo e correlacional. Reporta-se à análise dos questionários e observação da pega do recém-nascido (RN) nas primeiras 48 horas de vida, durante as mamadas, num total de 50 participantes. A recolha de dados decorreu de 1 de novembro a 31 de dezembro de 2012, e precedeu a autorização pelo Conselho de Administração de um Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro e parecer favorável da Comissão de Ética desse mesmo Hospital. Utilizamos um questionário composto por dezoito questões abertas e fechadas.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira, refere-se à fundamentação teórica, em que se realiza uma revisão bibliográfica que aborda o tema do AM, alguns marcos históricos, as vantagens da amamentação, a composição do leite materno, a pega correta na amamentação e, por último, alguns fatores que influenciam a amamentação. A segunda parte versa a investigação empírica, onde se encontram delineadas as linhas metodológicas do estudo, apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados obtidos, assim como a discussão, conclusão e propostas para futuras investigações.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. AMAMENTAÇÃO

A amamentação não é recente, a mulher sempre amamentou ao longo da história da humanidade. A isso se deve a sobrevivência da espécie humana. Nas últimas décadas, a amamentação tem sido motivo de interesse para muitos investigadores, conduzindo ao aumento de conhecimentos relativos às características, composição e vantagens do leite materno e da amamentação.

2.1. ALGUNS MARCOS HISTÓRICOS REFERENTES À AMAMENTAÇÃO

A importância e as vivências associadas à gravidez e à maternidade têm variado ao longo dos tempos, fortemente influenciadas pelos padrões culturais e pelos valores aceites num determinado momento histórico. Também os aspetos inerentes à prática da amamentação têm sido ao longo da história, influenciados por modos e mudanças das filosofias médicas e socioculturais, seguindo diversos hábitos, preconceitos, medos e lendas a seu respeito, nos mais diversos locais do mundo (Marinho & Leal, 2004).

Ao longo da história, as mulheres sempre amamentaram os seus filhos, com diferentes resultados consoante a época ou situação cultural. No século XVIII, na Europa, mas sobretudo em França e em Inglaterra, o AM era impensável a uma dama da sociedade. Os filhos e as crianças em geral, seres sem importância maior, eram separados das mães logo à nascença, para serem cuidados por criadas. As mães tinham explicação para este tipo de comportamento, o aleitamento era prejudicial para a saúde da mãe. Já no século XIX, a maioria das mulheres amamentava os seus filhos e, quando isso não era possível, recorriam a amas-de-leite.

A industrialização, a II Grande Guerra Mundial, a massificação do trabalho feminino e a publicidade crescente das indústrias produtoras de substitutos do leite materno, foram fatores que influenciaram a diminuição da incidência e da prevalência do AM (Levy & Bértolo, 2002). A década de 70 surge como o período em que se verificaram as taxas de

aleitamento mais baixas da história humanidade, motivando um movimento internacional para resgatar a “cultura da amamentação” (Galvão, 2006).

As recomendações da OMS/UNICEF (1990) preconizam que todas as mulheres devem ter a oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno durante os primeiros 6 meses e como complemento até pelo menos ao final do primeiro ano de vida.

A malnutrição foi responsável, directa ou indirectamente por 60% das 10,9 milhões de mortes anuais de crianças com idade inferior a 5 anos de idade. Bem mais de 2/3 destas mortes, frequentemente associadas a práticas alimentares incorrectas, ocorrem durante o primeiro ano de vida. Em todo o mundo, a percentagem de latentes que são exclusivamente amamentados durante os primeiros quatro meses de vida não é superior a 35%, frequentemente, a alimentação complementar começa demasiado cedo ou demasiado tarde, sendo que os alimentos são muitas vezes inadequados e perigosos do ponto de vista nutricional. (OMS, 2002, p.5)

Com o propósito de incentivar o AM, foram estabelecidos diversos acordos internacionais, subscritos por um grande número de países, ilustrados por três documentos fundamentais: a Declaração OMS/UNICEF, assinada em 1979, que alertou para os efeitos negativos do desmame precoce, o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, aprovado por 118 países, 1981 e a aceitação, em 1991, pela Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantis, da cessação da distribuição gratuita, aos serviços materno-infantis (Araújo, 2000).

Através da “ Declaração de Innocenti”, em 1990, a OMS/UNICEF reconhecem que:

...o aleitamento materno constitui um processo único e uma actividade que, mesmo considerada isoladamente, é capaz de reduzir a morbilidade e mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionar nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento, contribuir para a saúde da mulher, reduzindo o risco de certos tipos de cancro, de anemia e de aumentar o espaçamento entre os partos, proporcionar benefícios económicos para a família e para o país, e quando bem adoptado proporcionar satisfação à maioria das mulheres. (OMS/UNICEF, 1990, p.1)

Em Portugal, no início de 1990, a taxa de amamentação à nascença era estimada como bastante elevada e continuava a aumentar lentamente, embora se observasse uma queda acentuada nos primeiros meses de vida do bebé, principalmente no primeiro mês.

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996 (Ministério da Saúde, 1997), a taxa de amamentação era ao nascimento de 81,4%, 57% no primeiro mês, de 36% no terceiro mês e de 20% aos seis meses de vida. Nos anos de 1998/1999, em Portugal, quase 100% das mães começava a amamentar os seus bebés, mas essa taxa baixava para

34% aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2002). Este último número é um dos mais baixos entre todos os países que participaram no estudo sobre “Promoção da Amamentação na Europa”, pedido pela Comissão Europeia e que incluiu 29 países, sendo Portugal apenas ultrapassado pela Grã-Bretanha, Lituânia e Bélgica. Nos países nórdicos, 70% a 80% das mães amamentavam durante pelo menos seis meses. De salientar ainda que, em 1999, aos doze meses apenas 16% das mães portuguesas continuava a amamentar (Levy & Bértolo, 2002).

Sendo assim, os números para Portugal denotam um aumento na taxa de amamentação, uma vez que os dados anteriores, relativos a vários pequenos estudos, realizados nas décadas de 1980 e 1990, apontavam para uma taxa de amamentação aos seis meses de apenas 11%.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2007), nos anos de 2005/2006 estima-se que cerca de 52% das mães amamentou os seus filhos exclusivamente até aos três meses e cerca de 28% amamentou até aos seis meses.

A amamentação é, de facto, uma prática milenar com reconhecidas vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, económicas e sociais. Estas vantagens são potenciadas quando a amamentação é praticada em exclusivo até aos 6 meses de vida.

A OMS recomenda a amamentação durante pelo menos dois anos, sendo que os primeiros seis meses devem ser de aleitamento exclusivo, isto é, a criança deve receber somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, não podendo ingerir outros líquidos ou sólidos, incluindo água ou chás, à exceção de medicamentos ou vitaminas (World Health Organization, 2001).

2.2 - VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

Apesar do reconhecimento da importância do AM exclusivo nos primeiros 6 meses para a saúde da criança, apenas algumas mulheres o praticam. Embora se saiba que o conhecimento não garante mudanças de atitude, este é considerado como um facto importante no processo de alterações do comportamento. As futuras mães devem ser informadas sobre as vantagens do aleitamento exclusivo e as desvantagens da introdução precoce de outros alimentos. Sabe-se também que nos primeiros 6 meses de vida do bebé, o leite materno é suficiente para as suas necessidades nutricionais (Lamounier, Vieira & Gouvêa, 2001).

A amamentação oferece muitas vantagens para a saúde e o desenvolvimento do bebê, bem como para a mulher que amamenta, assim como para as famílias e para a sociedade em geral. O leite materno é o melhor alimento para a criança até aos 6 meses de idade, fornecendo-lhe todos os nutrientes necessários (Saraiva, 2010). Levy (1994), já referia como vantagens do AM, o facto de ser mais barato alimentar um bebê com leite materno, tendo em conta que este terá menos infeções, levando a uma menor taxa de absentismo ao trabalho por parte dos pais.

O leite materno tem vantagens para o bebê, para a mãe, tem também vantagens económicas e para a sociedade. Vejamos cada uma delas.

Para o bebê, o colostro:

- possui maior densidade, mais proteínas e minerais, menos gordura e hidratos de carbono do que o leite, o que facilita a digestão nos primeiros dias de vida do RN;
- Possui um valor calórico baixo, que estimula o apetite;
- Tem um poder laxante que ajuda a expulsão do mecónio;
- Evita a alergia às proteínas do leite de vaca (Brazelton & Sparrow, 2004);
- Fornece ao RN anticorpos que o protegem das infeções.

O leite materno possui ainda glóbulos brancos e proteínas que se unem ao ferro excedentário, fatores que promovem o crescimento de bactérias benéficas ao organismo, reduzindo o risco de ter bronquiolite, pneumonia e infeções das vias urinárias (Nylander, 2006).

O facto do ph intestinal das crianças amamentadas ser inferior e a flora ser constituída por *Lactobacillus bifidus*, evita a diarreia e a gastroenterite. Diminui também a taxa de mortalidade e morbilidade. O estudo de Escuder, Venâncio e Pereira (2003), que utilizou um cálculo de risco relativo de morte por diarreia e infeção respiratória, concluiu que a amamentação pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal no Estado de São Paulo.

Uma outra vantagem interessante prende-se com o facto de, na amamentação, haver maior participação dos músculos temporal e masséter e menor atividade do músculo bucinador, tanto em amplitude como na média de contração muscular, criando condições para que o latente apresente um adequado crescimento das estruturas dentárias, assim como o desenvolvimento da função respiratória, da mastigação e da fala (Saraiva, 2010). Os movimentos de sucção durante o AM favorecem o posicionamento da língua na região palatina, na direção dos incisivos centrais, impedindo a passagem do ar pela boca, favorecendo a respiração nasal, o que contribui para o crescimento do maxilar.

O estudo de Medeiros, Ferreira e Felício (2009), sublinha ainda a duração e frequência da amamentação como fatores determinantes para a estabilidade das funções oro-faciais e prevenção da má oclusão, fatores relacionados com a função da fala. O estudo de Araújo, Cunha e Lustosa (2008), também refere a amamentação como um fator que reduz as malformações da dentição, estimula e exercita os músculos que envolvem o processo da fala.

Saraiva (2010), refere que a passagem do ar pelo nariz é responsável pelo abaixamento e expansão do palato, permitindo que o crescimento dos ossos da face acompanhe o crescimento corporal, gerando espaço para a erupção dos dentes.

Uma outra vantagem da amamentação é favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, criando uma ligação muito forte e precoce entre ambos, o que favorece o desenvolvimento da criança. O AM permite responder à necessidade que as mães sentem de começar um namoro com o RN e o bebé vê cumprido o seu maior direito, o contacto pele a pele. A amamentação ajuda a mãe a estabelecer uma relação, um vínculo com o seu bebé (Brazelton, 1992).

Segundo Brazelton e Sparrow (2004), as vantagens para a mãe são muitas: reduz o sangramento pós-parto; favorece a involução uterina, através da ação da ocitocina que provoca contrações uterinas; permite perder peso e retomar as formas habituais depois da gravidez, de uma forma mais rápida, pois consome cerca de 600 calorias por dia; é um contraceptivo natural, se praticar amamentação exclusiva nas 24 horas; reduz o risco de cancro da mama, devido ao facto de a lactação suprimir a produção de estrogénio; reduz o risco de cancro dos ovários; fortalece os ossos da mulher, reduzindo o risco de osteoporose ou fraturas de anca.

Para Galvão (2006), há ainda vantagens económicas para as famílias, instituições de saúde e governos, pois ao reduzir as infeções e outras doenças, diminui o absentismo das mães e os gastos com a saúde, assim como se poupa nos gastos com o aleitamento artificial.

É reconhecido também como um alimento mais ecológico, uma vez que é produzido, transmitido e consumido sem poluição nem subprodutos residuais; não consome energia nem recursos naturais.

2.3 - COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

Uma nutrição adequada é indispensável para um crescimento e desenvolvimento normais. O leite materno é muito mais que um conjunto de nutrientes, é uma substância viva, protetora e imunitária, com uma grande complexidade biológica. Tem capacidade para estimular o desenvolvimento adequado do sistema imunitário e a maturação do sistema digestivo e neurológico.

O leite materno é específico, adequado e na quantidade necessária para cada bebê. Esta característica faz dele um alimento único e insubstituível. Cada mãe produz o leite específico para o seu bebê, fornecendo-lhe os nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento, as vitaminas, os sais minerais e imunoglobulinas em quantidade e proporção adequadas para a absorção desses nutrientes por parte do seu bebê (Galvão, 2006).

A composição do leite materno não é sempre igual desde o nascimento, vai-se alterando de acordo com as diversas etapas do crescimento do bebê, varia inclusive de mamada para mamada e ao longo da mesma, fornecendo-lhe em quantidades diferentes, substâncias que facilitam a sua adaptação extra-uterina (Molina, 2004). No início da mamada, é normalmente mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas minerais e água, no final da mamada, costuma ser mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura. É o alto teor lipídico no leite final da mamada (o chamado leite posterior), que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras (Cardoso, 2007).

Durante a lactação, a glândula mamária produz diferentes tipos de leite: colostro, leite de transição, leite maduro e leite de término (Molina, 2004). O colostro é o primeiro produto de secreção láctica da mãe e permite a boa adaptação fisiológica do bebê à vida extrauterina. É produzido desde o último trimestre de gestação e na primeira semana após o parto. É um líquido de cor amarela, perfeito como primeiro alimento do bebê. O colostro é constituído por lactose, lípidos, glucose, ureia, vitaminas hidrossolúveis e nucleótidos em quantidade inferiores às do leite maduro. Também contém proteínas, ácido siálico, vitaminas lipossolúveis A, E e K e carotenos em maior quantidade que o leite maduro.

As quantidades de minerais, como o sódio, enxofre, ferro, zinco, selénio, magnésio e potássio, também são mais elevados que no leite maduro (Molina, 2004).

A proporção entre proteínas do soro e a caseína é de 80/20 ml no colostro. A concentração dos aminoácidos livres varia nos diferentes tipos de leite. A composição dos

ácidos gordos varia de acordo com a dieta materna. Os níveis de colesterol são mais elevados no colostro do que no leite maduro, ao contrário dos triglicérides. As quantidades de ácidos gordos de cadeia longa e de fosfolípidios são semelhantes nos dois tipos de leite (Molina, 2004). O mesmo autor refere que o conteúdo muito elevado de imunoglobulinas, principalmente IgA, lactoferrina e células (linfócitos e macrófagos), oligossacáridos, citocinas e outras substâncias defensivas, permitem a proteção do RN contra os microrganismos do ambiente e ajudam a maturação do seu sistema imunitário.

A quantidade de colostro produzida é a adequada à maturidade dos rins do bebé, pois estes não estão preparados para demasiada quantidade de leite. A sua composição faz com que se forme uma camada protetora na parede do intestino e impede desta forma a proliferação de bactérias. O colostro também contém enzimas que facilitam a digestão e a eliminação do mecónio, evitando a hiperbilirrubinémia. O colostro promove a colonização intestinal pelos lactobacilos bifidus e é rico em fatores de crescimento que favorecem a maturação dos sistemas digestivo e imunitário.

O leite de transição é produzido entre o quarto e o décimo dia após o parto. Entre o quarto e o sexto dia surge a “subida de leite”, que é caracterizada por um aumento rápido de leite produzido, e que pode chegar aos 600/700 ml por dia. Este leite tem uma composição intermédia e vai variando até atingir a composição do leite maduro (Molina, 2004).

O leite maduro é composto por nutrientes (proteínas, lípidos e hidratos de carbono), sais minerais, vitaminas, hormonas, enzimas, fatores de crescimento, nucleótidos e imunoglobulinas (Galvão, 2006).

Dos nutrientes contidos no leite, as proteínas são produzidas na glândula mamária, à exceção da seroalbumina que é proveniente da circulação materna (Molina, 2004).

As proteínas são constituídas por aminoácidos dos quais vinte têm propriedades estruturais e funcionais essenciais para o crescimento e maturação do organismo. Os bebés não conseguem produzir nove destes vinte e o leite materno contém dezanove desses mesmos aminoácidos (Molina, 2004).

Há proteínas com função nutricional e outras com capacidade funcional, como as hormonas, as enzimas e as imunoglobulinas. A concentração média de proteínas no leite materno é de 1,15g/100ml, à exceção do primeiro mês, em que pode ser de 1,3g/100 ml. Verificam-se variações destas concentrações em várias mães, o que de certo modo pode explicar o diferente padrão alimentar dos bebés amamentados ao peito, onde se permite a livre demanda (Galvão, 2006).

O leite materno tem caseína formada sobretudo por beta-caseína, numa proporção de 60/40 em relação às outras proteínas do soro, o que permite facilmente a digestão e um elevado coeficiente de absorção (Molina, 2004).

Os aminoácidos essenciais que fazem parte do leite materno são: arginina, cistina, histidina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptofano, tirosina e valina (Molina, 2004)

A relação de cistina/metionina é de 2:1 no leite materno. Parece-nos que esta relação é muito importante no desenvolvimento dos RN e prematuros, pois a enzima capaz de fazer a transformação de metionina em cistina não está presente no cérebro e fígado destes (Galvão, 2006).

De igual modo, consideramos que outros aminoácidos encontrados no leite materno possam ser essenciais. As funções de alguns destes aminoácidos são já conhecidas, como é o caso da taurina, um aminoácido livre, sintetizado a partir da cistina e da metionina, que o RN não é capaz de sintetizar, mas que existe em grande quantidade na retina e células do tecido nervoso. A carnitina é outra substância conhecida como facilitadora da entrada e oxidação dos ácidos gordos nas mitocôndrias. Estas duas substâncias são essenciais no período pós-natal (Galvão, 2006).

As proteínas, como a lipase, a amilase e a alfa-1-antitripsina, intervêm na digestão do leite. A lipase tem a função de ajudar à digestão dos lípidos, a amilase compensa a falta de amilase da saliva e pâncreas e faz a digestão dos hidratos de carbono de cadeia longa. A alfa-1-antitripsina é um inibidor das proteases evitando a degradação da lactoferrina e outras proteínas (Molina, 2004).

A baixa taxa de infeções nos bebés é consequência do efeito inibitório dos microorganismos patogénicos por parte de várias proteínas do leite materno. As imunoglobulinas, principalmente a IgA secretora, são muito elevadas no início da lactação e permanecem até ao segundo ano de vida. É desta maneira que a imunidade materna é transferida para o bebé (Molina, 2004).

O mesmo autor acrescenta que o leite materno promove o crescimento de lactobacillus e bifidoactivos, a sua presença na flora intestinal é importante na regulação do trânsito intestinal e também na proteção contra algumas infeções.

O leite da mãe contém também citocinas que, ao serem transmitidas ao bebé, estimulam a resposta imunitária, têm um papel anti-inflamatório e de acordo com alguns

estudos protegem as crianças de asma e alergias respiratórias (Silva, Scheneider & Stein, 2009).

Os hidratos de carbono presentes no leite materno são a lactose (60% a 65%) e oligossacáridos. A lactose é um dissacárido composto pela glicose, que facilita a absorção de minerais como o cálcio, o ferro, o manganésio e o magnésio, facilita também a colonização intestinal pelos lactobacilos bifidus, a outra componente é a galactose, que é absorvida no intestino e responsável pela formação dos galactosídios cerebrais (Molina, 2004). Os hidratos de carbono são responsáveis pelo fornecimento de 40% da energia que o bebê necessita, o colostro tem em média 4% de lactose e o leite maduro cerca de 7% (Galvão, 2006).

Alguns oligossacáridos unem-se aos recetores de células da faringe e do tubo digestivo, impedindo a aderência de algumas bactérias. Suplementos, alimentares administrados aos bebês nos primeiros meses de vida, interferem neste mecanismo protetor (Lamounier et al., 2001).

O leite materno é composto por grandes quantidades de glóbulos de gordura, muito pequenos produzidos nas células alveolares mamárias, que fornecem 40% a 50% das calorias e transportam ácidos gordos essenciais de cadeia longa e vitaminas lipossolúveis (Molina, 2004). As concentrações de gordura no leite materno, de 2gr/100ml no colostro, podem variar entre 4 e 4,5gr/100ml no leite de transição e manterem-se estáveis no leite maduro. A concentração de gordura no leite final é superior à do leite inicial, chegando a ser 4 a 5vezes mais, o que permite ao bebê ficar saciado (Galvão, 2006).

A maior parte da gordura do leite é constituída por triglicéridos (98%), sendo o restante fosfolípidos, ácidos gordos livres, mono e diglicerídeos e colesterol. A maioria dos triglicéridos é de cadeia longa, constituídos por dois ou mais ácidos gordos diferentes.

Os ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa, essenciais para o desenvolvimento e mielinização do cérebro do bebê, não conseguem ser sintetizados pelo RN.

A maior parte dos ácidos gordos existentes no leite materno provém da alimentação e depósitos de gordura da mãe, sendo apenas uma pequena parte produzidos na glândula mamária. Salienta-se a importância da variedade e da seleção de alimentos saudáveis por parte da mãe, evitando os de absorção rápida, como *fast food* e margarinas. Tinoco, Sichieri, Moura, Santos e Carmo (2007), reforçam a importância da ingestão de ácidos gordos polinsaturados como promotores de um bom desenvolvimento e crescimento do bebê.

O leite materno contém os minerais necessários ao bebê e são mais facilmente absorvidos do que os existentes nos leites de fórmula. O conteúdo em minerais, no leite materno, não é afetado pela dieta da mãe. A relação cálcio/fósforo de 2:1, no leite materno é fisiológica e facilita a absorção do cálcio pelo trato intestinal. O ferro presente no leite materno tem uma excelente biodisponibilidade devido à existência de lactoferrina, ferritina e de níveis adequados de zinco e cobre, facilitando a sua absorção (70% do ferro do leite materno é absorvido), (Molina, 2004). Este facto é salientado num estudo de Oliveira, Silva, Fiaccone, Pinto e Assis (2010), que concluiu que os bebês alimentados com leite materno tinham níveis de hematócrito superiores aos que seguiam outro padrão alimentar.

O uso de chás comuns em alguns países, pode reduzir a absorção do ferro, o tanino do chá forma quelato com o ferro, reduzindo a sua biodisponibilidade (Lamounier et al., 2001).

O zinco, essencial para a estrutura e funcionamento das enzimas e para o desenvolvimento do sistema imunitário, e o cobre, que evita a anemia, têm boa biodisponibilidade e o seu conteúdo vai diminuindo ao longo do tempo, mantendo-se adequado até aos 5-6 meses (Molina, 2004).

A quantidade de vitaminas do leite materno depende da alimentação da mãe, no caso das hidrossolúveis, estas dependem da ingestão recente, as lipossolúveis estão relacionadas com as reservas da mãe. A vitamina D pode estar em concentrações muito baixas em mães que habitem em sítios com pouco sol, embora não se verifiquem carências nos bebês. Os níveis de vitamina K são baixos no leite maduro e altos no colostro, embora sejam compensados através da produção pela flora intestinal, a partir das duas semanas de vida nos bebês amamentados (Galvão, 2006).

Além destes nutrientes, no leite materno encontram-se também outras substâncias que têm funções importantes no organismo do bebê. Os nucleótidos intervêm na síntese de proteínas e fatores de crescimento. Estes fatores que não existem nos leites de fórmula, são péptidos que estimulam a síntese de ARN, ADN, a proliferação celular, o crescimento e maturação do intestino e de outros órgãos (Molina, 2004).

O leite de término aparece devido à involução da glândula mamária e é semelhante ao colostro, sendo muito rico em imunoglobulinas. Por isso, é considerado o responsável pela maturação da imunidade e pela proteção da mama (Galvão, 2006).

Os prematuros têm necessidades nutricionais especiais, decorrentes da sua alta velocidade de crescimento. A quantidade de nutrientes do leite das mães dos bebês prematuros tem sido largamente estudada. O leite possui maior quantidade de nitrogénio, é

rico em proteínas, tem menor quantidade de lactose e tem mais energia. Os nutrientes, cálcio, fósforo, magnésio, zinco e sódio, são mais abundantes. Contém maior capacidade anti-infecciosa, com maior quantidade de IgA, lisozima e lactoferrina. Estas características do leite das mães dos prematuros, são adequadas às necessidades fisiológicas e imunológicas do imaturo tubo digestivo do prematuro (Lamounier et al., 2001).

Quanto mais conhecimento se tem sobre a composição do leite materno, mais evidente se torna o facto de que o mesmo é específico para os RN (Lawrence & Lawrence, 2007).

2.4 - POSICIONAMENTO DA MÃE E PEGA CORRETA NA AMAMENTAÇÃO

Uma boa técnica de amamentação é, sem dúvida, um fator importante para o sucesso do AM. O posicionamento correto do bebé ajuda-o a adquirir uma boa pega, permitindo o completo esvaziamento da mama, aumentando a produção de leite e contribuindo para a satisfação da díade mãe/RN, para além de impedir o aparecimento de fissuras mamilares e consequentes infeções da mama (Pereira, 2006).

Na literatura, há referência a várias posições para amamentar, no entanto, quem deve definir a posição é sempre a mãe junto com o seu bebé, assim ambos sentem-se confortáveis e a mãe consegue estimular os reflexos orais do bebé, ajudando-o a abocanhar a porção adequada da mama (pega ótima), (Sanches, 2002).

Para poder mamar eficazmente, o bebé deve ter a boca bem aberta, a mama bem dentro da boca e a língua debaixo da areola. Entre o mamilo e o lábio inferior tem de haver espaço para colocar a língua, portanto, o mamilo não está no centro da boca, mas sim, mais perto do lábio superior (colocação assimétrica), (Gonzalez, 2004).

Na pega adequada, o bebé abocanha a mama, formando um lacre perfeito. Na parte anterior, os lábios estão virados para fora e a língua apoia-se na gengiva inferior, curvando-se para cima, em contacto com a mama. A mandíbula apoia-se sobre os seios galactóforos e o bebé abocanha o mamilo e aproximadamente 2 a 3 cm da areola. Na parte posterior, dentro da boca, a língua eleva-se e funciona como um mecanismo oclusivo contra o palato mole, estabelecendo uma pressão intraoral negativa, importante para a extração do leite. Desta forma, o vácuo intraoral formado pelo rebaixamento, e elevação da mandíbula, associados aos movimentos dos lábios, bochechas e coxins de gordura, formam uma ventosa que realizará a ordenha, junto com o movimento de canolamento da língua. Para que ocorra a ordenha, a língua realiza movimentos ondulatórios da frente para trás,

iniciando pela ponta e comprimindo suavemente o mamilo, sem a fricção deste, o que poderia ocasionar traumas. No início de cada sucção, a mandíbula eleva-se, ajudando a compressão dos seios galactóforos, isto faz com que gere importantes impulsos de crescimento da face e adequado desenvolvimento das funções orais inclusive da fala (Sanches, 2002).

Desta forma, para mamar corretamente o bebê deve estar barriga com barriga, com a cabeça e os ombros alinhados com o corpo, de modo a que não necessite de dobrar, esticar ou girar o pescoço para mamar, deve estar de frente para a mama, e o seu nariz ao mesmo nível que o mamilo. A deslocação do bebê em direção à mama deve ser feita de forma rápida, positiva e bem dirigida. O mamilo deve ser orientado para o terço superior da boca, na direção do palato do bebê (Galvão, 2006).

De acordo com Galvão (2006), existem várias opiniões quanto à mão que deve ser utilizada para segurar a mama e oferecê-la ao bebê. A sustentação da mama pode fazer-se, no caso de mães com o peito grande, colocando os dedos de forma plana sobre a grelha costal, na base do peito ou com a mão rodeando o peito. Neste caso, o dedo polegar deverá estar por cima da mama, afastado do mamilo e com os outros dedos por baixo “em forma de C”. É desaconselhado a mãe segurar a mama com os dedos em forma de tesoura, pois empurra o tecido glandular para trás impedindo que o bebê possa manter os seios galactóforos dentro da boca.

Desta forma, King (1991) considera como sinais de boa pega, se o bebê tem: todo o corpo encostado ao da mãe e de frente para ela; a face junto à mama; o queixo encostado à mama; a boca bem aberta; o lábio inferior virado para fora, visualizando mais areola acima do lábio superior; o bebê engolir de forma lenta e profunda, sendo audível a sua deglutição e ficando relaxado, feliz e satisfeito no final da mamada, sendo que a mãe também não deve sentir dor no mamilo.

Para que seja possível mamar numa posição adequada é ainda importante que a mãe esteja sentada ou deitada confortavelmente, para que possa estar relaxada. Nem todas as mães se sentem bem na mesma posição, depende do tamanho das mamas. Algumas estão mais centradas, outras mais afastadas da linha média. Em alguns casos, o mamilo aponta para a frente e o bebê deve estar em frente à mãe; noutros, o mamilo aponta para baixo e o bebê deve estar inclinado para cima. O importante é que antes de abrir a boca, o bebê esteja com o nariz em frente ao mamilo.

Se a mãe optar por dar de mamar deitada, deve estar em decúbito lateral, sendo que o braço deve estar fletido, com o antebraço paralelo à sua cabeça. O braço que fica livre

deve ser utilizado para ajudar o bebé a aproximar-se da mama. A mãe poderá recorrer à ajuda de almofadas para ficar mais cómoda. O bebé não deve estar embrulhado em nenhuma manta, caso seja necessário, deve ser coberto com as roupas da cama da mãe, por forma a manter-se quente. O reflexo de busca do bebé é estimulado pelas sensações táteis e olfativas que recebe (Galvão, 2006).

Para dar de mamar sentada, a mãe pode necessitar de um apoio para os pés, de forma a elevar as pernas, para ser mais fácil de colocar o bebé à mama. Pode ainda necessitar de uma almofada para apoiar o bebé para que não tenha que suportar todo o seu peso com o braço (Gonzalez, 2004).

Pensamos que, o posicionamento e a pega do bebé são de facto dois fatores muito importantes para a amamentação e, na pesquisa realizada, encontramos vários estudos referentes ao tema.

No St. Michael's Hospital, em Bristol, Reino Unido, foi realizado por Ingram et al. (2002), um estudo de corte prospetivo, não controlado, com o objetivo de determinar se a técnica de amamentação ensinada às mães no período pós-natal imediato aumentaria as chances de sucesso da amamentação e reduziria a incidência de problemas. A técnica era ensinada a todas as mães logo após o parto e tantas vezes quantas necessárias, durante toda a permanência na maternidade. Eram prestadas informações sobre o posicionamento confortável da mãe, apoio e aconchego do bebé junto ao corpo da mãe, posicionamento da cabeça do bebé na altura correta, mantendo o nariz ao nível do mamilo na altura da pega, como apoiar a mama, a necessidade de o queixo do bebé tocar a mama e a sua boca estar bem aberta. As 395 mães do estudo foram avaliadas com o instrumento *Breastfeeding Score Checklist*, recebendo scores de 0 a 8. Foram consideradas como tendo uma técnica adequada de amamentação, mães que atingiram scores de 7 a 8 pontos, o que incluiu mais de 50% das mães estudadas. Observou-se que as mães com melhor técnica eram primíparas ou mulheres que nunca tinham amamentado e que permaneceram no hospital por mais de três dias, tendo assim a oportunidade de receber as orientações e terem a sua técnica corrigida em vários momentos. No seguimento do estudo, foram aplicados instrumentos na segunda e sexta semanas de vida, enviados pelo correio, com o objetivo de investigar as taxas de AM exclusivo e trauma mamilar. Os resultados mostraram um aumento, comparado às taxas da população com baixo nível socioeconómico no sul de Bristol, nas taxas de AM exclusivo na segunda ($p < 0,001$) e sexta ($p = 0,02$) semanas, e de AM em geral na sexta semana ($p = 0,005$), após a aplicação da intervenção sobre a técnica de amamentação. Apesar das limitações do estudo, nomeadamente a falta de grupo de controlo e a não avaliação da associação entre a técnica e os desfechos, as autoras

concluíram que a técnica adequada é importante, não só para a manutenção da amamentação ainda na sexta semana de vida, mas também para as mães, visto que as que realizaram a técnica satisfatoriamente sofreram menos com fissuras nos mamilos.

Carvalhães e Corrêa (2003), avaliaram a técnica de amamentação de 50 duplas mães/bebês de uma maternidade pública na cidade de Botucatu, em São Paulo, utilizando o instrumento preconizado pela OMS/UNICEF e determinando os *scores* de bom, regular e mau, a partir do número de comportamentos considerados desfavoráveis para cada bloco do formulário. A frequência de binómios que apresentaram comportamentos sugestivos de dificuldades importantes no início do AM variou entre 2% e 22%, conforme o aspeto da mamada avaliada. As dificuldades mais frequentes foram referentes à má posição corporal da mãe e do bebé durante a mamada, tendo 22% das duplas apresentado *score* mau para esse item.

Em França, foi realizado por Labarere et al. (2003), um ensaio clínico randomizado para avaliar se uma intervenção individual durante o internamento pós-parto, aumentaria as taxas de aleitamento na décima sétima semana de vida do bebé. Após a randomização, 106 mães internadas receberam intervenção individual, durante 30 minutos, de um profissional com experiência em aconselhamento em amamentação. A intervenção incluía orientações sobre posição para amamentar, livre demanda, indicação para evitar bicos e biberões, traumas mamilares, ingurgitamento mamário e manutenção da amamentação após o regresso ao trabalho. Ao final de 17 semanas de vida dos bebés, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos no que se refere às taxas de aleitamento, tanto exclusivo quanto aleitamento em geral. Houve, no entanto, um significativo decréscimo nas taxas de trauma mamilar e dor nos mamilos. As mães do grupo experimental apresentam menos trauma mamilar (12,9% X 23,7% no grupo controle; $p=0,05$) e menos dor nos mamilos (8,6% X 18,6% no grupo de controle; $p=0,04$). Os investigadores alertam para o facto de a pesquisa ter sido realizada numa única enfermaria da maternidade, podendo ter ocorrido troca de informações entre as participantes, o que explicaria o porquê de as taxas de aleitamento estimadas para o grupo de controlo estarem acima do esperado.

Em Portugal, foi realizado na região do Vale do Sousa, por Pereira (2006), um estudo experimental, prospetivo e aleatório, em que um dos objetivos era avaliar a influência da correção da pega no sucesso do AM exclusivo, AM misto e do AM total, sendo o sucesso definido em dias de duração. A amostra do estudo era composta por 60 díades ($n=14$; $n=30$; $n=16$, respetivamente, grupo de pega corrigida, correta e incorreta). Após a observação e avaliação dos sinais de pega, utilizando o protocolo da UNICEF, a intervenção consistiu na correção da pega nas díades do grupo A, seguindo as outras as rotinas do serviço. A

intervenção realizada foi eficaz, ou seja, neste estudo, a correção da pega aumentou o número de dias de AM exclusivo, AM misto e AM total e aumentou a percentagem de mães que amamentaram em exclusivo e não exclusivo durante o primeiro ano de vida do bebé. Foram identificados fatores anteriores, após o parto e depois da alta clínica, que influenciam o sucesso do AM.

2.5. FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO

O que se entende por sucesso da amamentação? São vários os trabalhos que falam sobre o sucesso da amamentação, porém, não se encontra uma definição unânime sobre o conceito. Os critérios para medir o sucesso diferem do ponto de vista e dos fatores que o investigador está a analisar. Não há um consenso científico sobre este conceito.

A maioria dos autores define o sucesso da amamentação como a sua duração, a própria definição da duração ótima do AM exclusivo e misto da OMS/UNICEF (2001), tem implícito o tempo e não outros fatores que também possam ser importantes no sucesso.

Os resultados do estudo de Ego et al. (2003), referem que o sucesso do aleitamento depende sobretudo das motivações maternas e valorizam a importância das mães terem um plano definido para a sua duração. Semelhantes são as conclusões dos estudos de Ozone et al. (2002) e Zaide (2003), como refere Pereira (2006), que definem o sucesso pelo nível da motivação da mãe para o ato de amamentar. A falta de consenso talvez se associe também ao facto de se tratar de um fenómeno bio-socio-cultural.

Num estudo realizado por Byte et al. (2002), corroborado por Pereira (2006), sobre as confidências da mãe quanto à duração da amamentação, concluíram que a eficácia materna na prática da amamentação é o fator preditivo mais significativo, na duração mais prolongada da amamentação. O importante é a mãe ter a perceção do seu próprio controlo sobre a amamentação e confiar nas suas capacidades para amamentar o seu filho.

A interação mãe/filho durante a mamada é referida na literatura por vários autores, nomeadamente Brazelton (1992), Donath e Amir (2003), como fator de sucesso do aleitamento. No estudo realizado por Levy (1998), a interação entre mãe/filho aos 30 dias de vida, correlacionou-se positivamente com a duração da amamentação exclusiva. Outras evidências científicas têm mostrado que quando a interação não é boa, a amamentação não tem êxito (Pereira, 2006).

De acordo com um documento da *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA, 2002), os bebês nascem com uma habilidade natural para encontrar a mama e mamar, no entanto, é necessário ter em consideração algumas características do RN, pois constituem fatores favoráveis ao sucesso do AM, a vitalidade e o peso superior a 2,500grs. O crescimento e o desenvolvimento psicomotor adequados também são fatores que favorecem o sucesso da amamentação (Levy, 1994).

O sucesso da amamentação está, portanto, dependente de vários fatores, sejam eles biológicos, sociais, culturais, éticos, políticos e económicos. O stresse, o estilo de vida agitado, as dificuldades da amamentação, a falta de cultura da amamentação, a indiferença ou ignorância das populações em relação aos benefícios do AM e a falta de recursos da comunidade para apoiar a amamentação, são de facto fatores que podem influenciar negativamente a prevalência do AM (Campos, 2007).

A informação sobre AM é importante. As mães devem ter informação necessária sobre a importância e as vantagens do aleitamento, vantagens essas quer para a mãe quer para o bebé. A classe económica e a escolaridade são, segundo Saraiva (2010), fatores que influenciam o sucesso da amamentação. Uma boa técnica de amamentação, com bom posicionamento do bebé e boa pega, são também fatores que podem influenciar a duração da amamentação (Saraiva, 2010).

Outro fator importante é, sem dúvida, o apoio familiar e económico. A iniciativa da UNICEF com a implementação da "Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês", promovendo o AM, com a formação dos profissionais de saúde também é um fator positivo para a promoção e sucesso da amamentação.

Assim sendo, o AM depende de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente no seu sucesso e duração. Alguns destes fatores estão diretamente relacionados com a mãe, outros com o bebé, e ainda com a comunidade e o meio envolvente.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

3 - METODOLOGIA

A fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ordena as atividades que irão ser realizadas ao longo da investigação. É um conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2003). Assim, iremos neste capítulo operacionalizar o estudo, fazendo a concetualização do estudo, precisando o tipo de estudo, definindo as varáveis, o local onde se desenrola e a amostra em estudo.

3.1 - MÉTODOS

A escolha do tema “Sucesso da amamentação - a influência da pega da mama” está relacionada com facto de a amamentação ser para a investigadora um assunto de particular interesse. Será importante saber se fatores comportamentais como a pega e outros fatores sociodemográficos influenciam o sucesso da amamentação e também em que medida uma pega correta da mama nas primeiras 48 horas de vida do bebé, influencia o sucesso da amamentação. Decidimos centrar o nosso estudo na observação da pega da mamada do RN, relacionando-a com o sucesso da amamentação, reconhecendo que existem outros fatores sociais e experienciais que contribuem igualmente para o sucesso.

Concordamos com Galvão (2006), quando afirma que a amamentação é uma das formas mais eficazes de contribuir para a melhoria do estado de saúde da criança, das mães, das famílias, do ambiente e da sociedade em geral, e que a sua proteção, promoção e suporte constituem uma prioridade de saúde pública. Também sabemos que o AM é a forma mais natural e saudável de iniciar o processo de vida de um ser humano, este é o mais completo e o único adaptado ao bebé, isto é, “um alimento vivo”, dadas as suas capacidades de mudança, uma vez que os seus nutrientes e a sua quantidade varia ao longo do crescimento do bebé, sendo capaz de se ajustar às suas necessidades ao longo dos primeiros anos. É ainda o único alimento que, além dos nutrientes, possui imunoglobulinas responsáveis pela imunidade do bebé (Molina, 2004).

Nesta perspectiva, a OMS preconiza o AM exclusivo até aos 6 meses de vida. Por outro lado, a amamentação proporciona um contacto único mãe/filho, estabelecendo um vínculo afetivo que será mais forte quanto mais cedo o bebé for colocado à mama.

Existem vários estudos internacionais onde se pretendeu estudar a importância da pega no sucesso da amamentação e, neste estudo, pretendemos constatar a realidade nesta matéria do nosso local de trabalho.

Desta forma, surgem as nossas questões de investigação:

- Em que medida os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e a amamentação influenciam o sucesso da amamentação?
- Em que medida uma pega correta da mama nas primeiras 48 horas de vida do bebé influencia o sucesso da amamentação?
- De que modo os sinais de possíveis dificuldades na amamentação influenciam o sucesso da mesma?

Para dar resposta às nossas questões, definimos objetivos que indicam a razão que nos leva à investigação. Deste modo, os objetivos do estudo são:

- Identificar os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e amamentação que contribuem para o sucesso da amamentação;
- Analisar a influência de uma pega correta nas primeiras 48 horas de vida do bebé no sucesso da amamentação;
- Analisar se os sinais de possíveis dificuldades na amamentação influenciam o sucesso da amamentação.

Para a concretização do estudo, escolhemos o método de investigação que vai de encontro aos diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações desta investigação. Assim, utilizamos o método quantitativo, visto ser um processo sistemático de colheita de dados, observáveis e quantificáveis (Fortin, Côté & Vissandjée, 2003).

Caracterizamos o estudo como descritivo-correlacional, uma vez que se explora e determina a existência de relações entre as variáveis, com o objetivo de descrever essas relações (Fortin & Ducharme, 2003). Face às questões e objetivos definidos, a representação do estudo pode ser esquematizada num modelo concetual de base. Tem como objetivo controlar possíveis fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo. Podemos observar na figura 1 o desenho de investigação definido.

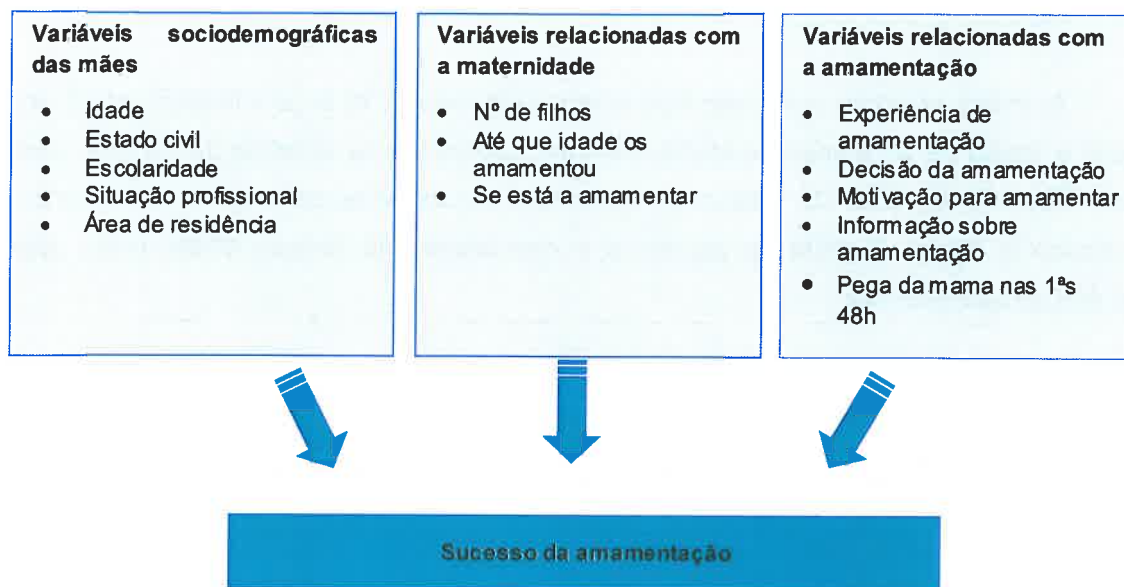


Figura 1 - Modelo conceitual

A figura 1 procura estabelecer a relação entre as variáveis **independentes** e a variável **dependente** que, no presente estudo, versa entre as variáveis sociodemográficas das mães, as variáveis relacionadas com a maternidade, as variáveis relacionadas com a amamentação e o **sucesso da amamentação**, sendo que entendemos por sucesso a duração da amamentação (questão número onze do questionário) e a manutenção da mesma aos seis meses.

3.2 - PARTICIPANTES

A população alvo neste estudo é constituída por todas as díades mãe/bebé, internados no serviço de obstetria de um hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro, tendo como critérios de inclusão, o alojamento conjunto, bebés com peso >2000gr, com idade inferior a 48 horas de vida e se encontrem a ser amamentados.

A amostra do estudo foi constituída por 50 díades mãe/bebé, internadas no serviço de Obstetria do referido hospital, no período de 1 de novembro a 31 de dezembro de 2012, e que obedeceram aos critérios de inclusão, em que houve um total de 251 nascimentos.

O período em que decorreu o estudo com o acompanhamento aos três e seis meses foi de novembro de 2012 a maio de 2013.

3.2.1 - Caracterização da amostra

As mães inquiridas no estudo têm como idade mínima 16 anos e máximo de 40 anos, sendo a média de 31,3 anos de idade, com um coeficiente de variação de 94,95%, sendo uma dispersão elevada. Os valores de assimetria e curtose revelam curva nomocurtica e enviesada à direita. O teste de aderência à normalidade de Shapiro Wilks indica que a distribuição não é normal.

Tabela 1: Idade das mães inquiridas no estudo

Idade	Min.	Max.	Med.	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Total	16	40	31,30	5,45	94,95	-2,7	0,92	0,07

Em relação ao estado civil, verificamos pela tabela 2 que 12% das mães são solteira/divorciada/viúva e 88% são casadas ou vivem em união de facto. Não encontramos diferenças estatísticas significativas entre a idade das mães e o seu estado civil.

Tabela 2: Relação entre a idade da mãe e o estado civil

Estado civil	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Solteira/divorciada/viúva	4	16,7	2	7,7	6	12,0	0,952	0,329
Casada/união de fato	20	83,3	24	92,3	44	88,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Para as habilitações literárias das mães, procedemos à recodificação desta variável, constituindo três categorias. Os resultados da tabela 3 indicam que 46% das mães têm escolaridade até ao 9º ano, 32% têm o 12º ano e 22% têm como nível académico o Bacharelato ou Superior. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a idade e as habilitações literárias das mães inquiridas.

Tabela 3: Relação entre a idade das mães e as habilitações literárias

H. Literárias	<=31 Anos		>=32 Anos		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Até 9º ano	12	50,0	11	42,3	23	46,0	0,783	0,676
12º Ano	8	33,3	8	30,8	16	32,0		
Bacharelato/ superior	4	16,7	7	26,9	11	22,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

No que diz respeito à situação profissional, verificamos que 58% das mães estão empregadas e 42% encontram-se desempregadas. Também não se verificam diferenças estatísticas significativas na relação entre estas duas variáveis (Tabela 4).

Tabela 4: Relação entre a idade das mães e a situação profissional

S. profissional	<=31 Anos		>=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Empregada	16	66,7	13	50,0	29	58,0	1,423	0,233
Desempregada	8	33,3	13	50,0	21	42,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Quanto à área de residência, verificamos pela tabela 5 que 58% das mães tem residência urbana e 42% reside em área rural, não havendo também diferenças estatísticas significativas.

Tabela 5: Distribuição das mães pela área de residência

Área Residência	<=31 Anos		>=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Urbana	13	54,2	16	61,5	29	58,0	0,278	0,598
Rural	11	45,8	10	38,5	21	42,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

3.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do método de colheita de dados efetua-se em função das variáveis, da sua operacionalização e da estratégia de análise estatística, assim como da natureza do problema de investigação (Fortin, Grenier & Nadeau, 2003).

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que precisam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos. É um método que ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados, permitindo colher informação de forma rigorosa.

Neste estudo, para a colheita de dados utilizamos um questionário (Apêndice A), elaborado para o efeito. É constituído por dezoito questões e estruturado em duas partes, sendo a primeira parte a caracterização sociodemográfica e a segunda parte a atitude das mães face à amamentação.

I Parte – Caracterização sociodemográfica

A primeira parte é destinada a obter informação sobre os dados de caracterização sociodemográfica, onde incluímos questões sobre a idade das mães, o estado civil, a escolaridade, a situação profissional e a área de residência.

A segunda parte inclui as variáveis referentes à maternidade, nomeadamente, o número de filhos, se foram amamentados e até que idade, se não amamentou o porquê, se está amamentar. Nesta secção incluímos ainda as variáveis relacionadas com a amamentação, em procuramos saber a experiência de amamentação, nomeadamente, se sabe se foi amamentada, se existem na família outros bebés que o foram, se foi uma decisão tomada por iniciativa própria, quando tomou a decisão de amamentar, se está motivada para amamentar, se não o porquê, se recebeu informação sobre a amamentação e por quem e até que idade pensa amamentar o bebé.

II Parte – Formulário de observação a mamada

Foi também utilizado um formulário da observação da mamada (Anexo I), baseado nos indicadores da pega correta, descritos pela UNICEF/WHO (1992), traduzido pelo Comité de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, em Portugal, Direção Geral da Saúde e que é utilizado no curso de formação de conselheiras em amamentação, tendo como objetivo capacitar os trabalhadores da área da saúde a desenvolver habilidades clínicas e interpessoais para apoiar e tornar bem-sucedida a prática da amamentação. Este

formulário que avalia a mamada e deteta possíveis problemas na mesma, está dividido em duas partes, com seis blocos cada uma.

A primeira parte identifica a **ausência de dificuldades na amamentação**, cada bloco identifica determinadas características quer da mãe quer do bebé. No primeiro bloco, avalia o ar saudável da mãe, se está relaxada e confortável, e os sinais de vinculação entre a mãe e o bebé. No segundo bloco, avalia o bebé, se parece saudável, se está calmo e relaxado e se apresenta reflexo de busca, rodando e procurando a mama. No terceiro bloco, avalia a anatomia da mama, se está sã, se não tem dor nem desconforto, a forma como apoia a mama, com os dedos longe do mamilo. O quarto bloco avalia o posicionamento do bebé, com a cabeça e o corpo em linha, bebé junto ao corpo da mãe, todo o corpo apoiado e o nariz do bebé em frente ao mamilo. O quinto bloco avalia a pega do bebé e identifica se está mais areola visível acima do lábio superior, se a boca do bebé está bem aberta, se o lábio inferior está virado para fora e se o queixo do bebé toca na mama. O sexto bloco avalia a sucção do bebé, se é lenta e profunda, se as bochechas estão arredondadas quando mama, se o bebé se afasta da mama quando está satisfeito e se a mãe apresenta sinais de reflexo de ocitocina.

Cada parte é constituída por 21 itens cotados de zero a um, em que zero significa resposta incorreta e um a resposta correta.

O score global oscila entre zero e vinte e um. Como ponto de corte tivemos em consideração a mediana. Valores inferiores à mediana são considerados como tendo sinais de dificuldade na amamentação e superiores ou igual sem sinais de dificuldade na amamentação, sendo que a mediana na primeira parte do formulário é dezoito.

Estudo psicométrico da escala de observação da pega da mama

Para avaliarmos a consistência interna da escala utilizada fizemos a determinação do Alpha de Cronbach. Constatamos que a análise fatorial deu uma estrutura unifatorial, em que a primeira parte da escala apresenta de Alpha Cronbach igual a 0,842, verificando-se que se excluíssemos os dois primeiros itens da anatomia da mama o Alfa subiria para 0,891. Dado o valor semântico dos itens, decidimos mantê-los.

Constatamos, ao analisar o resultado do Alpha de Cronbach, que a escala utilizada no que se refere à ausência de dificuldades na amamentação oscila entre 0,812 e 0,878 e tem uma boa consistência interna, segundo a classificação de Pestana e Gajero (2005).

Tabela 6: Alpha de Cronbach da escala na ausência de dificuldades na amamentação

	Med.	Dp	Correlation (r)	Alpha
Aparência Saudável	1	0	-	-
Relaxada e confortável	0,88	0,328	0,523	0,831
Com sinais vinculação	1	0	-	-
Saudável	1	0	-	-
Calma e Relaxada	0,94	0,240	0,356	0,839
Roda e Procura mama	0,90	0,303	0,573	0,829
Sãs	0,90	0,303	0,018	0,853
Sem dor desconforto	0,46	0,503	- 0,184	0,878
Dedos longe do mamilo	0,86	0,351	0,203	0,846
Cabeça corpo em linha	0,98	0,141	0,328	0,842
Junto do corpo da mãe	1	0	-	-
Todo o corpo apoiado	1	0	-	-
Nariz frente ao mamilo	1	0	-	-
Areola visível no lábio superior	0,74	0,443	0,662	0,820
Boca bem aberta	0,66	0,479	0,603	0,824
Lábio inferior virado para fora	0,54	0,503	0,555	0,828
Queixo toca a mama	0,86	0,351	0,683	0,822
Sucção lenta e profunda	0,76	0,431	0,784	0,812
Bochechas arredondadas	0,76	0,431	0,784	0,812
Afasta-se da mama	0,68	0,471	0,738	0,814
Sinais reflexo de ocitocina	0,56	0,501	0,611	0,823

A segunda parte do formulário identifica vários **sinais que podem dificultar a amamentação**. O primeiro bloco avalia o ar doente e depressivo da mãe, se está tensa e desconfortável, se não mantém contacto visual com o bebé. O segundo bloco avalia se o bebé parece doente ou sonolento, se está agitado e chora, se não apresenta reflexo de busca, não roda a cabeça nem procura a mama. O terceiro bloco avalia a anatomia da mama, se está ruborizada, cheia ou inflamada, se tem a mama ou os mamilos doridos, se apoia a mão muito perto da areola. O quarto bloco avalia o posicionamento do bebé, se a cabeça e o corpo estão rodados, se o bebé tem o corpo afastado da mãe, se está apenas apoiado pela cabeça e pescoço, se não tem o nariz em frente ao mamilo. O quinto bloco avalia se está mais areola visível abaixo do lábio inferior, se a boca do bebé não está bem aberta, se o lábio inferior está virado para dentro e se o queixo não toca na mama. O sexto bloco avalia a sucção do bebé, se é rápida e superficial, se as bochechas são concavas quando mama, se a mãe tira o bebé da mama e se não tem reflexo de ocitocina.

Cada parte é constituída por 21 itens cotados de zero a um, em que zero significa resposta incorreta e um a resposta correta.

O score global oscila entre zero e vinte e um. Como ponto de corte tivemos em consideração a mediana. Valores inferiores à mediana são considerados como tendo sinais de dificuldade na amamentação e superiores ou igual com dificuldade na amamentação. A mediana na segunda parte do formulário é dois.

Estudo psicométrico da escala de observação da pega da mama

Para avaliarmos a consistência interna da escala utilizada fizemos a determinação do Alpha de Cronbach. Constatamos que a análise fatorial deu uma estrutura unifatorial Na segunda parte da escala, ou seja, perante a observação de **sinais que podem dificultar a amamentação** o Alpha Cronbach oscila entre 0,807 e 0,840. Se tivéssemos eliminado os dois primeiros itens da anatomia da mama o alfa seria igual a 0.893, dado o valor semântico dos itens decidimos mantê-los.

Constatamos valores de boa consistência interna, segundo a classificação de Pestana e Gajero (2005).

Tabela 7: Alpha de Cronbach da escala perante sinais que podem dificultar a amamentação

	<u>Med.</u>	<u>Dp</u>	<u>Correlation (r)</u>	<u>Alpha</u>
Doente ou depressiva	0	0	=	=
Tensa ou desconfortável	0,10	0,303	0,568	0,826
Sem contacto visual	0	0	-	-
Doente ou sonolento	0	0	-	-
Agitado ou chora	0,06	0,240	0,355	0,836
Reflexo busca ausente	0,06	0,240	0,581	0,828
Ruborizada, cheia	0,10	0,303	0,017	0,851
Mamilos doridos	0,54	0,503	-0,215	0,879
Dedos sobre a areola	0,08	0,274	0,307	0,838
Cabeça e corpo rodado	0,02	0,141	0,256	0,840
Corpo afastado da mãe	0	0	-	-
Apoiado pela cabeça	0	0	-	-
Queixo frente ao mamilo	0	0	-	-
Areola visível no lábio inferior	0,24	0,431	0,603	0,821
Boca pouco aberta	0,34	0,479	0,596	0,821
Lábio inferior virado para dentro	0,46	0,503	0,533	0,826
Queixo não toca a mama	0,14	0,351	0,631	0,821
Sucção rápida superficial	0,24	0,431	0,800	0,807
Bochechas concavas	0,24	0,431	0,800	0,807
Tira bebé da mama	0,30	0,463	0,757	0,809
Sem reflexo de ocitocina	0,42	0,499	0,629	0,819

Critério de operacionalização da Variável Dependente

Considerou-se que obtiveram sucesso na amamentação as mães que amamentavam aos seis meses de vida do bebé, uma vez que é o período preconizado pela OMS para a amamentação exclusiva. Para o efeito, foi realizado um contacto telefónico aos três e aos seis meses, com o intuito de confirmarmos se ainda continuavam a amamentar e se não quais os motivos para o abandono.

3.4 - PROCEDIMENTOS

Antes de se iniciar a colheita dos dados é necessário obter a autorização para a realização do estudo e, deste modo, procedemos ao pedido (Apêndice B) para o efeito ao Conselho de Administração do referido hospital de Trás-os-Montes que nos foi concedida em 16 de outubro de 2012, com despacho assinado a 19 de outubro de 2012 pelo Presidente do Conselho de Administração do referido centro hospitalar (Anexo II).

Foi pedido ainda parecer ético à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Apêndice C), o qual obtivemos parecer favorável (Anexo III).

Aquando do início da colheita de dados, foi feito contacto prévio com o diretor do serviço e a enfermeira responsável pelo serviço de Obstetrícia do referido hospital. Os formulários de observação da mamada foram preenchidos pela investigadora, por forma a não haver variações nos registos dos itens observados.

Foi explicado às mães os objetivos do estudo em questão, solicitada a sua participação voluntária e garantida a confidencialidade, através do consentimento informado (Apêndice D). Foi também pedido a autorização para serem contactadas telefonicamente, aos três e aos seis meses de vida do bebé para avaliar se mantém ou não a amamentação e se não o porquê do abandono.

3.5 - ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados e tratados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21. Foram aplicadas como estatísticas descritivas frequências absolutas e percentuais, medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo), tendo em atenção as características das variáveis do estudo.

Quando nos referimos ao coeficiente de variação, temos em consideração a definição de Pestana e Gageiro (2005) e classificamos a dispersão como:

$CV \leq 15\%$	dispersão fraca
$15\% < CV \leq 30\%$	dispersão média
$CV > 30\%$	dispersão elevada

Fizemos também a análise inferencial utilizando testes não paramétricos, como por exemplo, o teste de Kruskal-Wallis, o teste de U Mann-Whitney e análise discriminante de função, pelo facto de a amostra do estudo ser pequena.

Definimos ainda os seguintes níveis de significância:

- $p > 0.05$ – não significativo;
- $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa;
- $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa.

Os dados são apresentados através de tabelas e quadros, das quais se omitiu a fonte, dado as mesmas resultarem do estudo por nós efetuado, de forma a organizar e permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos.

4 - RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Para maior facilidade de sistematização, os resultados do nosso estudo são apresentados pela mesma ordem das variáveis definidas.

4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo pretendemos decompor os diversos dados obtidos procedendo à sua interpretação. Em primeiro lugar, apresentamos a caracterização das mães em relação às variáveis relacionadas com a maternidade.

4.1.1 - Variáveis relacionadas com a maternidade

Neste grupo de variáveis procuramos conhecer o número de filhos, até que idade os amamentou e se está a amamentar.

Número de filhos

Verificamos pela tabela 6 que 46% das mães inquiridas não tinham filhos anteriores, 38% tinham um filho, 14% tinham dois filhos e apenas 2% referiram três ou mais filhos. Verificamos que existem diferenças estatísticas significativas entre a idade das mães e o nº de filhos.

Tabela 8: Relação entre a idade das mães e o nº de filhos

Nº filhos	Idade <=31Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Nenhum	16	66,7	7	26,9	23	46,0	8,862	0,031
1 Filho	5	20,8	14	53,8	19	38,0		
2 Filhos	3	12,5	4	15,4	7	14,0		
Mais 3 Filhos	0	0,0	1	3,8	1	2,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

A recodificação da variável acima apresentada permitiu classificar as mães em dois grupos “com filhos” e “sem filhos”. Os resultados indicam que 46% das mães inquiridas têm filhos e 54% das mães não têm filhos. Quando comparamos com a idade, verifica-se que 66,7% das mães com idade ≤ 31 anos têm filhos e que apenas 29,9% das mães com idade ≥ 32 anos têm filhos. Constatamos que existem diferenças muito significativas entre a idade das mães e o terem filhos ou não.

Tabela 9: Relação da idade das mães com filhos e sem filhos anteriores

Idade	≤ 31 Anos		≥ 32 Anos		Total		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
Com filhos	16	66,7	7	29,9	23	46,0	7,936	0,005
Sem filhos	8	33,3	19	73,1	27	54,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Tempo de amamentação

No que diz respeito à amamentação do filho anterior e à sua duração, dividiu-se em duas classes, inferior ou igual a seis meses e superior a seis meses. Verificamos então que o mínimo foi de um mês e o máximo de seis meses, com uma média de 3,1 e um coeficiente de variação de 110,74. Constatamos uma dispersão elevada, quer nas que amamentaram até aos seis meses, quer nas que amamentaram para além dos seis meses de idade, verificando-se neste grupo um mínimo de sete meses e um máximo de trinta meses, com média de 13,2 e um coeficiente de variação de 395,45%, uma dispersão muito elevada. Quanto às medidas de enviesamento e achatamento, a variável tem uma distribuição normal para quem alimentou o primeiro filho até aos seis meses e leptocurtica e enviesada à esquerda para o tempo de amamentação global e superior a seis meses.

Quando analisamos só a duração da amamentação no filho anterior, concluímos que o mínimo é de um mês e o máximo de trinta meses, com uma média de 7,63% e um coeficiente de variação de 90,27%, confirmando-se uma dispersão elevada.

Tabela 10: Estatística descritiva da duração da amamentação no filho anterior

	Min.	Máx.	Med	Dp	CV	SK/erro	K/erro	SW
Idade	1	30	7,631	6,889	90,276	37,84	5,357	0,001
≤ 6 Meses	1	6	3,1	1,85	110,74	0,308	-1,06	0,247
> 6 Meses	7	30	13,2	7,2	395,45	2,820	3,630	0,003

Ao analisarmos a tabela 11, verificamos que são as mães mais jovens que amamentam durante menos tempo. Não havendo diferenças estatísticas significativas.

Tabela 11: Relação da idade das mães e a duração da amamentação do primeiro filho

Duração	Idade <= 31 Anos		Idade >= 32 Anos		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
<= 6 meses	3	60,0	7	53,8	10	55,6	0,055	0,814
>6 meses	2	40,0	6	46,2	8	44,4		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Amamentação do filho atual

Na tabela 12 verificamos que 96% das mães inquiridas no estudo se encontram a amamentar e apenas 4% não estão. Em relação à idade, 95,8% das mães com idade <=31 anos estão a amamentar e 96,2% das mães com idade >=32 anos também estão amamentar. Não existem diferenças estatísticas significativas entre a idade das mães e estarem ou não a amamentar.

Tabela 12: Relação da idade das mães com o facto de estar a amamentar

Amamenta	Idade <= 31 Anos		Idade >= 32 Anos		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Sim	23	95,8	25	96,2	48	96,0	0,003	0,954
Não	1	4,2	1	3,8	2	4,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

4.1.2 - Variáveis relacionadas com a amamentação

O instrumento de colheita de dados incluía questões que nos permitiram analisar a experiência e a motivação para amamentar, sendo as variáveis experiência de amamentação, decisão de amamentar, motivação para amamentar, informação sobre amamentação e pega da mama nas primeiras 48 horas. Verificamos que 70 % das mães inquiridas tinham conhecimento sobre o facto de terem sido amamentadas, 18 % não foram amamentadas e 12 % das mães não tinha conhecimento sobre este facto. Relativamente às idades, verificamos dados muito aproximados quer para as que possuem >32 anos, quer para as de <31 anos de idade. Não se encontraram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 13: Relação entre a idade das mães e o conhecimento sobre se foram amamentadas ou não

Foi Amamentada	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	17	70,8	18	69,2	35	70,0	0,060	0,971
Não	4	16,7	5	19,2	9	18,0		
Não Sabe	3	12,5	3	11,5	6	12,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Pela tabela 14 verificamos que 47% das mães têm outros bebês na família que foram amamentados, apenas 3% das mães inquiridas não tinham na família bebês amamentados. Verificamos não existirem diferenças estatísticas significativas

Tabela 14: Relação entre a idade das mães e a existência de bebês amamentados na família

Bebês Amamentados na família	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	22	91,7	25	96,2	47	94,0	0,446	0,504
Não	2	8,3	1	3,8	3	6,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Quando analisamos a idade das mães e a decisão de amamentar (Tabela 15), verificamos que 76% tomou a decisão antes de engravidar, 22% durante a gravidez e apenas 2% depois do parto. Em relação à idade, 32% com idade <=31 anos e 40% com idade >=32 anos, tomaram a decisão antes de engravidar, 10% e 12% respectivamente durante a gravidez e 2% tinham idade <=31 anos e decidiram amamentar depois do parto. Não se encontraram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 15: Relação entre a idade das mães e a decisão de amamentar

Decisão Amamentar	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Antes da gravidez	18	75,0	20	76,9	38	76,0	1,118	0,572
Durante a gravidez	5	20,8	6	23,1	11	22,0		
Após o parto	1	4,2	0	0,0	1	2,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Verificamos também, ao analisar as respostas à questão sobre a motivação para amamentar, que todas as mães inquiridas no estudo estavam motivadas.

No que diz respeito à informação sobre a amamentação, verificamos que 60% das mães do estudo recebeu informação, 40% referem não ter recebido. Em relação à idade, as mães com idade <=31 anos, 22% receberam informação e 26% referiram não ter recebido. Das mães com idade >=32 anos, 38% obteve informação e 14% referem não ter obtido (Tabela 16). Podemos constatar que existem diferenças estatísticas significativas.

Tabela 16: Relação entre a idade das mães e informação sobre a amamentação

Informação	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	11	45,8	19	71,1	30	60,0	3,860	0,049
Não	13	54,2	7	26,9	20	40,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Outra questão que também foi analisada, refere-se a quem deu a informação sobre o AM. Constatamos pela tabela 17 que 56,7% receberam informação da enfermeira de família, 23,3% pelo médico de família, 6,7% pelo enfermeiro e pelo médico de família, também 6,7% pelo obstetra e pelo enfermeiro, 3,3% pelo obstetra e também 3,3% pelo médico de família e pelo obstetra. Verificou-se ainda que em relação à idade, 36,7% das mães que receberam informação tinham <=31 anos e 63,3% tinham >=32 anos.

Tabela 17: Relação entre a idade das mães e quem lhe forneceu a informação sobre a amamentação

Quem deu informação	Idade <=31 Anos		Idade >=32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Médico Família	3	27,3	4	21,1	7	23,3	3,747	0,586
Obstetra	1	9,1	0	0,0	1	3,3		
Enfermeira Família	6	54,5	11	57,9	17	56,7		
Médico Família/Obstetra	0	0,0	1	5,3	1	3,3		
Médico Família/enfermeiro	0	0,0	2	10,5	2	6,7		
Obstetra/enfermeiro	1	9,1	1	5,3	2	6,7		
Total	11	100,0	19	100,0	30	100,0		

Formulário de observação da mamada

O formulário de observação da pega da mama é composto por duas partes, a primeira parte corresponde à amamentação sem dificuldades, com os indicadores da pega correta. A segunda parte inclui os itens sobre os sinais de possíveis dificuldades na amamentação e a pega incorreta.

Amamentação sem dificuldades

Ao analisarmos a tabela 18, verificamos que 100% das mães apresentavam aparência saudável, 88% estavam relaxadas e 100% mostravam sinais de vinculação.

No que diz respeito ao bebê, 100% eram saudáveis, 94% estavam relaxados e 90% rodavam a cabeça e procuravam a mama. Constatamos que 90% das mães apresentava mamas sãs, 46% não tinham qualquer dor ou desconforto e 86% apoiavam a mama de forma correta, com os dedos longe do mamilo.

Em relação ao posicionamento dos bebês, 98% apresentavam a cabeça e o corpo em linha e 100% tinham o corpo junto ao da mãe, todo o corpo apoiado e o nariz em frente ao mamilo. Verificamos que em relação à pega do bebê, 74% das duplas observadas tinham mais areola visível acima do lábio superior, 66% dos bebês apresentavam boca bem aberta, 54% tinham o lábio inferior virado para fora e 86% dos bebês tinham o queixo junto à mama.

No que diz respeito à sucção dos bebés, 76% apresentavam sucção lenta e profunda e bochechas arredondadas quando mamavam, 68% afastava-se da mama quando terminava e 56% das mães apresentava sinais de reflexo de ocitocina. Não havendo diferenças estatísticas significativas em relação a nenhum dos itens.

Tabela 18: Relação entre a idade das mães e amamentação sem dificuldades

Amamentação sem dificuldades	<= 31 Anos		>= 32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Mãe								
Aparência Saudável	24	100,0	26	100,0	50	100,0	0,588	0,443
Relaxada e confortável	22	91,7	22	84,6	44	88,0		
Com sinais de vinculação	24	100,0	26	100,0	50	100,0		
Criança								
Saudável	24	100,0	26	100,0	50	100,0	2,946	0,086
Calma e Relaxada	24	100,0	23	88,5	47	94,0		
Roda e Procura a mama	21	87,5	24	92,3	45	90,0		
Anatomia da Mama								
Sãs	21	87,5	24	92,3	45	90,0	0,321	0,571
Sem dor ou desconforto	9	37,5	14	53,8	23	46,0	2,946	0,247
Dedos longe do mamilo	21	87,5	22	84,6	43	86,0	0,086	0,769
Posição Criança								
Cabeça e corpo em linha	23	95,8	26	100,0	49	98,0	1,342	0,247
Junto do corpo da mãe	24	100,0	26	100,0	50	100,0		
Todo o corpo apoiado	24	100,0	26	100,0	50	100,0		
Nariz frente ao mamilo	24	100,0	26	100,0	50	100,0		
Pega Criança								
Areola visível no lábulo sup.	16	66,7	21	80,0	37	74,0	1,290	0,256
Boca bem aberta	16	66,7	17	65,4	33	66,0	0,009	0,924
Lábulo inf. virado para fora	14	58,3	13	50,0	27	54,0	0,349	0,555
Queixo toca a mama	19	79,2	24	92,3	43	86,0	1,790	0,181
Sucção								
Sucção lenta e profunda	16	66,7	22	84,6	38	76,0	2,204	0,138
Bochechas arredondadas	16	66,7	22	84,6	38	76,0	2,204	0,138
Afastar-se da mama	15	62,5	19	73,1	34	68,0	0,642	0,423
Sinais reflexo de ocitocina	13	54,2	15	57,7	28	56,0	0,063	0,802

Ao analisarmos a tabela 19, verificamos os sinais de amamentação sem dificuldade e constatamos que nos indicadores de pega correta, o score mínimo é de 9 e o máximo é de 21, com uma média de 17,48% e um coeficiente de variação de 19,13, sendo a dispersão média. Em relação aos sinais de amamentação sem dificuldade a curva é normocurtica e enviesada à direita. Verificamos também que em relação à idade das mães e os indicadores de pega correta, os scores são iguais para as duas classes, mínimo de 9 e máximo de 21, com uma média de 17,083 para as mães com idade <=31 anos, e um coeficiente de variação de 20,55, sendo de dispersão média. Para as mães com idade >=32 anos, a média é de 17,846 e um coeficiente de variação de 17,97, que consideramos também como sendo dispersão média. Em relação à idade das mães <=31anos a curva é normocurtica sem diferenças e sem enviesamento. No que diz respeito às mães com idade >=32 anos, a curva é platicurtica, enviesada à direita.

Tabela 19: Estatística descritiva dos indicadores de pega correta

	Min.	Máx.	Med.	Dp	Cv	SK/erro	K/erro	SW
Sinais de amamentação sem dificuldade	9	21	17,48	3,345	19,136	-3,421	0,858	0,000
Sem sinais de dificuldade ≤ 31 Anos	9	21	17,083	3,512	20,558	-1,995	-0,084	0,008
≥ 32 Anos	9	21	17,846	3,208	17,976	-3,208	2,210	0,001

Ao analisarmos a tabela 20 verificamos que 54,2% das mães com idade ≤31 anos não apresentaram dificuldades na amamentação e 65,4% das mães com idade ≥32 anos também não apresentaram sinais de dificuldade na amamentação. Em relação ao estado civil, verificamos que na classe das solteiras/divorciadas/viúvas, 50% das mães apresentaram sinais de dificuldade na amamentação. Nas casadas/união de fato, 61,4% não apresentaram dificuldades na amamentação.

No que diz respeito às habilitações literárias, na classe do 9º ano, 47,8% não verificamos sinais de dificuldade e nas mães com o 12º ano 62,5% não verificamos qualquer dificuldade na amamentação. Nas mães com bacharelato/superior, 81,8% também não revelaram dificuldades.

Ao analisarmos a situação profissional, verificamos que 69% das mães empregadas, não tiveram dificuldades na amamentação e em relação às mães que estavam desempregadas, 47,6% não revelaram dificuldades. Em relação à área de residência, verificamos que 50% das mães que habitam em meio rural não apresentaram sinais de dificuldade, e 63% das mães da área urbana também não apresentaram dificuldades na amamentação.

Em todas as variáveis analisadas não se encontraram diferenças estatísticas significativas.

Tabela 20: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os sinais de amamentação sem dificuldades

V. sociodemográficas		Amamentação		Com sinais de dificuldade		Sem sinais de dificuldade		Total		X ²	p
		N	%	N	%	N	%				
Idade	<= 31 Anos	11	45,8	13	54,2	24	100,0	0,655	0,419		
	>=32 Anos	9	34,6	17	65,4	26	100,0				
Estado civil	Solteira/Divorciada/Viúva	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0,284	0,594		
	Casada/União fato	17	38,6	27	61,4	44	100,0				
Habilitações Literárias	Até ao 9 ano	12	52,2	11	47,8	23	100,0	3,644	0,162		
	12º Ano	6	32,5	10	62,5	16	100,0				
	Bacharelato/Superior	2	18,2	9	81,8	11	100,0				
Situação Profissional	Empregada	9	31,0	20	69,0	29	100,0	2,313	0,128		
	Desempregada	11	52,4	10	47,6	21	100,0				
Área Residência	Rural	10	50,0	10	50,0	20	100,0	0,876	0,349		
	Urbana	11	36,7	19	63,3	30	100,0				

Sinais de possíveis dificuldades

Ao analisarmos a tabela 21, referente à relação entre a idade das mães e a segunda parte do formulário de observação da mamada, amamentação com sinais de possíveis dificuldades, verificamos que 10% das mães se apresentavam tensas ou desconfortáveis, 6% dos bebês estavam agitados ou chorosos e 6% não apresentavam reflexo de busca. No que concerne à anatomia da mama, 10% das mães tinham mamas ruborizadas ou cheias, 54% tinham mamilos doridos e 8% apresentavam os dedos muito juntos do mamilo.

No que diz respeito ao posicionamento do bebê, 4,2% destes apresentavam a cabeça e o corpo rodado. Nos itens referentes à pega, em 24% das duplas, era visível mais areola abaixo do lábio inferior, 34% dos bebês apresentavam a boca pouco aberta e em 14% o queixo não tocava a mama. Em relação à sucção, verificamos que 24% dos bebês apresentavam sucção rápida e superficial e ainda bochechas concavas. De realçar ainda que 30% das mães tiram os bebês da mama e 42% não apresentam reflexo de sucção.

Tabela 21: Relação entre a idade das mães e amamentação com sinais de possíveis dificuldades

Idade	≤ 31 Anos		≥ 32 Anos		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Amamentação sem dificuldades								
Mãe								
Doente ou depressiva								
Tensa ou desconfortável	2	8,3	3	11,5	5	10,0	0,142	0,706
Sem contacto visual								
Criança								
Doente ou sonolento	0	0,0	3	11,5	47	6,0	2,946	0,086
Agitado ou chora	1	4,2	2	7,7	3	6,0	0,275	0,600
Reflexo de busca ausente								
Anatomia da Mama								
Ruborizada, chela	3	12,5	2	7,7	5	10,0	0,321	0,571
Mamilos doridos	15	62,5	12	46,2	27	54,0	1,342	0,247
Dedos sobre a areola	2	8,3	2	7,7	4	8,0	0,007	0,933
Posição Criança								
Cabeça e corpo rodado	1	4,2	0	0,0	1	4,2	1,105	0,293
Corpo afastado da mãe								
Apoiado pela cabeça								
Queixo frente ao mamilo								
Pega Criança								
Areola visível no lábio inf.	7	29,2	5	19,2	12	24,0	0,675	0,411
Boca pouco aberta	8	33,3	9	34,6	17	34,0	0,009	0,924
Lábio inf. virado para dentro	10	41,7	13	50,0	23	46,0	0,349	0,555
Queixo não toca a mama	4	16,7	3	11,5	7	14,0	0,273	0,602
Sucção								
Sucção rápida e superficial	8	33,3	4	15,4	12	24,0	2,204	0,138
Bochechas com cavas	8	33,3	4	15,4	12	24,0	2,204	0,138
Tira bebé da mama	9	37,5	6	23,1	15	30,0	1,236	0,266
Sem reflexo de eotocina	11	45,8	10	38,5	21	42,0	0,278	0,598

Em relação aos sinais de possíveis dificuldades na amamentação e indicadores de pega incorreta, verificamos que o score mínimo é 0 e máximo é de 12, com uma média de 3,340 e um coeficiente de variação de 97,065, sendo uma dispersão elevada, originando uma curva normocurtica e enviesada à direita.

No que diz respeito aos sinais de possíveis dificuldades e consequente indicador de pega incorrecta, verificamos que o score mínimo para a idade das mães ≤31 anos é de 0 e o máximo de 11, com uma média de 3,708 e um coeficiente de variação de 89,428, sendo que consideramos como dispersão elevada. Ao analisarmos a idade das mães ≥32 anos, concluímos que o score mínimo é de 0 e o máximo de 12, com uma média de 3,000 e um coeficiente de variação de 106,6, com uma dispersão muito elevada. Para a idade das mães ≤31 anos, a curva é normocurtica sem enviesamento e em relação às mães com idade ≥32 anos, a curva é platicurtica e enviesada à esquerda (Tabela 22).

Tabela 22: Estatística descritiva dos indicadores de pega incorreta

	Min.	Máx.	Med.	Dp	Cv	SK/erro	K/erro	SW
Sinais de possíveis dificuldades	0	12	3,340	3,242	97,065	2,967	0,873	0,000
Sinais possíveis dif. <= 31 Anos	0	11	3,708	3,316	89,428	1,832	-0,445	0,006
>= 32 Anos	0	12	3,000	3,200	106,6	3,532	2,670	0,000

Verificamos, ao analisar a tabela 23, que as mães com idade <=31anos apresentaram dificuldades na amamentação em 45,8% dos casos, e 50% das mães com idade >=32 anos também apresentaram dificuldades na amamentação. Nas mães com escolaridade até ao 9º ano, verificamos que 66,7% revelaram dificuldades na amamentação, nas mães com o 12º ano, 43,8% tiveram dificuldade na amamentação e nas mães com o bacharelato/superior 27,3% também tiveram dificuldades na amamentação. Em relação à situação profissional, 34,5% das mães empregadas tiveram dificuldades na amamentação, e 66,7% das mães desempregadas também tiveram dificuldade na amamentação. No que diz respeito à área de residência, 45,8% das mães que habitam em meio rural tiveram dificuldades na amamentação e 54,2% das mães que moram em área urbana tiveram dificuldades na amamentação.

Das variáveis analisadas na tabela seguinte, só encontramos diferenças estatísticas significativas em relação à situação profissional.

Tabela 23: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os sinais de possíveis dificuldades na amamentação

V. sociodemográficas		Amamentação		Com alguns sinais de dificuldade		Com dificuldade		Total		X ²	p
		N	%	N	%	N	%				
Idade	<=31 Anos	13	54,2	11	45,8	24	100,0	0,087	0,768		
	>=32 Anos	13	50,0	13	50,0	26	100,0				
Estado civil	Solteira/Divorciada/Viúva	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0,011	0,917		
	Casada/União fato	23	52,3	21	47,7	44	100,0				
Habilitações Literárias	Até ao 9 ano	9	39,1	14	66,7	23	100,0	3,535	0,171		
	12º Ano	9	56,2	7	43,8	16	100,0				
	Bacharelato/Superior	8	72,7	3	27,3	11	100,0				
Situação Profissional	Empregada	19	65,5	10	34,5	29	100,0	5,055	0,025		
	Desempregada	7	33,3	14	66,7	21	100,0				
Área Residência	Rural	10	38,5	11	45,8	21	100,0	0,278	0,598		
	Urbana	16	61,5	13	54,2	39	100,0				

Ao analisarmos a tabela 24, verificamos que no que diz respeito à idade das mães e à amamentação, as mães com idade \geq a 32 anos tem ordenações médias mais elevadas em relação à amamentação sem dificuldades e consequente pega correta que as mães com idade \leq a 31 anos, não se verificando no entanto diferenças estatísticas significativas.

Tabela 24: Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a idade das mães

Idade	\leq 31 Anos (N=24) Ordenação média	\geq 32 Anos (N=26) Ordenação média	UMW	Z	p
Amamentação					
Sem Dificuldade	23,79	27,08	271,000	-0,805	0,421
Com Dificuldade	27,27	23,87	269,500	-0,836	0,403

Em relação ao estado civil e à amamentação, constatamos que as mães com estado civil de casada/união de facto apresentam ordenações médias superiores às mães solteira/divorciada/viúva no que diz respeito à amamentação sem dificuldade e consequente pega correta. Em relação à amamentação com dificuldade e pega incorreta, verificamos que são as mães solteira/divorciada/viúva que têm ordenações mais elevadas, não se verificando no entanto diferenças significativas em nenhuma das situações (Tabela 25).

Tabela 25: Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e o estado civil

Estado Civil	Solteira/divorciada/viúva (N=6) Ordenação média	Casada/União Fato (N=44) Ordenação média	UMW	Z	p
Amamentação					
Sem Dificuldade	25,17	25,55	130,000	-0,060	0,952
Com Dificuldade	25,58	25,49	131,500	-0,015	0,988

No que diz respeito à escolaridade das mães e amamentação, verificamos na tabela 26 que as mães com bacharelato/superior apresentam ordenações médias superiores às outras duas classes, em relação à amamentação sem dificuldades. As mães com ordenações mais baixas são as que têm escolaridade até ao 9º ano. Em relação à amamentação com dificuldades verificamos que são as mães com escolaridade até ao 9º ano que apresentam ordenações médias mais elevadas, sendo as mães com Bacharelato/superior as que apresentam as ordenações médias mais baixas. Não se verificaram no entanto diferenças estatísticas significativas em nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 26: Teste de Kruskal-Wallis entre a amamentação e a escolaridade

Habilitações Literárias	Até ao 9º Ano (N=23) Ordenação média	12º Ano (N=16) Ordenação média	Bacharelato/ Superior (N=11) Ordenação média	Qui Quadrado	p
Amamentação Sem Dificuldade	23,35	24,28	31,77	2,708	0,258
Com Dificuldade	27,83	26,28	19,500	2,559	0,278

Verificamos que em relação à situação profissional são as mães que estão empregadas que apresentam ordenações médias mais elevadas em relação à amamentação sem dificuldades e consequente pega correta, sendo as mães desempregadas as que apresentam ordenações médias superiores em relação à amamentação com dificuldades. Não encontramos diferenças estatísticas significativas, em nenhum dos casos (Tabela 27).

Tabela 27: Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a situação profissional

Situação Profissional	Empregada (N=6) Ordenação média	Desempregada (N=44) Ordenação média	UMW	Z	p
Amamentação Sem Dificuldade	28,40	21,50	220,500	-1,669	0,095
Com Dificuldade	22,64	29,45	221,500	-1,652	0,099

Em relação à área de residência, constatamos na tabela 28 que são as mães que residem em área urbana as que apresentam ordenações superiores em relação à amamentação sem dificuldades. No que diz respeito à amamentação com dificuldade, são as mães que residem em meio rural as que apresentam as ordenações médias mais elevadas, não se verificando no entanto diferenças estatísticas significativas.

Tabela 28: Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a área de residência

Área Residência	Urbana (N=6) Ordenação média	Rural (N=44) Ordenação média	UMW	Z	p
Amamentação Sem Dificuldade	26,83	23,67	266,000	-0,765	0,444
Com Dificuldade	24,03	27,52	262,000	-0,846	0,398

Em relação à informação sobre a amamentação, verificamos que são as mães que receberam informação as que apresentam ordenações médias mais elevadas na amamentação sem dificuldades. Na amamentação com dificuldades, verificamos que são as mães que não receberam informação as que apresentam as ordenações mais elevadas, não se verificando em qualquer situação diferenças estatísticas significativas (Tabela 29).

Tabela 29: Teste de U Mann-Whitney entre a amamentação e a informação sobre a amamentação

informação	Sim (N=6)	Não (N=44)	UMW	Z	p
Amamentação	Ordenação média	Ordenação média			
Sem Dificuldade	26,22	24,43	278,500	-0,430	0,667
Com Dificuldade	24,97	26,30	284,000	-0,321	0,748

Ao analisarmos a tabela 30, verificamos que 96% das mães inquiridas no estudo amamentavam à saída da maternidade, não havendo diferenças estatísticas significativas em relação às variáveis analisadas e a amamentação à saída da maternidade.

Tabela 30: Relação entre as variáveis sociodemográficas a amamentação à saída da maternidade

Amamentação		Sim		Não		Total		X ²	p
V. sociodemográficas		N	%	N	%	N	%		
Idade	<=31 Anos	23	95,8	1	4,2	24	100,0	0,003	0,954
	>=32 Anos	25	96,2	1	3,8	26	100,0		
Estado civil	Solteira/Divorciada /Viúva	5	83,3	1	16,7	6	100,0	2,849	0,091
	Casada/União fato	43	97,7	1	2,3	44	100,0		
Habilitações Literárias	Até ao 9 ano	22	95,7	1	4,3	23	100,0	0,677	0,713
	12º Ano	15	93,8	1	6,2	16	100,0		
	Bacharelato/ Superior	11	100,0	0	100,0	11	100,0		
Situação Profissional	Empregada	28	96,6	1	3,4	29	100,0	0,055	0,815
	Desempregada	20	95,2	1	4,8	21	100,0		
Área Residência	Rural	1	3,4	1	4,8	21	100,0	0,055	0,815
	Urbana	28	96,6	20	95,2	39	100,0		

Verificamos, ao analisarmos a tabela 31, que 50% das mães amamentava aos três meses de vida do bebê, não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas em relação às variáveis estudadas.

Tabela 31: Relação entre variáveis sociodemográficas e a amamentação aos 3 meses

V. sociodemográficas		Amamentação		Sim		Não		Total		X ²	p
		N	%	N	%	N	%				
Idade	<=31 Anos	11	45,8	13	54,2	24	100,0	0,321	0,571		
	>=32 Anos	14	53,8	12	46,2	26	100,0				
Estado civil	Solteira/Divorciada/Viúva	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0,000	1,000		
	Casada/União fato	22	50,0	22	50,0	44	100,0				
Habilidades Literárias	Até ao 9 ano	10	43,5	13	50,5	23	100,0	2,914	0,233		
	12º Ano	7	43,8	9	56,2	16	100,0				
	Bacharelato/Superior	8	72,7	3	27,3	11	100,0				
Situação Profissional	Empregada	16	55,2	13	44,8	29	100,0	0,739	0,390		
	Desempregada	9	42,9	12	57,1	21	100,0				
Área Residência	Rural	9	42,9	13	44,8	21	100,0	0,739	0,390		
	Urbana	16	55,2	12	57,1	39	100,0				

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

No sentido de dar respostas às nossas questões de investigação, utilizamos a estatística inferencial, sendo apresentados os dados em função das questões enunciadas.

Variáveis sociodemográficas

No que diz respeito à amamentação aos seis meses, verificamos na tabela 32 que 44% das mães que participaram no estudo mantinham a amamentação aos seis meses de vida do bebê, no entanto, não encontramos diferenças estatísticas significativas entre as variáveis estudadas.

Tabela 32: Relação entre as variáveis sociodemográficas e a amamentação aos 6 meses

V. sociodemográficas		Amamentação		Sim		Não		Total		X ²	p
		N	%	N	%	N	%				
Idade	<=31 Anos	9	37,5	15	62,5	24	100,0	0,791	0,374		
	>=32 Anos	13	50,0	13	50,0	26	100,0				
Estado civil	Solteira/Divorciada/Viúva	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0,100	0,752		
	Casada/União fato	19	43,2	25	56,8	44	100,0				
Habilitações Literárias	Até ao 9 ano	8	34,8	12	65,2	23	100,0	4,752	0,093		
	12º Ano	6	37,5	10	62,5	16	100,0				
	Bacharelato/Superior	8	72,7	3	27,3	11	100,0				
Situação Profissional	Empregada	13	44,8	16	52,2	29	100,0	0,019	0,890		
	Desempregada	9	42,9	12	57,1	21	100,0				
Área Residência	Rural	8	38,1	13	61,9	21	100,0	0,512	0,474		
	Urbana	14	48,3	15	51,6	29	100,0				

Variáveis relacionadas com a maternidade

Relação entre a existência anterior de filhos e sucesso na amamentação

Apresenta-se na tabela 33 o resultado da análise bivariada entre a existência de filhos e o sucesso na amamentação. Pelos resultados apresentados, aferimos que das 54,0% de mães com filhos, 72,7% registam sucesso na amamentação, contrapondo-se aos 27,3% de mães sem filhos. O insucesso na amamentação ocorre sobretudo nas mães sem filhos onde se registam cerca de 7 em cada dez mães. As diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=5.547$; $p=0.019$), localizando-se entre as mães com filhos e com sucesso na amamentação e mães sem filhos e insucesso na amamentação. Os Odds Racion indicam que a probabilidade da mãe ter filhos e com sucesso na amamentação é de 5,547 superior ao facto da mãe não ter filhos e tem sucesso na amamentação com um intervalo de confiança a 95% situado entre os 1.233 e 13.771.

Tabela 33: Relação entre a existência de filhos e o sucesso da amamentação

Filhos	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Com Filhos	16	72,7	11	39,3	27	54,0	5,547	0,019
Sem Filhos	6	27,3	17	60,7	23	46,0		
Total	24	100,0	26	100,0	50	100,0		

Estudada a relação entre a amamentação à saída da maternidade e decorridos três meses após a alta, notamos pelos resultados da tabela 34, que a totalidade das participantes no estudo que amamentavam à saída continuam a fazê-lo decorridos três meses e 92,0% deixaram de amamentar até aos três meses. O teste de Fisher não apresenta significância estatística ($p=0.479$).

Tabela 34: Relação entre a amamentação à saída da maternidade e aos três meses

À saída maternidade	Aos 3 meses		Sim		Não		Total		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sim	25	100,0	23	92,0	48	96,0	0,490		
Não	0	0,0	2	8,0	2	4,0			
Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0			

Ao analisarmos a tabela 35, verificamos que 44% das mães inquiridas no estudo mantinham a amamentação aos seis meses e constatamos que existiram diferenças altamente significativas em relação à amamentação aos três meses e aos seis meses.

Tabela 35: Relação entre a amamentação aos seis meses e aos três meses

Aos 6 M	Aos 3 meses		Sim		Não		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	22	88,0	0	0,0	22	44,0	39,286	0,000		
Não	3	12,0	25	100,0	28	56,0				
Total	25	100,0	25	100,0	50	100,0				

Variáveis relacionadas com amamentação

Em relação ao conhecimento das mães sobre o facto de terem sido amamentadas ou não, verificamos que 70% das mães tinham conhecimento sobre esse facto e destas 48,5% obtiveram sucesso na amamentação, não se verificando no entanto diferenças estatísticas significativas entre as variáveis estudadas (Tabela 36).

Tabela 36: Relação entre o conhecimento se foi amamentada ou não e o sucesso da amamentação

Conhecimento	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	17	77,3	18	64,3	35	70,0	0,989	0,320
Não/não sabe	5	22,7	10	35,7	15	30,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

Ao analisarmos a tabela 37, verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a existência de bebés amamentados na família e o sucesso da amamentação.

Tabela 37: Relação entre a existência de bebés amamentados na família e o sucesso da amamentação

Bebés amamentados	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	22	100,0	25	89,3	47	94,0	2,508	0,113
Não	0	0,0	3	10,7	3	6,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

Em relação à decisão de amamentar, verificamos na tabela 38 que também não houve diferenças estatísticas significativas entre a decisão de amamentar e o sucesso da amamentação.

Tabela 38: Relação entre a decisão de amamentar e o sucesso da amamentação

Decisão amamentar	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Antes engravidar	17	77,0	21	75,0	38	76,0	0,035	0,852
Depois engravidar	5	22,7	7	25,0	12	24,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

Verificamos que, em relação à motivação das mães e o sucesso da amamentação, não se encontraram diferenças estatísticas significativas em relação às variáveis motivação e sucesso ou insucesso da amamentação.

Verificamos também que não existem diferenças estatísticas significativas entre a informação sobre a amamentação e o sucesso da amamentação (Tabela 39).

Tabela 39: Relação entre a informação sobre a amamentação e o sucesso da amamentação

Informação	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Sim	15	68,2	15	53,6	30	60,0	1,096	0,295
Não	7	31,8	13	46,4	20	40,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

Em relação à tabela 40, verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a amamentação sem dificuldades e pega correta e o sucesso da amamentação.

Tabela 40: Relação entre a amamentação sem dificuldades ou pega correta e o sucesso da amamentação

Amamentação	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Com sinais de dificuldade	7	31,8	13	46,4	20	40,0	1,096	0,295
Sem sinais de dificuldade	15	68,2	15	53,6	30	60,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

No que diz respeito à tabela seguinte, verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre a amamentação com dificuldades e pega incorreta e o sucesso da amamentação.

Tabela 41: Relação entre a amamentação com dificuldades ou pega incorreta e o sucesso da amamentação

Amamentação	Sucesso		Insucesso		Total		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Com alguns sinais de dificuldade	13	59,1	13	46,4	26	52,0	0,791	0,374
Com dificuldade	9	40,9	15	53,6	24	48,0		
Total	22	100,0	28	100,0	50	100,0		

Relação entre sucesso da amamentação e variáveis independentes

Para finalizar e tendo em consideração os testes anteriormente realizados, efetuamos uma análise discriminante de função que é uma técnica multivariada que tem como objetivo determinar as variáveis que distinguem os grupos, no caso concreto sucesso e insucesso na amamentação. As variáveis exógenas que entraram no modelo foram a idade, amamentação sem sinais de dificuldade ou pega correta e amamentação com sinais de possíveis dificuldades ou pega incorreta, como variável dependente o sucesso na amamentação.

Pelo quadro 1 verificamos que o lambda de Wilk mostra não existirem diferenças de médias entre as variáveis que entraram na análise discriminante de função.

Quadro 1 - Teste de igualdade de médias

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Idade	0.974	1.257	0.268
Amamenta	0.981	0.948	0.335
Não Amamenta	0.979	1.018	0.318

O teste Box's M indica-nos no quadro 2 que as dispersões observadas entre os grupos não são estatisticamente significativas, pelo que se aceita a igualdade de matrizes de variância-covariância entre os dois grupos.

Quadro 2 - Dispersões entre os grupos

Grupos	Determinantes	Box,s M	F	p
Êucesso	3.357	6.290	0.975	0.440
Insucesso	4.715			
Entre grupos	4.252			

A função discriminante obtida revela um valor próprio de 0,044, o que corresponde a 100% da variância explicada em termos de diferença entre grupos, sendo que o poder discriminante obtido pelo teste de wilk's Lambda não é estatisticamente significativo. (Quadro 3)

Quadro 3 - Valores da função discriminante

Função	Valores próprios	% de variância	Correlação canônica	Wilk's lambda	p
Função 1	0.044	100.0	0.206	0.975	0.568

Entretanto, através das correlações identificamos que a idade foi a que mais contribuiu para a discriminação entre grupos. Entre as variáveis as correlações podem classificar-se de elevadas, variando em sentido inverso a idade e a não amamenta e direto amamenta (quadro 4).

Quadro 4 - Matriz da estrutura da análise discriminante

Variáveis	Função 1
Idade	-0.723
Não Amamenta	0.691
Amamenta	-0.667

Em suma, nenhuma das variáveis entradas na análise discriminante de função é preditora do sucesso de amamentação.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos fazer a discussão dos resultados, seguindo a linha metodológica definida no início do estudo. Em primeiro lugar, iremos traçar o perfil sociodemográfico das mães inquiridas.

A amostra do estudo foi constituída por 50 díades mãe-filho, internadas no serviço de Obstetrícia de um hospital de Trás-os-Montes, no período de 1 de Novembro a 31 de dezembro de 2012. O estudo prolongou-se até maio de 2013 durante os primeiros 6 meses de vida do bebé, com entrevistas telefónicas aos 3 meses e aos 6 meses.

A **idade das mães** inquiridas variou entre os 16 anos de idade mínima e os 40 anos de idade máxima, sendo a média de 31,3 anos, Dp- 5,45 e CV-94,95.

Verificamos que 96,6% das mães amamentavam à saída da maternidade, sendo que 95,8% das mães tinham idade ≤ 31 anos e 96,2% idade ≥ 32 anos. Aos três meses, 50% amamentavam, 45,8% tinham idade ≤ 31 anos e 53,8% tinham idade ≥ 32 anos, 44% das mães continuavam a amamentar aos seis meses, sendo que 37,5% tinham idade ≤ 31 anos e 50% tinham idade ≥ 32 anos. Constatamos que as mães com mais idade mantinham amamentação durante mais tempo, não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas entre a idade das mães e a manutenção da amamentação ($p=0,954$, $p=0,571$, $p=0,374$), respetivamente à saída da maternidade, aos três meses e aos seis meses. O facto de no nosso estudo termos verificado que são as mães com mais idade que mantêm a amamentação por mais tempo, vai de encontro aos resultados obtidos por Galvão (2006), Pereira (2006) e Filipe (2011), sendo que em nenhum dos estudos referidos se verificaram diferenças estatísticas significativas.

Em relação ao **estado civil** das mães do estudo, verificamos que 88% eram casadas ou viviam em união de facto, sendo que 97,7% destas amamentavam à saída da maternidade e 83,3% das mães com estado civil de solteira/divorciada/viúva também amamentavam; no que diz respeito à amamentação aos três meses, verificamos que a percentagem a amamentar era igual para os dois grupos (50%). Aos seis meses, 43,2% das mães casadas/união facto mantinham a amamentação e 50% das mães solteira/divorciada/viúva também continuavam a amamentar. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas em relação ao estado civil e os três momentos de avaliação

($p=0,091$, $p=1,000$, $p=0,752$), respetivamente à saída da maternidade, aos três meses e aos seis meses. Os resultados do nosso estudo estão de acordo com os estudos de Galvão (2006), Pereira (2006) e Filipe (2011).

Ao analisarmos a **escolaridade** das mães, dividimos em três classes, até ao 9º ano, 12º ano e bacharelato/superior. No nosso estudo, 46% das mães inquiridas tinham escolaridade até ao 9º ano, sendo que 95,7% destas amamentavam à saída da maternidade, 32% das mães tinham o 12º ano e 93,8% amamentavam o bebé quando saiu da maternidade, 22% das mães possuíam bacharelato/superior e 100% amamentavam à saída da maternidade. Quando analisamos a manutenção da amamentação aos três meses, verificamos que 43,5% das mães com escolaridade até ao 9º ano mantinham a amamentação, 43,8% das mães com 12º ano também continuavam a amamentar e 72,7% das mães com bacharelato/superior ainda amamentavam. Aos seis meses, 34,8% das mães até ao 9º ano amamentavam, 37,5% das mães com 12º ano também amamentavam e 72,7% das mães com bacharelato/superior também mantinham a amamentação. Não encontramos no entanto diferenças estatísticas significativas em qualquer dos grupos estudados ($p=0,713$, $p=0,233$, $p=0,093$). Verificamos, porém, que são as mães com maior nível de escolaridade que mantêm a amamentação por mais tempo, o que nos leva a pensar que a formação desperta as mães para a importância da amamentação. Os nossos resultados vão de encontro aos obtidos por Pereira (2002, 2006), Galvão (2006) e Filipe (2011), que também encontraram associação entre estas duas variáveis.

No que diz respeito à **situação profissional** das mães, verificamos que 58% estavam empregadas e 42% desempregadas. Das mães que estavam empregadas, 96,6% amamentavam à saída da maternidade, 55,2% mantinham a amamentação aos três meses e 44,8% continuavam a amamentar aos seis meses. Das mães que estavam desempregadas, 95,2% amamentavam à saída da maternidade e 42,9% continuavam a amamentar aos três e aos seis meses. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos de variáveis ($p=0,815$, $p=0,390$, $p=0,890$). Os resultados do nosso estudo sugerem que a situação profissional não interfere com o sucesso da amamentação, mas não estão de acordo com o estudo de Galvão (2006), em que as mães desempregadas eram as que mantinham maior percentagem de amamentação após os três meses. O facto de estar desempregada pode permitir à mãe estar mais disponível para a criança e facilitar a amamentação, mas não se verificou neste nosso estudo.

Em relação à **área de residência**, 58% das mães inquiridas viviam em áreas urbanas, sendo que 96,6% amamentavam à saída da maternidade, 55,2% mantinham amamentação aos três meses e 48,3% amamentavam aos seis meses. Das mães que

moravam em meio rural, 95,2% amamentavam à saída da maternidade, 42,9% mantinham a amamentação aos três meses e 38,1% continuavam a amamentar aos seis meses. Não encontramos diferenças estatísticas significativas em relação às variáveis estudadas ($p=0,815$, $p=0,390$, $p=0,474$).

Em síntese e quando refletimos sobre os resultados do estudo no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, verificamos não existirem diferenças significativas, pelo que inferimos que estas variáveis não influenciaram o sucesso da amamentação na amostra do estudo.

Em relação às variáveis relacionadas com a maternidade e em particular à relação entre o sucesso da amamentação e a **existência de filhos** anteriores, verificamos que 72,7% das mães com filhos obtiveram sucesso na amamentação e apenas 27,3% das mães que não tinham filhos anteriores, amamentaram até aos seis meses, existindo diferenças estatísticas significativas ($p=0,019$). Verificamos que no mínimo amamentaram um mês e no máximo trinta meses, sendo a média=7,6 meses, $Dp=6,88$ e $CV=90,2$. O resultado do nosso estudo vai de encontro ao de Galvão (2006), em que foram as multíparas que amamentaram durante mais tempo. Aos três meses, 50% das mães mantinham a amamentação e 44% continuavam a amamentar aos seis meses, existindo diferenças altamente significativas quando analisamos a relação entre a amamentação aos três meses e aos seis meses ($p=0,000$).

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a amamentação e no estudo da relação entre o sucesso da amamentação e o **conhecimento sobre se foram amamentadas ou não**, constatamos que 77,3% das mães que tinham esse conhecimento, continuavam a amamentar aos seis meses, não se verificando no entanto diferenças estatísticas significativas ($p=0,320$). O nosso estudo vai de encontro ao estudo de Galvão (2006), em que refere que “foram as mães que viram a sua própria mãe a amamentar ... que aos seis e aos doze meses mantinham amamentação em maior percentagem” (p.136).

Ao analisarmos a **existência de bebés amamentados na família**, verificamos que 46,8% das mães que tinham na família bebés que foram amamentados, continuavam a amamentar aos seis meses, não havendo diferenças estatísticas significativas.

Verificamos que 77% das mães que **decidiram amamentar** antes de engravidar, mantinham a amamentação aos seis meses, embora não se tenham obtido diferenças estatísticas significativas. Nos estudos de Pereira (2002) e Galvão (2006), também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a decisão de amamentar e o sucesso da amamentação.

Em relação à **motivação**, verificamos que 100,0% das mães estavam motivadas para amamentar.

No que diz respeito à **informação sobre a amamentação** e o sucesso da amamentação, constatamos que são as mães que receberam informação que amamentaram durante mais tempo, não havendo no entanto diferenças estatísticas significativas, o que vai de encontro aos estudos de Pereira (2006) e Filipe (2011).

Ao analisarmos a **pega correta**, verificamos que 68,2% dos bebés com pega correta continuavam a ser amamentados aos seis meses, embora não se verificassem diferenças estatísticas significativas ($p=0,295$), o que não está de acordo com os resultados obtidos por Pereira (2006), uma vez que a autora encontrou diferenças estatísticas significativas mesmo no grupo da pega correta. Verificamos que nos bebés com pega incorreta e dificuldades na amamentação, 59,1% continuavam a ser amamentados aos seis meses, mas não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ($p=0,374$), estando em conformidade com o estudo de Pereira (2006), em que também não existiram diferenças estatísticas significativas em relação à pega incorreta. No estudo realizado por Labarere et al. (2003), em que foi feita intervenção na correção da pega, também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em relação ao aleitamento exclusivo, tal se confirmou também no nosso estudo, embora a percentagem de sucesso da amamentação seja superior nos bebés com pega correta.

Ao analisarmos os resultados do nosso estudo e a manutenção da amamentação aos seis meses de idade do bebé, que é o preconizado pela OMS para a amamentação exclusiva, verificamos que 96,6%, 50% e 44% das mães inquiridas no estudo amamentavam à saída da maternidade, aos três meses e aos seis meses, respetivamente, sendo as nossas percentagens superiores às obtidas nos estudos efetuados por Alves et al. (1999), em que 85%, 63% e 34%, amamentavam à saída da maternidade, aos três meses e aos seis meses, respetivamente; No estudo de Schneidrová, Mullerova, Janout, Paulova e Kudlova (2003), relativo à população da República Checa, os resultados apontaram para 93,5% dos bebés amamentados à saída da maternidade e de 23,1% aos seis meses. No estudo de Pereira (2006), a prevalência da amamentação exclusiva é de 100,0% ao primeiro mês vida, 85,7% aos três meses e de 21,4% aos seis meses. No grupo de “pega corrigida” e nos bebés com “pega correta”, 86,7% mamavam ao mês de vida, 56,7% aos três meses e 3,3% aos seis meses. No grupo de “pega incorreta”, 50% mamavam ao primeiro mês, 25% aos três meses e 0% aos seis meses. De acordo com o Center for Disease Control (2007), a prevalência na população dos Estados Unidos da América é de 33,6% aos três meses e de 14,1% aos seis meses. Também no Inquérito Nacional do Ministério da Saúde (1997), cerca

de 52% das mães amamentavam aos três meses e 28% mantinham a amamentação aos seis meses.

6 - CONCLUSÃO

A amamentação é a forma mais natural e saudável de iniciar a vida de um ser humano, o seu sucesso ou insucesso está fortemente condicionado por vários fatores.

O abandono precoce da amamentação é considerado pela OMS/UNICEF, como um problema de saúde pública. Estes organismos consideram a proteção, promoção e apoio ao AM, uma prioridade mundial.

Partindo do princípio que o AM é o mais adequado e adaptado ao início de vida do bebé, acreditamos que o estudo por nós realizado nos forneceu informação pertinente, que pode ser utilizada na implementação de estratégias eficazes à sua promoção.

Alguns estudos salientam as dificuldades da pega como causa para o abandono precoce da amamentação e, partindo deste ponto, surgiram-nos as seguintes questões de investigação: Em que medida os fatores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e a amamentação influenciam o sucesso da amamentação; Em que medida uma pega correta da mama nas primeiras 48 horas de vida do bebé influencia o sucesso da amamentação; De que modo os sinais de possíveis dificuldades na amamentação influenciam o sucesso da amamentação?

No nosso estudo, a amostra foi constituída por 50 duplas mãe/bebé. A idade das mães variou entre os 16 e os 40 anos, sendo a média de 31,3 anos, 88% das mães eram casadas ou viviam em união de facto e as restantes eram solteiras/divorciadas/viúvas. No que diz respeito à escolaridade, 46% tinham até ao 9º ano, 32% o 12º ano, 22% tinham nível académico de Bacharelato ou Superior. Das mães inquiridas, 58% estavam empregadas e 42% encontravam-se desempregadas. Em relação à área de residência, 58% viviam em área urbana e 42% em meio rural.

Verificamos que em relação às variáveis sociodemográficas analisadas (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e área de residência) não se encontraram diferenças estatísticas significativas com o sucesso da amamentação. No entanto, podemos verificar que foram as mães com mais idade, maior grau de escolaridade, as que estavam empregadas e as que viviam em meio urbano, que mantiveram a amamentação até aos seis meses.

Em relação às variáveis relacionadas com a maternidade (nº de filhos, até que idade amamentou, e se está a amamentar), verificamos que a existência de filhos anteriores

apresentou diferenças estatísticas significativas ($p=0,019$) na relação com o sucesso na amamentação. Na amamentação aos três meses e aos seis meses, verificamos diferenças altamente significativas ($p=0,000$). Constatamos que aos 3 meses, 50,0% amamentavam e aos 6 meses 44,0% amamentavam.

No que diz respeito às variáveis relacionadas com a amamentação (conhecimento se foi amamentada ou não, existência de bebês amamentados na família, decisão de amamentar, motivação, informação sobre a amamentação, amamentação sem dificuldades, pega correta e amamentação com dificuldades ou pega incorreta), não se encontraram diferenças estatísticas significativas.

Embora não se tenham encontrado diferenças estatísticas significativas entre a pega correta e o sucesso da amamentação, verificamos no entanto que foram as duplas com pega correta que obtiveram maior percentagem de sucesso na amamentação (68,2% $p=0,295$), contrapondo os das duplas com pega incorreta (59,1% $p=0,374$).

Os resultados do nosso estudo evidenciam uma prevalência da amamentação de 96,6% à saída da maternidade, valor este que diminui para 50% aos 3 meses e para 44% aos seis meses, indo de encontro aos resultados dos estudos nacionais e internacionais, que indicam uma redução elevada da amamentação ao longo dos seis meses, sendo mais acentuada nos primeiros três meses de vida do bebê. Deste modo, pensamos ser importante a intervenção dos profissionais de saúde nos primeiros meses de vida do bebê, por forma a dar resposta às dúvidas e dificuldades encontradas pelas mães na amamentação do seu filho.

A realização deste estudo permitiu-nos aprofundar conhecimentos, desenvolver a nossa capacidade de análise e contribuiu com dados que fundamentam a prática clínica.

Embora tenhamos verificado que o estudo realizado não comprova que a pega correta influencia o sucesso da amamentação, é nossa convicção, pela pesquisa efetuada, que a amamentação é influenciada por múltiplos fatores e condicionantes, que ocorrem em simultâneo.

Consideramos limitações ao estudo, o pequeno número da amostra que, não sendo representativa da população, não possibilita a extrapolação dos resultados, e a dificuldade em controlar algumas variáveis que poderão ter induzido alguns viés.

Outra limitação foi o tempo de que dispúnhamos para a realização do estudo, o que limitou o período de aplicação dos questionários.

Após reflexão sobre os resultados do estudo, sugerimos:

- Melhorar a articulação entre os cuidados hospitalares e os centros de saúde de modo a permitir a alta precoce;
- Promover visitas domiciliárias, para apoiar e esclarecer dúvidas que surjam em relação a problemas decorrentes da amamentação (ingurgitamento mamário, mastites, mamilos fissurados, entre outros);
- Desenvolver e aprofundar a formação dos profissionais de saúde e dos pais sobre a amamentação;
- Promover o AM na comunidade através de atividades de promoção (como por exemplo, a Semana Mundial do Aleitamento Materno, e os programas da saúde escolar);
- Realizar outros estudos idênticos a este, com uma amostra que seja representativa e noutras populações.

Esperamos com os resultados do nosso estudo ter contribuído para criar uma cultura em que se valoriza a amamentação e também melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, em especial no apoio às mães durante a amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A.D., Lamy, S., Henriques, G., Virella, D., Carreiro, H., Lynce, N., & Machado, M. (1999). Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra. Porquê o abandono precoce? *Revista de Saúde Infantil*, 21, 43-50.
- Araújo, M.F.M. (2000). A problemática do AM: Realidade brasileira. In L.A.Santos Junior (Org.), *A mama no ciclo gravídico-puerperal* (pp. 247-251). São Paulo: Atheneu.
- Araújo, O.D., Cunha, A.L., & Lustosa, L.R. (2008). Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61 (4), 488-492.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B., & Sparrow, J.D. (2004). *A criança e a alimentação: Método Brazelton*. Bracarena: Editorial Presença.
- Campos, I. (2007). *O essencial da saúde, aleitamento materno* (Vol. 18). Lisboa: QN Edição e Conteúdos.
- Cardoso, L. (2007). *Aleitamento materno uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga.
- Carvalhães, M.A.B.L., & Corrêa, C.R.H. (2003). Identificação de dificuldades no início do AM mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr.*, 79 (1), 13-20.
- Center for Disease Control. National Immunization Surve. (2007). *Breastfeeding among US Children born 1999-2007*. Recuperado em 12 de maio, 2013, de WWW:<URL: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/.
- Donath, S.M., & Amir, L.H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.*, 92 (3), 352-356.
- Ego, A., & Dubos, J.P., Djavadzadeh-Amini, M., Depinoy, M.P., Louyot, J., & Codaccioni, X. (2003). Premature discontinuation of breastfeeding. *Arch Pediatr.*, 10 (1), 11-18.

- Escuder, M.M.L., Venâncio, S.I., & Pereira, J.C.R. (2003). Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 319-325.
- Filipe, M.F.S.S. (2011). *Visita domiciliária: Contributos de enfermagem na manutenção da amamentação*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Fortin, M-F. (2003). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 8, pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., & Ducharme, F. (2003). Os estudos de tipo correlacional. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 13, pp. 173-182). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17, pp. 239-265). Loures: Lusociência
- Galvão, D.M.P.G. (2006). *Amamentação bem-sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Gonzalez, C. (2004). *Manual prático do aleitamento materno*. Parede: Mama-Mater Associação.
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18 (2), 87-101.
- King, F.S. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Recuperado em 26 de janeiro, 2013, de [www:<URL: http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cd03_13.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/cd03_13.pdf).
- Labarere, J., Bellin, V., Fourny, M., Gagnaire, J.C., Francois, P., & Pons J. (2003). Avaliação de uma estrutura hospitalar de ensino, intervenção abordando amamentação: Um estudo randomizado prospectivo aberto. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110, 847-852.

- Lamounier, J.A., Vieira, G.O., & Gouvêa, L.C. (2001). Composição do leite humano: Fatores nutricionais. In J.D. Rego, *Aleitamento materno* (pp. 47-58). São Paulo: Atheneu.
- Lawrence, R.N., & Lawrence R.M. (2007). *Lactancia materna, una guia para la profesión médica* (6a ed.). Madrid: Elsevier.
- Levy, L. (1994). A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25 (3), 191-211.
- Levy, L. (1998). Aleitamento materno. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 8 (1,2), 10-25.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.
- Marinho, C., & Leal, I.P. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 93-105.
- Medeiros, A.P.M., Ferreira, J.T.L., & Felício, C.M. (2009). Correlação entre métodos de aleitamento, hábitos de sucção e comportamentos orofaciais. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 2 (4), 315-319.
- Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. (1997). *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996*. Lisboa: DEPS. Recuperado em em 9 de março, 2013, de <URL:<http://www.amamentar.net/Not%C3%ADcias/tabid/150/ articleType/Article View>.
- Molina, M.C.T. (2004). Composición de la leche materna. In *Lactancia materna: Guia para profesionales* (pp. 59-75). Madrid: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Nylander, G. (2006). *Mãe pela 1ª vez: Crianças felizes com o leite materno*. Porto: Lua de Papel.
- Oliveira, A.S., Silva, R.C.R., Fiaccone, R.L., Pinto, E.J., & Assis, A.M.O. (2010). Efeito da duração da amamentação exclusiva e mista sobre os níveis de hemoglobina nos primeiros seis meses de vida: um estudo de seguimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (2), 409-417.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21: Saúde para todos no século XXI: Uma introdução*. Loures: Lusodidacta.

- Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1990). *Declaração de Innocenti sobre a protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno*. Recuperado em 9 de março, 2013, de [www:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf).
- Pereira, M.A. (2002). Mãe adolescente: Aleitamento materno: uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 6, 18-31.
- Pereira, M.A. (2006). *Aleitamento materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures: Lusociência.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (4a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Sanches, M.T.C. (2002). Amamentação: Enfoque fonoaudiológico: Dificuldades iniciais, disfunções orais e a prática fonoaudiológica. In M.R. Carvalho & R.N. Tamez, *Amamentação: Bases científicas para a prática profissional (Cap. 5, pp. 50-59)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno: Promoção e manutenção*. Lisboa: Lidel.
- Schneidrová, D., Mullerova, D., Janout, V., Paulova, M., & Kudlova, E. (2003). Impacto of breastfeeding promotions on infant feeding in the Czech Republic. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35 (5), 228-235.
- Silva, D.R.N., Scheneider, A.P., & Stein, R.T. (2009). O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. *Scientia Médica*, 19 (1), 35-42.
- Tinoco, S.M.B., Sichieri, R., Moura, A.S., Santos, F.S., & Carmo, M.G.T. (2007). Importância dos ácidos graxos essenciais e os efeitos dos ácidos graxos trans do leite materno para o desenvolvimento fetal e neofetal. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3), 525-534.
- World Alliance for Breastfeeding Action. (2002). Recuperado em 23 de fevereiro, 2013, de [www:< URL: http://www.waba.org.my](http://www.waba.org.my).
- World Health Organization. (2001). *Global strategy for infant and young child feeding*. [Document K54/7, 9 April]. Geneva: Author.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

Investigadora Principal: **Sónia Maria Tunes Gomes Gonçalves**

Orientadora: **Professora Doutora Ernestina Silva**

2º Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO – INFLUENCIA DA PEGA DA MAMA

Exma. Senhora:

Sou Enfermeira no serviço Neonatologia deste Hospital e estou a realizar um estudo sobre “*Sucesso da Amamentação- Influencia da Pega da Mama*”. Pretendemos identificar de que forma os factores sociodemográficos e as experiências relacionadas com a maternidade e a amamentação contribuem para o sucesso da amamentação e analisar a influência de uma pega correta nas 1ª 48h de vida do bebé no sucesso da amamentação

Este questionário é dirigido a todas as mães que voluntariamente queiram participar neste estudo e o seu preenchimento requer apenas alguns minutos do seu tempo.

A sua colaboração consiste na resposta a algumas perguntas simples e objetivas relacionadas com a amamentação e na autorização para se fazer a observação de uma mamada.

As questões colocadas devem ser respondidas com o máximo de sinceridade e verdade pois daí dependerá a utilidade deste trabalho.

Posteriormente será feito novo contacto, desta vez telefónico aos 3 e aos 6 meses de vida do seu bebé, com o objetivo de avaliar o sucesso da amamentação.

As suas respostas serão apenas utilizadas e trabalhadas pela responsável do estudo e não serão usadas para qualquer outro fim.

Grata pela sua colaboração,

Viseu, julho de 2012

Atenciosamente

QUESTIONÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nº de código _____

1- Idade: _____ anos

2- Nº telefone/telemóvel: _____

3- Estado civil:

- Solteira
- Casada/União de facto
- Divorciada/viúva
- Outra (especificar) _____

4- Habilitações Literárias:

- Básico – 1º Ciclo (4ª classe)
- 6º Ano
- 9º Ano
- 12º Ano
- Curso Técnico Profissional
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

5- Qual a sua situação profissional?

- Trabalhadora por conta de outrem
- Trabalhadora por conta própria
- Trabalhadora familiar não remunerada
- Doméstica
- Estudante
- Desempregada
- Deixou o trabalho quando engravidou
- Outro (especificar) _____

6- Área de residência?

- Urbana
- Rural

2. ATITUDES FACE À AMAMENTAÇÃO:

7- A senhora quando bebé foi amamentada:

- Sim
- Não
- Não sabe

8- Tem na sua família bebés que foram amamentados:

- Sim
- Não

9- Diga o número de filhos que tem e até que idade foram amamentados?

- Nenhum
- 1 Filho foi amamentado até aos _____
- 2 Filhos foram amamentado até aos _____
- 3 Filhos foram amamentados até aos _____
- Mais de 3 filhos foram amamentados até aos _____

10- -Se não amamentou os seus filhos anteriores diga porquê:

11- Neste momento, encontra-se a amamentar o seu filho?

- Sim
- Não Diga porquê? _____

12- A Decisão de amamentar foi tomada por:

- Iniciativa própria
- Iniciativa do marido/companheiro
- Iniciativa da mãe
- Indicação do enfermeiro ou médico

13- Quando tomou a decisão de amamentar o seu filho?

- Antes da gravidez
- Durante a gravidez
- No parto
- Após o parto

14- Sente-se motivada para amamentar:

- Sim
 Não

15- Se não se sente motivada para amamentar este seu filho diga quais os motivos

16- Recebeu informação sobre aleitamento materno:

- Sim
 Não

17- Qual foi a pessoa que considera ter sido mais importante para a sua informação sobre aleitamento materno:

- Médico de família
 Médico Obstetra
 Enfermeira família

18- Pensa amamentar o bebê até que idade: _____

FORMULÁRIO PARA A OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____

Nome do bebé _____ Idade do bebé _____

SINAIS AMAMENTAÇÃO SEM DIFICULDADES		SINAIS DE POSSÍVEIS DIFICULDADES	
GERAIS			
MÃE		MÃE	
Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva	<input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável	<input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre mãe e bebé	<input type="checkbox"/>	Sem contacto visual entre mãe e bebé	<input type="checkbox"/>
CRIANÇA		CRIANÇA	
Criança parece saudável	<input type="checkbox"/>	Criança parece doente ou sonolenta	<input type="checkbox"/>
Criança calma e relaxada	<input type="checkbox"/>	Criança que está agitada ou chorosa	<input type="checkbox"/>
Criança roda e procura a mama se tem fome	<input type="checkbox"/>	Criança que não roda nem procura a mama	<input type="checkbox"/>
ANATOMIA DA MAMA			
Mamas aparentemente são	<input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada	<input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto	<input type="checkbox"/>	Mama ou mamilos, doridos	<input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre a aréola	<input type="checkbox"/>
POSIÇÃO DA CRIANÇA			
Cabeça e corpo da criança em linha	<input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo da criança rodados	<input type="checkbox"/>
Criança junto do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>	Criança afastada do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>
Todo o corpo da criança apoiado	<input type="checkbox"/>	Criança apoiada apenas pela cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/>
Criança à mama com o nariz frente ao mamilo	<input type="checkbox"/>	Criança à mama, com lábio inferior/queixo frente ao mamilo	<input type="checkbox"/>
PEGA DA CRIANÇA			
Mais aréola visível acima do lábio superior	<input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior	<input type="checkbox"/>
Boca bem aberta	<input type="checkbox"/>	Boca da criança pouco aberta	<input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro	<input type="checkbox"/>
Queixo da criança toca a mama	<input type="checkbox"/>	Queixo da criança não toca a mama	<input type="checkbox"/>
SUCÇÃO			
Sucção lenta e profunda, com pausa	<input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial	<input type="checkbox"/>
Bochechas arredondadas quando mama	<input type="checkbox"/>	Bochechas côncavas quando mama	<input type="checkbox"/>
Criança afasta-se da mama quando termina	<input type="checkbox"/>	Mãe tira o bebé da mama	<input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de occlusão	<input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de occlusão	<input type="checkbox"/>



UNICEF/WHO International Protection and Support in Baby-Friendly Hospital - 20 Hours Course 2005
 Tradução de Académica Crina

UNICEF/WHO
 Fundação Social Europeia

CONTINUA

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora:

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema “Fatores Comportamentais e Sociais que Contribuem para o Sucesso da Amamentação” e cujos objetivos principais são identificar os comportamentos que contribuem para o sucesso da amamentação e avaliar se uma pega correta logo nas 1ªs horas de vida do bebé influencia a duração da amamentação. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário/ entrevista.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

-Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicandos pelo investigador que assina este documento;

-Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

-Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

-Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

Nome do Participante: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do investigador: _____

APÊNDICE B

Pedido de Autorização ao CHTMAD, EPE

Ex. Sr. Presidente do Conselho de
Administração do CHTMAD.EPE

Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

Eu, Sónia Maria Tunes Gomes Gonçalves, enfermeira graduada e conselheira em aleitamento materno, a exercer funções no Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, venho por este meio pedir autorização da instituição para aplicar um Instrumento de Colheita de Dados, nos Serviços de Obstetrícia e Neonatologia, às puérperas internadas.

No âmbito da elaboração da minha tese de mestrado, subordinada ao tema “Fatores comportamentais e sociais, que contribuem para o sucesso da amamentação”, e cujos objetivos são: -“Identificar os comportamentos que contribuem para o sucesso da amamentação e avaliar se uma pega correta logo nas 1ª horas de vida do bebé influencia a duração da amamentação”. Como Instrumento de Colheita de Dados aplicarei um pequeno formulário e farei a observação da mamada para avaliar a pega do bebé durante a mesma. Do estudo fará também parte, posteriormente um contacto telefónico às mães, aos 3 e 6 meses de vida do bebé, conforme explicado na apresentação do Instrumento de Colheita de Dados.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, quantitativo que se realizará no CHTMAD, EPE, se autorizado, e cujo tratamento dos dados será feito através do programa informático SPSS.

O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003). A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados.

O Aleitamento Materno é o único método natural de alimentar os bebés, e nesta perspetiva a Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6

meses de vida. A amamentação contribui para a melhoria do estado de saúde do bebé, da mãe e da sociedade em geral, mas o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos frequentemente, pelo que a sua proteção, promoção e suporte constitui uma prioridade da saúde pública.

Esta promoção é feita através do empenho dos profissionais de saúde e das instituições que cada vez mais estão a proporcionar condições ideais às mães, para garantirem o sucesso da amamentação. É pois com este objetivo que há cada vez mais hospitais a candidatarem-se a “Hospital Amigo dos Bebés”, submetendo-se a rigorosos processos de avaliação.

A opção pelo CHTMAD, EPE, deve-se ao facto de ser a instituição onde exerço funções e isso me facilitar a execução do estudo, caso ele seja autorizado e também por conhecer o interesse da instituição em promover o aleitamento materno, uma vez que inclusive está em processo de candidatura a “Hospital Amigo dos Bebés”.

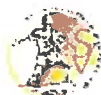
Este estudo de investigação tem como orientadora a Professora Doutora Ernestina Silva, docente na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Sem outro assunto,

Atenciosamente

APÊNDICE C

Pedido de parecer ético à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Ex. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira

Assunto: Pedido de Parecer da Comissão de Ética para o estudo de investigação

Sónia Maria Nunes Gomes Gonçalves, enfermeira graduada e conselheira em aleitamento materno, a exercer funções no Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E., a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, considerando as competências da Comissão de Ética da ESSV e que os pedidos de autorização para a realização de estudos de investigação da ESSV deverão ser submetidos a apreciação das Comissões de Ética, vem por este meio pedir parecer da Comissão de Ética da ESSV sobre o estudo de investigação cujo tema é "Fatores comportamentais e sociais que contribuem para o sucesso da amamentação".

O Aleitamento Materno é o único método natural de alimentar os bebés, e nesta perspectiva a Organização Mundial de Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida. A amamentação contribui para a melhoria do estado de saúde do bebé, da mãe e da sociedade em geral, mas o abandono precoce é uma realidade com que nos deparamos frequentemente, pelo que a sua proteção, promoção e suporte constitui uma prioridade da saúde pública. Sendo assim, será importante saber se fatores sociais e comportamentais como a pega nas 1as 48 horas de vida influenciam o sucesso da amamentação. Enviamos em anexo o projecto de investigação.

Mais informamos que o estudo será orientado pela Professora Doutora Ernestina Silva docente da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Com os melhores cumprimentos,

Pede Deferimento

ESSV, 21 de Janeiro de 2013


Sónia Gonçalves

APÊNDICE D

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora:

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema "Fatores Comportamentais e Sociais que Contribuem para o Sucesso da Amamentação" e cujos objetivos principais são identificar os comportamentos que contribuem para o sucesso da amamentação e avaliar se uma pega correta logo nas 1ª horas de vida do bebé influencia a duração da amamentação. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário/ entrevista.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

-Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

-Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

-Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

-Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informada autorizo a participação neste estudo:

Nome do Participante: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do investigador: _____

ANEXOS

Anexo I

Formulário de observação da mamada

FORMULÁRIO PARA A OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____

Nome do bebé _____ Idade do bebé _____

SINAIS AMAMENTAÇÃO SEM DIFICULDADES	GERAIS		SINAIS DE POSSÍVEIS DIFICULDADES
MÃE		MÃE	
Mãe parece saudável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva	<input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável	<input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre mãe e bebé	<input type="checkbox"/>	Sem contacto visual entre mãe e bebé	<input type="checkbox"/>
CRIANÇA		CRIANÇA	
Criança parece saudável	<input type="checkbox"/>	Criança parece doente ou sonolenta	<input type="checkbox"/>
Criança calma e relaxada	<input type="checkbox"/>	Criança que está agitada ou chora	<input type="checkbox"/>
Criança roda e procura a mama se tem fome	<input type="checkbox"/>	Criança que não roda nem procura a mama	<input type="checkbox"/>
ANATOMIA DA MAMA			
Mamas aparentemente sãs	<input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada	<input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto	<input type="checkbox"/>	Mama ou mamilos, doridos	<input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre o aréola	<input type="checkbox"/>
POSIÇÃO DA CRIANÇA			
Cabeça e corpo da criança em linha	<input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo da criança rodados	<input type="checkbox"/>
Criança junto do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>	Criança afastada do corpo da mãe	<input type="checkbox"/>
Todo o corpo da criança apoiado	<input type="checkbox"/>	Criança apoiada apenas pela cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/>
Criança à mama com o nariz frente ao mamilo	<input type="checkbox"/>	Criança à mama, com lábio inferior/quixo frente ao mamilo	<input type="checkbox"/>
PEGA DA CRIANÇA			
Mais aréola visível acima do lábio superior	<input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior	<input type="checkbox"/>
Boca bem aberta	<input type="checkbox"/>	Boca da criança pouco aberta	<input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro	<input type="checkbox"/>
Quixo da criança toca a mama	<input type="checkbox"/>	Quixo da criança não toca a mama	<input type="checkbox"/>
SUCÇÃO			
Sucção lenta e profunda, com pausa	<input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial	<input type="checkbox"/>
Bochechas amolecidas quando mama	<input type="checkbox"/>	Bochechas côncavas quando mama	<input type="checkbox"/>
Criança afasta-se da mama quando termina	<input type="checkbox"/>	Mãe tira o bebé da mama	<input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de occlusão	<input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de occlusão	<input type="checkbox"/>




UNICEF/WHO Breastfeeding Promotion and Support in Baby-Friendly Hospital - 20 Hours Course 2005
Tradução de Acetácio Ortiz

UNICEF/WHO
Fundo Social Europeu

CHTMAD

Anexo II

Autorização do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE


Centro Investigador de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^o Senhor
Sónia Maria Nunes Gomes Gonçalves
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
6500-813 Viseu


ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/09/2012, o Conselho de Administração em 16/10/2012, decidiu aprovar o pedido de realização de um estudo, sobre o tema "Fatores comportamentais e sociais, que contribuem para o sucesso da amamentação".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 19 de Outubro de 2012

O Presidente do Conselho de Administração


Carlos Vaz

/IV

Anexo III

Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 02/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "FACTORES COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS QUE CONTRIBUEM PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO"

Tendo a estudante Sónia Maria Nunes Gomes Gonçalves solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, incluindo como participantes as mães de recém-nascidos que estavam a amamentar e internadas no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Trás dos Montes e Alto Douro, Vila Real, no período de 1 de novembro a 31 de dezembro de 2012, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar os comportamentos e factores sociais que contribuem para o sucesso da amamentação e compreender a influência de uma pega correta nas primeiras horas de vida do recém-nascido no sucesso da amamentação, revertendo-se em benefícios por contribuir para gerar conhecimento nesta matéria; neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias para a melhoria do sucesso da amamentação e disponibilizados os dados à Instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário às mães dos recém-nascidos e observação da mamada e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado por escrito;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será aposto um número; recomendamos que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da codificação após a discussão do trabalho; recomendamos também o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na codificação e tratamento dos dados;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 07 de Fevereiro de 2013

A presidente da CE da ESSV

