



Catarina Susana Campos Ribeiro

Determinantes na Prática da Amamentação: Mitos e Crenças

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015



Catarina Susana Campos Ribeiro

Determinantes na Prática da Amamentação: Mitos e Crenças

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Catarina Susana Campos Ribeiro



Determinantes na Prática da Amamentação: Mitos e Crenças

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
Como parte dos requisitos para a obtenção do grau
De Licenciatura em Enfermagem.”

A Aluna

(Catarina Susana Campos Ribeiro)

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2015

Resumo

Com o presente trabalho, objetivou-se identificar e analisar os principais mitos e crenças, inerentes à problemática que é o Aleitamento Materno (AM), e verificar em que medida influenciam o pensamento e motivação das puérperas na sua decisão de amamentar. Bem como se objetivou identificar a envolvimento do enfermeiro em toda esta problemática.

A estratégia utilizada para a elaboração do presente trabalho, foi a revisão bibliográfica. Sendo a pesquisa realizada, em livros, artigos de revistas científicas, teses e dissertações. As bases de dados utilizadas foram o SciELO, CINAHL e MEDLINE. Utilizando as seguintes palavras-chave: “Aleitamento Materno”, “Desmame”, “Mitos” e “Crenças”.

Realizou-se uma investigação não experimental, de análise quantitativa e corte transversal, do tipo descritivo, numa amostra não probabilística por conveniência de 127 mães com filhos com idades entre os 0 e os 24 meses. Utilizou-se um questionário com caracterização da amostra bem como a identificação de variáveis que influenciam a prática da amamentação em três dimensões: conhecimento das puérperas face ao AM, principais mitos e crenças e papel do enfermeiro na desmistificação e promoção do AM.

Os resultados obtidos apontam para a possibilidade de maior sucesso na amamentação, após a desmistificação dos mitos e crenças. Embora 81% das participantes refira ter tido informação/formação acerca do AM, várias são as questões que denotam falta de esclarecimento, como é o caso do mito do leite fraco em que 37% das mães concordaram contra apenas 44,9% que discordaram. Ou ainda relativamente ao choro do bebé após a mamada como sinal de insatisfação, em que 46,5% concordou, contra apenas 39,4% que discordou.

Abstract

The purpose of this essay was to identify and analyse the main myths and beliefs related to problems in breast feeding, and verify to what extent these factors influence the behaviour and motivation of mothers towards breastfeeding and their decision to breast feeds newborn babies. It also tried to understand the influence that nurses have in breast feeding adoption.

The basis of this essay was existing literature and academic papers. The research was based in books and academic articles, theses and dissertations. The datasets used were SciELO, CINAHL e MEDLINE. The following key words were used: “breastfeeding”, “weaning”, “myths” and “beliefs”.

The approach followed was non-experimental research, quantitative analysis and cross-section, descriptive type, with non-probability convenience sampling including 127 mothers with babies with age between 0 and 24 months. The survey included the sample characterisation as well as the variables that influence breast feeding across 3 dimensions: mothers knowledge of breastfeeding, main myths and beliefs and the nurse’s role in demystifying myths, informing and promoting breast feeding.

The results evidence the possibility of a higher success in breastfeeding, post demystification of myths and beliefs and providing better information. Although 81% of the elements quotes to have had information/training in breastfeeding, there are several questions that suggest misinformation still exists. For example 37% of mothers agreeing with the myth of “weak milk”, with only 44.9% of mother disagreeing. Another example is that 46% of mothers agreed that the baby crying after breastfeeding was a sign of dissatisfaction, only 39.4% disagreed with such myth.

Dedicatória

À minha Família, Amigos e Professores

Por acreditarem em mim, pela solidariedade,

Pelo apoio e incentivo nas horas
mais difíceis,

Sem vocês nada...

Agradecimentos

Neste espaço, gostaria de expressar o meu reconhecimento.

- À Enfermeira Filomena Cardoso que me orientou com competência e rigor científico, gostaria de agradecer, de forma especial, pelo seu incentivo e por pacientemente ter lido o meu projeto dando-me os seus preciosos conselhos.
- Ao Professor José Manuel dos Santos por toda a disponibilidade manifestada e pelo apoio e incentivo.
- Ao Enfermeiro António Mota que me fez acreditar que valia a pena, e que em pouco tempo se pode fazer muito! Sem o seu incentivo nunca teria começado! O meu muito Obrigada.
- À minha mãe: que até hoje continua a ser o meu porto seguro, quando o cansaço e desespero espreitam, me dá colo, me conforta e me faz acreditar que tudo se consegue alcançar.
- Ao meu marido: que viveu comigo, todos os momentos deste projeto, escutou os meus desabafos e me deu apoio.
- Especialmente, quero agradecer à minha irmã:

Cláudia – pelas sugestões, pelo incentivo, por toda a força e suporte.
- Gostaria de agradecer às mães que aceitaram participar na minha pesquisa, viabilizando este trabalho.
- A todos que de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se concretizasse, o meu bem ajam.
- Finalmente, ofereço este trabalho aos meus dois amores.

Francisco e Rodrigo

Que nas horas mais “duras” me destes sempre força para achar que valia a pena e para continuar.

Saber que estáveis sempre ali ao lado pacientemente, à espera, para brincar nem que fosse somente por uns minutos...

A vós que me ensinastes a ser mãe... “Amo-vos até ao infinito!”

Tarefa Concluída!

“O aleitamento materno é a prenda mais preciosa que uma mãe pode dar ao seu filho.

Na doença ou na desnutrição, esta prenda pode salvar a vida.

Na pobreza pode ser a única prenda”.

Lawrence, 1991

Índice

	Pág.
0. Introdução	16
I. Fase Conceptual	19
1. Tema e Justificação do Tema	19
i. Questão da Investigação	19
2. Revisão Bibliográfica	19
i. História da Amamentação	19
ii. Aleitamento Materno	23
iii. Vantagens e Contra Indicações do AM	24
iv. Incidência e Prevalência do AM	28
v. Sucesso e Insucesso no AM	29
vi. Período recomendado no AM	32
vii. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés	33
viii. Intervenção do Enfermeiro na Promoção do AM	35
xix. Mitos e Crenças no AM	39
3. Objetivos, Questões/Hipóteses	41
II. Fase Metodológica	41
1. Desenho da Investigação	41
i. Tipo de Estudo	42
ii. Período do Estudo, População e Amostra	42
iii. Variáveis em Estudo	43
iv. Instrumento de Recolha de Dados	45
v. Análise dos Dados Estatísticos	45
2. Salvaguarda dos Princípios Éticos	46
III. Fase Empírica	46
1. Apresentação dos Dados	46
2. Análise e Interpretação dos Dados	56
3. Conclusões do Estudo	63
IV. Conclusão	65
V. Referências Bibliográficas	66
VI. Anexos	74
Anexo I – Consentimento	75
Anexo II – Questionário	77

Siglas e Abreviaturas

AM – Aleitamento Materno

AL - Aleitamento

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

M - Média

DP – Desvio Padrão

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo o número de filhos por participante.....	48
Quadro 2 - Distribuição da amostra relativamente ao tempo útil em que obteve a informação/formação	51
Quadro 3 - Distribuição da amostra sobre o respeito pelo que sentia e/ou pensava relativamente ao AM.....	52

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Histograma de frequência relativamente à duração da gravidez.....	48
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o acompanhamento durante a gravidez..	49
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo as mães que amamentaram	49
Gráfico 4 – Histograma de frequência relativamente à idade do filho atual em meses .	50
Gráfico 5 – Distribuição da amostra relativamente à obtenção de informação	50
Gráfico 6 – Histograma de frequência junto de quem obteve informação/formação e quem mais lhe prestou informação sobre AM	51
Gráfico 7 – Histograma de frequência segundo a perceção sobre as crenças e mitos do AM – Justificam o desmame precoce	53
Gráfico 8 – Histograma de frequência segundo a perceção sobre as crenças e mitos do AM – Evidenciam a insegurança da mulher/mãe	54
Gráfico 9 – Histograma de frequência segundo a perceção sobre as crenças e mitos do AM – Podem beneficiar positivamente o AM	55

Índice de Tabelas

Pág.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio demográficas.....47

1. Introdução

O leite materno é a forma mais natural da mãe alimentar o seu filho, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Do ponto de vista nutricional está perfeitamente adaptado às suas necessidades, assim como do ponto de vista imunológico que é inigualável, uma vez que protege a sua saúde como nenhum outro. O aleitamento materno (AM) favorece também a saúde da mãe e é, obviamente, vantajoso em termos económicos e ecológicos. O vínculo que se forma entre a mãe e o filho é muito forte, reforçando a afetividade entre ambos, sendo muito menos provável que uma mãe que amamente o seu filho o abandone ou maltrate. Frequentemente, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas estas vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao seu abandono precoce.

Segundo Huffman et al.(1991), 22,2% das mortes de crianças até aos 12 meses, ao ano, no mundo poderiam ser evitadas se o AM exclusivo e o aleitamento até um ano de vida fossem praticados. O AM, para além de exercer um efeito protetor contra doenças no início de vida do lactente, protegendo-o de infeções, diarreia e doenças respiratórias, parece reduzir também o risco de doenças crónicas, como as autoimunes, celíaca, de crohn, colite ulcerosa, linfoma, diabetes mellitus, entre outras. (American Academy of Pediatrics, 1997).

O AM é uma prática que desde os tempos mais remotos até aos dias de hoje, apesar das diferentes conotações que foi sofrendo, consoante a época, se reveste de suma importância, refletindo-se na saúde da criança, da mãe, na sociedade, bem como o evidente impacto ambiental e económico. Sabendo-se que múltiplos são os fatores que condicionam a sua implementação, entre eles pode destacar-se os mitos e crenças e as práticas dos enfermeiros na promoção, proteção e apoio à mulher desde o início da gestação.

O percurso histórico da amamentação, desde os tempos mais remotos até aos dias de hoje, traz uma verdade irrefutável: a prática de amamentar, apesar de ser biologicamente determinada, é social e culturalmente condicionada. (Vinagre et. al.,2001).

O entendimento relativo à amamentação foi-se alterando com o passar dos tempos. Ao longo dos séculos foi possível observar-se a existência de variadas questões quanto à forma correta de alimentação do bebé, pautados em conceções que tangem o biológico e os determinantes socioculturais. Verifica-se que diversos mitos e crenças que norteiam a lactação geram na nutriz sentimentos de culpa, ansiedade, ou de confiança e apoio quanto à sua produção láctea (Marques; Cotta; Priore, 2011).

Com o presente estudo pôde constatar-se que muitos mitos e crenças ainda se encontram vigentes atualmente. Apesar de quase a totalidade das mães ter tido acesso a informação/formação acerca das boas práticas na amamentação. Verificou-se que ou não foram corretamente informadas ou as convicções do senso comum continuam a influenciar as tomadas de decisão, durante a prática da amamentação. Pode referir-se que 82,1% das mães considera que o bebé deve mamar a cada 2 ou 3 três horas, prática que vai contra as diretrizes da Organização Mundial de Saúde que preconiza a mamada livre, sempre que a criança quiser.

Pôde ainda concluir-se que 81,1% das inquiridas teve acesso a informação/formação sobre AM, sendo o Enfermeiro quem mais a facultou (70,5%). Denotando a importância fulcral do desempenho desta categoria profissional na promoção, apoio e suporte, junto das mães, na sua prática da amamentação.

No seguimento do Plano Curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, surge, no âmbito da disciplina de Projeto de Graduação, um desafio que é a investigação de um tema que de alguma forma se apresente como uma problemática. Sendo este requisito para a aquisição do grau de Licenciatura.

No que se refere aos objetivos académicos é com convicção e entusiasmo que se propõe levar a cabo a elaboração do presente estudo de investigação. Constituindo, sem dúvida uma ótima oportunidade de enriquecimento pessoal e de reflexão sobre as principais causas no insucesso e abandono precoce do AM e sobre as práticas dos enfermeiros na sua promoção, bem como na desmistificação dos principais mitos e crenças.

Do ponto de vista estrutural este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: a Introdução, onde se dá uma visão global do trabalho. A fase conceptual, onde se realiza uma revisão bibliográfica que aborda o tema do AM, sua evolução histórica e os temas

relacionados com as questões de investigação. A fase metodológica, onde são indicadas as variáveis em estudo, o tipo de estudo a definição da população e amostra, o processo de amostragem, o instrumento de colheita de dados utilizado, o método de tratamento e análise de dados e as questões éticas da investigação. A fase empírica, onde se apresentam e analisam os resultados. Por fim, o estudo é finalizado com as conclusões que este possibilitou, capítulo onde são evidenciados os resultados mais relevantes. Onde se procurou fazer uma síntese geral do estudo e de alguma forma verificar se os objetivos foram atingidos, dando abertura a linhas orientadoras para futuras investigações, e a bibliografia.

I. Fase Conceptual

1. Tema e Justificação do Tema

O tema escolhido para este trabalho surgiu num contexto que no momento estava a ser vivenciado pela autora, AM. Teve como fundamento o interesse e vontade em aprofundar conhecimentos sobre a temática e pelo facto de se tratar de uma questão de saúde pública que interessa a todos. A elaboração deste estudo pelo método científico baseou-se numa problemática que foi a constatação do impacto que o AM tem para a saúde das pessoas e o longo caminho que há a percorrer contra o insucesso e abandono precoce do AM bem como relativamente às práticas dos profissionais de saúde na promoção e desmistificação dos mitos e das crenças que o envolvem. Assim, a questão de partida formulada para o orientar foi: identificar e analisar os principais mitos e crenças, inerentes à problemática que é o AM, e verificar em que medida influenciam o pensamento e motivação da puérpera na sua decisão de amamentar avaliando qual o seu impacto no sucesso ou abandono precoce da amamentação, desmistificando-os. Ponto onde o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro desempenha papel de relevo /preponderante.

i. Questão da Investigação

Para Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se deseja investigar, tendo em vista aumentar o conhecimento que existe. Assim, a questão de partida formulada para este projeto foi a seguinte: Quais os principais mitos e crenças relativos ao AM? Qual o seu impacto no sucesso ou abandono precoce da amamentação? Qual a sua influencia na perceção da puérpera na sua decisão de amamentar?

2. Revisão Bibliográfica

i. História da Amamentação

O tema da amamentação adquiriu diferentes significados em diferentes períodos da história da humanidade. As diferentes épocas e contextos sociais tiveram repercussões na tomada de decisão das mulheres em oferecer ou não leite materno como alimento

exclusivo para os seus filhos. Sempre existiram mulheres que não puderam ou não quiseram amamentar os seus filhos. A prática do AM, por ser um ato social, esteve sujeita a alterações que estavam ligadas a circunstâncias históricas. Em função destas, sempre se procuraram alternativas e, uma delas, era o uso das amas de leite, mulheres que amamentavam filhos de outras, prática bastante comum e antiga (Vinha, 1989).

A procura de um substituto para o leite humano culminou na possibilidade de o homem produzir e industrializar o leite em pó. Para isto contribuíram muito as duas grandes guerras mundiais. A partir desta altura, as mulheres, cada vez abandonaram mais o hábito de amamentar os seus filhos na mama, optando pelo biberão. Tendo-se verificado uma mudança radical no comportamento face ao AM, passível de constatar-se em todas as partes do mundo civilizado.

Considera-se, por tudo isto, importante, embora que de forma não exaustiva, fazer uma breve abordagem às variações que a prática do AM tem sofrido no decorrer dos tempos, de modo a situar o AM como um fenómeno sócio histórico, com repercussões na prática cultural e não somente no plano biológico. Assim, o ato de amamentar ou não à mama, apesar de possuir uma expressão ao nível biológico, decorre de processos que transcendem este plano, sendo histórico e culturalmente condicionado. Para compreender os diferentes sentidos que o AM foi adquirindo ao longo dos tempos, torna-se necessário fazer um recuo histórico para se perceber a evolução e forma como é entendido nos nossos dias.

Partindo da premissa que somos da espécie dos mamíferos, conclui-se que o AM esteve sempre presente na história do homem. Historicamente a nutrição das crianças a partir do nascimento até que pudessem mastigar ou deglutir alimentos sólidos era feito pelas mães; pode ver-se, ainda hoje, que em comunidades onde a influência do leite em pó ainda não chegou, os hábitos tradicionais são mantidos e o aleitamento é pleno, segundo Martins (1984) e Pizzato (1986).

Desde a Antiguidade que os problemas relacionados com a amamentação vêm sendo referenciados. Talvez o aleitamento artificial seja tão antigo quanto a história da civilização humana (Bosi e Machado, 2005). Tal facto é evidenciado pela existência de instituições de caridade onde eram abandonadas grande quantidade de crianças. O registo, de recipientes encontrados em diferentes sítios ao lado dos corpos de lactentes,

em escavações arqueológicas (Séc.V e VII), sugerem que os gregos recebiam alimento de outras fontes além do leite materno. Tais achados permitem afirmar que a substituição do AM diretamente ao peito por outras formas de alimentação constitui uma prática muito antiga. (Silva, 1997 e Badinter, 1985).

Uma outra referência diz respeito ao ano de cerca de 1800a.c, onde constam regulamentações sobre a prática do desmame e a existência de amas de leite, no código de Hammurabi. Na bíblia também são referidas as práticas das amas de leite e do aleitamento materno, sendo comparada a palavra de Deus entendida como leite genuíno: “Desejai ardentemente como crianças recém-nascidas o Leite genuíno, não falsificado, para que por ele vades crescendo” (I Pedro 2;2).

Plutarco relata que o 2º filho do rei Themistes foi preterido pelo irmão mais velho, somente porque ele não havia sido amamentado por sua mãe e sim por uma estranha.

Hipócrates escrevendo sobre o objetivo da amamentação, declara que “somente o leite da própria mãe é benéfico, (sendo) o de outras, perigoso. (Lawrence,1994).

No século XII, havia uma atitude de indiferença face à criança. Não havia registos de nascimentos e de mortes e as crianças eram representadas por homens de tamanho reduzido, expressando o sentimento vigente de que esta se diferenciava do adulto apenas no seu tamanho e na sua força. Essa percepção predominou até finais do séc. XIII, quando passaram a ser reconhecidas e aproximadas à concepção de anjos e do menino Jesus cujas formas se aproximavam da morfologia infantil. (Aries, 1981)

O final do século XVI e durante o século XVII caracteriza-se por um período de grande avanço na discussão de temas da primeira infância onde se dá como que a “descoberta da infância”. (De 1500 a 1700 as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam os seus filhos. Embora o AM fosse reconhecido como um regulador de nova gravidez, essas mulheres preferiam dar à luz de 12 a 20 bebês, do que amamentá-los. Elas acreditavam que a amamentação espoliava os seus corpos e as tornava velhas antes do tempo, crença que parece sobreviver até aos dias atuais. Com isso o desmame era iniciado precocemente, sendo utilizados, em substituição cereais ou massas oferecidas em colher. (Lawrence, 1994 e Rea, 1990).

No Séc. XVIII, o envio das crianças para a casa de amas estende-se por todas as camadas da sociedade urbana. Ocorre nesse período um aumento crescente de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite. As suas enfermidades contaminavam os bebês e muitas dessas amas, com receio que estivessem “repassando afetos aos bebês, passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (percursores dos biberões). Porque acreditavam que “sugando o leite, sugava-se também o carácter e as paixões de quem os amamenta”. Além disso, esse procedimento passaria a acarretar importantes riscos à saúde das crianças, pois além da oferta num recipiente não estéril, as mulheres desconheciam a quantidade exata de água que deveria ser misturada ao leite, sem considerarem o risco de contaminação dessa água” (Badinter, 1985). Nos Séc. XVII e XVIII, a sociedade brasileira admitia como facto corriqueiro a morte de bebês. Naquela época 20 a 30% morriam antes de completar o 1º ano de vida. Aceitavam a morte como a crença da transformação de crianças em anjos, o que contribuía para que as famílias suportassem a dor da perda e a considerassem como uma bênção do céu. (Priore, 1997 e Costa, 1983).

Assim, constata-se que a utilização de amas de leite constituiu outra prática substitutiva do AM diretamente ao peito. As mulheres que não podiam amamentar e que tinham recursos eram orientadas a contratar uma ama de leite ao domicílio, fiscalizando todos os cuidados proporcionados ao bebê. Ressaltavam que “essa conduta só deveria ser adotada em casos desesperados e que a ama – uma segunda mãe, seria o personagem central da família burguesa, que logo adquire autoridade sobre a mãe ignorante. Pensava-se àquela época que o simples fato de contrariá-la poderia azedar o leite e preferia calar-se a arriscar a saúde do bebê.” (Badinter, 1985).

O sistema das amas de leite prosperou até finais do Séc. XIX, depois disso, o aleitamento artificial, sob forma de biberão com leite de vaca, possibilitado pelo progresso da esterilização, viria a substituir a amamentação mercenária (Sena, 1997).

No entanto, a partir de 1800, o número de crianças encaminhadas às amas através da Direção Mundial das Amas de leite declinou substancialmente (Badinter, 1985).

No Séc. XIX, com a implantação das faculdades surgiram vários projetos destinados a combater as altas taxas de mortalidade dos expostos.

ii. Aleitamento materno

O leite materno, na espécie humana, está estritamente associado ao ciclo reprodutor da mulher ocorrendo a sua produção somente no período pós-parto. A produção de leite materno é um processo fisiológico normal, que surge como consequência de parir (Galvão, 2006). Foi durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. A amamentação com leite materno constitui a forma mais natural de alimentação de todos os mamíferos, em geral, e da espécie humana, em particular. Assim, a prática do aleitamento materno faz parte da história da humanidade e das Sociedades atuais, resultando numa construção macrossocial que a identifica como uma medida prioritária de promoção da saúde pública em todas as políticas ocidentais (Cardoso, 2006).

Sendo o leite materno um alimento completo e vivo, impossível de se copiar, pois, atualmente, ainda não se conhecem todos os seus elementos, mesmo que se produzisse uma imitação artificial de todos os seus componentes, não se conseguiriam os mesmos efeitos que o leite materno produz no organismo (Cardoso, 2006). Segundo Northrup (2004), ainda “não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebê que o leite da mãe”.

O leite materno produz-se segundo um padrão próprio de cada espécie. A diferença relativamente a outros leites naturais ou artificiais reside quer no seu carácter qualitativo como no quantitativo, uma vez que o leite da mulher está biologicamente ajustado às características e às necessidades dos bebés humanos, alterando gradualmente a sua quantidade e composição durante a amamentação. Assim, nos primeiros dias de vida do recém-nascido apresenta-se sob a forma de colostro, nos dias seguintes como leite de transição, e, finalmente, a partir da segunda ou terceira semana, como leite maduro (Aguilar Cordero, 2005).

O ambiente cultural em que se vive é um fator facilitador ou não da adoção da prática da amamentação. Em muitos contextos culturais, mesmo quando a amamentação é aceite, ela só pode ser praticada em privado.

A prática do aleitamento materno sofreu significativo decréscimo a partir do momento em que se introduziu o leite artificial no mercado e das diversas campanhas publicitárias que se fizeram e ainda fator de grande relevância, a emancipação da mulher (Antunes et

al., 2008 e Medeiros e Rodrigues, 2001). Devido aos fatores anteriormente referidos, verificou-se uma elevada taxa de mortalidade infantil que só a partir dos anos setenta começou a regredir pois, foi também por esta altura que se começou a recuperar a prática do aleitamento materno, principalmente verificado em mulheres mais informadas e instruídas (Antunes et al., 2008; Levy e Bértolo, 2007).

Atualmente, apesar das medidas de incentivo, da divulgação das vantagens da amamentação, continua a verificar-se o desmame precoce considerando-se que alguns dos fatores que mais contribuem para este facto são: a idade da mãe, o nível socioeconómico, nível cultural e o mercado de trabalho, bem como a sustentação de determinadas crenças e mitos.

A OMS e a UNICEF consideram o abandono precoce da amamentação como um problema de Saúde Pública. Preconizam a proteção, promoção e o apoio à amamentação uma prioridade, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento (Antunes et al., 2008).

iii. Vantagens e Contra-Indicações do Aleitamento Materno

- Vantagens do aleitamento materno

“O recém-nascido tem apenas três necessidades essenciais: o calor humano dos braços da sua mãe, a certeza da presença materna e o leite do seu peito. A amamentação satisfaz as três” (Collete Clark, cit. Por Nascimento e Issler, 2003).

Segundo a OMS (1982), nenhum período da existência humana é mais crítico para o estabelecimento das bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável aos traumas e às ruturas, do que os primeiros meses de vida de um bebé.

Dar a mama, atualmente, ressurge em todo o mundo de forma evidente, contrariando as últimas três décadas baseadas na “cultura do biberão”, em consequência da promoção e divulgação das vantagens do leite materno (Golberg e Adams, 1983; Aguilar Cordero, Gómez García & Vargas Gámez, 2005).

A recomendação da OMS, incluída na Estratégia Global para a alimentação do Recém-nascido e do bebé (OMS, 2002), surge como o esforço mais notável de promoção da

amamentação: AM exclusivo até aos seis meses, o que significa não dar mais nenhum outro alimento, sólido ou líquido, nem sequer água, durante esse período; continuar com o AM, complementado por outros alimentos, não necessariamente de produção industrial, desde os seis meses, até aos dois anos, no mínimo.

O AM tem vantagens quer para a mãe quer para o bebé. No bebé, o leite materno tem vantagens nutricionais e digestivas, segundo Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gómez (2002) se o bebé se alimenta com leite materno terá melhor resposta imunitária, será menos reativo a vacinas e correrá menos riscos de sofrer processos infecciosos e gastrointestinais. O leite materno está inigualavelmente adaptado às características fisiológicas dos recém-nascidos e das crianças pequenas (Nascimento & Issler, 2003). Assim, o leite materno previne no bebé, infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tem um efeito protetor sobre alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca.

Relativamente às vantagens do aleitamento natural para a mãe, destaca-se o papel que desempenha na recuperação fisiológica após o parto, pois facilita a involução uterina, devido ao aumento transitório da ocitocina produzida durante a amamentação, diminuindo o risco de hemorragias e de infeções pós-parto e, consequentemente, prevenindo a anemia (Aguilar Cordero, Gómez Garcia & Vargas Gómez, 2005). Segundo os mesmos autores o aleitamento materno também contribui para prevenir as depressões pós-parto, pois, a ocitocina que se liberta aquando da sucção do bebé, além de favorecer o sentimento de proteção, proporciona à mãe um efeito tranquilizador e de bem-estar. Associa-se ainda a uma menor probabilidade de ter cancro da mama e sobretudo permite à mãe sentir o prazer único de amamentar.

Alimentar um recém-nascido com leite materno é muito mais económico e seguro do que com leite artificial, para além de ser mais prático, uma vez que está sempre à temperatura ideal, não necessitando de qualquer procedimento para a sua preparação. Em princípio terá também menos infeções e menos perturbações digestivas, reduzindo desta forma os custos com a manutenção da sua saúde e contribuindo para diminuir a taxa de absentismo ao trabalho por parte dos pais (Levy, 1994).

- *Contra-indicações do aleitamento materno*

As vantagens do aleitamento materno são tão numerosas e importantes que são raras as situações em que os riscos são maiores do que os benefícios e que, justifiquem que se evite ou suspenda a amamentação. Neste sentido, evitar ou interromper o aleitamento materno deve ser uma decisão tomada individualmente, não descurando os riscos quer para a mãe como para o bebé e os benefícios que existem para ambos.

Reis Morais (2005) refere, “costumo dizer que uma das primeiras contra indicações para amamentar é a mãe não querer. Competindo aos profissionais de saúde explicar, à mãe, as vantagens, mas se, mesmo assim, recusar, há que evitar criar sentimentos de culpa, pois estes poderão refletir-se negativamente na relação mãe/filho”.

No que se refere às contra indicações podem agrupar-se em dois grupos distintos:

- contra indicações temporárias, aquelas que, enquanto não resolvidas, impedem temporariamente as mães de dar o peito aos seus filhos (Bértolo & Levy, 2002). As autoras citadas referem como exemplo destas, algumas doenças como a varicela, tuberculose não tratada, herpes com lesões mamárias ou ainda, situações em que seja necessário recorrer a certos tipos de medicação. Assim, estas autoras argumentam ainda que, durante esses períodos, devem ser alimentados com leite artificial, por copo ou colher, no entanto, é de suma importância incentivar a estimulação da produção de leite materno, a fim de possibilitar o reinício da amamentação, quando superado o impedimento;

- contra indicações definitivas, felizmente, este tipo de contra indicações são menos frequentes do que as anteriores (Bértolo & Levy, 2002). Sendo exemplo destas, mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (SIDA), mães que necessitem prolongadamente de fármacos nocivos para os bebés, e ainda bebés com certas doenças metabólicas (galactosemia, fenilcetonúria).

Em suma, cada caso deverá ser analisado individualmente e, acima de tudo, com bom senso pois, a decisão deverá ter em atenção a saúde e bem-estar da mãe e do bebé, assim como as condições socioeconómicas, culturais, ecológicas e ambientais (Galvão, 2006).

iv. Incidência e Prevalência do Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a forma mais natural de nutrição do recém-nascido. No entanto, a sua prática difere de país para país, região para região, devido a fatores múltiplos e que não estão apenas relacionados com o grau de desenvolvimento.

Em determinados países a mulher deixa de amamentar muito cedo o seu bebé ou adota a atitude de evitar dar de mamar desde o parto, devido a diversos constrangimentos (Hofvander Y, 2005 e Naylor AJ, 2001). No entanto, na 2ª metade do Séc. XX, alguns países (entre os quais os escandinavos) promoveram de forma notável o AM, através de uma política de incentivo à maternidade.

Segundo alguns estudos, a prevalência do AM pode ser favorecida por a gravidez ser desejada pela mãe, por esta ter recebido informação sobre AM durante a gestação, pelo alojamento conjunto mãe/filho, pela amamentação exclusiva do recém-nascido...

Embora os estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência do aleitamento materno não sejam muito abundantes, em Portugal, e não existam dados resultantes de pesquisas nacionais, há indícios que permitem estimar que os nacionais são similares aos do sul da Europa, onde as taxas de início da amamentação se aproximam dos 80% e andam pelos 50%, aos três meses, e decrescem para os 25%, aos seis meses.

Os números publicados pela Direção Geral de Saúde, referentes à incidência e prevalência do aleitamento materno, mostravam que, em 1997, na região de Lisboa, 75% das mães amamentavam os filhos, durante o primeiro mês de vida do lactente, diminuindo, para 41%, o número das que o mantinham, aos três meses, e, para 23%, aos seis meses. O Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 apresentou dados parecidos, verificando-se que a incidência da amamentação, ou seja, o número de mulheres que a iniciavam, era de 85%, e que as taxas de prevalência eram de 62%, após os dois primeiros meses de vida do recém-nascido, é de 29%, após os seis meses. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 apresentou como meta, para 2010, que a taxa de aleitamento materno exclusivo aos 3 meses fosse superior a 50%, não se encontrando articulada às recomendações internacionais (Graça, Figueiredo, Conceição, 2011). O que se verificava era que aos seis meses, a taxa de prevalência do aleitamento materno era de cerca de 30% e a de aleitamento materno exclusivo rondava os 20%.

v. Sucesso e Insucesso no Aleitamento Materno

Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática, pelo que nem sempre é muito fácil o seu início. Várias são as dificuldades com as quais a mãe se depara, desde a insegurança no que se refere à sua capacidade de amamentar, o medo de prejudicar o seu filho ou até mesmo o seu leite ser insuficiente ou “fraco”. Por estas e outras razões, a mãe é levada a procurar soluções mais seguras e imediatas, sendo o biberão a solução mais eficaz e que facilita o controlo da quantidade de leite ingerido pelo bebé tranquilizando a mãe.

Segundo alguns estudos as causas apontadas para o abandono do AM são semelhantes quer em Portugal quer na Europa, prendendo-se sobretudo com a insegurança das mães no ato de amamentar (má pega...) e na capacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé. Uma outra causa é o regresso ao trabalho que continua a revelar-se uma barreira importante para a amamentação do leite exclusivo e misto e contribui para a grande quebra da taxa de amamentação dos 3 para os 6 meses (Branco As, Bastardo C, Albuquerque M, Oliveira G, 2004).

A separação é um dos fatores que também prejudica a formação do vínculo mãe/filho, fator essencial da amamentação (Oliveira et al., 1999).

Há ainda a disposição física e as rotinas das maternidades e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre AM, que influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento da amamentação, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais (OMS, 1989 e Réa, 1998).

Ao nível do insucesso na amamentação poder-se-ão ainda encontrar os fatores económicos, sociais, familiares e pessoais que também podem interferir na relação mãe/filho e favorecerem ou prejudicarem a capacidade de amamentar.

Também se tem verificado que nas populações migrantes, sobretudo nas que se deslocam do meio rural para o meio urbano, um declínio na amamentação. Também nas populações em que a cultura é favorável à amamentação, e que se deslocam do seu país de origem para outro existe uma tendência para o declínio desta prática.

Finalmente, fatores de stress devido a condições de vida muito diferentes, situação económica periclitante, dificuldades de integração na cultura predominante, conotação nessa sociedade do AM com o subdesenvolvimento, são algumas hipóteses explicativas de tal insucesso.

Neste contexto, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB) apresenta-se como uma estratégia de combate ao insucesso do AM uma vez que mobiliza os profissionais de saúde que trabalham nos serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. Trata-se de uma estratégia mundial patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF. Esta tem como objetivo promover, proteger e apoiar o AM mediante a prática, pelos hospitais, de ações pró-amamentação conhecidas com dez medidas para o incentivo do AM e desta forma contribuir para a diminuição do insucesso da amamentação.

vi. Período recomendado no Aleitamento Materno

A OMS e a UNICEF (1995) recomendam o aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento, até aos seis meses, e a manutenção da amamentação, com alimentos complementares, até aos dois anos de idade, ou mais. (World Health Organization, 2001).

O período compreendido desde a concepção até ao final do primeiro ano de vida é onde se verifica o mais rápido crescimento do bebé, não mais igualado durante a vida humana sendo que, neste período, as necessidades nutricionais são quantitativa e qualitativamente diferentes das de outros períodos etários (OMS, 1989).

Se no início da infância a criança tiver défices nutricionais podem causar deficits de peso e altura, pelo que se acontecer durante os primeiros seis meses de vida, estes bebés correm um risco mais elevado de atraso no crescimento. Isto deve-se essencialmente devido às baixas reservas de gordura e proteínas ao nascimento.

No entender da OMS (1989), a ingestão de outros alimentos para além do leite materno, é considerado desnecessário e até determinado ponto prejudicial. O leite materno supre as necessidades energéticas da criança entre os 4 a 6 meses, com a exceção dos bebés de baixo peso ao nascer, que podem necessitar de suplemento de ferro e das crianças

amamentadas por mães com deficiências específicas de vitaminas e minerais em que o leite materno pode ter valores baixos destes nutrientes.

Em 2002, a OMS publicou uma resolução segundo a qual os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida. Esta resolução baseou-se num estudo, efetuado nas Honduras, onde se demonstrou que os bebés alimentados exclusivamente com leite materno durante seis meses, cresciam melhor, do que os bebés amamentados apenas quatro meses, daí que a alimentação complementar aos quatro meses não tinha vantagens para o crescimento e que os bebés exclusivamente amamentados durante seis meses tinham melhor desenvolvimento psicomotor e menor incidência de alterações alérgicas e digestivas (Pérez-Escamilha, 2001).

Assim, o apoio ao AM exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública, encontrando-se os estados membros desta organização sujeitos ao seu cumprimento.

Atualmente considera-se, de forma quase que irrefutável, o leite materno como o melhor alimento para o bebé durante os primeiros seis meses, no entanto, a partir desta idade nem sempre há consenso, muitas vezes devido até a fatores de ordem sócio cultural. No início do século XX, estudos referem que cerca de 58% dos bebés eram amamentados para além dos doze meses. Hoje, sabe-se que a realidade é bem diferente, pois as mudanças sociais fizeram com que a mulher tivesse necessidade de trabalhar fora de casa, pelo que no que se refere à amamentação tudo mudou, havendo um elevado decréscimo. Em Portugal, por volta de 1998/1999, quase 100% das mães começavam a amamentar os seus filhos, no entanto, essa taxa descia para os 34%, quando se consideravam as mães que continuavam a amamentar aos seis meses de vida do bebé (Bértolo & Levy, 2002). Porém, os dados existentes anteriormente a estes últimos, conhecidos através de pequenos estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990, indicavam que a taxa de amamentação aos seis meses se situava à volta dos 11% apenas. Assim, apesar do progresso ser bastante lento, o que se verifica, atualmente, é que cada vez mais mães amamentam e por períodos mais longos. Contudo, no que respeita à duração que deve durar a amamentação, a verdade é que não há uma resposta definitiva, uma vez que, esta prática depende somente da mãe e do bebé que na sua

relação afetiva definem a sua durabilidade, independentemente de interferências exteriores. O bebé pode querer mamar, mas se a mãe não tiver motivação ou vice-versa, se o bebé não fizer uma boa pega e não quiser mamar todo o processo deixa de ter viabilidade.

Para Levy (1994), (...) “em África, o aleitamento materno é, de facto, uma questão de sobrevivência e a OMS faz recomendações para o mundo inteiro”. No nosso país, pensa-se que o que interessa é ajudar a mãe a cumprir o seu projeto. Hoje, as mães que trabalham têm direito a optar por uma licença de parto de cinco meses (com o vencimento a 80%). No caso de poderem juntar à licença um mês de férias, podem ficar com o bebé até aos seis meses. Se dar de mamar até aos seis meses em exclusivo, é o seu projeto, já podem fazê-lo. O “dever” dos profissionais de saúde é ajudá-las a cumprir esse projeto.

Assim, neste sentido, nenhuma mulher é melhor ou pior mãe por dar de mamar mais ou menos tempo, pelo que também não deve ser pressionada para o fazer ou não. Na opinião de Bértolo & Levy (2002) afirmam que é preciso o par mãe/bebé quererem ambos pois “...a amamentação é como um namoro”. Quando um dos dois não quer, não acontece. Primeiro, é preciso que a mãe queira e, hoje em dia, isso nem sempre acontece. Há mães que dizem que só querem amamentar até aos dois meses, ou até aos três, porque depois querem começar a ir ao cinema, jantar fora, trabalhar, etc. O ritmo social, não só do ponto de vista laboral, dificulta a manutenção da amamentação durante muito tempo. Seria ótimo, todos os bebés serem amamentados em exclusivo até aos seis meses, mas hoje, é frequente não se ultrapassar os quatro.

Em suma, a amamentação pode ser das experiências mais maravilhosas e positivas que a mulher pode ter, no entanto, e apesar disso é uma temática em que não existe consenso pois nem todas as mães experienciam a gravidez e maternidade da mesma forma, pelo que também nem todos os bebés têm a mesma facilidade em mamar. Assim, em resposta à questão inicial, a durabilidade da amamentação não tem regras e diverge de par, mãe/bebé, para par.

vii. Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

A necessidade de promover o AM levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, a produzir a Declaração Innocenti, sugerindo que o período a ele dedicado devia oscilar entre os 4 e os 6 meses, embora a UNICEF sustente que deva continuar até aos 2 anos.

Como consequência a legislação da maioria dos Países da União Europeia tem vindo a contemplar a proteção da mãe durante o período de aleitamento.

Em Portugal, vários estudos avaliaram a prevalência do aleitamento materno. Porém, além da prevalência conhece-se ainda pouco acerca dos fatores que condicionam a amamentação. Sabe-se contudo que existem fatores que influenciam, como: a influência dos estilos de vida, do nível de educação e dos meios de comunicação social, o peso relativo da opinião dos profissionais de saúde sobre a adesão das mães ao aleitamento, entre outros.

Assim, a OMS e o Fundo Das Nações Unidas (UNICEF) lança a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), em 1992, na sequência da Cimeira Mundial para a Infância, com o objetivo de “promover, proteger e apoiar o AM”, estabelecendo desta forma ações que resgatassem a prática da amamentação diminuindo assim as altas taxas de mortalidade infantil. Esta iniciativa é conhecida mundialmente como Baby Friendly Hospital Initiative. Os objetivos desta iniciativa fundamentam-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços de Obstetrícia e Pediatria dos Hospitais, para que modifiquem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce, contribuindo para isso o estabelecimento a nível mundial das *dez medidas para o sucesso do aleitamento materno*.

Um hospital ou maternidade pode ser considerado Amigo dos Bebés quando cumpre as Dez Medidas consideradas indispensáveis para apoiar o aleitamento materno.

O processo de certificação é atualmente assegurado por especialistas credenciados pela OMS e UNICEF, usando critérios globais que podem ser aplicados aos cuidados de maternidade em todos os países.

Entre as dez medidas consideradas pela OMS e UNICEF " fundamentais para o sucesso do AM", destaca-se a ajuda à mãe a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento e mostrar-lhes como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente. O aconselhamento a não dar tetinas ou chupetas aos bebés e a informação sobre as vantagens do leite materno no crescimento e saúde do filho. As instituições não podem dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.

viii. Intervenção do enfermeiro na promoção e apoio à prática do aleitamento materno

Segundo a OMS (1989) é importante para o êxito da amamentação o apoio ativo dado à mãe durante a gravidez e após o parto da sua família e comunidade, mas também, de todo o sistema de saúde.

As orientações técnicas do Ministério da Saúde referem que as consultas durante o período pré natal têm como objetivo para além de outros, promover a educação para a saúde. Ora neste âmbito quem mais diretamente lida com as futuras mães são os enfermeiros, desempenhando um papel fundamental na preparação para a amamentação (Ministério da Saúde, 1993).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno e a superar as primeiras dificuldades, orientando-as, esclarecendo as suas dúvidas e acalmando as suas ansiedades.

Segundo Franco (2003) “ *é necessário identificar as mulheres que querem e podem amamentar, aquelas que desejam mas não podem, aquelas que não querem ou que ainda não tomaram uma decisão definitiva*”. É necessário por isso, que o enfermeiro identifique cada caso para uma correta abordagem e suporte do mesmo. Segundo o mesmo autor, a avaliação inicial da grávida permitirá a recolha de informação que orientará o enfermeiro para um bom desempenho da sua prática: acompanhar, informar e sinalizar as situações em que a grávida manifesta vontade de amamentar. O resultado desta orientação deverá ser a conferência à grávida de maior segurança e tranquilidade, fundamentais para o sucesso da amamentação.

A existência de contra indicações para a prática do aleitamento materno deverá também ser identificada nesta fase (Franco, 2003).

É importante o enfermeiro esclarecer todas as dúvidas e crenças da grávida permitindo-lhe perceber de forma realista todo o processo que envolve o aleitamento materno. Uma falsa visão da amamentação poderá nas primeiras dificuldades levar à rejeição e abandono da amamentação.

Caso a grávida manifeste o desejo de não amamentar, é importante que o enfermeiro assuma uma posição neutra e que esclareça a grávida, tentando, ao mesmo tempo, perceber se esta está a tomar a sua decisão de forma consciente e esclarecida.

Na ajuda que presta às mães, o enfermeiro tem como função efetuar o ensino sobre a posição para amamentação, a pega correta, medidas de cuidado para a prevenção de complicações como o ingurgitamento da mama, aconselhar que não seja oferecido ao recém-nascido suplementos de água ou outros, e caso tenha de acontecer, por prescrição médica, explicar que devem ser usados copos ou colher. Esclarecer, ainda, que o uso de chupetas ou tetinas deverá também ser evitado explicando à mãe a interferência que estes podem ter no estabelecimento da lactação (OMS, 1989).

A equipa de enfermagem tem, assim, a responsabilidade de apoiar as mulheres por meio de atitudes, que podem influenciar positivamente o início da amamentação, evitar o desmame precoce e diminuir o surgimento de possíveis complicações. Com a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, iniciou-se um processo de conscientização dos profissionais ao enfatizar a responsabilidade de todos na promoção, incentivo e apoio a essa prática. (Almeida, 2004).

Face a tudo isto, o enfermeiro deve ser detentor de um amplo conhecimento para poder ajudar as futuras mães a realizarem a prática da amamentação e, ao mesmo tempo, ser detentor de conhecimentos que lhe permitam intervir em possíveis problemas que possam surgir. Dele poderá depender, em grande parte, o sucesso ou insucesso na adesão à amamentação.

xix. Mitos e Crenças sobre o Aleitamento Materno

Vários são os estudos que têm mostrado que a amamentação é um fenómeno complexo, não sendo considerado um ato instintivo inato a todas as mulheres, como acontece na maioria dos animais, mas sendo uma prática fortemente influenciada pelo contexto histórico, social e cultural (crenças e mitos) em que a mulher-mãe-nutriz vive. (Almeida e Novak, 2004 e Abrão, 2006).

Considera-se pertinente para o presente estudo especificar o que se entende por crença e mito. Por crença, entende-se o *acto ou efeito de crer; convicção íntima; opinião dotada de fé e convicção*. Entende-se mito como *a representação de factos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição. Tradição é a transmissão oral de lendas, factos, etc, de idade em idade, geração em geração. Conhecimento ou prática resultante da transmissão oral ou de hábitos inveterados*. (Ferreira, 1999).

Neste ponto é importante realçar o papel do enfermeiro na desmistificação das dúvidas da nutriz. Embora muitos profissionais de saúde tendam a considerar a amamentação como um ato natural/inato valorizando somente o seu aspeto biológico e social. (Silva, 2001). Neste âmbito, torna-se crucial a perspicácia do profissional de saúde na compreensão da nutriz e qual a sua perspetiva sobre a lactação, no sentido de melhor poder desmistificar os seus mitos e crenças de modo a promover a amamentação prolongando-a ou efetivando-a.

O abandono ou complementação precoce do aleitamento materno tem muitas vezes como justificação das mães a falta de conhecimento da fisiologia da lactação, da qualidade/quantidade de leite produzido, além da recusa do bebé em pegar no mama e da alegação de que o leite secou. (Escobar, 2002, Gusman, 2005)

O surgimento dos mitos e crenças data desde a época dos Descobrimentos, quando os portugueses trazem consigo o hábito do desmame. Naquela época, a amamentação para as mulheres europeias burguesas não era considerada uma prática digna da sua classe social. (Silva, 1990). A partir do século XVIII, na Europa, e do século XIX, no Brasil, começam a ser feitas recomendações às mães para que cuidassem e amamentassem

pessoalmente os seus filhos, em diversas publicações, dando-se assim uma reviravolta na forma de perceber o papel da mãe e da sua importância.

Nesta altura, a amamentação passou a ser imposta à nutriz, com o intuito de solucionar o problema da elevada taxa de mortalidade infantil da época. (Almeida, 1999) Neste contexto, é concebida, a representação de que a lactação é um dever da nutriz – surge então o mito de que “mãe boa é a que amamenta”. (Silva,1997)

No século XIX, como o conhecimento ainda não respondia a questões referentes à amamentação, começou-se a formular alternativas para responder ao seguinte paradigma biológico: por que algumas mães não conseguem amamentar? (Souza e Almeida, 2005). Então eis que surge um “modelo auxiliar” pautado na dimensão individual das mulheres para explicar o insucesso no aleitamento materno: a “síndrome do leite fraco”. (Almeida, 1999).

- Crença do “leite fraco”

No estudo de Vaucher e Durman (2005) com o objetivo de identificar as crenças familiares de puérperas em relação ao AM, uma das crenças extraídas dos relatos foi a de que para nutrizes o seu leite era fraco.

Escobar et al (2002), analisando as principais causas da complementação precoce relatadas pelas mães, observaram que 17,8% delas responderam que era devido ao seu “leite fraco” ou que o seu leite “não sustentava” o bebé.

Gusman (2005) observou que as mães que atribuem à complementação precoce a justificativa de que o “leite não sustenta, leite fraco”, se sentem mais amparadas por esta ser uma crença aceite culturalmente. Assim, a criação do mito “leite fraco” serviu para minimizar a responsabilidade e culpa das mães pelo fracasso da lactação.

No estudo de Gonçalves (2001), verificou que o “leite fraco” foi uma queixa comum das mães durante a amamentação. Para ele, o mito do leite não sustentar o bebé, por ser fraco, pode estar apoiado no facto de o bebé mamar e parecer não ficar satisfeito.

O mito do “leite Insuficiente”

Para Gonçalves (2001), a crença do “leite insuficiente, muitas vezes, deve-se ao facto de as mães se sentirem inseguras quanto à capacidade de produzir leite no volume adequado para o bebé. O mesmo autor verificou nas falas das mães a crença de que o leite materno não é um alimento suficiente para o bebé – leite não o sustenta. Vaucher e Durman (2005) observaram nos relatos de puérperas estudadas as seguintes temáticas: “acho que tenho pouco leite” e “tenho muitas dúvidas se o meu leite é suficiente para o bebé”.

No estudo de Arantes (1995), as mães relataram que a lactação é um fenómeno fortemente influenciado pelas suas emoções, percebendo que seu stress e ansiedade interferem na quantidade de leite produzido; quando estão stressadas, nervosas, ansiosas, elas observaram redução ou mesmo bloqueio na produção de leite. Para Almeida (1999) e King (2001), quase todas as mães podem produzir leite em quantidade e de qualidade suficiente para o seu bebé, desde que elas queiram – sejam autoconfiantes em relação à sua capacidade de amamentar – e que posicionem a criança corretamente durante a lactação.

Mito – “ O leite materno não mata a sede do bebé”

Segundo King (2001), o leite materno contém toda a água de que uma criança necessita, mesmo que viva em locais de clima quente. No entanto, o que se observa na prática é a introdução de água e/ou chás precocemente, antes dos seis meses. De acordo com a OMS, o AM exclusivo não é um ato praticado mundialmente. A água e/ou o chá são oferecidos às crianças, já nos primeiros dias de vida, com o intuito de acalmar o bebé, aliviar a dores, mas, principalmente para matar a sede da criança. No estudo de Gonçalves verificou-se que as mães consideram o uso de chá e água essencial para a criança se hidratar, devido ao clima quente – verão. Para estas mães, o leite materno “não mata a sede” do bebé. Gusman (2005) observou que a necessidade ou não de oferecer água para a criança provocou um sentimento de dúvida e insegurança nas mães pesquisadas, principalmente por residirem em locais de clima muito quente. Nesse mesmo trabalho, verificou-se que a mãe, após perceber alguns sinais de desidratação na

criança, como “molera”, começa a introduzir água ou outros líquidos na alimentação do bebê.

Neste aspeto, torna-se crucial a atuação do profissional de saúde, no esclarecimento e desmistificação dos mitos e crenças, particularmente, no que se refere à introdução de água e outros líquidos antes dos seis meses de vida da criança. Alertando para os riscos dessa atitude precoce e incentivar as mães a oferecerem o leite materno de forma exclusiva.

A crença – “os seios caem com a lactação”

Os estudos de Ichisato e Shimo (2001) e de Vaucher e Durman (2005) mostram a presença do mito de as mamas caírem com a amamentação, através das falas das mães.

Assim, a imagem que as mães têm do seu corpo pode interferir na sua visão durante o aleitamento materno, de modo que quando essa percepção é negativa, existem fatores que levam ao insucesso do AM, como as crenças de que amamentar causa flacidez na mama, aumenta os mamilos, tornando-os feios,...(Cury, 2003). Num estudo de Alves (2003), também se observou através da fala das mães que a preocupação com a estética se relacionava com o conhecimento adquirido no quotidiano, tais como: amamentar deixa os seios flácidos, ou quanto maior é o tempo de amamentação, mais o seio cai, redução da atividade sexual, desconforto com a saída do leite durante o ato sexual, sendo que estes aspetos interferiram no sucesso da lactação.

Crença – AM: Fortalece o Vínculo Mãe/bebé

Na opinião de King (2001) e Cury (2003), o AM constitui uma das principais vantagens no estabelecimento e consolidação do vínculo mãe/filho. Constituindo um elo precoce e forte que influenciará positivamente o desenvolvimento e relacionamento da criança na sociedade.

No estudo de Gonçalves (2001), as lactantes relataram nos seus depoimentos que o fato de amamentarem, despertou o desejo de quererem continuar o AM, devido à aproximação entre mãe e filho, momento único para compartilhar afeto.

Por tudo o que anteriormente foi referido, pode perceber-se a existência de uma ligação direta entre a amamentação e o amor materno. Assim, a prática da amamentação associada à expressão do amor da mãe para com o seu filho é uma crença cultivada até aos dias de hoje. Nakano (2003), no estudo sobre *as vivências da amamentação* observou que as mulheres valorizavam o AM por esta ser uma prática que oferece, mais do que alimento, afeto e proteção ao bebé, constituindo o “melhor para o bebé”.

3. Objetivos, questões/hipóteses

Perante as problemáticas levantadas foram equacionadas algumas questões que serviram de orientação ao percurso da investigação:

- Se o aleitamento materno tem tantas vantagens como se defende e como diferentes estudos comprovam, qual o impacto dos mitos e crenças na perceção das nutrizes durante a prática da amamentação?
- Quais as fontes de informação/formação a que as mães tiveram acesso e sua relevância no sucesso do AM.
- De que forma os profissionais de saúde influenciam esta prática? Qual o papel do enfermeiro na promoção do AM?

Relembrando as sábias palavras do filósofo francês René Descartes “A dúvida é o início do conhecimento”, assim, no sentido de dar resposta à questão de partida, definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar os principais mitos e crenças e qual o seu impacto na perceção das nutrizes na prática da amamentação;
 - Conhecer as fontes de apoio de informação sobre aleitamento materno a que as mães tiveram acesso e quais foram mais relevantes;
 - Analisar o papel do enfermeiro na desmistificação dos mitos e crenças das puérperas e o seu contributo na promoção do aleitamento materno;
-

Para a realização do tratamento estatístico dos dados recorreu-se à ajuda do programa “Statistical Package for the social Sciences”- SPSS.

Para atingir os objetivos propostos e dar resposta às questões de investigação, foi realizado um estudo, dirigido a puérperas que amamentaram ou ainda amamentam, com filhos com idades dos 0 aos 24 meses. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário, tendo a amostra sido selecionada através de um processo de amostragem aleatória, acidental e não intencional.

II. Fase Metodológica

1. Desenho da Investigação

É sabido que nem sempre é fácil para uma mãe iniciar a amamentação e que a sua prática por vezes só é alcançada e mantida graças ao apoio e motivação que recebem dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros.

Sendo o abandono precoce do aleitamento materno uma realidade portuguesa, a sua proteção, promoção e suporte constitui uma prioridade de saúde pública, torna-se então importante que os enfermeiros no exercício das suas funções tenham um papel decisivo no suporte e promoção da amamentação (Almeida e Levy, 1996 e Galvão, 2011).

Perante o que foi exposto anteriormente, reflexões apresentadas na Introdução, bem como a respetiva revisão da literatura e estado atual da investigação procurou fazer-se um enquadramento teórico válido, consistente com a investigação, no sentido de a legitimar no contexto científico, de forma a obter um conhecimento mais profundo acerca do tema: Perceção das puérperas quanto aos fatores que influenciam o AM: Conhecimento, Mitos e Crenças.

A metodologia é a estratégia que permite delinear as diferentes opções para o estudo que se está a planear, não sendo os dados obtidos na pesquisa indiferentes à sua forma de obtenção. Deste modo, é essencial em qualquer estudo, assegurar a validade e credibilidade científica nos resultados que se pretendem obter, pelo que, para o garantir, é necessário apresentar previamente os procedimentos que se pretendem vir a desenvolver durante as várias etapas, para se alcançar os objetivos propostos.

Ir-se-á deste modo, definir os objetivos e questões do presente estudo, descrever e explicar, o tipo de investigação, definir os participantes, as variáveis em estudo e a sua relação, os instrumentos utilizados para efetuar a colheita dos dados, os procedimentos e por fim os testes estatísticos usados no tratamento dos dados.

i. Tipo de estudo

Segundo os objetivos traçados e também pelas características da investigação, optou-se por realizar uma abordagem quantitativa. Um estudo descritivo tem como objetivo descrever e identificar detalhadamente as características de um determinado fenómeno, de maneira a destacar as características da população. No que respeita à dimensão temporal, o estudo é transversal porque, segundo Fortin (2009), este serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.

ii. Período do estudo, população e critérios de seleção da amostra

Para a execução de um estudo científico, é necessário selecionar a amostra, de forma a colocar em prática as nossas intenções e conseqüentemente atingir os objetivos definidos para o estudo.

A população alvo é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns. Desta forma, a população definida para este estudo é constituída por mães com filhos com idade entre os 0 e os 24 meses.

Não é necessário estudar toda a população-alvo, mas apenas uma amostra da população total, que é uma parte que representa a população. De modo a diminuir o erro de amostragem, definiu-se para este estudo o método de amostragem não probabilística, que segundo Fortin (2003), não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra.

A amostra foi selecionada em três infantários do concelho do Porto, em função da acessibilidade na recolha de dados, e de acordo com a disponibilidade das mães que responderam ao questionário fornecido, contando-se para a constituição da mesma 127 mães com filhos entre os 0 e os 24 meses, que responderam à totalidade dos questionários durante os meses de Maio e Junho de 2015. Procedeu-se a uma amostragem acidental. Este tipo de amostra, é constituída por, indivíduos que estão mais acessíveis e que correspondem aos critérios de inclusão. Para o efeito foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

(1) Saber ler e escrever português – condição considerada necessária para a compreensão e preenchimento pela mãe do questionário utilizado na recolha de dados;

(2) Mães de crianças com idade compreendida entre os zero e 24 meses de idade;

A escolha deste método pareceu ser a mais adequada visto que o tempo para a realização do estudo não era muito alargado e também porque facilita a colheita de dados pois, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que são abordados e convidados a colaborar na investigação. A amostra ficou então constituída por 127 mães que preencheram os questionários na totalidade no mês de Maio e Junho de 2015.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis podem ser classificadas de várias maneiras, mediante a sua utilização numa investigação.

Fortin, 2003, refere que as variáveis independentes e dependentes estão interligadas num estudo experimental, no sentido em que uma vai afetar a outra. “Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses”. Assim, no presente estudo, usar-se-ão meramente variáveis de atributo, uma vez que se trata de uma pesquisa qualitativa, não se pretendendo inter-relacionar as diferentes variáveis.

iv. Instrumento da recolha de dados

A construção de um instrumento de colheita de dados é uma das etapas do processo de pesquisa mais exigente e desafiadora, que “sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas” (Polit e Hungler, 1995).

Para a realização deste estudo, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, que é um método utilizado sobre um número representativo de indivíduos, é composto por uma sequência de perguntas escritas e que pode envolver o que o inquirido sabe, gosta, não gosta e “pensa”.

Fortin (2003) diz-nos que “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos, (...), é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência, (...), permite um melhor controlo dos enviesamentos”.

Após reflexão originada pela pesquisa bibliográfica e, tendo presente os objetivos do estudo, optou-se pelo questionário de auto preenchimento como instrumento de recolha de dados, face às facilidades da sua aplicabilidade no número de sujeitos da amostra.

O questionário elaborado é composto por três partes e é aplicado por administração direta, ou seja, é o próprio inquirido que responde. É constituído por 37 questões de respostas fechadas, distribuídas por três grupos (ANEXOII).

No 1º grupo foram incluídas 6 questões dirigidas à caracterização sócio demográfica da amostra, avaliada através de perguntas fechadas dicotómicas, de escolha múltipla e abertas de resposta rápida, que avaliam dados como a idade, o sexo e outros dados que permitirão caracterizar a amostra.

No 2º grupo apresentaram-se 10 questões sobre a gravidez e formação/informação sobre AM.

No 3º grupo elaboraram-se 21 questões sobre a perceção/conhecimento da puérpera sobre AM (Mitos e Crenças).

- Pré- teste

Para Polit et al (2004), o pré-teste consiste num ensaio para determinar se o instrumento de colheita de dados foi executado com clareza e imparcialidade, e se é eficaz para atingir os objetivos propostos.

O pré-teste foi aplicado a cinco mães da população em estudo, não tendo estas mais tarde integrado a amostra. Após a sua análise procedeu-se a uma pequena revisão do instrumento, uma vez que este apresentava uma ou outra lacuna, que poderia levar à incompreensão das questões por parte das participantes.

v. Análise dos dados estatísticos

A estatística é “a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos (amostra).” (Fortin, 2003).

Através da aplicação do questionário foi possível obter um conjunto de dados, cuja análise permitiu responder à questão de investigação deste estudo, no entanto e com recurso ao tratamento quantitativo foi possível comparar as respostas das diferentes categorias e analisar as variáveis.

Os dados obtidos foram codificados e introduzidos no computador, sendo utilizados os procedimentos do programa “Statistical Package for the social Sciences”- SPSS.

Para o tratamento estatístico de dados recorreremos à estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão). As variáveis são apresentadas com a média (M) e respetivo desvio padrão (DP), considerando-se estatisticamente significativo um intervalo de confiança de 95% ($p < .05$). O tratamento estatístico variou conforme a natureza das variáveis em questão e dos valores da simetria da amostra.

De forma a facilitar uma melhor organização e compreensão dos resultados, os mesmos são apresentados em tabelas e quadros.

2. Salvaguarda dos Princípios éticos

Tendo em conta o respeito pela dignidade humana dos participantes e garantir o rigor ético deste estudo. Assim, foi motivo de preocupação garantir o anonimato, a confidencialidade, e a liberdade de participação e de opinião através de um conjunto de condutas. Cada questionário foi precedido por uma carta de explicação do estudo, onde é expressa a salvaguarda do anonimato e confidencialidade. As mães foram informadas e esclarecidas sobre as condições e objetivos do estudo e, ainda da condição estritamente voluntária da sua participação. A todas as mães que aceitaram participar no estudo foi solicitado o respetivo consentimento por escrito (Anexo I).

Deu-se início à aplicação dos questionários que decorreu no período compreendido entre os meses de Maio e Junho de 2015.

III. Fase Empírica

1. Apresentação dos Dados

A apresentação dos dados colhidos irá ser traduzida em categorias ou formas numéricas, recorrendo para isso a estatística descritiva. Sendo que a estatística descritiva consiste na análise exploratória dos dados, destacando os mais relevantes para o estudo, tendo como principal objetivo a redução dos dados.

Neste subcapítulo pretendemos decompor os diversos dados obtidos procedendo à sua interpretação através de uma análise descritiva dos resultados.

- Caracterização da amostra

Pela análise da tabela 1 e tendo por base os valores observados verificamos que a idade média das mães situa-se nos 32,20 anos (com 4,52 desvio padrão), sendo que, a maioria é casada ou vive em união de facto co habita com o marido (64,5%), possui como habilitações o ensino superior (52,7 %). Em termos profissionais a maioria (72,6%) situa-se no setor terciário.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

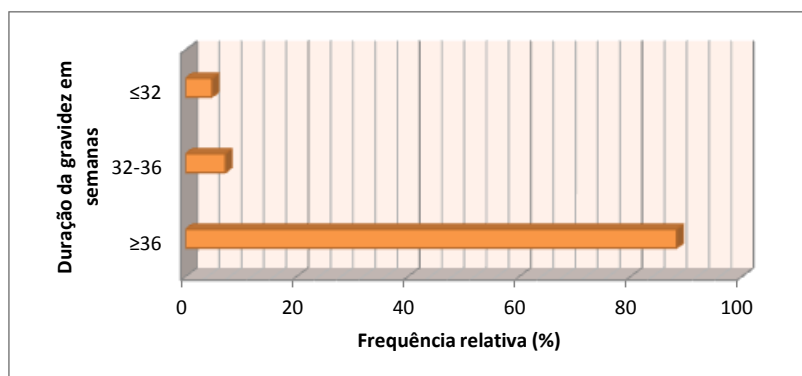
VARIÁVEIS		
	N	Média (D)
Idade	127	32,20 (4,52)
P1.1 Estado civil	N	%
Solteira	29	23,9
Casada/União de facto	82	64,5
Divorciada	16	12,6
Total	127	100%
P1.2 Escolaridade	N	%
Ensino básico	12	9,5
Ensino secundário	48	37,8
Ensino superior	67	52,7
Total	127	100%
P1.3 Profissão		
Desempregada	17	13,4
Setor Primário	0	0
Setor Secundário	19	15,0
Setor Terciário	89	72,6
Total	127	100
P1.4 Com quem habita		
Marido	82	64,6
Pais	35	27,5
Outros	10	7,9
Total	127	100

- Gravidez – Formação/Informação

No que concerne à maternidade a maior parte da amostra levou a gravidez depois das 36 semanas de gestação (88,2%), sendo que apenas 38% tem mais de um filho, a totalidade da amostra, revelou que a gravidez foi vigiada e a maioria amamentou de todas as vezes

que foi mãe, sendo que a maioria tem filhos com idade compreendida entre os 0 e os 6 meses de idade.

Gráfico 1 – Histograma de frequência relativamente à duração da gravidez em semanas



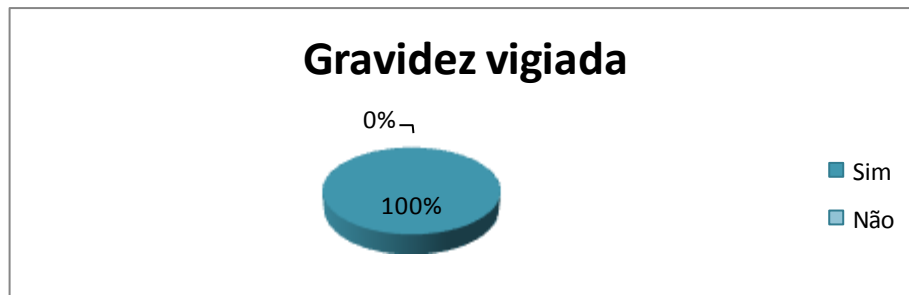
Relativamente ao histograma acima relativamente à duração da gravidez em semanas, verifica-se que 4,7% das mães não levou a gravidez além das 32 semanas, sendo que 7,1% não foi aquém das 36 semanas e 88,2% das mães levaram a gravidez acima das 36 semanas.

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo o número de filhos por participantes

Número de filhos	N	%
1	89	70,1
≥2	38	29,9
Total	127	100

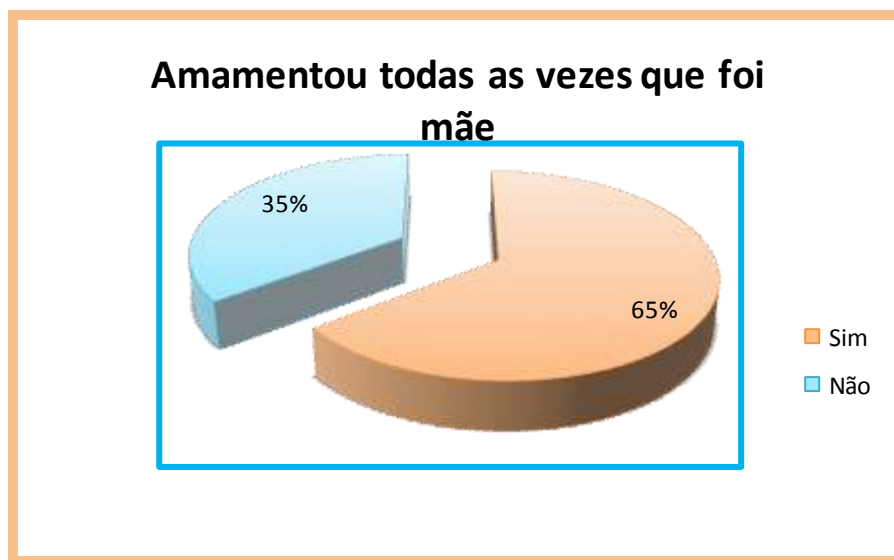
Analisando os dados do quadro 1, referente ao nº de filhos, pode observar-se que mais de metade das inquiridas 70,1% (n=89) têm um filho e 29,9% (n=38) têm 2 ou mais filhos.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o acompanhamento durante a gravidez



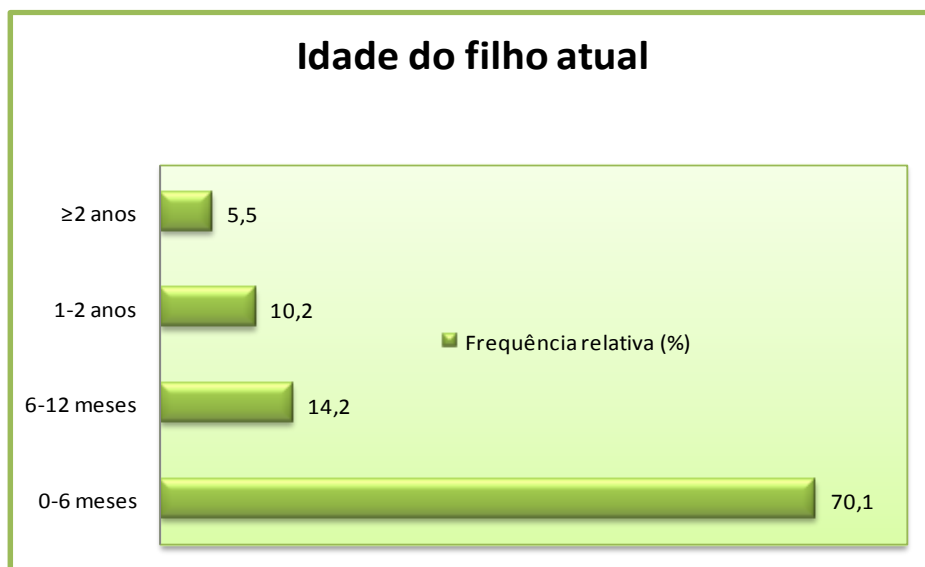
Como se pode constatar através da observação do gráfico 2, todas as mães tiveram vigilância durante a gravidez.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo as mães que amamentaram



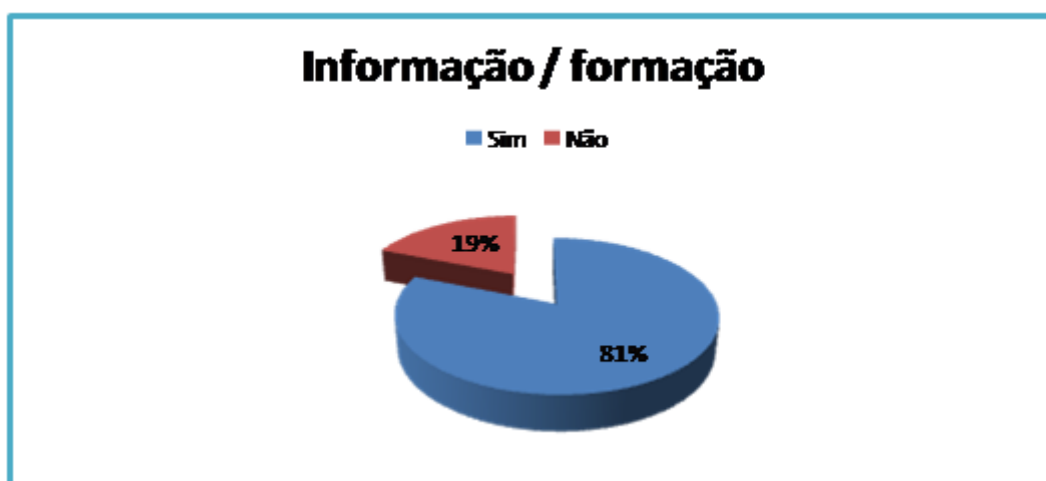
De acordo com a análise do gráfico 3, relativamente à frequência das mães que amamentaram os seus filhos, verifica-se que 65% das mães amamentou os filhos e, que 35% das mães não amamentou.

Gráfico 4 – Histograma de frequência relativamente à idade do filho atual em meses



Em resposta à questão segundo a percepção sobre o AM, verificou-se que a maioria das mães recebeu formação ou informação sobre o AM (81,1%), sendo que a maioria teve acesso à mesma durante a gravidez (48%) e o enfermeiro foi o profissional de saúde que mais informação ou formação prestou (86%). Também se constatou que durante a realização dos ensinamentos, a maioria das mães (60%) sentiu respeito pelo que pensava e sentia sobre o AM.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra relativamente à obtenção de informação/formação



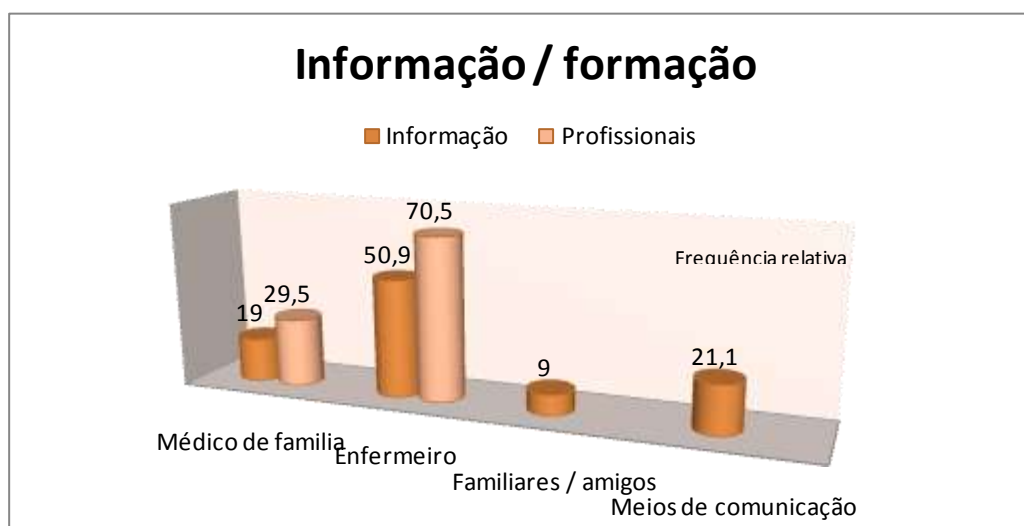
De acordo com a análise do gráfico 5, relativamente à obtenção de informação/formação, verifica-se que 81% das mães obtiveram informação/formação, enquanto 19% não tiveram acesso à mesma.

Quadro 2 – Distribuição da amostra relativamente ao tempo útil em que obteve a informação/formação

Tempo útil informação	N	%
Antes da gravidez	25	19,8
Durante a gravidez	61	48
No momento do parto	7	5,6
Após o parto (puerpério)	29	22,8
Não recebi formação ou informação	5	3,8
TOTAL	127	100

A partir da análise do quadro 2, conclui-se que das inquiridas que obtiveram informação/formação, 19,8% (n=25) das mães obtiveram-na antes da gravidez, 48% (n=61) durante a gravidez, 5,6% (n=7) no momento do parto, 22,8% (n=29) após o parto e 3,8% (n=5) não receberam informação/formação.

Gráfico 6 – Histograma de frequência junto de quem obteve informação e quem mais lhe prestou informação sobre AM



Analisando o gráfico 6, pode perceber-se que relativamente à informação/formação recebida esta deu-se principalmente junto do enfermeiro, médico de família, meios de comunicação e familiares/amigos. Nesta, 19% foi transmitida pelo médico de família,

9% por familiares e amigos, 21,1% através dos meios de comunicação, sendo que a maior parte da informação/formação foi transmitida pelo enfermeiro com 50,9%.

Quadro 3 – Distribuição da amostra sobre o respeito pelo que sentia e /ou pensava relativamente ao AM

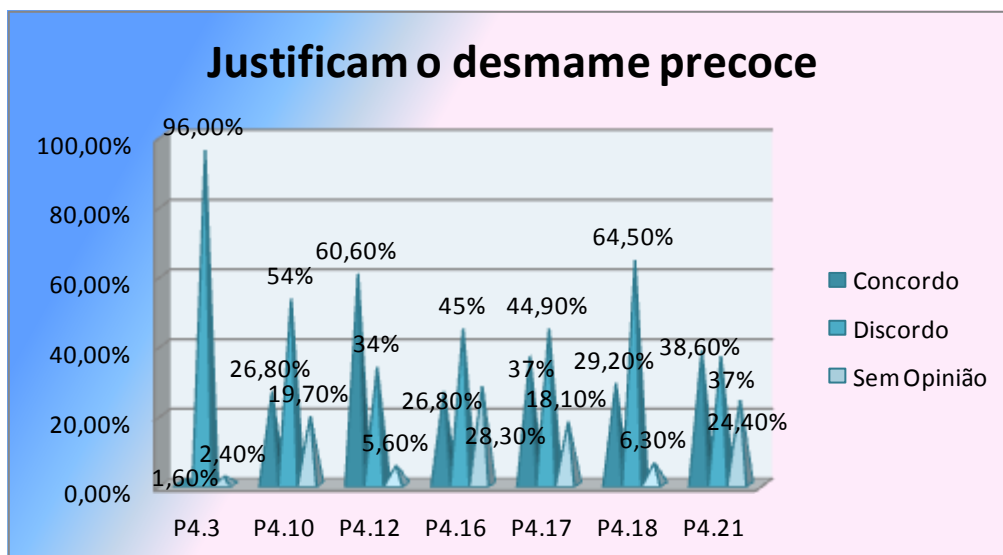
Quando lhe foram efetuados os ensinamentos foi aceite / respeitado no que sentia e pensava?	N	%
Nunca ou raramente	7	5,7
Algumas vezes	18	14,8
A maioria das vezes	73	60,0
Sempre	24	19,5
Total	122	100%

Relativamente ao quadro 3, verifica-se que quando foram prestadas informações e ensinamentos apenas 5,7% (n=7) das mães nunca ou raramente foi respeitada relativamente ao que sentia e pensava. 14,8% (n=18) algumas vezes, 60% (n=73) das mães considera que foi respeitada a maioria das vezes e 19,5% (n=24) foi sempre respeitada no que sentia e pensava no que dizia respeito ao AM.

Com a revisão bibliográfica efetuada, conclui-se que através da evidência científica, que esta parece apontar para a importância das crenças e dos mitos como causas possíveis para o sucesso ou insucesso do AM.

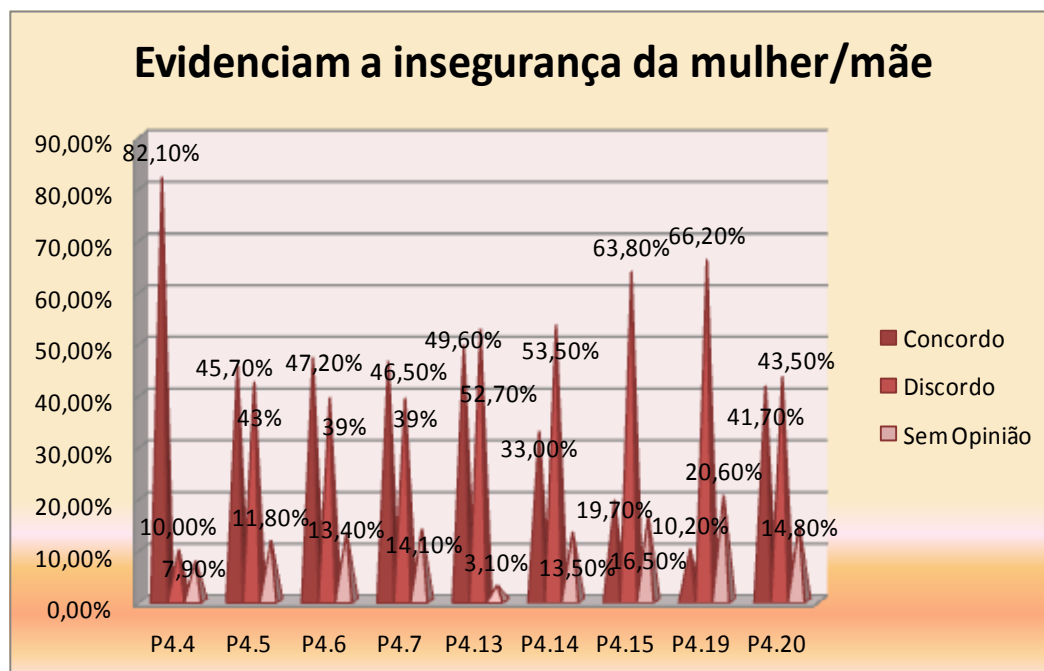
Aquando da análise das questões relativas à última parte do questionário, relativo à perceção sobre as crenças e mitos do AM, procedeu-se à elaboração de 3 gráficos onde se agruparam as questões segundo as quais: justificam a complementação com leite artificial e neste âmbito justificam o desmame precoce, gráfico 1. No gráfico 2 as questões relativas às crenças e mitos que evidenciam a insegurança da mulher/mãe face a questões do quotidiano materno durante a amamentação. Por fim, no último quadro, foram agrupadas as questões que apesar de não serem consideradas mitos nem crenças relativas à amamentação, podem influenciar positivamente o AM, servindo de estímulo para a adoção da amamentação.

Gráfico 7 – Histograma de frequência segundo a percepção sobre as crenças e mitos do AM (Questões: P4.3; P4.10; P4.12; P4.16; P4.17; P4.18; P4.21)



Analisando o **Gráfico 7**, relativamente às variáveis que melhor caracterizam os mitos e crenças que justificam o desmame precoce, consegue verificar-se que 96% das mães discorda do uso do biberão até à subida do leite, 53,5% considera que o tipo de parto interfere na amamentação. Quanto à variável “O stress poder acabar com o leite”, 60,6% acha que sim. 26,8%, das mães entende que “Ter os mamilos planos ou invertidos inviabiliza a amamentação” enquanto 44,9% acha que não e 28,3% não tem opinião. Por sua vez, 44,9% discorda com a afirmação de que “O leite de algumas mães é fraco”, no entanto, 47 mães (37%) concorda com a afirmação. 29,2% considera importante oferecer água ao bebé nos primeiros 6 meses, especialmente em dias de calor, considerando 38,6% que “Quando as mamas estão moles é sinal de pouco leite ou que o leite secou”.

Gráfico 8 – Histograma de frequência segundo a percepção sobre as crenças e mitos do AM (Questões P4.4; P4.5; P4.6; P4.7; P4.13; P4.14; P4.15; P4.19; P4.20)

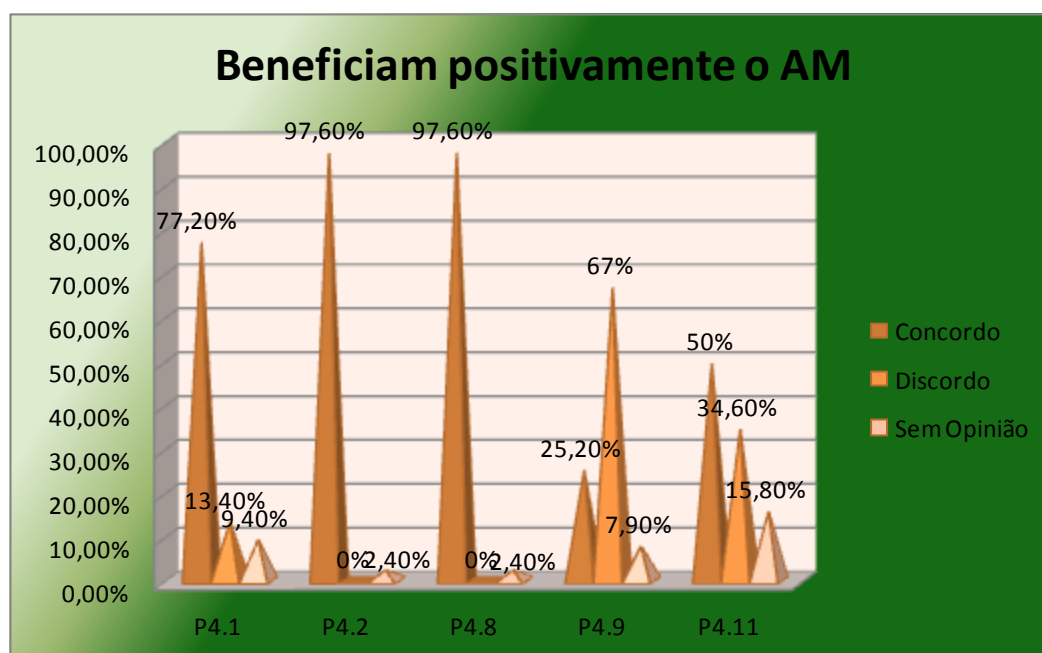


Segundo os dados passíveis de ser observados no **Gráfico 8**, relativamente às questões que evidenciam a insegurança da mulher perante questões do quotidiano durante a amamentação, 82,1% das inquiridas considera que “A criança deve mamar a cada 2 ou 3 horas”, 45,7% são da opinião que “Dar de mamar sempre que o bebé pedir, faz com que não se habitue a comer regularmente e pode danificar o estômago”, 47,2% admite que “Após a mamada se o bebé continua a chorar é porque quer comer mais e não tem”, 46,5% pensam que “se o bebé não adormece de um sono é porque necessita de leite artificial para ficar satisfeito”.

Em relação à variável “Alguns alimentos aumentam a produção de leite”, quase metade das mães inquiridas concordam com a existência de alimentos que contribuem para o aumento da produção de leite, contra apenas 52,7% que considera que não e apenas 3,1% expressa não ter opinião. No que se refere à ingestão de água abundante como condicionante à produção de leite, 53,5% das inquiridas discorda, no entanto 33% acha que sim e 13,5% não tem opinião.

Pode ainda constatar-se que, no que diz respeito à variável “É normal a amamentação ser dolorosa”, 10,2% referiu concordar, finalmente, 43,5% das participantes no estudo discorda com o uso do extrator manual ou elétrico como sendo uma boa maneira de controlar o leite que o bebé ingere, no entanto, 41,7% (53 mães) entende que é um procedimento viável.

Gráfico 9 – Histograma de frequência segundo a percepção sobre as crenças e mitos do AM (Questões: P4.1; P4.2; P4.8; P4.9; P4.11)



Analisando o **Gráfico 9**, relativamente às variáveis que podem beneficiar positivamente o AM, quanto à variável “A amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses”, 77,2 % acha que sim, 13,4% pensa que não e apenas 9,4% refere não saber. Segundo a variável “A amamentação fortalece o vínculo da mãe e do bebé” quase a totalidade das inquiridas concorda (97,6% = 124 mães), não havendo nenhuma mãe a discordar e somente 3 mães (2,4%) referem não ter opinião.

No que diz respeito à variável “Amamentar é um ótimo anticoncepcional”, 25,2% pensa que sim, enquanto 66,9% julga não ser verdade, somente 7,9% refere não ter opinião.

Finalmente, 49,6% das mães considera que “Amamentar acelera a perda de peso da mãe”, enquanto 34,6% discorda e 15,8% não tem opinião definida.

2. Análise e Interpretação dos Dados

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, torna-se imperativo interpretá-los no contexto do estudo. A discussão dos resultados permite examinar as relações lógicas entre a problemática em questão, as variáveis e as questões de investigação, objetivando a interpretação dos dados de forma reflexiva e crítica segundo o tipo de estudo.

Através da revisão da literatura, percebeu-se que muitos são os fatores que contribuem para o insucesso do AM e para o desmame precoce, sendo que a falta de conhecimento sobre o AM, por parte das mães, tem papel importante na redução da amamentação. Através do questionário aplicado, pôde perceber-se que apesar da maioria das mães ter tido acesso a informação/formação, muitas foram as lacunas na informação recebida pois existe ainda uma percentagem significativa de crenças e mitos, refletidas nas respostas dadas.

A análise dos dados mediante as variáveis sócio demográficas (idade, estado civil, escolaridade, profissão e co habitação) demonstra que estamos perante mães cuja idade se situa entre os 26 e os 35 anos, com média de idade de 32,2 anos, que leva a concluir que a mulher é cada vez mãe mais tarde, o que vem de encontro com Carreira (1998) que refere que o número de mulheres que tem o 1º filho cada vez mais tarde tem vindo a crescer. Estes resultados são concordantes com os estudos de Levy (1996), Galvão (2006) e com a média nacional, conforme os dados do INE (2014) que referem que a idade média da mulher ao nascimento de um filho, em 2014, é de 31,5 anos.

Relativamente à variável, estado civil, mais de metade das mães, 64,5%, são casadas ou vivem em união de facto, o que vem de encontro às características da população portuguesa. Em concordância com a revisão bibliográfica efetuada, o presente estudo está em concordância com os resultados dos estudos de Galvão (2006) e Pereira (2004), que referem que a maioria da amostra também é casada ou vive em união de facto. Este facto assume relevância, segundo os autores, uma vez que a figura paterna é um elemento positivo no sucesso do AM.

Segundo Branco et al. (2004), o nível de escolaridade pode ser um fator importante na amamentação, ou seja, as mães com um nível educacional maior reconhecem e adotam

mais facilmente o AM. Com o presente estudo verificou-se que somente 9,5% das participantes têm o ensino básico, 37,8% o ensino secundário e, 52,7% o ensino superior. Percentagens que vão de encontro aos resultados apresentados por Levy (1996), apenas com diferença superior relativa à percentagem das participantes com o ensino superior.

Neste âmbito torna-se imperativo referir o papel do enfermeiro no sentido em que, na sua prática, deve adaptar a informação transmitida a cada pessoa de modo que esta compreenda a mensagem que lhe está a ser transmitida.

No que se refere à profissão verifica-se que 13,4% da população em estudo se encontra desempregada, percentagem que vai de encontro com as percentagens divulgadas pelo INE relativas às Taxas de desemprego Feminino em 2014, 13,9%.

As duas últimas variáveis analisadas denotam a sua relevância pelo facto de permitirem avaliar a capacidade de interpretação da informação para a saúde, por parte das mães. (Direção Geral da Saúde, 1993).

Relativamente à perceção das participantes sobre a informação/formação sobre AM, 81,1% das participantes referiu terem tido algum tipo de informação/formação, e, por sua vez, 18,9% diz não ter tido qualquer informação. O que aproxima as conclusões do estudo realizado por Pereira (2006), em que 90% das mães tiveram informação sobre AM.

Das 103 participantes que responderam terem tido acesso a informação sobre AM, 19,8% verificou-se antes da gravidez, 48% durante a gravidez, apenas 5,6 % referiu que foi no momento do parto e 22,8% após o parto. Sendo que 19% obteve informação junto do médico de família, 9% junto de familiares e amigos, 21,1% através dos meios de comunicação e a maioria das participantes obteve a informação/formação junto do enfermeiro. Resultados que se coadunam com os encontrados num estudo realizado por Pereira (2006), em que a maior parte das inquiridas (76,6%) obtiveram conhecimento através dos profissionais de saúde durante a gravidez e após o parto.

Segundo a OMS (1981) cit in Pereira (2006), faz parte dos profissionais de saúde principalmente dos enfermeiros, o papel de promoção do AM, bem como o planeamento das ações de educação para a saúde sobre o AM, de forma estruturada ao longo da gravidez, promovendo desta forma o sucesso do AM. Se em alguns países a comunicação social é muito relevante na divulgação e promoção do AM, em Portugal ainda não é muito utilizada esta técnica de divulgação (Pereira,2006).

Relativamente à última questão da segunda parte do questionário, quanto à questão do respeito no que sentia e pensava, 60% das inquiridas referiu que na maioria das vezes foi respeitado o que pensava ou sentia. Segundo Giugliani (2000), “o aconselhamento em amamentação implica ajudar a mulher a tomar decisões de forma empática, saber ouvir e aprender, desenvolver a confiança e dar apoio” o que denota a importância da isenção e juízos de valor pela parte do profissional de saúde.

Em função do terceiro grupo do instrumento de colheita de dados, vai dar-se continuidade à discussão dos resultados.

Relativamente às questões de “A amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses” (P4.1), em que 77,2% das mães inquiridas respondeu afirmativamente, reconhecendo como benéfica a manutenção desta prática, e à questão de “Amamentar faz bem para a saúde do bebé” (P4.8) em que quase a totalidade das mães, 97,6% considera que sim, são resultados que vão de encontro com as recomendações da OMS e da World Health Organization (2001), que recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e complementada até aos 2 anos ou mais.

Na afirmação “A amamentação fortalece o vínculo da mãe e do bebé” (P4.2), quase a totalidade (97,6%) das inquiridas consideram a afirmação verdadeira, o que de facto está descrito por vários autores, nomeadamente Fernandes (2010), que diz que a amamentação permite que a mãe se sinta mais protetora e que os laços afetivos entre si e o bebé cresçam (...). Num estudo de Gonçalves (2001), as lactantes relataram que a amamentação fez despertar o desejo de querer continuar o aleitamento, devido à aproximação entre mãe e filho, momento para partilhar afeto. Neste âmbito, pode entender-se a prática da amamentação associada ao amor materno, como uma crença que vem sendo cultivada até aos dias de hoje, verificando-se uma relação direta da lactação com o amor materno, bem como uma valorização dessa crença pela sociedade. (Arantes, 1995).

Segundo um estudo de Nakano (2003), sobre as representações da amamentação, observou que as mulheres valorizavam o AM por esta ser uma prática que oferece, além do aleitamento, afeto e proteção à criança, sendo então considerada “o melhor para o bebé” facto que se confirmou através da questão “Amamentar faz bem para a saúde do bebé” (P4.8) onde 97,6% das inquiridas concorda com a afirmação.

No que respeita à questão (P4.9) “Amamentar é um ótimo anticoncepcional” verifica-se que 77,2% das inquiridas considera ser verdade. Sendo o mecanismo fisiológico que regula o restabelecimento da ovulação e da menstruação depois do parto apenas parcialmente conhecido. Sabe-se que a amamentação exclusiva, à livre “demanda”, com amenorreia, está associada à taxa baixíssima de gravidez (0,5 a 2%), porém este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebé. Este efeito inibidor de fertilidade que tem o aleitamento exclusivo com amenorreia, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção (Brasil,2003).

Relativamente à afirmação de que “Até à subida do leite é necessário dar o biberão” (P4.3), somente 1,6% das inquiridas acha necessário enquanto 96% discorda. Embora este seja um mito bastante comum, segundo a literatura é falso. Num trabalho de Sandre-Pereira et al (2000), cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos maternos em amamentação, observou-se que 50% das mães entrevistadas relataram desconhecer a importância do colostro, somente 27,4% consideraram-no como protetor contra doenças.

Pela análise da afirmação de que “A criança deve mamar a cada 2 ou 3 horas” (P4.4), 82,1% das inquiridas pensa que sim. Os estudos referem que não há uma regra e que, a periodicidade, varia de bebé para bebé. A única recomendação é que a mãe ofereça o leite em “livre demanda”, ou seja, sempre que o bebé queira. Corroborando com Levy e Bértolo (2008), as mães devem dar de mamar em horário livre (sempre que o bebé quiser). Segundo os estudos anteriormente referidos, esclarecem como sendo falsa a crença de que a maioria das mães que participaram neste estudo tem, 45,7%, acerca da prática de “Dar de mamar sempre que o bebé pedir, faz com que não se habitue a comer regularmente e pode danificar o estômago” (P4.5) e como falsa também a crença de que “Deve espaçar-se as mamadas 3/3 horas para que a mama volte a encher” (P4.15).

No que se refere ao mito do leite insuficiente, 38,6% das inquiridas acha que “Quando as mamas estão moles é sinal de, pouco leite ou que o leite secou” (P4.21). Questão que pode correlacionar-se com a questão de “Após a mamada se o bebé continua a chorar é porque quer comer mais e não tem” (P4.6), em que 46,5% inquiridas concorda e ainda à questão de “Se o bebé não adormece de um sono é porque necessita de leite artificial para ficar satisfeito” (P4.7), a maioria das mães também concorda, 46,5%. Os resultados expressos pelas respostas das participantes no estudo, vão de encontro com os

resultados encontrados por Giugliani (2000), em que, “uma queixa comum durante a amamentação é a referência a “pouco leite” ou “leite fraco” (...), a insegurança faz com que a mãe, com frequência, interprete o choro do bebê e as mamadas frequentes (comportamentos naturais em bebês pequenos) como sinais de fome”. Também segundo King (2001), uma das queixas mais comuns para justificar a complementação precoce é a alegação de “pouco leite”. De acordo com Nakano (2003), o mito do leite não sustentar o bebê, por ser pouco, pode estar apoiado no choro do bebê, que geralmente, é associado à fome ou ao facto de o leite não estar a ser adequado às necessidades da criança.

Na questão sobre a percepção das participantes quanto ao facto de “Amamentar acelera a perda de peso da mãe” (P4.11) 49,6% pensa que sim, resultado que está comprovado e é referido por Fernandes (2010), (...) “as mães que amamentam recuperam a silhueta mais depressa (...). A mãe que amamenta vê acelerar a recuperação no período pós-parto, pois a amamentação contribui para a involução uterina, pelo estímulo das contrações e diminui as perdas hemáticas (Santos, 2004). Também para Fernandes (2010), as vantagens do AM para a saúde materna são várias, entre as quais a recuperação mais rápida do peso da gravidez, embora no presente estudo, ainda que 34,6% das inquiridas discorde.

Através da análise das respostas à questão de “O tipo de parto interfere com a amamentação” (P.4.10) é considerado mito, embora no estudo ainda 26,8% das inquiridas tenha concordado com a afirmação. Tanto as mulheres que tiveram um parto natural ou por cesariana podem amamentar, sendo que a anestesia não influencia no processo de produção de leite. O que pode influenciar é que, no caso de mães que estejam a sentir muitas dores, devido a problemas de cicatrização, por exemplo, há uma demora maior na descida do leite para os seios. Segundo Dewey (1983), o volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média é de 800ml por dia na amamentação exclusiva. Também segundo Isseler (2003), a remoção de leite na presença de um meio hormonal favorável é o fator que controla a sua produção, correlacionando-se a quantidade de leite produzido com a quantidade do leite removido. Dentro deste contexto pode observar-se as questões referentes a “Alguns alimentos aumentam a produção de leite” (P4.13) e “Para ter leite é necessário beber muita água” (P.4.14), em que quase metade da amostra concorda (P.4.13 - 49,6% e P.4.14 – 33%). Pelo anteriormente referido e pelos diversos estudos

constata-se que não existe relação entre a ingestão de alimentos e o aumento ou diminuição da produção de leite. O que aumenta a produção de leite é a sucção regular da criança, portanto quanto mais mamar, mais leite a mãe vai produzir.

Relativamente à questão de “O stress pode acabar com o leite” (P4.12) a expressão de concordância das participantes no estudo refletiu que a maioria pensa que sim, 60,6% e que apenas 33,8% acha que não. Respostas que vão de encontro com os resultados encontrados por Arantes (1995), em que as mães relataram que a lactação é um fenómeno fortemente influenciado pelas suas emoções, percebendo que o seu stress e ansiedade interferem na quantidade de leite produzido e que, quando estão stressadas, nervosas, ansiosas, observaram redução ou mesmo bloqueio na produção de leite.

A contrapor tal expressividade, para Almeida (1999), quase todas as mães podem produzir leite em quantidade e qualidade suficiente para o seu bebé, desde que elas queiram, sejam autoconfiantes em relação à sua capacidade de amamentar, e que posicionem corretamente a criança durante a lactação. Neste âmbito, considera-se importante então, o aconselhamento e o acompanhamento por parte do enfermeiro no sentido de diminuir a ansiedade da mãe.

Relativamente à questão “Ter os mamilos planos ou invertidos inviabiliza a amamentação” (P.4.16), 45% das inquiridas discorda, no entanto 26,8% acredita que tal constitui fator impeditivo à amamentação. Pode constatar-se que apesar das variadas fontes de informação são ainda muitas as mulheres que têm ideia errada acerca dos seus mamilos, principalmente quando estes são muito pequenos, planos ou mesmo invertidos, porque consideram que não podem amamentar. No entanto, o tamanho dos mamilos em repouso não é importante para a amamentação. O mamilo representa uma terça parte da mama que a criança deve introduzir na boca para mamar eficazmente. Nas últimas semanas de gravidez ou após o parto, estes ficam mais salientes, não sendo necessária nenhuma intervenção para que isso aconteça. (Levy e Bértolo, 2002).

Tendo como base a literatura, sabe-se que o leite materno contém toda a água de que uma criança necessita mesmo que resida em locais de clima quente (King, 2001). As inquiridas no presente estudo acerca de se “Nos primeiros seis meses é importante oferecer água ao bebé, especialmente em dias de calor” (P418), na sua maioria 64,5% discorda desta prática, no entanto 37 mães (29,2%) concordam com esta prática, o que denota que este mito ainda se encontra muito presente.

No estudo de Gonçalves (2001), verificou-se que o uso de chá e água é considerado essencial para a criança se hidratar devido ao clima quente, verão. No entendimento dessas mães, o leite materno “não mata a sede” do bebê. No sentido de desmistificar este mito, para King (2001) o mais apropriado nesses meses de casos de aparente sede da criança é a atuação do profissional de saúde, de modo a sanar as dúvidas referentes à introdução de água e de outros líquidos antes dos 6 meses de vida da criança, orientar quanto aos riscos dessa atitude precoce e incentivar as nutrizes e oferecerem leite materno de forma exclusiva.

Uma das inseguranças da mulher durante a amamentação prende-se com a quantidade do leite que o bebê ingere e com a duração das mamadas, como se da duração da mamada dependa a quantidade de leite ingerido. Os resultados colhidos com a aplicação da questão “Tirar leite com um extrator manual ou elétrico é uma boa maneira de controlar o leite que o bebê ingere” (P4.20), reflete esta insegurança, pois, 53 (=41,7%) das inquiridas referem que concordam com esta prática, apenas menos duas mães das que discordam, 55 (=43,5%). Levy e Bértolo (2002), esclarecem este mito quando defendem que na técnica da amamentação, a duração do tempo não é importante, desde que o bebê mame até ficar satisfeito. Cada bebê tem o seu próprio ritmo de sucção, não sendo portanto necessário impor um limite de tempo para cada mamada.

A figura do leite fraco, atualmente, constitui uma das principais justificativas para a complementação precoce alegada pelas mães. (Souza, 2005). Assim, pode constatar-se que esta crença está ainda muito patente na sociedade, pois observando as respostas colhidas, através da afirmação de que “O leite de algumas mães é fraco” (P4.17), verifica-se que apesar da maioria das mães inquiridas, 44,9% discordar da afirmação, 37% concorda com esta crença do leite fraco. Num estudo de Escobar et al (2002), onde analisam as principais causas da complementação precoce relatadas pelas mães, observaram que 17,8% delas responderam que era devido ao seu “leite fraco” ou que o seu leite “não sustentava” o bebê.

Finalmente, quanto ao considerar-se se “É normal a amamentação ser dolorosa” (P4.19), somente 10,2% das inquiridas acha que sim, enquanto 66,2% discorda, havendo no entanto 20,6% que não tem opinião. A dor durante a amamentação varia conforme a sensibilidade da mãe. Nos primeiros dias é normal a mama ficar inchada o que deixa a região dorida, após esse período, normalmente a mulher não sente dor.

3. Conclusões do estudo

O AM exclusivo até aos seis meses de idade é sem dúvida a melhor opção que as mães podem escolher sendo o mais capaz de responder às necessidades do bebé e de o proteger de agressões do seu novo ambiente.

Não obstante os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros desempenham um papel crucial para o sucesso do AL.

Em conclusão, perante os resultados obtidos no estudo que se efetuaram e os quais se alenta por analisar em confronto com os descritos por outros investigadores, apresentam-se de seguida as principais conclusões do presente trabalho:

- Através da evidência científica perpetua-se a ideia de que os mitos e as crenças, de acordo com as mães, ainda nos dias de hoje aparecem como justificativos para a complementação precoce. Pode constatar-se através da expressividade dada através das respostas das participantes no estudo, como é o caso de: 82,1% considerar que “A criança deve mamar a cada 2 ou 3 horas”, ou 47,2% considerar que se após a mamada o bebé continua a chorar é porque queria comer mais e não tem...
- A maioria das participantes no estudo referiu ter recebido Informação/formação sobre AM (81,1%), tendo sido o enfermeiro quem mais a facultou (70,5%). Destes resultados pode retirar-se como grande conclusão que o êxito da amamentação depende, grandemente da boa atuação do enfermeiro, sendo que nunca deverá descurar a importância de respeitar, aceitar e estabelecer empatia com a mãe. Compreendendo-a em toda a sua dimensão, conhecendo o seu contexto sociocultural, as suas dúvidas, medos e expectativas, facilitando desta forma o estabelecimento de um vínculo que lhe permita desmistificar os mitos e crenças consolidadas pelo “senso comum”, que influenciam negativamente a lactação.

O enfermeiro, pela sua relevância, e porque é o profissional que tem um maior contato com as mães, tem a responsabilidade de as apoiar e ajudar a iniciarem o AM, ajudando-as a superar as primeiras dificuldades, esclarecendo-as de acordo com as diretrizes atualizadas para a prática da amamentação, com paciência e simpatia.

Os diferentes estudos permitem constatar que as intervenções dos enfermeiros junto das mães e familiares, tem um papel decisivo no sucesso do AM. Tornando-se por isso mesmo importante que estes profissionais tenham consciência dos seus conhecimentos, devendo atempadamente, atualizar-se, fazendo formação sobre AM, para que sejam capazes de eficazmente apoiar e esclarecer as mães e família.

Através da revisão bibliográfica e das conclusões do estudo, consegue perceber-se que as dúvidas relativamente à prática da amamentação são transversais a um número significativo de mães/mulheres, pelo que se julga ser de suma importância a uniformidade na transmissão das orientações sobre o AM às mães. Considera-se importante a existência, nos serviços, de protocolos para que se verifique a continuidade na prestação dos cuidados, e para que as mensagens transmitidas sejam coerentes, permitindo desta forma que os enfermeiros contribuam positivamente para o suporte e promoção do AM.

Deve ainda fazer parte das competências do enfermeiro o conhecimento da lei, para poder transmitir às mães os seus direitos, nomeadamente as laborais para que possam amamentar sem risco de serem despedidas pela entidade patronal, visto que amamentar é um direito que têm perante a sociedade. Desta forma poderão também contribuir para o sucesso do AM.

Por tudo o que foi dito acerca da importância do papel do enfermeiro na promoção e contribuição para o sucesso do AM, muito ainda ficou por dizer, no entanto, percebe-se que é uma peça pilar em todo este complexo processo.

Em relação aos objetivos preconizados inicialmente, julga-se tê-los alcançado de uma forma global.

Apesar de se terem sentido algumas limitações ou até constrangimentos durante a elaboração do estudo, fica, no entanto, uma enorme satisfação pelo resultado final atingido.

IV. Conclusão

A análise dos dados recolhidos permitiu fazer uma “categorização” dos mitos e crenças, segundo; os que justificam o desmame precoce (“leite fraco”, “pouco leite”, “o bebé não quis pegar o peito”...). Os que evidenciam a insegurança da mulher perante questões do quotidiano materno durante o período de amamentação (“o leite materno não mata sede do bebé”, “Após a mamada se o bebé continua a chorar é porque necessita de leite artificial para ficar satisfeito”...). Finalmente, os que podem influenciar positivamente a amamentação, pois apelam aos benefícios que esta prática pode proporcionar ao bebé e à mãe, fortalecendo desta forma o seu vínculo, questão à qual 97,6% das inquiridas respondeu afirmativamente, (“Amamentação fortalece o vínculo da mãe e do bebé”, “Amamentar faz bem para a saúde do bebé”, “amamentar acelera a perda de peso da mãe”...).

Ao terminar este trabalho de investigação, percebeu-se através das evidências científicas a importância dos mitos e das crenças como possíveis causas que justificam a complementação precoce, facto que vai de encontro com as respostas recolhidas das 127 participantes da amostra selecionada. Constatou-se que, inúmeros problemas aparecem decorrentes de crenças, contudo muitas vezes as orientações às mães são fragmentadas, ou então estas não as seguem, em função da sua crença e cultura.

O instrumento utilizado (Questionário) permitiu recolher dados que permitem destacar a importância dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, que a partir do reconhecimento do contexto sociocultural de cada mulher/mãe, deverá adequar o seu modo de atuação, no sentido de promover eficazmente a prática do AM. A sua atuação deverá ser norteadada pelo estabelecimento de relações empáticas a fim de esclarecer a mulher/mãe nas suas dúvidas, medos e expectativas, bem como os seus mitos e crenças relativas ao AM, desmistificando-as e, desta forma afastar influências negativas do senso comum.

V. Referências Bibliográficas

- Abrão, A.C.F.V. (2006). *Amamentação: uma prática que precisa ser aprendida* (editorial). *Pediatria*; 28(2):79-80)
- Aguilar Cordero, M. J., Gómez García, C. I. e Varga Gámez, P. (2005). *Promoción de la lactancia materna. Ventajas y causas de abandono*. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 157-67.
- Almeida, N.A.M., Fernandes A.G, Araújo CG (2004). *Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 6(3):358-67.
- Almeida, J. A. G. (1999). *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Almeida JAG, Novak FR. (2004), *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. *J Pediatr*; 80(Supl.5):119-125.
- Alves, VH (2003). *O ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor?* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- American Academy of Pediatrics (1997). *Work Group on Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*; 100(6):1035-1039.
- Antunes, et al. (2008). *Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde*. [E Linha]. Disponível em “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232008000100015&ing=&nrm=isso” Consultado em 28/11/2009).
- Arantes, CIS (1995). *Amamentação: visão das mulheres que amamentam*. *J Pediatr*; 71(4):195-202.
- Aries, P. (1981). *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado, o mito do amor materno*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira.

Bértolo, H. e Levy, L. (2002). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebé.

Bosi, M., Machado, M. (2005). *Amamentação: um resgate histórico*. Cadernos Esp.; 1(1).

Branco, AS., Bastardo, C., Albuquerque, M., Oliveira, G. (2004). *Aleitamento materno; prática hospitalar e sucesso das medidas de implementação do aleitamento até aos 6 meses de vida*. Acta pediatr. Port., 35 (5/6): 441-7.

Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *Manejo e Promoção do Aleitamento Materno: curso de 18 horas para equipes de maternidades*. Brasília.

Cardoso, Lídia. (2006). *Aleitamento materno uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Braga: Universidade do Minho. Tese de mestrado, apresentada à Universidade do Minho.

Costa, J. F. (1983). *Ordem médica e norma familiar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal.

Cury, M.T.F. (2003). *Aleitamento materno*. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA, organizadores. *Nutrição em obstetrícia e Pediatria*. Rio de Janeiro: Cultura Médica; p. 287-313.

Dewey, K. G. 1983. *Lonnerdal B. Milk and Nutrition intake of breast-fed infants from 1 to 6 months: relation to growth and fatness*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutrition, 2(3); 497-506.

Escobar, A.M.U., Ogawa, A.R., Hirarsuka, M., Kawashita, M.Y., Teruya, P.Y., Grisi, S., Tomikawa, S.O. (2002). *Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce*. Rev Bras Saúde Mater Infant; 2(3):253-261.

Fernandes, A. N. S. (2010). *Aleitamento Materno e a sua Importância para os recém-nascidos*. Pré-Projeto apresentado ao curso de pós-graduação em Programa Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. [Em Linha] Disponível em

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2378.pdf> [Consultado em 20/06/2015].

Ferreira, ABH. (1999). *Dicionário Aurélio Eletrônico – Século XXI*. Rio de Janeiro: Lexikon Informática.

Fortin, M. F. (2003). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

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

Franco, João José. (2003). *Orientação antecipada para a amamentação*. *Revista Sinais Vitais*. Nº 47 (Mar.), p. 57-59.

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

Galvão, D. (2011). *Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica*. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64, nº 2, p. 308-314.

Giugliani, E.R.J. (2000). *Increasing rates of exclusive breastfeeding. Technical Consultation on Infant and Child Feeding*. Geneva: World Health Organization.

Goldberg, N. M. e Adams, E. (1983). *Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate-not really a necessity*. *Arch Dis Child*, 58, 73-74.

Gonçalves, AC. (2001). *Crenças e práticas da nutriz e seus familiares no aleitamento materno*. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Graça, L.; Figueiredo, M. C.; Conceição, T. (2011). *Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno*. *Revista Latino Am. Enfermagem*. [Em linha]. 19(2) [Consult. 12\ 05\ 2015]. Disponível em WWW: URL:<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

Gusman, CR. (2005). *Os significados da amamentação na perspectiva das mães*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo.

Hofvander, Y. (2005). *Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and others countries*. *Ata Pediatria* ; 94 (8): 1012-6.

Huffman, S. L., Yeager, B. A. C., Levine, R. E., Shelton, J., Labbok, M. (1991). *Breastfeeding saves lives: an estimate of the impact of breastfeeding on infant mortality in developing countries*. Bethesda: Center to Prevent Childhood Malnutrition Publication.

Ichisato, S.M.T., Shimo, A.K.K. (2001). *Aleitamento materno e as crenças alimentares*. *Rev Lat Am Enfermagem*; 9(5):70-76.)

INE. (2014). A situação demográfica recente em Portugal. Indicadores sobre a Natalidade. Portugal. [Em linha] Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>. [Consultado em 28/05/2015].

Isseler, H. (2003). Orientação Clínica da lactação. In: Feferbaum, R., Falcão, M. C. *Nutrição do Recém-Nascido*. São Paulo: Editora Atheneu. Caps. 19, p.243-249.

King, F.S. (2001). *Como ajudar as mães a amamentar*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Lawrence, R. A. (1994). *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. St. Louis: Mosby.

Levy, L. (1994). *A alimentação no primeiro ano de vida*. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25, 119-120.

Levy, L. (1996). *O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Levy, L. e Bértolo, H. (2007). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Ed. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Levy, L. e Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. [Em linha]. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf [Consultado em 27/05/2015].

Manual de Estilo de Elaboração de Monografias, (1999). Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Marques, E. S., Cotta, Rosângela, M. M., Priore, S. E. (2011). *Mitos e Crenças sobre o aleitamento materno*. Ciência saúde coletiva. Minas Gerais, V. 16, nº5, p2461-2468.

[Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000500015&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232011000500015. [Consultado em: 29/05/2015].

Martins, J. F. (1984). *Como e porque amamentar*. São Paulo (SP): Sarvier.

Medeiros, E.B., Rodrigues, M.J. (2001). *A importância da amamentação natural para o desenvolvimento do sistema estomatognático do bebê*; Ver. Cons. Reg. Odontolo. 4 (2), pp. 79-83.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro (REPE) – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.

Nakano, M.A.S. (2003). *As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”*. Cad Saúde Pública; 19(Supl.2):355-363.)

Naylor, A.J. (2001). *Baby Friendly Hospitals Initiative. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in the Twenty-first Century*. Pediatr Clin North Am; 48 (2): 475-83.

Nascimento, M. B. R. et al. (2003). *Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns*. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 58(1), 49-60.

Northrup, C. (2004). *Corpo de mulher sabedoria de mulher*. 3ª edição. Porto: Sinais de Fogo.

Oliveira, M. M. B., et al. (1999). *Desmistificando regra geral: como acções de apoio à amamentação da mãe do prematuro também podem aumentar o seu tempo de lactação*. In: Anais do II encontro de Actividades Científicas UNOPAR, londrina. Pag. 119.

OMS (1989). *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF*. Genève: WHO.

OMS (1989). *Prevalence and duration of breastfeeding: Updated information, 1980-1989*. *Wkly Epidemiological Rec.*, 42, 321-323.

OMS (1989). *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF*. Genève: WHO.

OMS/UNICEF (1990) – *Protecting and supporting breastfeeding the special role of maternity services* Genève: A joint WHO\UNICEF Statement.

OMS (2002). *Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition*. International conference on nutrition. [documento *on-line*]. Disponível: <http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>. [Consultado em 15/06/2015].

OMS, UNICEF. (2006). *Royal College of Midwives, Academia Americana de Pediatria* apud Cardoso.

Organização Mundial de Saúde, (1991). *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Genebra: OMS/Division of Child Health and Development.

Organização Mundial da Saúde. *Protecção, Promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis: declaração conjunta OMS/UNICEF*. Genebra; 1989

Pereira, M. A. (2004). *Aleitamento Materno: estabelecimento e prolongamento da amamentação para o seu Sucesso*. Porto, Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno. Importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures Lusociência.

Pérez-Escamilha, R. (2001) *Development and epidemiology of child feeding indicators in Ghana and Honduras: Serveillance and Program Evaluation applications*. Airlington VA: Basics.

Polit, D. et al (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed.

Réa, M.F. (1990). *Substitutos do leite materno: passado e presente*. Ver. Saúde Pública; Pág. 241-9.

Réa, M. F.(1998), *Substitutos do leite materno: passado e presente*. Revista de Saúde Pública; 24 (3): 241-9.

Reis, Moraes (2005). *Comunicação pessoal* (manuscrita), em Janeiro de 2005.

Priore, M. D. (1997). *História das mulheres no Brasil*. 2ed. São Paulo: Contexto; 13.

Sandre, P.G., et al. (2000). *Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal*. Cadernos de Saúde Pública; 16(2):457-466.

Santos, N. C. (2004). *Assistência de Enfermagem Materno Infantil – Alojamento conjunto e Aleitamento Materno*.

Sena, M. C. F. (1997). *Prevalência do aleitamento materno exclusivo no distrito federal e sua associação com o trabalho materno fora do lar* [dissertação]. Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, UNB.

Silva, A.A.M.S. (1990). *Amamentação fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e praticas sobre o aleitamento na sociedade brasileira* (dissertação). Ribeirão Preto (PS): Universidade Federal de São Paulo.

Silva, I. A. (1997). *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo (SP): Robe Editorial.

Silva, I.A. (2001). *O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno*. Família, Saúde e Desenvolvimento; 3(1):7-14

Souza, L.M.B.M., Almeida, J.A.G. (2005). *História da alimentação do lactente no Brasil: do leite fraco à biologia da excecionalidade*. Rio de Janeiro: Revinter.

UNICEF/WHO: *Innocenti Declaration on the protection, promotion and suport*.

Vaucher, A.L.I., Durman, S. (2005). *Amamentação: crenças e mitos*. Rev. Eletrônica de Enfermagem; 7(2):207-214.

Vinha, V. H. P., e Scochi, C. G. S. (1989). *Aleitamento Materno – Evolução Histórica*. [Consultado em 5/06/ 2015].

Vinagre, R.D., (2001). *Leite Humano: um pouco da sua história*. Pediatría. [Em linha]. Vol. 4 n°23, p.340-345. [Consultado a 13/05/2015]. Disponível na internet: <URL: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/543.pdf>.

World Health Organization. (2001). *Fifty-fourth World Health Assembly. Resolution WHA54.2 – Infant and young child nutrition*. Geneva: WorldHealth Organization.

VI. Anexos

Anexo I -Consentimento



Questionário

Consentimento

Chamo-me Catarina Ribeiro, sou aluna de enfermagem, a frequentar o 4º ano na Universidade Fernando Pessoa. Nesse âmbito encontro-me a realizar um estudo de investigação sobre os fatores que influenciam o sucesso/insucesso do aleitamento materno.

Este questionário é dirigido a todas as mães que voluntariamente queiram participar no estudo e o seu preenchimento requer apenas alguns minutos.

É importante que responda a todas as questões com o máximo de rigor e espontaneidade.

Peço-lhe que responda segundo as instruções que lhe vão sendo dadas ao longo do questionário, assinalando com um X a resposta ou respostas que escolher.

Se concordar em participar neste estudo, assine no espaço abaixo.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo, tendo sido esclarecida sobre todos os aspetos que considerei importantes e obtido resposta às questões por mim colocadas.

Fui informada que tenho direito a recusar participar e a retirar-me do estudo a qualquer momento, não tendo por isso qualquer consequência.

Declaro assim, que aceito participar neste estudo.

_____ Data: ___/___/___

Obrigada pela sua colaboração,

Aluna de Enfermagem (4ºAno)
Catarina Ribeiro

Anexo II -Questionário



Questionário

Chamo-me Catarina Ribeiro, sou aluna de enfermagem, a frequentar o 4º ano na Universidade Fernando Pessoa. Nesse âmbito encontro-me a realizar um estudo de investigação sobre os fatores que influenciam o sucesso/insucesso do aleitamento materno.

Agradecia a sua participação no estudo e a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Toda a informação será anónima e confidencial.

O preenchimento demora em média 10 minutos.

Antecipadamente grata pela sua valiosa colaboração.

Parte I

1. **Idade:** _____ anos.
2. **Com quem habita?** (assinale os elementos que compõem o seu agregado familiar) Marido Filho/Filhos Mãe Pai Outros
3. **Estado Civil:** Solteira Casada/União de facto Divorciada Viúva
4. **Escolaridade:** Analfabeta Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior
5. **Nº de Filhos (incluindo o atual):** _____
6. **Profissão:** _____

A partir desta parte do questionário responda pensando apenas na sua última gravidez.

Parte II

1. Duração da gravidez: _____ semanas

2. A gravidez foi vigiada? Sim Não

3. Durante a gravidez recebeu formação/informação sobre aleitamento materno?

Sim

Não

Se respondeu **Não** avance para a questão 4

3.1 Quando obteve a formação/informação sobre aleitamento materno?

Antes da gravidez

Durante a gravidez

No momento do parto

Após o parto

Não recebi formação/informação

Nas questões que se seguem, pode assinalar até cinco opções, por ordem de importância, sendo 5 a mais importante e 1 a menos importante

3.2 Junto de quem obteve essa informação?

Enfermeiro

Médico de família

Outros profissionais de saúde

Mãe

Irmãos /Irmãs

Amigos/Amigas

Livros/Revistas

Meios de Comunicação Social

Outro, quem? _____

3.3 Quem foi o profissional de saúde que mais formação/informação lhe prestou sobre Aleitamento Materno?

Médico de Família

Enfermeiro

4. Quando lhe foram efetuados os ensinamentos foi aceite/respeitado no que sentia e pensava?

- Nunca ou raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

5. Amamentou o seu filho?

- Sim
- Não

Se respondeu **Não** o seu questionário acaba aqui.

6. A decisão sobre amamentar ou não amamentar foi tomada por:

- Iniciativa própria
- A minha mãe também amamentou
- Tem diversas vantagens
- Melhora a relação com o meu filho
- A conselho do marido/companheiro
- A conselho de outros

7. Durante quanto tempo amamentou exclusivamente o seu filho?

- \leq 1 mês
 - 2 meses
 - 3 meses
 - 4 meses
 - 5 meses
 - 6 meses
-

Parte III

Das afirmações, relativamente à Amamentação, constantes no quadro abaixo, assinale com um X a sua opinião:

	Concordo	Discordo	Sem opinião
1. A amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses.			
2. A amamentação fortalece o vínculo da mãe e do bebé.			
3. Até à subida do leite é necessário dar o biberão.			
4. A criança deve mamar a cada 2 ou 3 horas.			
5. Dar de mamar sempre que o bebé pedir, faz com que não se habitue a comer regularmente e pode danificar o estômago.			
6. Após a mamada se o bebé continua a chorar é porque quer comer mais e não tem.			
7. Se o bebé não adormece de um sono é porque necessita de leite artificial para ficar satisfeito.			
8. Amamentar faz bem para a saúde do bebé.			
9. Amamentar é um ótimo anticoncepcional.			
10. O tipo de parto interfere na amamentação.			
11. Amamentar acelera a perda de peso da mãe.			

12. O stress pode acabar com o leite.			
13. Alguns alimentos aumentam a produção de leite.			
14. Para ter leite é necessário beber muita água.			
15. Deve espaçar-se as mamadas 3/3 horas para que a mama volte a encher.			
16. Ter os mamilos planos ou invertidos inviabiliza a amamentação.			
17. O leite de algumas mães é fraco.			
18. Nos primeiros seis meses é importante oferecer água ao bebé, especialmente em dias de calor.			
19. É normal a amamentação ser dolorosa.			
20. Tirar leite com extrator manual ou elétrico é uma boa maneira de controlar o leite que o bebé ingere.			
21. Quando as mamas estão moles é sinal de pouco leite ou que o leite secou.			

Obrigada pela sua Colaboração.