

Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida

**“O Conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de
Preparação para o Parto, sobre a Amamentação”**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

4º Ano da Licenciatura de Enfermagem

Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida

**“O Conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de
Preparação para o Parto, sobre a Amamentação”**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

4º Ano da Licenciatura de Enfermagem

Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida

**“O CONHECIMENTO DAS GRÁVIDAS NO 3º TRIMESTRE, DE UM CENTRO DE
PREPARAÇÃO PARA O PARTO, SOBRE A AMAMENTAÇÃO”**



Atesto a originalidade do trabalho:

(Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida)

“Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em
Enfermagem”

Sumário

Nos dias de hoje há cada vez uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde em transmitir informação adequada às mulheres sobre a vantagem da amamentação. Um dos aspectos importantes da amamentação é a promoção da vinculação afectiva entre a mãe e filho. Este vínculo inicia-se na gravidez, por isso é importante informar a mulher desde essa altura, e vai intensificando no pós-parto salientando-se a importância no acto de dar de mamar, em que há o contacto da pele e a mãe sente vontade de acarinhar assim o seu filho, fortalecendo os laços entre ambos.

Para este trabalho de investigação optou-se pelo tema: “O conhecimento das grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a amamentação”. Tendo como objectivo geral: Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, sobre a Amamentação. Os objectivos específicos são: Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, sobre as vantagens da amamentação; Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, acerca da fisiologia da amamentação; Identificar os factores que contribuíram/ influenciaram a tomada de decisão de amamentar.

Para responder a estes objectivos, aplicou-se um questionário a uma amostra de 23 grávidas, no 3º trimestre, inscritas no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, utilizando um tipo de amostragem não probabilística acidental e intencional. Após a colheita de dados estes foram tratados estatisticamente. Através dos resultados verifica-se que, numa escala de 0 a 100%, as grávidas obtiveram o valor de aproximadamente 80%, com conhecimentos em relação ao período ideal de amamentação; benefícios da amamentação; início da amamentação; vantagens da amamentação para o bebé, para a mãe, para a família/sociedade e para o meio – ambiente; técnica da amamentação, anatomia da mama e fisiologia da amamentação.

Abstract

Nowadays there is increasingly greater concern among professionals health to convey adequate information to women about the advantage of breastfeeding. An important aspect of nursing is the promotion of binding of affection between mother and child. This bond begins in pregnancy, so it is important to inform the woman since then, and will intensify in the post-partum the importance of breastfeeding, where there is skin contact and the mother feels the urge to nurture your child as well, strengthening the ties between both.

For this research work we chose the theme: "The knowledge of pregnant the third quarter, a Center for Childbirth Preparation, about breastfeeding". With the general objective: Identify the knowledge of pregnant women in the 3rd quarter on Breastfeeding. The specific objectives are: Identify the knowledge of pregnant women in the third quarter, about the advantages of breastfeeding; Identify the knowledge of pregnant women in the third quarter, about the physiology of breastfeeding; identify the factors that contributed / influenced the decision to breastfeed.

To meet these objectives, we applied a questionnaire to a sample of 23 pregnant women enrolled in the third quarter at the Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica in Braga, using a type of non-probability accidental sample and intentional. After harvesting these data were treated statistically. Through the results indicated that, on a scale from 0 to 100%, pregnant women obtained the value of approximately 80% of knowledge, compared to the ideal period for breastfeeding, benefits of breastfeeding, initiation of breastfeeding, advantages of breastfeeding for the baby, for the mother, for the family / society and for the environment; breastfeeding technique, anatomy and physiology of breast feeding.

“ 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

Agradecimentos

No final da elaboração deste trabalho, não posso deixar de agradecer às pessoas em meu redor que me apoiaram e sempre me incentivaram para a realização final do projecto de graduação. Passo a citar as pessoas mais importantes, esperando não me esquecer de ninguém.

Os meus sinceros e merecidos agradecimentos:

À Enfermeira Lucília Sousa, que se disponibilizou para me apoiar e ajudar neste processo de elaboração do projecto de graduação. Tive a sua ajuda para elaborar os questionários no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, caso contrário não seria possível a elaboração deste trabalho. E, obviamente, agradeço o incentivo e esclarecimento de dúvidas que me foi disponibilizado no decorrer deste trabalho.

À Enfermeira Conceição Guimarães, que me indicou a existência do Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga e a quem podia recorrer para ser meu orientador nesta temática.

À Professora Júlia Rodrigues e ao Professor José Manuel dos Santos, docentes da unidade curricular de Projecto de Graduação e Integração Profissional, que sempre nos esclareceram dúvidas e dando dicas acerca do que seria mais correcto para a elaboração de um projecto de graduação o mais perfeito possível. Agradeço a paciência e preocupação em nos transmitir da melhor forma possível todos os conceitos.

Ao Enfermeiro Couto, também docente da disciplina Métodos e Técnicas de Investigação, que nos transmitiu diversos conhecimentos úteis para a realização do projecto de graduação.

A todos os Funcionários da Universidade Fernando Pessoa, que ao longo destes quatro anos ajudaram no processo de desenvolvimento.

Às Grávidas que se disponibilizaram a participar no estudo, pois sem estas não era possível a sua concretização. Que responderam com sinceridade e que demonstraram interesse neste estudo e até ficaram com maior atenção face a este tema da amamentação.

À memória do meu avô.

Aos meus pais e avó, que sempre me incentivaram a continuar e a cada vez mais estar interessada neste projecto e no decorrer destes quatro anos, com vista a alcançar os meus objectivos. Nunca desistiram das minhas capacidades e fizeram-me ver que nada é inalcançável quando se quer conseguir cumprir as etapas da nossa vida. Também sempre me ajudaram a superar todas as dificuldades que fui encontrando ao longo do curso, dando-me força.

Ao meu namorado, que me deu toda a força que precisava, pois mesmo estando longe nunca me fez desistir e sempre me incentivou a conseguir ultrapassar todos os obstáculos. Agradeço a sua paciência e capacidade de me elucidar a concluir este curso que sempre foi o que eu quis.

Finalmente, aos meus amigos que contribuíram para um bom ambiente de turma e sempre me incentivaram a concluir todas as etapas mais difíceis durante estes quatro anos.

A todos muito Obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL	
1. Delimitação e Justificação do tema	3
2. Questões de Investigação	4
3. Objectivos	5
4. Revisão da Literatura	6
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA	
1. Desenho de Investigação	24
1.1. Meio	24
1.2. Tipo de estudo	24
1.3. Variáveis	25
1.4. Considerações Éticas	26
1.5. Caracterização da população e amostra	27
1.6. Processo de amostragem	28
1.7. Instrumento de recolha de dados	28
1.8. Operacionalização do Questionário	29
1.9. Pré-teste	29

1.10. Tratamento e análise dos resultados	30
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA	
1. Apresentação e Análise de Resultados	31
1.1.Caracterização da Amostra	31
1.2.História Obstétrica	34
1.3.Tomada de decisão relativamente à Amamentação	39
1.4.Avaliação dos conhecimentos sobre Amamentação	43
2. Discussão dos Resultados	54
CONCLUSÃO	61
BIBLIOGRAFIA	63
APÊNDICES	
Apêndice I – Cronograma de Actividades	67
Apêndice II – Requerimento de Autorização para Colheita de Dados	69
Apêndice III – Declaração de Consentimento Informado	71
Apêndice IV – Questionário	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos dados em relação à idade da mãe

Gráfico 2 – Distribuição dos dados em relação à idade do pai

Gráfico 3 – Distribuição dos dados em relação ao estado civil

Gráfico 4 – Distribuição dos dados em relação ao número de filhos

Gráfico 5 – Distribuição dos dados em relação às habilitações literárias da mãe

Gráfico 6 – Distribuição dos dados em relação às habilitações literárias do pai

Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a variável “Já teve alguma gestação anteriormente?”

Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a variável “Já teve algum parto anteriormente?”

Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a variável “Com quantas semanas de gestação se encontra?”

Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a variável “Esta gravidez foi: Planeada ou Não Planeada?”

Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo a variável “Esta gravidez foi: Desejada ou Não Desejada?”

Gráfico 12 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vigilância da gravidez?”

Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a variável “Onde está a ser feita a vigilância?”

Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a variável “Iniciativa de frequentar o curso de preparação para o parto foi:”

Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Já amamentou anteriormente?”

Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se sim até que idade amamentou os seus filhos?”

Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Actualmente planeia amamentar o seu bebé?”

Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se respondeu sim, quais as razões?”

Gráfico 19 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quando tomou a decisão de amamentar?”

Gráfico 20 – Distribuição da amostra segundo a variável: “De quem foi a decisão de amamentar?”

Gráfico 21 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se planeia amamentar, por quanto tempo o deseja fazer?”

Gráfico 22 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Tenho conhecimentos sobre amamentação.”

Gráfico 23 – Distribuição da amostra segundo a variável: “A informação recebida contribuiu para a minha tomada de decisão em amamentar.”

Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo a variável: “A informação recebida foi de encontro às minhas necessidades.”

Gráfico 25 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se pensa possuir conhecimentos, como os adquiriu?”

Gráfico 26 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Qual o período ideal para amamentação exclusiva?”

Gráfico 27 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quem beneficia quando o bebê é amamentado?”

Gráfico 28 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quando deve ser iniciada a amamentação?”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Técnica Correcta da Amamentação

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para o bebé:”

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para a mãe:”

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para a família/sociedade:”

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para o meio ambiente:”

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Conhecimentos sobre a técnica de amamentação:”

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Conhecimentos sobre a anatomia da mama e fisiologia da amamentação:”

SIGLAS E ABERVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. in. – Citado em

Et. al. – entre outros

Fa – Frequência absoluta

N.º – Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. - Páginas

UNICEF- United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

% - Percentagem

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Projecto de Graduação, do curso de Licenciatura em Enfermagem, do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, foi proposto a elaboração do presente Projecto de Graduação para a conclusão do curso de Enfermagem.

O Projecto de Graduação destina-se a aprofundar os conhecimentos nos métodos e técnicas de investigação científica, bem como desenvolver os conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a prática a estudar.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (2009, pp. 49, 50) “O investigador deve escolher um tema [...] interroga-se sobre a pertinência da questão” e seguidamente “o investigador revê a literatura que trata o assunto”.

Para a realização deste projecto de Investigação o tema eleito foi: O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação. A razão desta escolha foi compreender o que pensam e sabem as mulheres grávidas sobre os benefícios da amamentação. É de extrema importância estruturar e melhorar as práticas profissionais, não só ao nível da técnica mas, essencialmente, ao nível da educação para a saúde, no que concerne ao acompanhamento da gestante. Este estudo visa não só o alargamento de conhecimentos acerca da Saúde materna e Infantil, como também um contributo para todos os enfermeiros que desejem prestar cuidados de enfermagem de qualidade à luz das importantes investigações realizadas. Já que a enfermagem assume um papel preponderante na preparação da mulher grávida para o pós-parto.

Assim a elaboração deste trabalho de investigação tem os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos e metodológicos na área da investigação;
- Aplicar conhecimentos adquiridos na disciplina de investigação;
- Demonstrar conhecimentos na elaboração de um trabalho de investigação;

- Aprofundar conhecimentos relativos ao tema escolhido através da pesquisa bibliográfica;
- Descrever as acções planeadas para a concretização do Projecto de Graduação.

Um trabalho de investigação pretende ser um trabalho que pressupõe a definição dos propósitos da investigação, bem como a forma como estes irão ser desenvolvidos.

Neste sentido, este trabalho será dividido em três partes – Fase Conceptual, constituída pela definição e delimitação do tema, questão de investigação, objectivos da investigação e por fim a revisão literária; Fase Metodológica engloba o método de investigação e o tipo de estudo; variáveis; caracterização da população e da amostra; processo de amostragem; instrumento de colheita de dados; pré-teste; considerações éticas; e Fase Empírica corresponde ao último capítulo e faz referência ao tratamento, análise de dados e discussão dos resultados – inseridas, em cada uma delas, as etapas descritas ao longo do trabalho, no que concerne ao desenvolvimento das mesmas. Após abordar os três capítulos, no final do trabalho é apresentada uma breve conclusão, seguida das referências bibliográficas e dos apêndices.

A recolha de dados foi feita através de questionário a 23 grávidas, no 3º trimestre de gestação, inscritas no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga. Após a colheita de dados estes foram tratados e analisados através do programa “Microsoft Office Excel”, com apresentação dos dados através de gráficos ou quadros.

As dificuldades encontradas ao longo da elaboração do projecto foram o tempo para entrega e a in experiência em estudos de investigação.

Com este estudo pode-se considerar que, segundo os resultados obtidos, as grávidas que frequentam o Centro de Preparação para o Parto possuem muito bons conhecimentos (80%, numa escala de 0 a 100%), nomeadamente ao nível das vantagens da amamentação, da técnica de amamentação e da anatomia da mama e fisiologia da amamentação.

CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL

De acordo com Fortin (2009, p. 63) a fase conceptual assenta “(...) num conjunto de actividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objectivo, das questões (...) Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma concepção clara e precisa do problema considerado”

1. Definição do Tema e Justificação do Tema

O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Segundo Lakatos e Marconi (1991, p. 27) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar”.

O presente estudo intitula-se como: “O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação”.

Para justificar a actualidade e pertinência deste tema, Martins, et al. (2006, p. 57), refere que o aleitamento materno é um tema bastante actual e com pertinência, com longa tradição, sendo um factor sensível na actualidade. Segundo Levy e Bértolo (2008, p. 11), actualmente existe uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em promover o acto de amamentar, no qual estes têm o dever de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento materno, nomeadamente as mães indecisas.

A escolha deste tema provém de um profundo interesse sobre as actividades da saúde materno infantil. O ensino clínico de obstetrícia suscitou ainda mais curiosidade, pois constata-se que a educação fornecida às mães é muito importante para o sucesso do aleitamento materno e é uma preocupação constante dos enfermeiros. As mães requerem muita atenção e dedicação, porque têm muitas dúvidas e é gratificante poder-se esclarecer e ser-se um dos responsáveis pela, cada vez maior, adesão à prática de aleitamento materno. É uma temática actual de interesse na prestação de Educação para a Saúde e pertinente no sentido da sensibilização das grávidas, porque segundo a

OMS/UNICEF (1989) os enfermeiros são os grandes responsáveis pela promoção do aleitamento materno.

Deste modo, é inquietação saber o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação, para entender os factores determinantes na prática do aleitamento materno, tal como: a tomada de decisão, a influência do pai e as dificuldades encontradas. É importante saber o que as grávidas pensam acerca desta prática, assim como as vantagens do aleitamento, de forma a se responsabilizarem pela sua saúde, pela saúde do seu filho, assim como para a sociedade. Também para que este possa contribuir para uma reflexão e participação dos enfermeiros, não só, na prestação de cuidados directos, como também, na no ensino à gestante, nomeadamente na comunidade.

Reflectir sobre situações problemáticas, por si só, não é o suficiente para as solucionar, mas a sua investigação pode trazer novas realidades sobre os problemas. Esta problemática é pertinente e importante para o futuro da prática da enfermagem, pois permitirá um cuidar mais atento.

2. Questões de investigação

A questão de investigação surge após a revisão bibliográfica, e segundo Fortin (2009, p. 73), consiste num “ (...) enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Assim sendo, a questão de investigação formulada para este estudo é: “Quais são os conhecimentos das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação?”

Deste modo, levantam-se as questões:

- Qual é o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, sobre as vantagens da amamentação?

- Qual é o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, acerca da fisiologia da amamentação?
- Quais os factores que contribuíram/influenciaram a tomada de decisão de amamentar?

3. Objectivos

Segundo Fortin (2009, p. 160), “o enunciado do objectivo precisa as variáveis – chave, a população – alvo e o verbo de acção apropriado”.

Por conseguinte, foi definido um objectivo geral e três objectivos específicos que se pretendem atingir neste estudo.

3.1. Objectivo Geral

- Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, sobre a Amamentação.

3.2. Objectivos Específicos

- Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, sobre as vantagens da amamentação;
- Identificar o conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, acerca da fisiologia da amamentação;
- Identificar os factores que contribuíram/ influenciaram a tomada de decisão de amamentar.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Fortin (2009, p. 87) define revisão da literatura como, “(...) um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com um tema de estudo” e tem como objectivos “(...) determinar o que foi escrito sobre um tema e clarificar a forma como este foi estudado”. De acordo com esta definição, neste ponto é feita a transmissão resumida do conhecimento do investigador acerca desta temática. Há bastante literatura sobre a amamentação, o mais difícil é seleccionar aquilo que é mais importante e se adequa a este trabalho.

4.1. Definição dos Termos ou Conceitos

4.1.1. Conhecimento

O Dicionário da Língua Portuguesa (2006, p. 384) define conhecimento como: Acto ou efeito de conhecer; ideia; noção; informação; notícia; experiência; discernimento; [...] consciência de si próprio; instrução; perícia; erudição; cultura; reconhecimento; [...] a função teórica do espírito assim como o resultado dessa função, que tem como fim tornar presente aos sentidos ou à inteligência um objecto (interno ou externo), de modo a obter nele um entendimento ou uma representação adequada.

O conhecimento pode ser assimilado através da leitura, comunicação social, familiares ou profissionais de saúde. E através do mesmo, pode-se adquirir novas experiências, úteis para desenvolver competências.

Neste estudo considera-se que as grávidas possuem conhecimento se responderem a mais de 50% das questões correctamente.

4.1.2. Grávida no Terceiro Trimestre de gestação, de um Centro de Preparação para o Parto

Grávida deriva do latim “*gravìdu*” e significa “mulher em estado de gravidez” (Infopédia, 2010) e gravidez traduz-se desde o momento de fecundação até ao nascimento do bebé, nesta altura existem muitas mudanças emocionais e físicas na

mulher e no casal. Este momento deve ser passado com tranquilidade e de forma saudável, de modo a prevenir complicações durante a gravidez e no pós-parto. A gravidez considerada de termo, tem em média 40 semanas, mas pode variar entre as 38 e as 42 semanas e divide-se em 3 trimestres. O primeiro trimestre é até às 12 semanas, o segundo trimestre entre as 12 e as 26-28 semanas e o terceiro trimestre que se situa entre as 26 e as 28 semanas até ao termo.

Neste estudo, vai-se tratar de grávidas no 3º trimestre, que frequentam um Centro de Preparação para o Parto, e este tem como objectivo acompanhar a mulher e o casal para uma gravidez em pleno e responder a dúvidas que surjam. Também tem como objectivo preparar a mulher e o casal para o parto e pós parto.

4.1.3. A Amamentação

Amamentação segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005, p. 45) é: Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos com as características específicas: Estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome. Tendo em conta esta afirmação pode-se dizer que amamentação implica aleitamento materno.

Segundo a OMS (1997, *cit. in* Pereira, 2006, p. 89) o aleitamento materno é “ (...) administração ao bebé de leite materno por copo ou colher e eventualmente por biberão ou sonda”.

A amamentação contempla dois direitos muito importantes: o direito à alimentação do bebé e o direito à saúde. O direito à amamentação inclui, o direito da mãe amamentar, e o direito da criança mamar (Bellamy, 1999, *cit. in* Pereira, 2006, p. 56)

4.2. Relacionados com o tema de trabalho

4.2.1. Evolução Histórica da Amamentação

Não existem estudos estatísticos acerca da incidência e prevalência do aleitamento materno em Portugal, no entanto alguns estudos realizados no nosso país referem que a evolução do aleitamento materno tem estado ao nível dos outros países europeus (Levy e Bértolo, 2002, p. 7).

Houve uma altura em que se verificou um declínio na prevalência e incidência do aleitamento materno, após a industrialização, na II Grande Guerra Mundial. Nesta altura, muitas mulheres iniciaram as suas carreiras no mercado de trabalho, existência de “movimentos feministas, a perda da família alargada, a indiferença ou ignorância dos profissionais de saúde e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno.” (Levy e Bértolo, 2002, p. 7). Inicialmente as mulheres com mais escolaridade deixaram de amamentar mais cedo e, por imitação, seguiram-se as mulheres com menos escolaridade.

A mortalidade infantil aumentou significativamente com o aparecimento deste fenómeno, tendo-se alargado até aos países em desenvolvimento. Apenas a partir da década de 70 é que as mulheres mais informadas voltaram a amamentar durante mais tempo (Levy e Bértolo, 2002, p. 7).

Estudos portugueses revelam que cerca de 90% das mulheres iniciam o aleitamento materno, mas cerca de metade desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, o que leva a concluir que “(...) não conseguem cumprir o seu projecto de dar de mamar (...)” (Levy e Bértolo, 2002, p. 7).

Neste sentido, é urgente a implementação de políticas promotoras do aleitamento materno, como anúncios, envolvimento dos *média*, cartazes publicitários, com vista a promoção do sucesso crescente do aleitamento materno.

4.2.2. Políticas Promotoras do Aleitamento Materno

Desde a Declaração de Alma Ata em 1978 patrocinada pela OMS/ Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o aleitamento materno é considerado uma acção

básica de saúde, sendo muito importante a sua promoção, de modo a promover a saúde infantil (Teruya; Coutinho, 2002, pp. 5-19).

Em 1989 a OMS e a UNICEF a declaração conjunta de ambos, foi lançada sobre o papel especial dos serviços de saúde e intitulou-se: “ Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”.

Para estas organizações “ (...) as práticas de cuidados de saúde, particularmente aquelas dirigidas às mães e recém-nascidos, destacam-se como uma das maneiras mais promissoras de aumentar a prevalência e a duração da amamentação” (OMS/UNICEF, 1989), então é responsabilidade dos profissionais de saúde da área materno-infantil, inculcir uma cultura de aleitamento materno, para a sua crescente adesão.

Estão estabelecidas Dez Medidas pela “Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés”, que motivam que os estabelecimentos que integrem serviços obstétricos e cuidados ao recém-nascido deveriam (Pereira, 2006, p. 70):

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuida dos de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a lactação.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.

Todos estes passos deveriam ser implementados nos serviços de saúde de assistência a grávidas e recém-nascidos e em Portugal existe, desde 1992, a Comissão Nacional

Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, com sede na UNICEF e é graças a esta que muitos hospitais e maternidades têm-se candidatado, “(...) estando actualmente em curso a avaliação das candidaturas” (Levy e Bértolo, 2002, p. 15). “Em Portugal, e embora vários hospitais e maternidades se tenham candidatado a Hospital Amigo dos Bebés, apenas dois hospitais receberam o certificado: Hospital Garcia da Horta em Almada, que possui este certificado desde 2005 e Maternidade Bissaia Barreto em Coimbra cujo certificado foi concedido em Junho de 2007” (Maia, 2007, p. 46).

Em Portugal, no Dia Internacional do Aleitamento Materno, celebrado a 1 de Agosto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) assinala a campanha dizendo que “Amamentar na primeira hora de vida salva um milhão de bebés”. Esta iniciativa é desenvolvida pela Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Esta campanha é feita através de cartazes colocados na sede da OE, com imagens e mensagens promotoras do aleitamento materno, bem como em pacotes de açúcar da *Delta Cafés*. Também a nível informático, são lançados postais digitais no site da OE para o público em geral e seus membros. Nestas campanhas ressalta-se o facto de ser muito importante amamentar, desde os primeiros minutos de vida do bebé, para a saúde da mãe e do bebé.

Hoje em dia o papel dos *média* tem sido bastante enriquecedor para as mães e futuras mães, visto que tem divulgado e anunciado as vantagens que tem o leite materno, embora esses anúncios não chegaram muito a Portugal. “Nomeadamente no Brasil é frequente publicarem imagens de atrizes e mulheres famosas a amamentar os seus filhos e assim incentivarem as mulheres para esta prática.” (Pereira, 2006, p. 59)

4.2.3. Tomada de Decisão

Segundo a OMS, o Royal College of Midwifery (1994), defende que pelo menos 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e a decisão de amamentar é no pré-parto. Alguns estudos nacionais de Levy (1996); Pereira (2000) e Galvão (2002) e internacionais Hillervik-Lindquist (1991); Keith (1993) e Innis et al. (1994), apresentam os resultados do sucesso da amamentação associado à decisão de amamentar antes da gravidez (*cit. in* Pereira 2006, p. 55). A mulher só irá amamentar o

seu filho se já tiver decidido fazê-lo e além disso tem que desejar fazê-lo. Mas como refere Riordan (1999, *cit. in* Pereira 2006, p. 57) é mais fácil a mulher amamentar se isso estiver na moda, pois deste modo vai ser uma maior fonte de prazer.

Muitos estudos sugerem que a motivação da mãe em amamentar o seu filho está directamente relacionada com o conhecimento que esta possui acerca do tema. Outro factor que influencia é o facto de ter havido ou não acompanhamento pré-natal da grávida.

A OMS/UNICEF (1989, *cit. in* Pereira 2006, p. 57) transmitem: Na nossa opinião fundamentada na prática clínica e na literatura consultada habitualmente a decisão de amamentar, assenta nos dois princípios seguintes: a) a mulher amamenta com base na cultura em que está inserida, ou b) amamenta baseada nos conhecimentos que possui sobre as vantagens do Aleitamento Materno e importância desta prática, e desvantagens da alimentação com leites artificiais.

Como refere a OMS/UNICEF a decisão da mulher amamentar depende da sua própria socialização, cultura e situação económica, sendo esta uma decisão pessoal, a mulher tem que querer amamentar. A decisão de amamentar é o primeiro [pré-requisito para o sucesso do aleitamento.] (Filho, 1984, *cit. in* Pereira 2006, p. 56)

Quando a mulher nasce numa cultura em que é normal amamentar, esta vai querer amamentar, pois foi amamentada e já viu amamentar, então citando Levy e Bértolo (2002, p. 11) ” Uma experiência prévia com sucesso com um ou mais filhos também se reflecte positivamente na decisão de amamentar o futuro bebé”. Para Primo, Laíse e Caetano (1999, *cit. in* Pereira 2006, p. 57) o papel das avós na amamentação é de extrema importância, pois estas vão dar conselhos, apoiar e ajudar, com vista a [verem as suas filhas realizadas e felizes com a amamentação].

É também importante que as futuras mães tenham uma percepção do seu controlo na prática da amamentação, para que obtenham maior confiança nas suas capacidades de amamentar. Com isto podem ser, ou não, influenciadas pelo seu companheiro, mãe, profissionais de saúde ou colegas. Deste modo não se deve “culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais.” No caso de mães indecisas, a

obrigação é a de informar correctamente e aconselhar quanto à prática da amamentação, referindo as vantagens que daí advêm para o bebé, para a mãe, para a sociedade e para o ambiente, “pondo assim a tónica não no dever, mas no direito e no prazer de amamentar”. Alguns estudos assentam no princípio de que se as futuras mães amamentarem devido à informação que têm sobre as vantagens da amamentação para as mães, irão amamentar mais tempo e será mais difícil experimentarem “(...) crises lácteas, ou seja, o sentimento de terem menos leite, crises estas que podem ser reais ou não.” (Levy e Bértolo, 2002, pp. 11, 12).

Outro factor muito importante para o sucesso do aleitamento materno será o planeamento correcto da gravidez, numa gravidez desejada e planeada, como por exemplo, consultas regulares de planeamento familiar.

Segundo Levy e Bértolo (2002, p. 12): O 3º trimestre da gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de sucesso do aleitamento materno, constituindo uma oportunidade privilegiada para uma primeira entrevista entre a futura mãe e o pediatra do bebé, a fim de discutir o regime alimentar do bebé. Neste primeiro contacto devem vincular-se conhecimentos sobre a prática e a técnica do aleitamento materno, averiguar-se os conhecimentos e atitudes dos futuros pais face ao aleitamento materno e a existência, ou não, de mitos relacionados com a amamentação. [...] Alguns autores sugerem que a frequência de aulas de preparação para o parto durante a gestação deverá ainda fazer parte da preparação da futura mãe, no sentido de a familiarizar com os procedimentos do trabalho de parto e do parto, bem como do início da amamentação.

Para Wagner e Wagner (1999, *cit. in* Pereira, 2006, p. 60), o aleitamento materno depende de vários factores, relacionados entre si, [e podem ser agrupados em: a) personalidade individual, b) mecanismos psicofisiológicos e c) forças sociais]. Tudo isto vai influenciar a decisão da mulher e deve-se compreender que cada mulher é diferente, para se poder ter uma [actuação promocional], com vista a resolver as necessidades de cada uma delas.

Scott, Binns e Aroni (1997, *cit. in* Pereira, 2006, p. 61) confirmam que a opinião favorável do pai é o factor mais importante para a decisão da mulher, isto realizado num estudo que tinha o objectivo de identificar factores que influenciam a decisão de amamentar. Também estudos realizados por Bar-Yam e Darby (1997, *cit. in* Pereira,

2006, p. 61) acerca do Aleitamento Materno “AM e amamentação: implicações na promoção do aleitamento”, indicam a importância da opinião do pai face à amamentação, para a decisão da mulher amamentar. Entre outros estudos, todos eles afirmam a necessidade da presença e opinião do pai no acompanhamento da gravidez e no pós-parto, pois todos estes estudos revelam que a decisão da mãe se rege pelo que o pai pensa acerca da amamentação.

Visto isto, é importante que os profissionais de saúde acompanhem também o pai e dêem informações ao mesmo, de maneira a promover a amamentação, pois ele vai ser uma influência positiva para a mulher amamentar o seu filho.

4.2.4. Anatomia da Mama

A mama é uma “ (...) estrutura glandular cutânea na fêmea que secreta leite”. “ (...) há duas, situadas sobre a área ântero-lateral, entre a 3ª e 6ª costelas” (Clayton e Thomas, 2000, p. 1070). De acordo com Júnior e Romualdo, (2002, *cit in*. Pereira, 2006, p. 89) “ (...) são muito vascularizadas e irrigadas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da artéria axilar”.

A forma, o tamanho e a consistência das mamas varia de idade para idade, com a etnia e também a quantidade de tecido adiposo. A gordura e o tecido de sustentação é que dão a forma à mama, por isso existem mamas pequenas e mamas grandes. No entanto, as glândulas mamárias tanto existem nas mamas grandes como nas pequenas, ou seja, ambas produzem grande quantidade de leite (Levy e Bértolo, 2008, p. 21).

A estrutura mamária é composta pelo “*parênquima*” (glândula mamária) e o “*estroma mamário*” (tecido adiposo e tecido de sustentação).

É constituída por 15 a 25 lobos; 20 a 40 lóbulos; 10 a 100 alvéolos mamários que produzem o leite à medida que o bebé vai sugando; o ducto lactífero transporta o leite dos alvéolos para o seio lactífero; o seio lactífero tem de dimensões 0,5 a 0,8mm e esta estrutura é onde se deposita o leite que é produzido; o mamilo é de onde sai o leite para a boca do bebé; a auréola é parte escura ao redor do mamilo, tem 2 a 4 cm de diâmetro e

aqui encontram-se os tubérculos de Montgomery onde há a produção de secreção lipóide “substância oleosa com propriedades anti-bacterianas e de lubrificação” (Júnior e Romualdo, 2002, *cit. in.* Pereira, 2006, pp. 90-91).

A pele das mamas inclui os mamilos e aréola, sendo macia, flexível, elástica e está aderente ao tecido subcutâneo. O tecido subcutâneo, por sua vez, é rico em gordura e contém glândulas sebáceas e sudoríparas. O mamilo é a porção apical da mama, está localizado no centro da aréola, sendo constituído por tecido erétil, cilíndrico. Também tem um papel muito importante na lactação, pois tem bastante sensibilidade, mediada por terminações nervosas sensoriais, que participam no reflexo da produção de leite. A sua sensibilidade aumenta na gestação e alcança o seu pico máximo do pós-parto (OMS, 1997, *cit. in.* Pereira, 2006, p. 91).

Durante a gestação e também no puerpério verificam-se algumas alterações mamárias, dando-se um grande desenvolvimento lobular devido ao lactogénio e esteróides. O desenvolvimento da mama deve-se à crescente produção de prolactina. O aumento mamário entre a quinta e oitava semana de gestação é devido à multiplicação de alvéolos e ductos. A auréola fica mais pigmentada e as veias superficiais dilatam (Freitas, 1993, *cit. in.* Pereira, 2006, p. 92).

Após o terceiro mês de gestação, há um aumento dos níveis de progesterona, o que induz um desenvolvimento maior de alvéolos do que de ductos. O aumento de prolactina também se verifica, o que leva à estimulação glandular e a secreção de colostro (Friedrich, 1997, *cit. in.* Pereira, 2006, p. 92)

4.2.5. Psicofisiologia da Lactação

Segundo Pereira (2006, p. 95), para glândula mamária conseguir produzir leite, tem que passar por um processo de desenvolvimento e diferenciação, que se divide em três fases: mamogénese, lactogénese e galactogénese.

A mamogénese caracteriza-se pelo desenvolvimento e crescimento mamário, iniciando-se na fase da puberdade e terminando mais ou menos ao segundo trimestre de gravidez.

A lactogénese define-se pela iniciação de produção de leite, acontecendo entre as primeiras 24 horas e o sexto dia pós-parto. De acordo com a OMS/UNICEF (1995), a produção de leite é regulada pela prolactina e a ejeção de leite pela ocitocina. Estes reflexos são activados através da estimulação mamilar, como por exemplo a sucção do bebé. Quanto mais o bebé mama, maior é a produção de leite, pois a sucção estimula as terminações nervosas, abaixo da aréola, enviando um estímulo à hipófise, e esta por sua vez liberta a prolactina e a ocitocina, provocando o reflexo de ejeção ou “descida” do leite. Com a libertação de ocitocina, vai ser induzida a contracção uterina, promovendo a involução do útero. Segundo Levy (1996, *cit. in.* Pereira, 2006, pp. 99, 100), o reflexo da ocitocina ou da ejeção de leite tem uma componente psicológica. Este depende de estímulos como a visão, o cheiro, o choro da criança e de factores emocionais como a motivação, a auto-confiança e a tranquilidade. A dor, o desconforto, a ansiedade, falta de auto-confiança podem estar relacionados com a inibição deste reflexo.

A galactogénese, segundo Neville (2001, *cit. in.* Pereira, 2006, pp. 100, 101), é a manutenção da secreção láctea, quando estabelecida. Se houver uma secreção periódica das mamas, o leite continua a ser produzido. Deste modo, quando maior a frequência das mamadas, maior será esta secreção, então quando a mãe está longe do seu filho deve fazer uma extracção do leite, para que os níveis de secreção não diminuam. A extracção frequente e regular do leite vai promover três aspectos, que citando Pereira (2006, p. 101) são:

1º- A mamada regular promove a síntese e a libertação regular tanto da prolactina como da ocitocina;

2º- A quantidade de leite produzido é equivalente à quantidade que o bebé mamou (...) Também na opinião de Carvalho (2003), a fisiologia da lactação evita a superprodução de leite e o desperdício, sendo a produção de acordo com o consumo;

3º- A mama tem uma capacidade limitada de armazenamento de leite. A falta de estímulo de prolactina e da estase vascular intra-mamária devido ao armazenamento do leite leva à distensão dos alvéolos e canais galactóforos, que por sua vez diminuem o fluxo sanguíneo, e o suprimento hormonal e nutritivo necessário à produção de leite.

4.2.6. Técnica da Amamentação

Existem vários aspectos a ter em conta para uma correcta técnica de amamentação, tais como: a postura da mãe; a postura do bebé; a pega correcta; o horário e a duração das mamadas; e os cuidados com as mamas.

A postura a adoptar pela mãe é muito importante para obter o conforto do bebé, e assim vai tornar a experiência de mamar agradável. A primeira mamada deve ser vigiada por um profissional de saúde, para aconselhar a postura mais correcta e dar dicas de como a mãe pode estar posicionada, no entanto, ao longo das mamadas, a mãe/bebé vão adoptando, intuitivamente, posturas para otimizar o conforto de ambos. Existem então passos a seguir para favorecer uma correcta pega, havendo sucesso na amamentação.

Quadro 1 – Técnica Correcta da Amamentação

Momento	Procedimentos
Antes da mamada	<p><i>A mãe deve:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Lavar correctamente as mãos;• Relaxar;• Observar o estado das mamas (se ingurgitadas fazer expressão de leite até a auréola ficar macia para facilitar a pega);• Posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebé, a pega correcta e o contacto visual olho-no-olho mãe-filho;
Início da mamada	<ul style="list-style-type: none">• Segurar o bebé de forma a transmitir segurança e proporcionar conforto;• Posicionar o bebé próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo (no caso da mama ser muito grande ou pendente posicionar o polegar acima da auréola e o indicador por baixo da mama como um C);• O pescoço do bebé pode estar levemente estendido para trás;• Estar atenta aos reflexos do bebé para favorecer a pega correcta;• Observar e avaliar se o bebé está a fazer a pega correcta;• Ensinar a mãe a tocar com o lábio inferior do bebé no mamilo (este movimento desencadeia o reflexo de busca e prensão), quando o bebé estiver com a boca bem aberta deve aproximá-lo da mama, permitindo que a boca se feche, tendo lá dentro não só o mamilo, mas parte da auréola;• Quando o bebé está a mamar bem não estimular o bebé na bochecha pois devido ao reflexo de busca e prensão ele larga a mama e procura o estímulo;

Durante a mamada	<ul style="list-style-type: none">• Observar a frequência da sucção: nos primeiros 2-3 segundos o bebé suga com uma frequência muito rápida enquanto não ocorre o reflexo da ocitocina, depois o fluxo de leite aumenta e o bebé suga lenta e profundamente, ele suga e deglute, suga e deglute. Este ritmo varia de bebé para bebé;• Mãe e bebé deverão manter contacto olho-no-olho para favorecer a comunicação;• A mãe deverá ouvir o bebé a deglutir e poderá observar os movimentos vigorosos das mandíbulas, sendo este um dos sinais de amamentação eficiente;• O bebé deve mamar nessa mama durante o tempo que quiser, devendo largar a mama sozinho, indicando que não quer mamar mais dessa mama;• A mãe deve oferecer a outra mama;
No final da mamada	<ul style="list-style-type: none">• No final da mamada as mamas devem ficar vazias e macias;• A mãe deve espremer umas gotas de leite e envolver o mamilo e zona envolvente, deixar secar e só depois guardar a mama;• Manter as mamas secas no intervalo das mamadas;• A mãe deve recomeçar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior (caso o bebé só tenha mamado numa deve, começar pela que não mamou).

Fonte: Pereira, 2006, pp. 115, 116

Levy e Bértolo (2002, *cit. in* Pereira, 2006, p. 114) referem que, para o sucesso da técnica da amamentação, a duração do tempo da mamada não é importante, o bebé mama até ficar satisfeito, as mamadas fazem-se segundo o “regime-livre”.

A técnica correcta da amamentação implica que o bebé mame na mesma mama até ao seu esvaziamento, ou seja quando o bebé não quiser mamar naquela mama é que se dá a outra. Isto porque, à medida que o bebé mama, o leite vai ficando mais consistente e rico em gordura. A digestão da gordura é mais lenta, assim o bebé ficará mais saciado por mais tempo, diminuindo assim as cólicas, pois o leite no final tem menos lactose, que aquando da fermentação produz gases no intestino. (Pereira, 2006, p. 114)

A lavagem diária com água é suficiente, seguidamente, após o banho e após a mamada os mamilos devem ficar bem secos e por fim retirar um pouco de leite, massajando em redor do mamilo e auréola (Alden, 2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 35). A aplicação de loções ou cremes está desaconselhada, pois não deixa a pele respirar, aumentando o risco de gretas ou fissuras no mamilo. Também impedem a secreção de óleo

bacteriostático segregado pelas glândulas de Montgomery e alguns cremes contêm álcool o que provoca irritação da pele e consequente desidratação (Perry, 2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 35).

4.2.7. Importância do Aleitamento Materno

As recomendações da OMS e UNICEF, defendem a promoção do aleitamento materno exclusivo e segundo a UNICEF (2006, *cit. in* Sousa, 2009, p. 21) traduz-se no (...) aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida, o que produz enormes benefícios para a saúde, fornecendo nutrientes decisivos, protecção contra doenças fatais como a pneumonia e estimulando o desenvolvimento e o crescimento [...] o aleitamento materno continuado após seis meses, até aos dois anos de idade ou mais tarde, combinado com a alimentação complementar segura e apropriada, é a melhor abordagem para a alimentação infantil.

Dados estatísticos fornecidos pela UNICEF (2004, *cit. in* Sousa, 2009, p. 22), dizem que num país em desenvolvimento, se uma criança for amamentada tem três vezes mais de probabilidades de sobreviver à infância do que a criança que não é amamentada; nos primeiros dois meses de vida do bebé, se este não for amamentado exclusivamente à mama tem até 25 vezes mais de probabilidades de morrer de diarreia e quatro vezes mais de morrer de pneumonia que um bebé que seja amamentado.

Para além da promoção da saúde, também se estabelecem laços emocionais entre mãe e bebé. Para Bobak *et. al.* (1999, p. 425) a amamentação “(...) é um mecanismo importante no estabelecimento de uma relação estreita e de confiança entre a criança e o principal prestador de cuidados, um elemento chave no seu desenvolvimento emocional”

4.2.8. Vantagens da Amamentação

As vantagens que a amamentação traz são inúmeras, tanto para o bebé, como para a mãe, para a família, sociedade e meio ambiente. Todas estas vantagens são acreditadas cientificamente.

Segundo Mattar (2007) e Alden (2002) (*cit. in* Sousa, 2009, p. 24), as vantagens do leite materno para o bebé são: a satisfação das necessidades do bebé na sua totalidade, nos primeiros seis meses de vida, por ser o alimento mais completo quimicamente; uma fácil digestão e maior absorção; também auxilia a expulsão de mecónio, prevenindo a icterícia e a obstipação; diminui a incidência de linfomas e leucemias na infância e de diabetes mellitus tipo I; os bebés amamentados têm melhor resposta às vacinas parentéricas e orais; as crianças que foram amamentadas demonstram mais capacidade cognitiva, de escrita e verbal, apresentando um melhor desempenho escolar; favorece o desenvolvimento da linguagem e da arcada dentária, tendo melhor alinhamento e diminuição da incidência de cáries dentárias.

E segundo Mattar (2007, *cit. in* Sousa, 2009, p. 25), as vantagens para a mãe são: diminuição do risco de cancro de ovário e mama; amamentar promove a involução uterina e associa-se a menor hemorragia pós-parto; o peso é retomado mais rapidamente ao pré-gestacional; desempenha um método natural de planeamento familiar desde que se cumpram critérios, tais como: aleitamento materno exclusivo e em regime livre, mesmo à noite, desde que esteja em amenorreia; há o estabelecimento do vínculo mãe-filho; o risco de maus tratos e abandonos diminui.

Para a família, as vantagens incluem (Alden, 2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 26): menos custos; a família economiza os serviços de saúde pelo facto da criança adoecer menos; o absentismo dos pais diminui, porque o seu filho adoecer menos, logo não têm que faltar tantas vezes ao trabalho.

A sociedade tem as vantagens de (Alden, 2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 26): custos de atendimento de saúde, ligados à amamentação, ficam mais baixos; redução de gastos em consultas médicas, exames laboratoriais e hospitalares; a mãe e o bebé mais saudáveis.

As vantagens para o meio ambiente abrangem (Coutinho, 2001, *cit. in* Sousa, 2009, p. 26): o leite materno é gratuito, natural e renovável; sem desperdícios de recursos naturais (lata e papel) e dispensa empacotamento e transporte; diminuição da poluição ambiental e do lixo inorgânico como plásticos e borrachas (bicos e biberões).

4.2.9. Dificuldades na Amamentação

No início da amamentação surgem as maiores dificuldades, principalmente se for a primeira vez que a mãe amamenta.

Mamas muito cheias e dolorosas (ingurgitadas) surgem quando se dá a apojadura, “subida do leite”, por volta do 2º ou 3º dia, as mamas ficam quentes, pesadas e duras e é necessário que se faça a extracção do leite. Se não for feita, as mamas vão ficar ingurgitadas e a sua extracção torna-se muito difícil. Como se torna bastante difícil, tendo dores na mamada, muitas mães deixam de amamentar, o que pode levar à infecção da mama, por não haver drenagem de leite. Para evitar, a mulher deve fazer as mamadas em horário livre e verificar se o bebé efectua a pega correcta à mama. (Pereira, 2006, pp. 124, 125)

Bloqueio dos ductos, em que o mamilo tem 10 ou 20 canais que drenam leite, por vezes podem ficar obstruídos, na presença de leite mais espesso. A mama onde se encontra o bloqueio pode ficar avermelhada, devido a algum tipo de trauma, como o uso de roupa apertada ou pelo facto do bebé não mamar. Nesta situação o bebé deve mamar em diferentes posições para esvaziar todos os quadrantes da mama e a mãe deve usar soutiens e roupa larga. (Pereira, 2006, pp. 127, 128)

Mastite surge quando o ducto bloqueado não drena leite, ou agrava o ingurgitamento, o tecido mamário pode infectar. A mama fica ruborizada, quente, edemaciada e pesada, dando mal-estar à mulher, podendo mesmo ocorrer febre. Neste caso a mãe deve repousar e fazer extracção do leite com bomba e também aplicar compressas frias e húmidas nas mamas antes de cada mamada. (Pereira, 2006, pp. 128, 129)

Mamilos dolorosos e/ou com fissuras (gretados), ocorre quando se verifica uma pega incorrecta do bebé à mama, originando traumatismo do mamilo. O bebé deve abocanhar o mamilo e auréola, de forma a não causar dor nas mamadas e consequente diminuição do tempo das mamadas, levando à baixa de produção de leite. Mamilos planos e invertidos: faz com que a pega à mama seja mais difícil para o bebé, dificultando a

amamentação. Por isso é muito importante que a mãe amamente o bebé logo após o nascimento. (Pereira, 2006, pp. 125, 126)

4.2.10. Factores que levam ao abandono precoce da amamentação

A estética nos dias de hoje é considerado algo muito importante na sociedade e principalmente as mulheres preocupam-se em estar fisicamente bem. Então têm receio da deformação corporal, pois isso irá implicar discriminação social e com o facto de amamentar um filho têm medo que as suas mamas percam a sua beleza.

Segundo Lothrop (2000, p. 194): O seio aumenta mais do que na gravidez nos primeiros dois a três meses de lactação, mas após oito a doze semanas readquire o seu tamanho normal. Não de justifica o medo de muitas mulheres (principalmente quando já têm normalmente seios grandes) de que estes fiquem ainda maiores e mais pesados, talvez até “caídos”. Ficarão “caídos”, mais provavelmente, se o desmame for precoce ou se não houver amamentação, isto porque o corpo se preparou inutilmente durante nove meses [...] Depois de um longo período de amamentação, os seios ficam, geralmente, mais pequenos do que antes, porque, com o alongamento dos canais lactíferos, o tecido gorduroso é parcialmente substituído [...] depois de algum tempo [...] esse tecido adiposo, que dava ao seio a forma original, é repostos.

A modificação da estrutura familiar, decorrente da fuga da população para os grandes centros urbanos, iniciando-se famílias isoladas e nucleares, deixando de haver as famílias rurais, muito alargadas e tradicionalistas. Assim a família urbana deixou de estar apoiada pelas gerações mais velhas, que preparava as jovens para uma maternidade lenta e continuada (Galvão, 2006, *cit. in* Sousa, 2009, p. 42). Nestes grandes centros urbanos, como há pouca ou nenhuma ajuda para as mães, estas não são incentivadas a amamentar (King, 1991, *cit. in* Sousa, 2009, p. 42).

O aparecimento de leites comerciais em propagandas veio fazer com que o abandono precoce da amamentação aumentasse, pois transmitiram a ideia de que os leites artificiais são seguros e semelhantes ao leite materno. Assim tornou a mamada mais rápida e poderia ser dado o leite ao bebé por outra pessoa que não a mãe (Galvão, 2006, *cit. in* Sousa, 2009, p. 43). Os problemas laborais são outro grande factor de abandono precoce da amamentação, pois por vezes as mulheres têm medo de perder o emprego e não poderem sustentar a sua família, assim não ficam em casa o tempo completo de licença de parto e começam logo a trabalhar, não podendo amamentar.

Lothrop (2000, p. 49) afirma que é rara a excepção da mulher não poder amamentar, pois na altura do parto todas têm leite. As experiências anteriores negativas com outros filhos, vão influenciar a capacidade da mãe conseguir amamentar o novo bebé.

4.2.11. Promoção do Aleitamento Materno - O papel dos Enfermeiros

Segundo a OMS (*cit. in* Sousa, 2009, p. 44) todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros tem um papel muito importante na protecção, promoção e manutenção da amamentação e devem actuar no período pré-parto, parto e pós-parto até ao desmame.

Segundo Almeida (1996, p.40) “ acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e bebé no hospital, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno”, sendo particularmente importante o apoio dado no período pós parto. Para esta autora (1996, p.72) “os profissionais de saúde poderão ter um papel decisivo no sucesso da amamentação proporcionando as condições ideais para o início da lactação” sendo o suporte durante a amamentação indispensável para o sucesso do aleitamento materno.

Os enfermeiros são do domínio da educação materna e têm o dever de advertir a mãe com informação actualizada acerca da alimentação correcta que devem dar aos seus filhos no pós-parto e, pelo menos, até aos dois anos de vida da criança. Deve-lhes ser transmitida a importância e as vantagens do aleitamento materno para a criança, a mãe, família e sociedade, bem como dar a conhecer o funcionamento da amamentação, as dificuldades que pode encontrar e como as ultrapassar ou mesmo evitar. Também deve-se informar as desvantagens da introdução precoce do leite artificial. Deste modo a mulher poderá decidir como deseja alimentar o seu filho, baseada em informação de base científica e fidedigna. (Sousa, 2009, p. 45)

Neifert é um investigador que estuda o aleitamento materno, bem como as estratégias para a sua implementação com sucesso e em 1998 expôs um artigo sobre a optimização do aleitamento materno dizendo que para promover a iniciação do aleitamento materno com sucesso é necessário: a vigilância pré-natal com aconselhamento sobre o

aleitamento; ensino sobre a técnica correcta da amamentação e o seguimento da mãe – filho após a alta.

Orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde – Saúde Infantil e Juvenil Programa e tipo de actuação referem que “Importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade...ou situações identificadas como de risco” (2002, p.6).

No pós-parto, os primeiros 15 dias de vida do bebé são muito importantes para o sucesso no estabelecimento da amamentação, sendo importante a mãe ser substituída por alguém nas tarefas domésticas, para que a mãe se possa dedicar a tempo inteiro ao seu filho. É também importante o apoio dos enfermeiros, para o esclarecimento de dúvidas (Levy e Bértolo, 2008, p. 16).

Bellamy e Pereira (*cit. in* Pereira, 2006, p. 65) advertem que os profissionais de saúde devem iniciar os ensinamentos, acerca do aleitamento materno, a crianças, com vista as raparigas ficarem familiarizadas com este acto desde cedo.

Como referem Shanler et al. (1999), parece ser consensual na literatura a existência de uma opinião favorável em relação ao aleitamento materno por parte da maioria dos profissionais envolvidos nesta área. Em Portugal, e paralelamente ao que se passou na maioria dos países desenvolvidos, após um período de expansão e incentivo à utilização do leite artificial, assiste-se a um crescente interesse e reinvestimento por parte dos serviços de saúde na amamentação, constituindo actualmente a sua promoção uma das estratégias para a saúde do recém-nascido e do lactente.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 33) a fase metodológica é caracterizada “(...) pela tomada de decisão acerca dos métodos que se utilizam para responder à problemática além de planear a colheita de dados e influenciar na validade e interpretabilidade dos resultados”.

1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Ribeiro (1999, p. 41), o desenho de investigação refere-se “ (...) à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo”.

Neste desenho de investigação os conceitos abordados foram: métodos de investigação e tipo de estudo; variáveis; caracterização da população e da amostra; processo de amostragem; instrumento de colheita de dados; pré-teste; considerações éticas e tratamento e análise de dados.

1.1. Meio

“O investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo [...] A maioria dos estudos, tanto descritivos, como explicativos ou experimentais, são conduzidos em meio natural (...)” (Fortin, 2009, p. 217). Então este estudo foi realizado em meio natural, no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica, em Braga, às grávidas no 3º trimestre, que o frequentam.

1.2. Tipo de Estudo

Neste estudo a abordagem quantitativa foi considerada a mais adequada, pois nesta abordagem pretende-se a quantificação das variáveis em estudo. É baseado na observação de factos, de objectivos, de acontecimentos que existem, independentemente do investigador. “Os estudos quantitativos necessitam de desenhos estruturados e a sua realização segue um plano previamente estabelecido” (Fortin, 2009, p. 30)

Para atingir os objectivos propostos neste trabalho, optou-se por realizar um estudo descritivo simples, transversal, uma vez, que se pretende descrever quais as informações que as grávidas têm face à amamentação, procurando assim uma aproximação à realidade vivida pelas grávidas e explorando as opiniões acerca da amamentação, de forma a estabelecer as características da amostra.

A abordagem ao estudo descritivo simples, segundo Fortin (2009, p. 237) “ (...) implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”.

Segundo Fortin (2009, p. 252) “O estudo transversal tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento [...] numa dada população.”

1.3. Variáveis

Para Fortin (2009, p.171) “As variáveis são as unidades de base da investigação. [...] são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo [...] tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados”

Para Fortin (2009, p. 171) existem cinco tipos de variáveis mais usuais nas obras metodológicas que são: as variáveis independentes, dependentes, de investigação, de atributo e estranhas.

Este estudo apresenta variáveis de investigação, sendo estas, os conhecimentos das grávidas sobre a amamentação. Estas são “(...) qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular, nem relações de causa e efeito a examinar.” (Fortin, 2009, p. 171)

Também apresenta variáveis atributo, como a idade, estado civil, número de filhos e habilitações literárias. Segundo Fortin (2009, p. 172), as variáveis atributo são as “(...) características pré-existent dos participantes num estudo”

1.4. Considerações Éticas

Para Fortin (1999, pp. 116-120), existem 5 direitos éticos fundamentais das pessoas, numa investigação e são eles:

O direito à autodeterminação que defende a escolha da pessoa querer ou não participar na investigação.

O direito à intimidade que concerne à liberdade da pessoa de decidir sobre a informação a dar aquando da participação numa investigação.

O direito ao anonimato e à confidencialidade que refere-se à identidade do sujeito, se esta não for associada a respostas individuais e mesmo pelo próprio investigador.

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde à protecção da pessoa, que possam ser inconvenientes e susceptíveis de a prejudicarem.

O direito a um tratamento justo e equitativo que se refere ao direito que o sujeito tem de ser informado sobre a natureza da investigação para qual é solicitado, assim como os métodos utilizados nos estudo.

Todas as grávidas participaram neste estudo voluntariamente e após terem sido informadas acerca da utilização e finalidade do mesmo. Foi-lhes transmitido o tema e seus objectivos. Foram informadas acerca da confidencialidade e anonimato, garantindo a sua protecção.

Para este estudo também foi elaborado um pedido de autorização aos responsáveis do Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica, em Braga, o qual foi aprovado.

1.5. Caracterização da População e da Amostra

No planeamento de um projecto de investigação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada.

Fortin (2009, p. 311) define população como “ conjunto de elementos (...) que têm características comuns. [...] A população – alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Perante os objectivos do estudo, a população alvo é constituída por grávidas no 3º Trimestre de um Centro de Preparação para o Parto.

Como é raro conseguir aceder-se a toda a população alvo, estuda-se a população acessível, que é composta por parte da população alvo, ou seja, “(...) porção da população alvo a que se pode aceder” (Fortin, 2009, p. 311), que neste estudo engloba as grávidas que se encontram no 3º trimestre de gestação, que frequentam o Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, que tem como principal objectivo preparar o casal para uma Maternidade e Paternidade em pleno.

Uma amostra “ (...) é a fracção de uma população [...] deve ser representativa desta população, isto é, que certas características da população devem estar presentes em todos os elementos da população.” (Fortin, 2009, p. 312).

A amostra deste estudo foi constituída por 23 grávidas no 3º trimestre do Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, de modo a conseguir obter informação mais credível e não pouco representativa. A colheita de dados realizou-se durante mais ou menos 3 meses, cujo tempo as grávidas recorreram ao Centro para fazerem a preparação para o parto.

1.6. Processo de Amostragem

Optou-se pelo método de amostragem não probabilística acidental para seleccionar a amostra pelo facto de ser mais simples a organização.

O método de amostragem escolhido para seleccionar a amostra do estudo, é a amostragem não probabilística acidental, ou seja, “ (...) consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população. [...] escolher indivíduos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento” Fortin (2009, p. 321). Assim, as grávidas que estavam a frequentar o referido Centro, que obedecessem aos critérios de inclusão foram alvo deste estudo.

1.7. Instrumento de Recolha de Dados

Para este estudo, tendo em consideração o problema em estudo, as variáveis, o tipo de estudo e a amostra em que será aplicado, o instrumento seleccionado foi um questionário (apêndice II). O questionário foi aplicado de fins de Março a 20 de Junho.

De acordo com Fortin (1999, p. 249), “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.” “(...) os questionários podem comportar diversos níveis de estruturação: podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas da parte dos sujeitos”.

O questionário foi elaborado, tendo por base dar resposta aos objectivos delineados e de forma cuidadosa, de maneira a ser compreensível, para não suscitar dúvidas por parte das grávidas.

O questionário executado tem uma parte introdutória atestando que respeita a confidencialidade do indivíduo, bem como um termo de responsabilidade. Também foi explicada a finalidade do questionário e no que consistia a participação das grávidas.

Este está dividido em quatro partes, sendo a primeira constituída por seis questões, onde é feita a caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por seis questões e uma alínea e pretende-se conhecer a história obstétrica. Na terceira parte constam duas questões, com respectivas alíneas e aqui fala-se da tomada de decisão. A quarta parte é constituída por treze questões fechadas, com respectivas alíneas, onde se pretende avaliar os conhecimentos das grávidas acerca da amamentação.

Relativamente à colheita de dados, esta comporta o método de pesquisa quantitativo, que segundo Polit et al. (1995, p. 18), “a pesquisa quantitativa envolve a colheita sistemática de informação numérica (...) além da análise dessa informação, utilizando procedimento estatístico.”

1.8. Operacionalização do Questionário

Para avaliação dos conhecimentos sobre a amamentação utilizou-se o somatório de todas as questões do questionário atribuído uma classificação final de 0 a 100%, sendo que:

- 0 – 49% indica conhecimentos insuficientes
- 50 – 79% indica bons conhecimentos
- 80 – 100% indica muito bons conhecimentos.

Na IV-PARTE do questionário é efectuada a avaliação dos conhecimentos a partir da questão n.º 5 à questão n.º 13. As questões n.º 5, n.º 6 e n.º 7, são constituídas por alíneas: a) a c); a) a f); a) a d) respectivamente, em que apenas uma das opções é considerada correcta. Da questão n.º 8 à questão n.º 13, são dicotómicas (Sim/Não/Não Sei), em que algumas afirmações estão incorrectas propositadamente.

1.9. Pré – Teste

Para Lakatos e Marconi (1991, p.203) o pré-teste tem como objectivo detectar: (...) possíveis falhas existentes: inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou que causam embaraço ao informante; se as questões obedecem a

determinada ordem ou se são muito numerosas (...). Este é um “ (...) ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas (...)”, Polit et al. (2004, p. 225).

Foi aplicado um pré-teste a 2 grávidas que são seguidas no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, o qual sofreu algumas alterações, por detecção de repetições de frases e algumas melhorias em termos de escrita, de modo a ser mais compreensível. Após este pré-teste, não surgiram mais dúvidas, por parte das grávidas e o estudo seguiu em diante, com a aplicação dos questionários.

1.10. Tratamento e análise de dados

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos a tratamento estatístico para posteriormente serem analisados. Tratando-se de um estudo de abordagem quantitativa, o tratamento e a análise de dados foram efectuados no programa “Microsoft Office Excel 2007”.

Desta forma, os dados obtidos através do questionário serão transmitidos através de descrição de gráficos ou quadros. Estes serão utilizados de acordo com a melhor visualização dos resultados. Alguns gráficos serão de barras, ou circulares, conforme seja mais fácil a sua leitura.

CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA

Após a colheita de dados, fez-se a análise, tratamento de dados e discussão dos resultados, que foram obtidos através deste estudo. Os dados são “elementos que formam a base da análise” (Bogdan, 1994, p. 149).

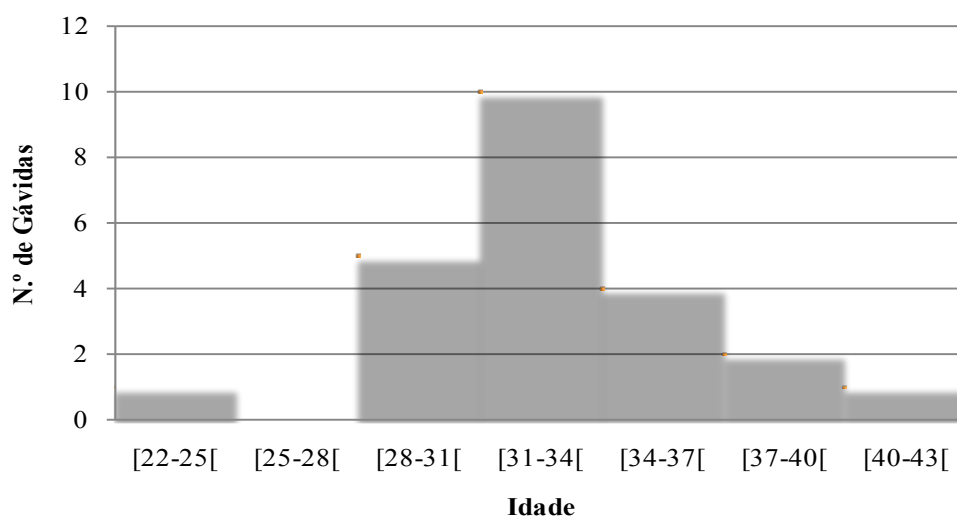
Esta parte encontra-se dividida em tratamento de dados e discussão do resultados.

1. Apresentação e Análise de Resultados

1.1. Caracterização da Amostra

Gráfico 1 – Distribuição dos dados em relação à idade da mãe

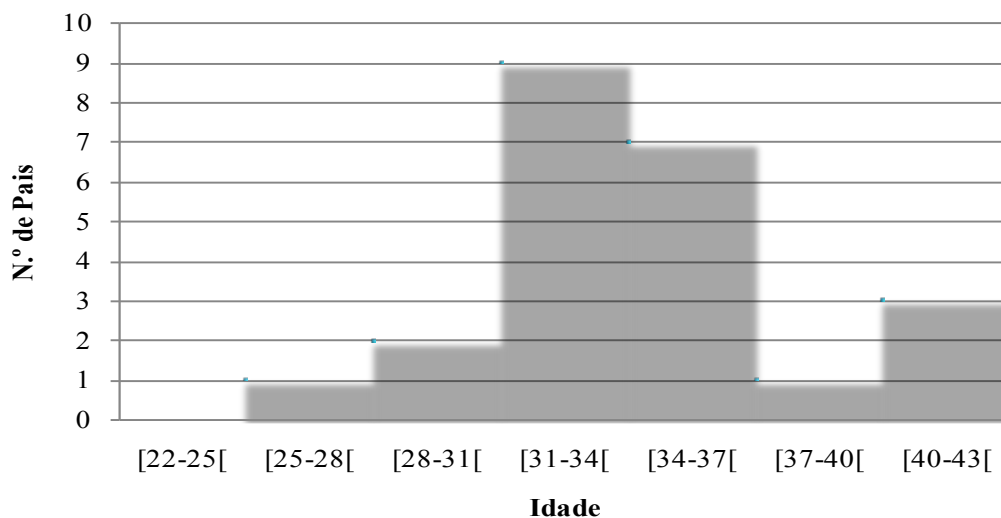
Para facilitar a caracterização da amostra dividiu-se as idades nas seguintes categorias: [22-25[; [25-28[; [28-31[; [31-34[; [34-37[; [37-40[; [40-43[anos de idade.



Pela observação do Gráfico 1, verifica-se que a maioria das grávidas se encontra com idades compreendidas entre os 31 e os 34 anos, com uma percentagem de 44% (10 elementos da amostra). Apenas 1 elemento (4%) com idade compreendida entre os 22 e os 25 anos, 5 elementos (22%) com idades entre os 28 e os 31 anos, 4 elementos (17%)

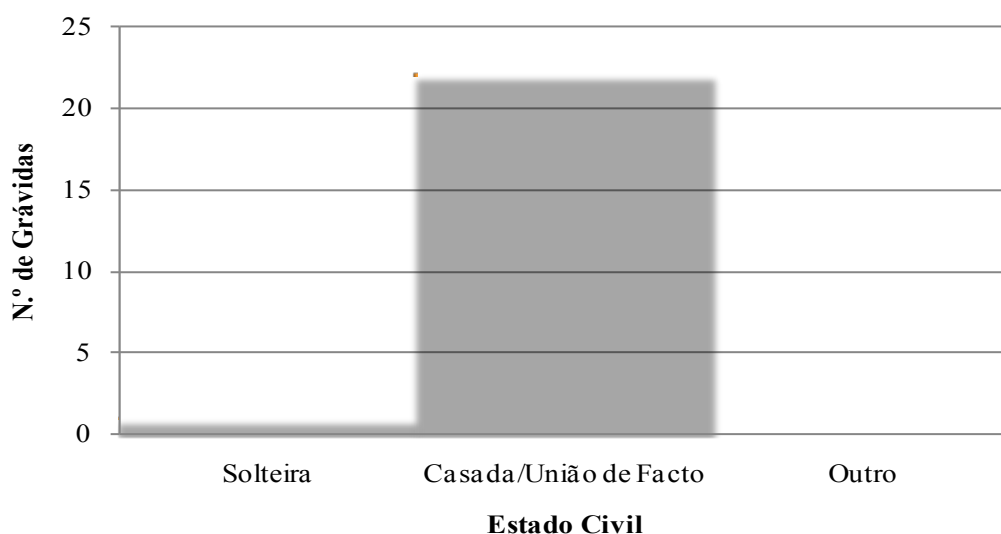
com idades entre os 34 e os 37 anos, 2 elementos (9%) com idades entre os 37 e os 40 anos e 1 elemento (4%) com idade entre os 40 e os 43.

Gráfico 2 – Distribuição dos dados em relação à idade do pai



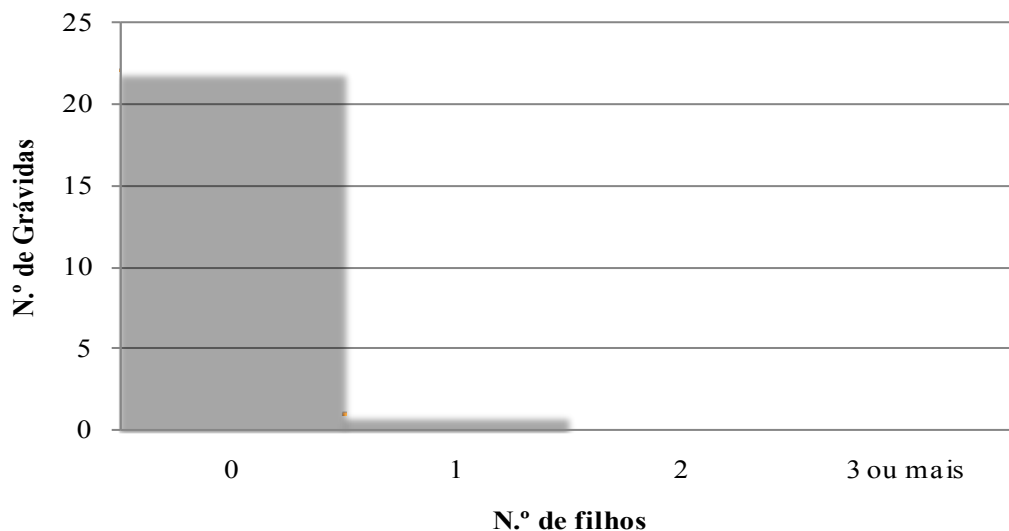
De acordo com o Gráfico 2 a idade do pai (conjugues das grávidas), também se situa com maior percentagem (39%) em idades compreendidas entre os 31 e os 34 anos, com o total de 9 elementos. A seguir encontra-se com 7 elementos (31%) as idades entre 34 e os 37 anos, depois com 3 elementos (13%) encontram-se entre os 40 e os 43 anos, com 3 elementos (9%) as idades entre os 28 e os 31 e ambos com 1 elemento cada (4% cada intervalo de idades), as idades entre os 25 e os 25 e também entre os 37 e os 40 anos.

Gráfico 3 – Distribuição dos dados em relação ao estado civil



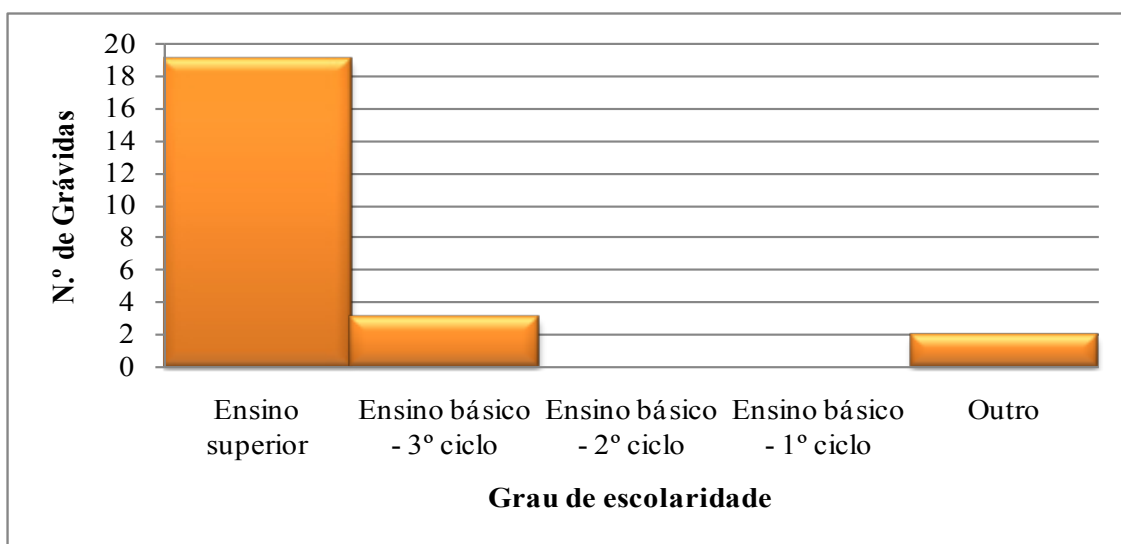
Relativamente ao Gráfico 3 verifica-se que 22 grávidas estão casadas/união de facto e apenas 1 grávida se encontra solteira.

Gráfico 4 – Distribuição dos dados em relação ao número de filhos



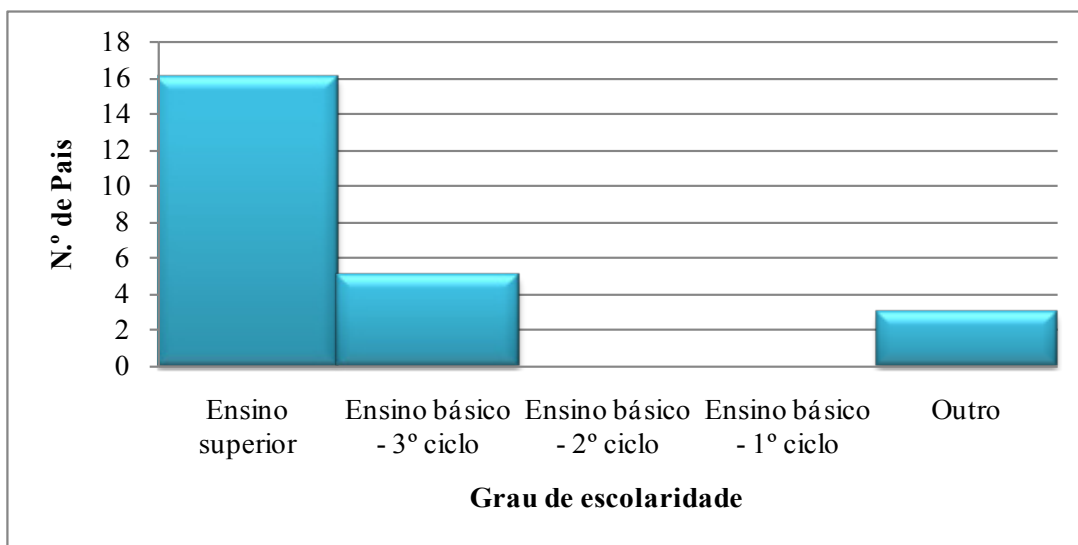
Como se verifica no Gráfico 4, apenas 1 elemento da amostra já tinha um filho anteriormente e 22 elementos ainda sem filhos.

Gráfico 5 – Distribuição dos dados em relação às habilitações literárias da mãe



No Gráfico 5, o grau de escolaridade mais prevalente é o Ensino Superior, com 19 elementos, em que uma das grávidas se encontrava como grau de Mestre e outra com Doutoramento (em outro). Apenas 3 elementos da amostra com o Ensino Básico – 3º Ciclo.

Gráfico 6 – Distribuição dos dados em relação às habilitações literárias do pai

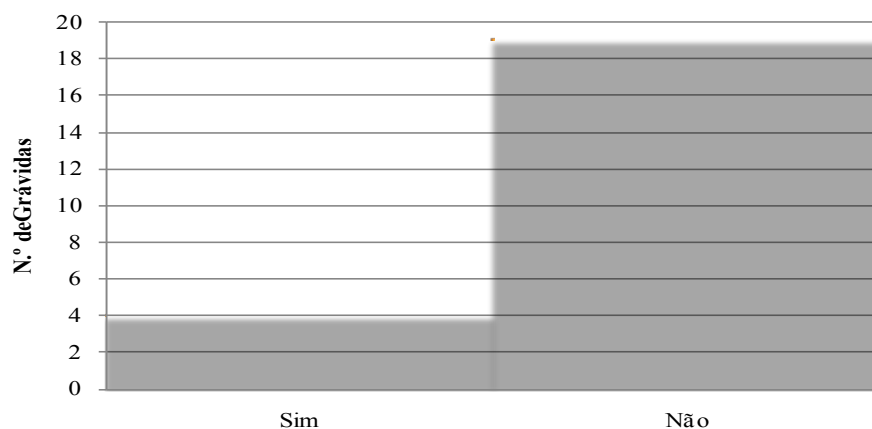


Tal como no Gráfico 5, no Gráfico 6, a maioria dos pais são detentores do Ensino Superior, com 16 elementos, em que 1 deles possui o grau de Doutoramento, outro o grau de Mestrado e outro a frequentar o ensino Superior (em outro). São 5 elementos que possuem o Ensino Básico - 3º Ciclo como grau de escolaridade.

1.2. História Obstétrica

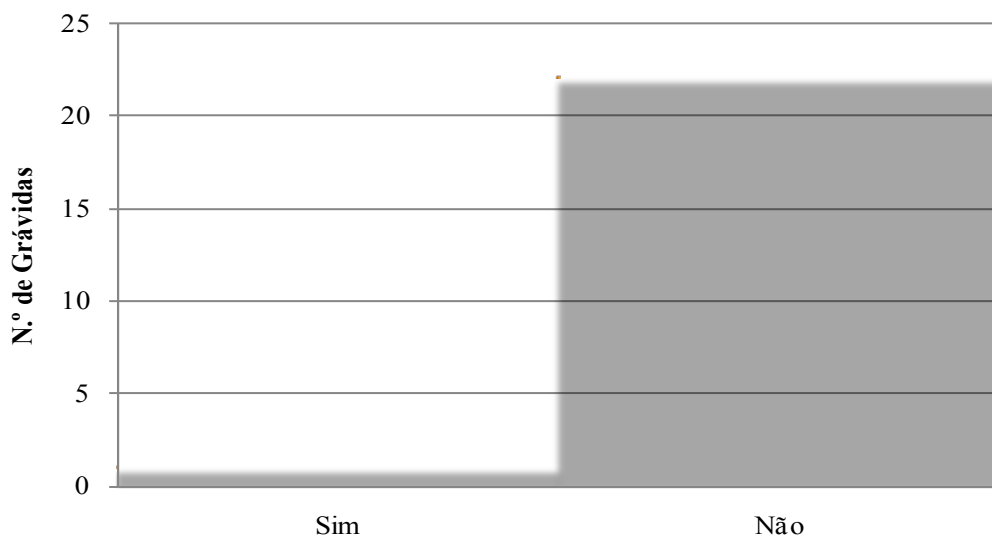
O que foi referido anteriormente faz parte da caracterização das grávidas que aceitaram participar no estudo de livre vontade. Seguidamente será efectuada a análise da segunda parte do questionário, no qual se encontram 7 questões, consideradas pertinentes e necessárias neste estudo.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a variável “Já teve alguma gestação anteriormente?”



Por observação do gráfico 7, verifica-se que apenas 4 mulheres já tiveram gestações anteriores (2 grávidas com 1 gestação, 1 grávida com 2 gestações e outra com 3 gestações), sendo que a maior parte da amostra não teve nenhuma gestação anterior.

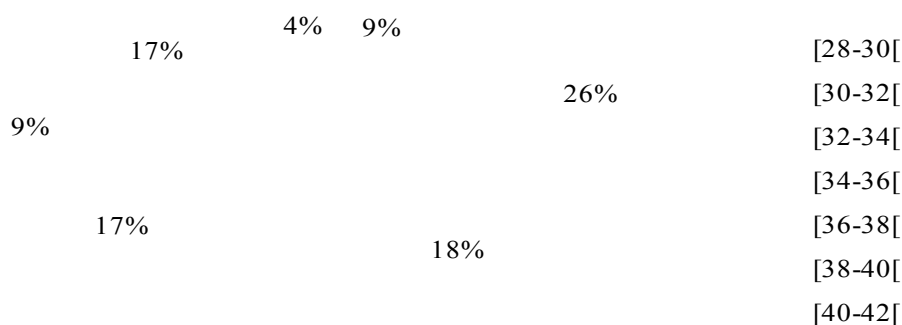
Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a variável “Já teve algum parto anteriormente?”



No gráfico 8 verifica-se que apenas 1 das 4 grávidas com gestações anteriores é que teve um parto. Todas as outras respostas foram negativas em relação à pergunta colocada.

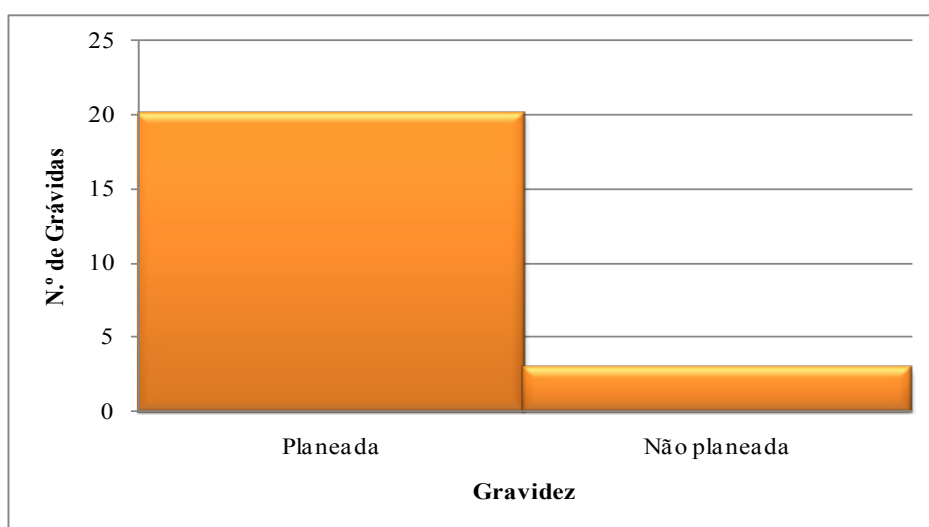
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a variável “Com quantas semanas de gestação se encontra?”

% Semanas de Gestação



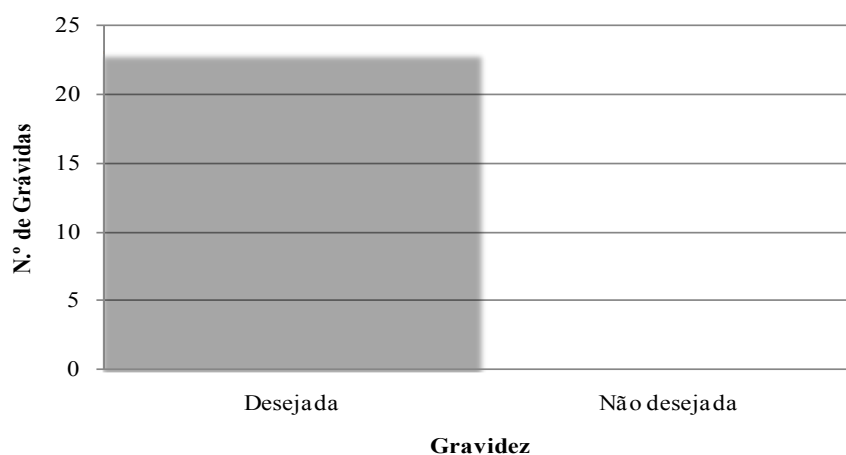
Este estudo foi aplicado a grávidas que se encontram no 3º trimestre de gestação, que vai desde as 26/28 semanas até às 42 semanas. Neste caso, por observação do Gráfico 9, verifica-se que a maior percentagem (26%) de grávidas se encontram no intervalo de 30 a 32 semanas. A seguir com 18% da amostra no intervalo de 32 a 34 semanas. Com percentagens iguais de 17% no intervalo de 34 a 36 semanas e 38 a 40 semanas. A percentagem de 9% é para ambos os intervalos de 28 a 30 e de 36 a 38 semanas. E a menor percentagem (4%) encontra-se no intervalo de 40 a 42 semanas.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a variável “Esta gravidez foi: Planeada ou Não Planeada?”



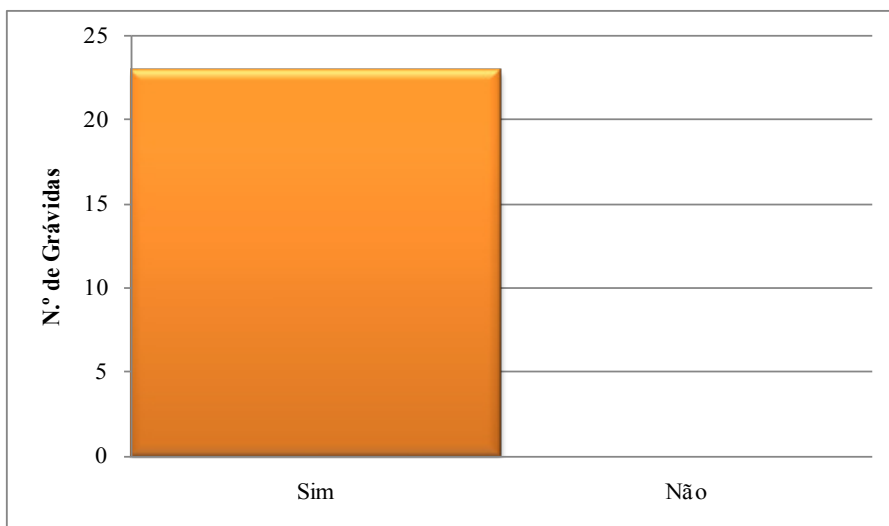
No Gráfico 10 apenas 2 grávidas (13% da amostra) responderam que a gravidez não foi planeada, mas 20 grávidas responderam que a gravidez foi planeada.

Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo a variável “Esta gravidez foi: Desejada ou Não Desejada?”



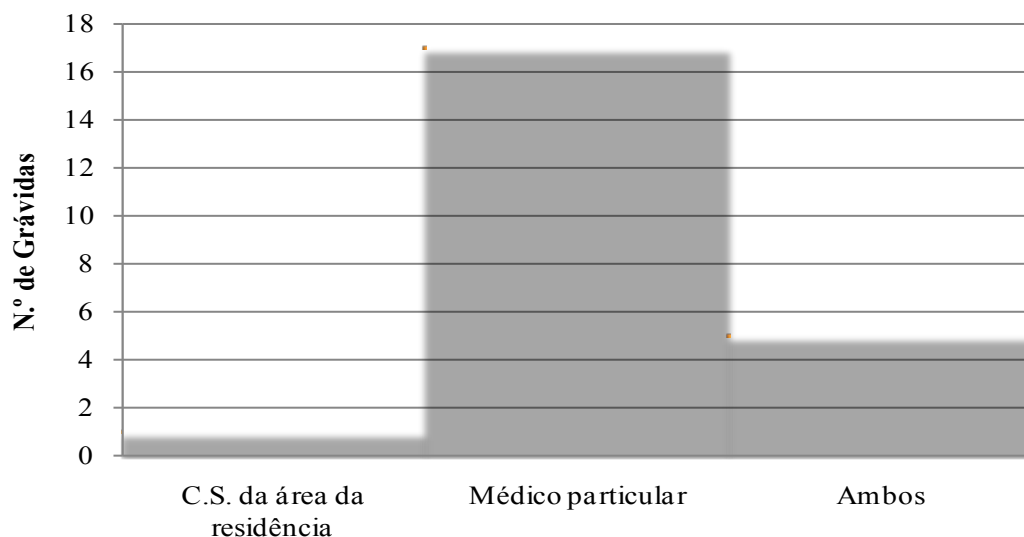
Por observação directa do Gráfico 11, verifica-se que 100% da amostra respondeu afirmativamente que a gravidez foi desejada, mesmo que no gráfico anterior 2 grávidas tenham respondido que não foi planeada.

Gráfico 12 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vigilância da gravidez?”



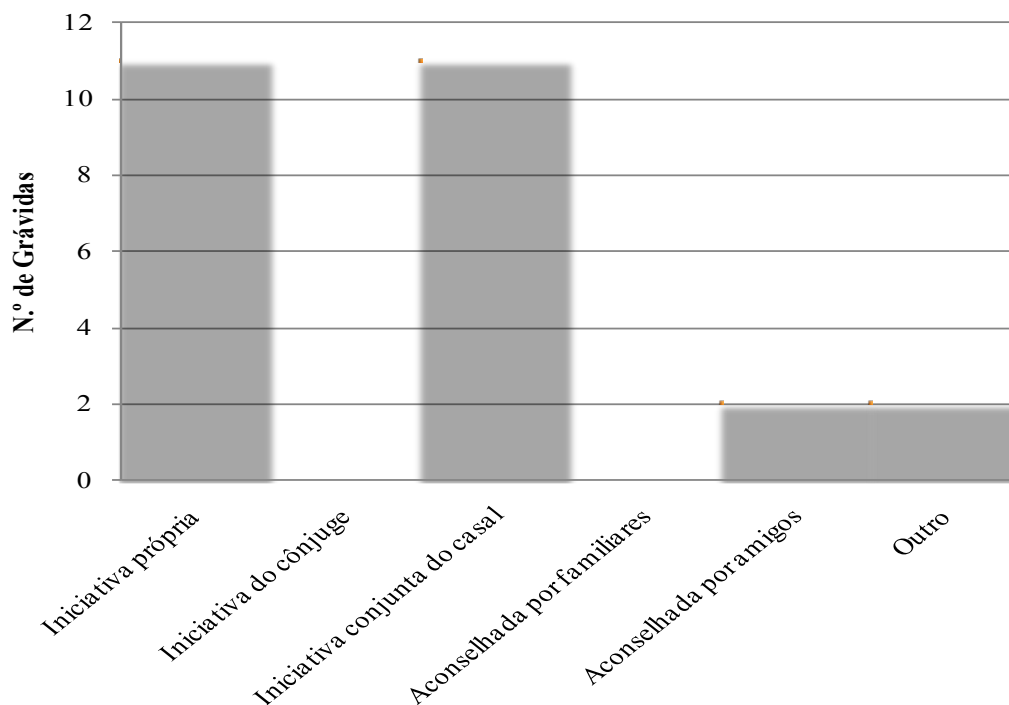
No Gráfico 12 demonstra que 100% das grávidas fazem vigilância da gravidez e ao questionar o número de consultas já feitas, deu uma média de 7 consultas no total da amostra.

Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a variável “Onde está a ser feita a vigilância?”



Como se observa no Gráfico 13, a maioria das grávidas (17 elementos) é seguida para vigilância no médico particular, apenas 1 é seguida no Centro de Saúde e 5 são seguidas em ambos.

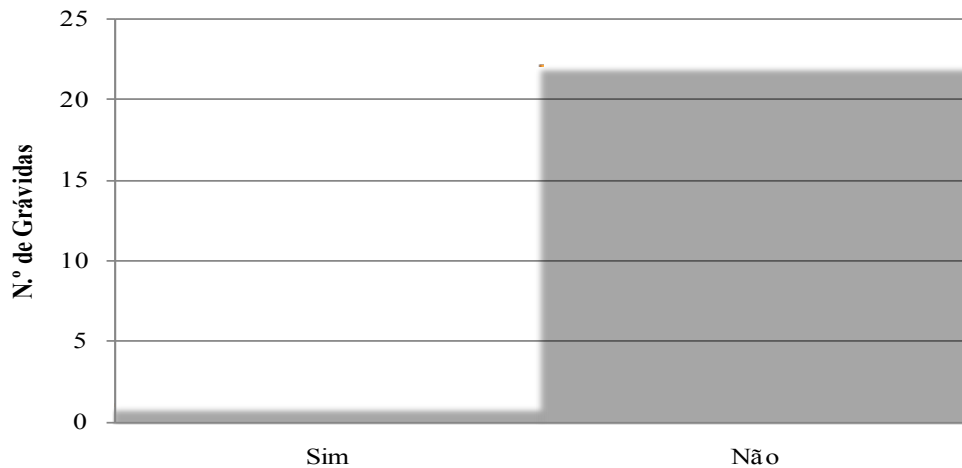
Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a variável “Iniciativa de frequentar o curso de preparação para o parto foi:”



No Gráfico 14 verifica-se que igual número de grávidas (11 elementos cada) respondeu que foi por iniciativa própria ou por iniciativa conjunta do casal frequentar o curso de preparação para o parto. A seguir, 2 grávidas responderam que foi aconselhada por amigos e 2 delas respondeu outro, referindo-se ao médico.

1.3. Tomada de decisão relativamente à Amamentação

Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Já amamentou anteriormente?”



Como se observa no Gráfico 15, apenas 1 grávida já amamentou anteriormente (a grávida com gestação e parto anterior). As restantes grávidas (22) nunca amamentaram.

Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se sim até que idade amamentou os seus filhos?”

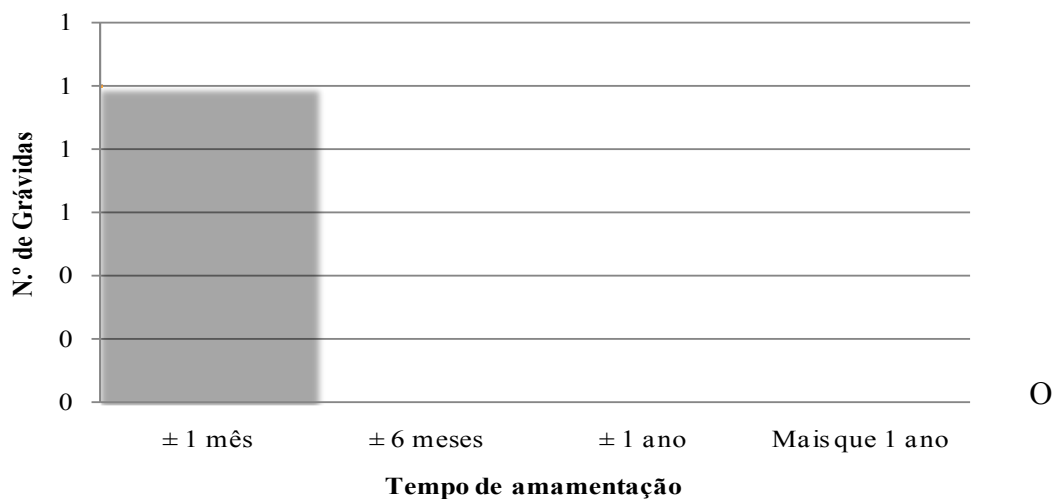
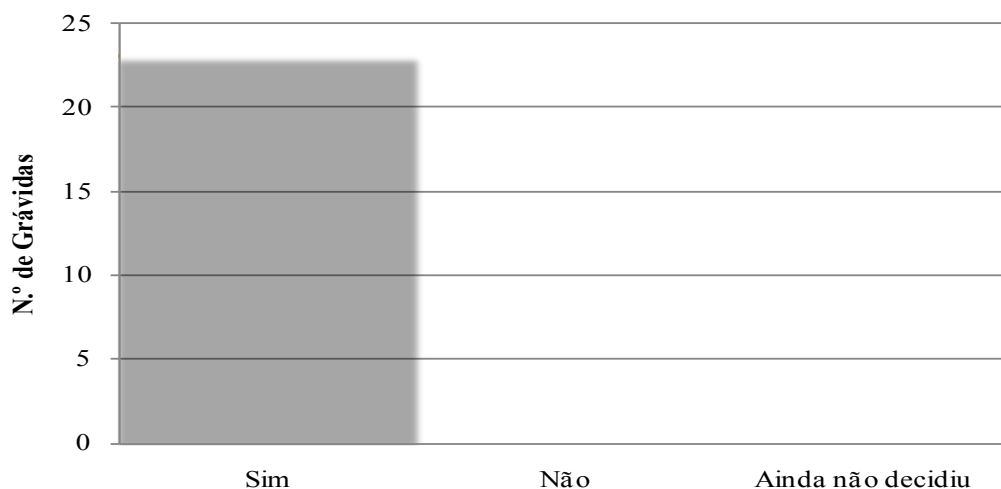


Gráfico 15 ilustra que a única mãe que amamentou, foi até ao 1 mês de idade do bebé.

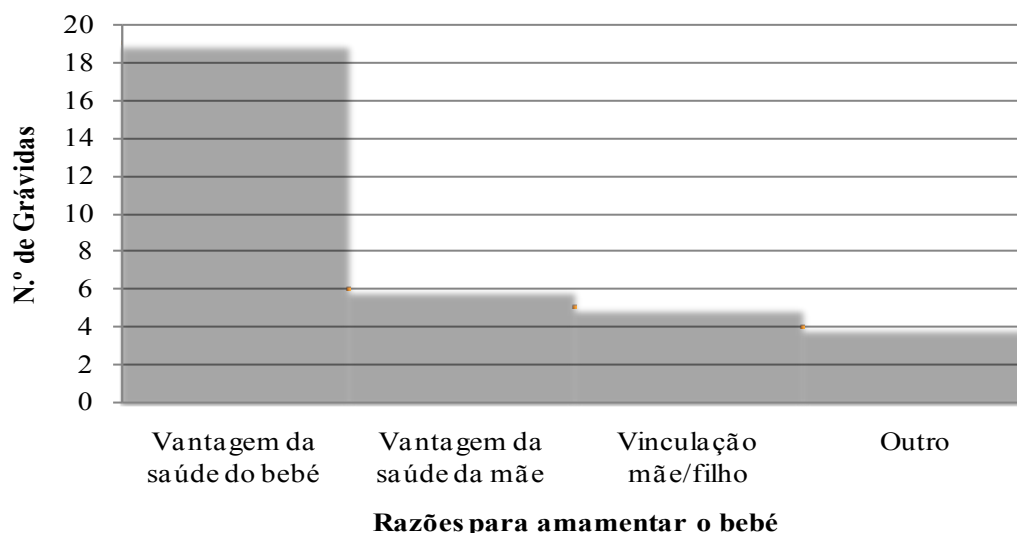
Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Actualmente planeia amamentar o seu bebé?”



Neste Gráfico 17 é evidente a vontade das grávidas em amamentar os seus filhos, pois a totalidade da amostra respondeu sim à questão.

A questão: “Se não amamentou, quais os motivos” não obteve resposta de nenhuma das grávidas.

Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se respondeu sim, quais as razões?”

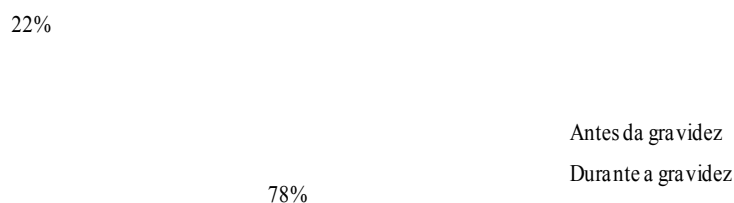


No Gráfico 18, a maioria das grávidas (19 elementos; 56% da amostra) respondeu que amamentar seria uma vantagem para a saúde do bebé. Com 6 respostas (17% da

amostra), a vantagem para a saúde da mãe e com 5 respostas (15%) a vinculação mãe/filho. Com 4 respostas (12%), no item outro, verifica-se que 2 delas respondeu que é recomendado pela OMS e as outras 2 grávidas responderam pela exequibilidade e ser a situação mais próxima da biologia.

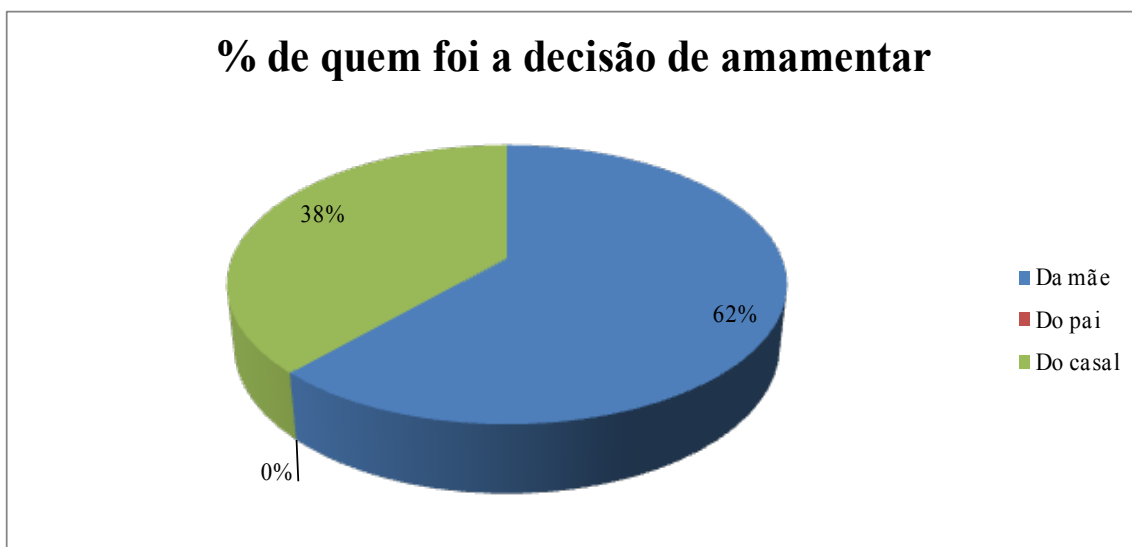
Gráfico 19 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quando tomou a decisão de amamentar?”

% de quando tomou a decisão de amamentar



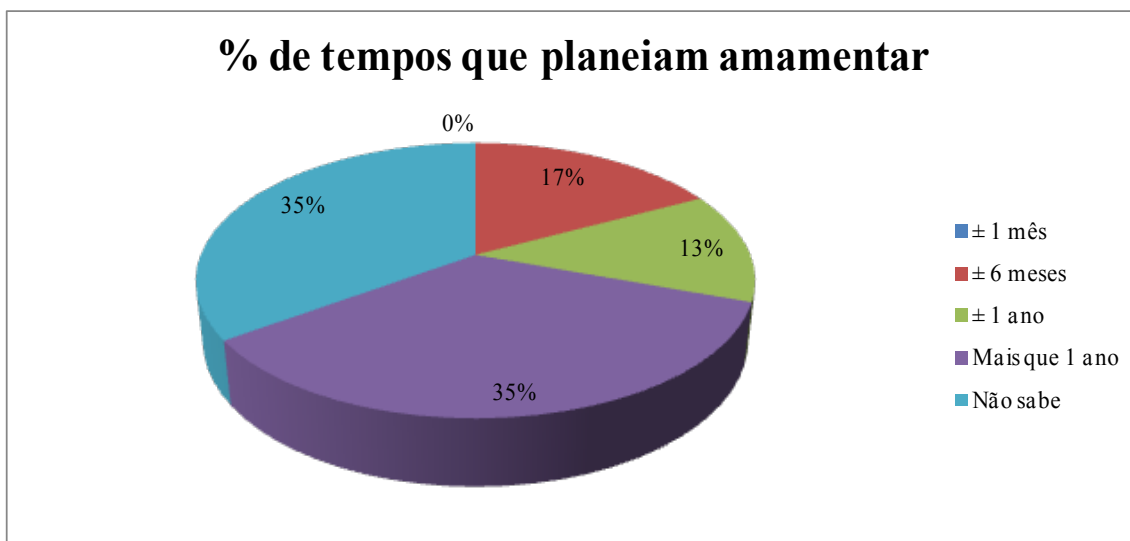
Pela análise do Gráfico 19, a maior parte das grávidas (18 elementos; 78% da amostra) respondeu que a sua decisão de amamentar se deu antes da gravidez e apenas 5 grávidas (22%) tomaram a decisão de amamentar durante a gravidez.

Gráfico 20 – Distribuição da amostra segundo a variável: “De quem foi a decisão de amamentar?”



No Gráfico 20, o número de grávidas a responder que a decisão de amamentar foi sua é de 62% (13 elementos). O número de grávidas que respondeu que a decisão foi do casal, é de 38% (8 elementos). Nenhuma delas respondeu que a decisão de amamentar foi do marido apenas.

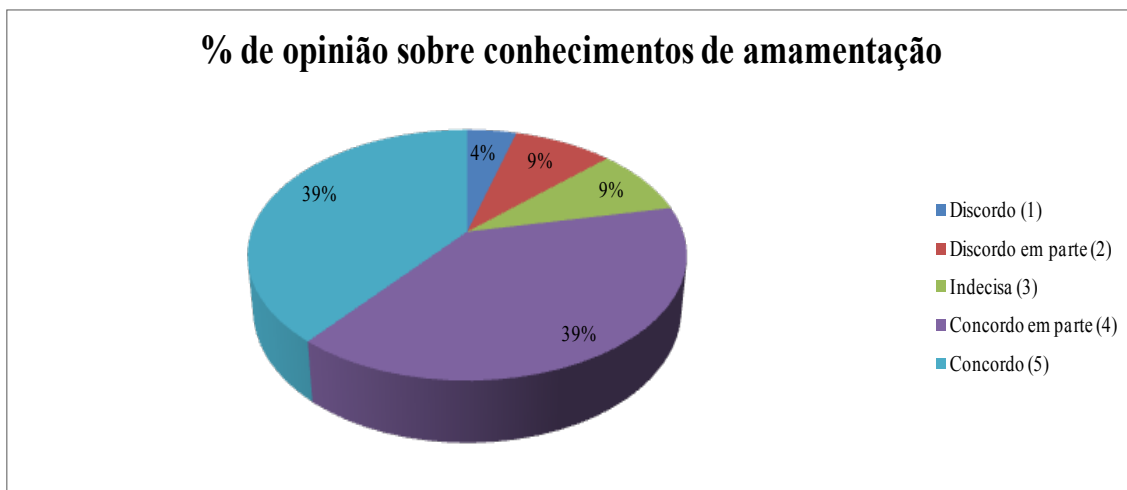
Gráfico 21 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se planeia amamentar, por quanto tempo o deseja fazer?”



Neste Gráfico 21, nenhuma das mães planeia amamentar menos de 6 meses, ninguém respondeu a mais ou menos 1 mês. Muitas delas ainda não sabem quanto tempo irão amamentar (8 elementos; 35% da amostra). Com a percentagem de 18% (4 elementos) planeiam amamentar mais ou menos 6 meses, as que planeiam amamentar mais ou menos 1 ano representam 14% da amostra (3 elementos). Por fim as que planeiam amamentar mais do que um ano se o bebê o desejar são 36% (8 elementos).

1.4. Avaliação dos conhecimentos sobre Amamentação

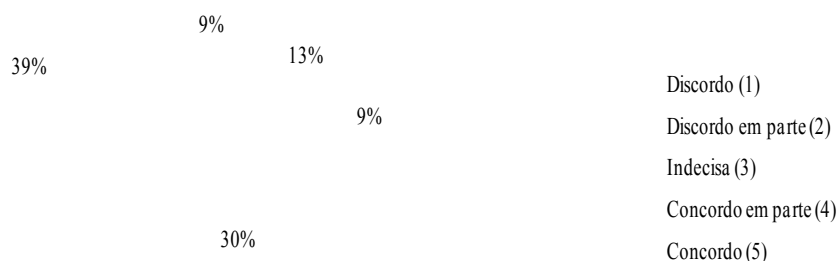
Gráfico 22 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Tenho conhecimentos sobre amamentação.”



Foi aplicada a Escala de Likert a esta questão, em que 1 significa discordo, 2 discordo em parte, 3 indecisa, 4 concordo em parte e 5 concordo. Após esta classificação, observa-se, por análise do Gráfico 22, que a mesma percentagem de grávidas (39% em ambos os casos; 9 elementos cada) concorda ou concorda em parte com a afirmação colocada e que 9% em ambos os casos (2 elementos em cada), está indecisa ou discorda em parte que possui conhecimentos sobre a amamentação. Apenas uma delas (4%) respondeu discordo, relativamente à afirmação.

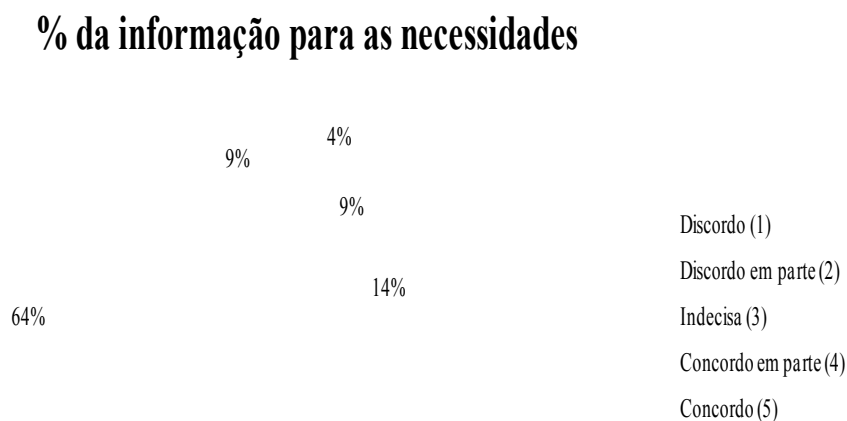
Gráfico 23 – Distribuição da amostra segundo a variável: “A informação recebida contribuiu para a minha tomada de decisão em amamentar.”

% da influência da informação na tomada de decisão



Aqui também foi aplicada a mesma escala, que na questão anterior. Pela análise do Gráfico 23, constata-se que a maior percentagem de grávidas (39%; 9 elementos), responderam que concordam que a informação recebida contribuiu na decisão de amamentar. As que responderam “concordo em parte” constituem 30% da amostra (7 elementos). As que responderam que discordam em parte representam 13% (3 elementos) e apenas 9% em cada (2 elementos cada) respondeu “discordo” ou “indecisa”.

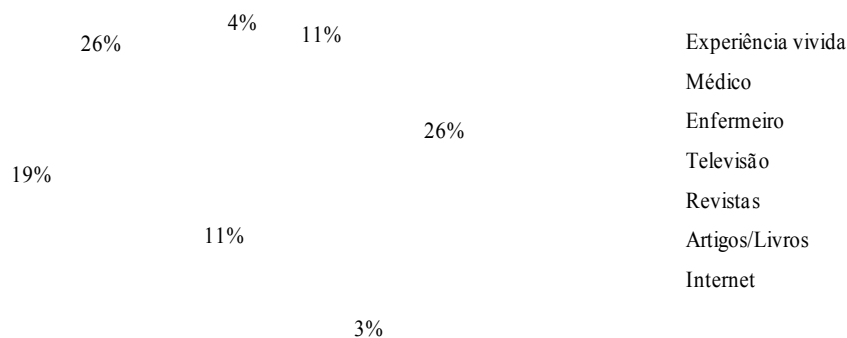
Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo a variável: “A informação recebida foi de encontro às minhas necessidades.”



Mais uma vez nesta questão foi aplicada a Escala de Likert. E com visível maioria (64%; 14 elementos), verifica-se no Gráfico 24, responderam que concordam que a informação foi de encontro às necessidades. Foram 3 grávidas que reponderam que concordam em parte (14%) e com 9% cada (2 elementos cada) responderam indecisa ou discordo e apenas 4% (1 elemento) respondeu que discorda em parte.

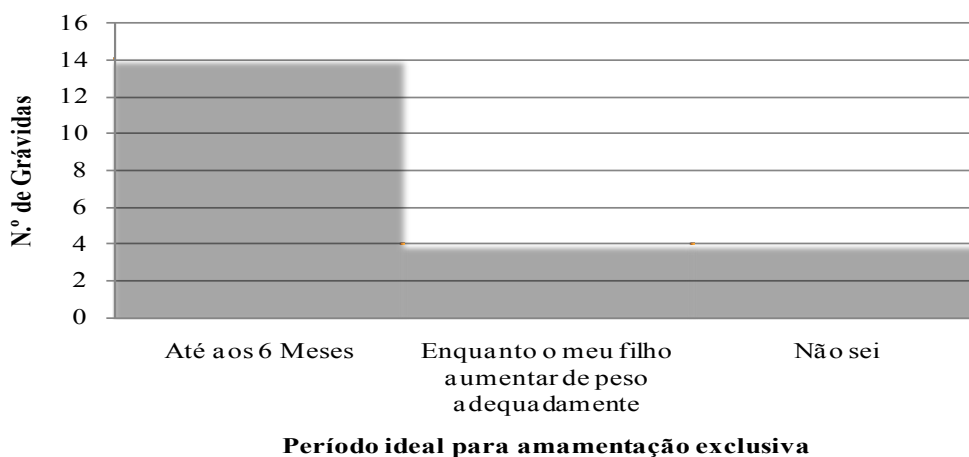
Gráfico 25 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Se pensa possuir conhecimentos, como os adquiriu?”

% das vias de aquisição de conhecimentos



Nesta questão foi informado às grávidas, que poderiam responder a mais do que uma questão, mas analisou-se individualmente cada fonte de informação. Pela observação do Gráfico 25, verifica-se que ambas com a mesma percentagem de 26% adquiriram informação sobre amamentação através do enfermeiro ou da internet. A seguir, 19% responderam que foi através de artigos/livros. Ambas com 11% responderam que foi através de revistas ou do médico, Apenas 4% respondeu que foi através da experiência vivida e 3% pela televisão.

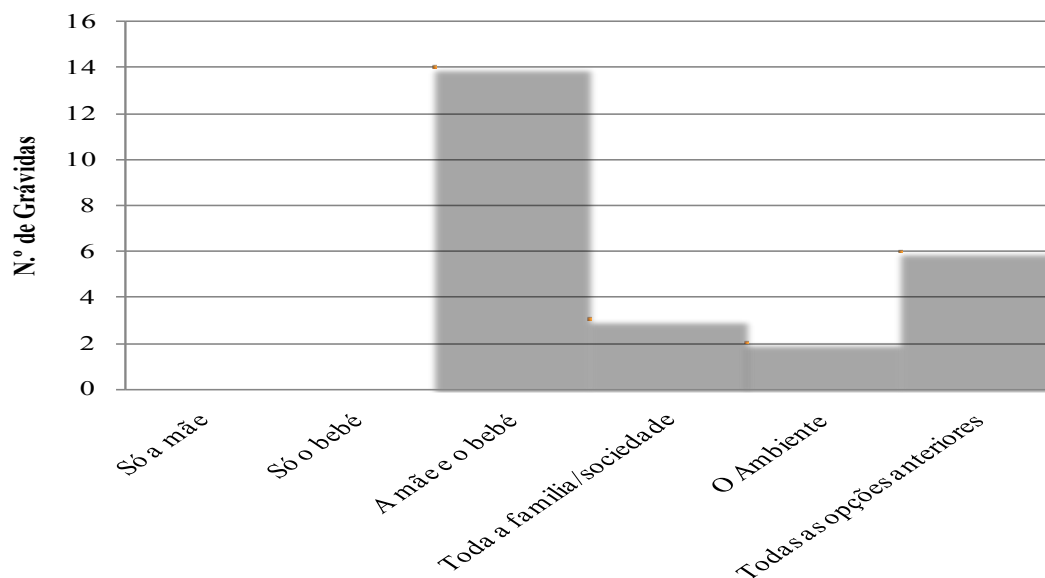
Gráfico 26 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Qual o período ideal para amamentação exclusiva?”



No Gráfico 26 verifica-se que, a maioria das grávidas (14 elementos) respondeu que o período ideal para a amamentação exclusiva é até aos 6 meses (conforme as

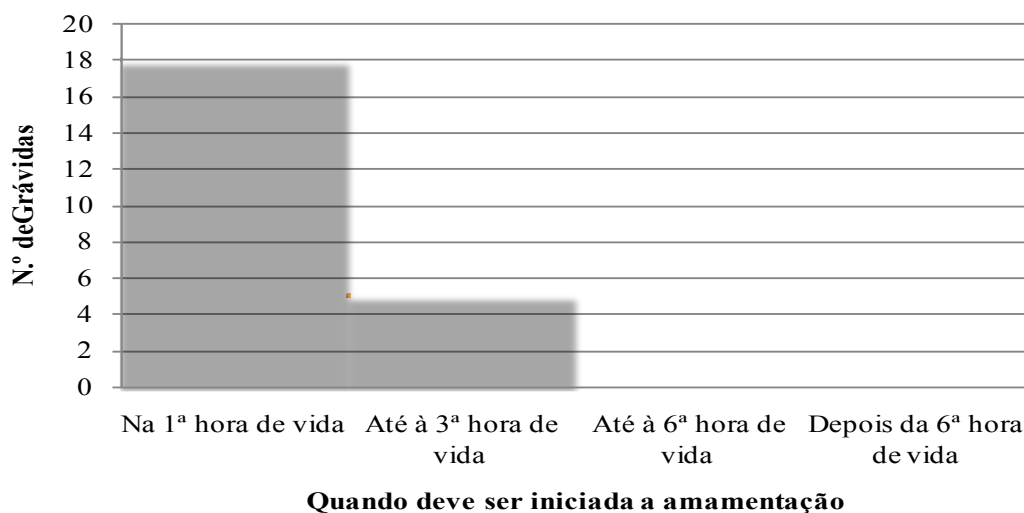
recomendações da OMS) e 4 grávidas responderam que deve ser enquanto o bebé aumentar de peso adequadamente e outras 4 respondeu que não sabia.

Gráfico 27 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quem beneficia quando o bebé é amamentado?”



Por observação directa do Gráfico 27, pode-se detectar que 14 grávidas responderam que quem beneficia quando o bebé é amamentado é a mãe e o bebé. Apenas 3 grávidas responderam que é toda a família/sociedade e 2 que é o ambiente. A todas as opções anteriores responderam 6 grávidas. As duas hipóteses restantes não foram assinaladas.

Gráfico 28 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Quando deve ser iniciada a amamentação?”



Para o Gráfico 28, a maior parte das grávidas (18 elementos) respondeu que a amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida, no entanto, 5 grávidas responderam até à terceira hora de vida. As restantes opções não foram assinaladas.

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para o bebé:”

Vantagens da amamentação para o bebé	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alimento mais adaptado às necessidades do bebé	23	100	0	0	0	0	23	100
Favorece o crescimento e o desenvolvimento psicomotor do bebé	22	96	0	0	1	4	23	100
Previne o risco de algumas infecções	22	96	0	0	1	4	23	100
Aumenta o risco de obesidade da criança			20	87	3	13	23	100
Promove uma melhor adaptação a outros alimentos	9	39	0	0	14	61	23	100
Promove a linguagem do bebé e diminui problemas de alteração morfológica da boca	9	39	2	9	12	52	23	100
O leite materno exclusivo é insuficiente para manter o peso do bebé	2	9	20	87	1	4	23	100

Por análise do Quadro 1, pode-se verificar, que a maioria das grávidas possui conhecimentos acerca das vantagens da amamentação para o bebé. Ao nível da afirmação “Alimento mais adaptado às necessidades do bebé”, a totalidade da amostra (23 elementos; 100%), considera ser uma vantagem da amamentação para o bebé. Relativamente às afirmações “Favorece o crescimento e o desenvolvimento psicomotor do bebé” e “Previne o risco de algumas infecções”, verifica-se que a maioria da amostra (22 elementos; 96%) concordaram que sim. Perante a afirmação “Aumenta o risco de obesidade da criança”, a maioria da amostra (20 elementos; 87%) respondeu negativamente à questão, ou seja, não concordam. Face às afirmações “Promove uma melhor adaptação a outros alimentos” e “Promove a linguagem do bebé e diminui problemas de alteração morfológica da boca”, apenas 9 elementos (39%) a

reconheceram como vantagem. Na afirmação “O leite materno exclusivo é insuficiente para manter o peso do bebé”, a maioria (20 elementos; 87%) respondeu que não.

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para a mãe:”

Vantagens da amamentação para a mãe	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Promove a involução uterina mais precoce	19	83	0	0	4	17	23	100
Facilita a redução mais rápida de peso	20	87	0	0	3	13	23	100
Favorece a vinculação mãe/filho	22	96	0	0	1	4	23	100
A mãe sente o prazer único de amamentar	18	78	0	0	5	22	23	100
Diminui o risco de cancro da mama e dos ovários	12	52	0	0	11	48	23	100
Está associado a uma maior probabilidade de hemorragia pós-parto	0	0	22	96	1	4	23	100

Relativamente às vantagens da amamentação para a mãe e de acordo com o Quadro 2, observa-se que a maioria da amostra tem conhecimentos. Observa-se que na afirmação “Promove a involução uterina mais precoce” a maioria das grávidas (19 elementos; 83% da amostra) considerou como vantagem. Quanto à afirmação “Facilita a redução mais rápida de peso”, 22 elementos da amostra (87%) respondeu que sim. No que diz respeito à afirmação “Favorece a vinculação mãe/filho”, quase a totalidade da amostra (22 elementos; 96% da amostra) concordou. Face à afirmação “A mãe sente o prazer único de amamentar”, grande parte da amostra (18 elementos; 78%) acordou como sendo vantagem. Na afirmação “Diminui o risco de cancro da mama e dos ovários”, mais de metade da amostra (12 elementos; 52%) respondeu afirmativamente. Na última afirmação “Está associado a uma maior probabilidade de hemorragia pós-parto”, quase a totalidade das grávidas (22 elementos; 96%) respondeu negativamente, ou seja que não concordam.

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para a família/sociedade:”

Vantagens da amamentação para a família/sociedade	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mais económico	23	100	0	0	0	0	23	100
O bebé é mais saudável, não gastando tanto a recorrer a serviços de saúde	22	96	0	0	1	4	23	100

No Gráfico 3, pode-se detectar que quase a totalidade da amostra reconhece as vantagens para a família/sociedade. Ao nível da afirmação “Mais económico”, todas as grávidas (23 elementos; 100%) disseram ser uma vantagem. Na afirmação “O bebé é mais saudável, não gastando tanto a recorrer a serviços de saúde” a generalidade (22 elementos, 96%) respondeu que sim.

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Vantagens da amamentação para o meio ambiente:”

Vantagens da amamentação para o meio ambiente	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diminuição da industrialização de latas de leite, biberões e tetinas, diminuindo desperdícios	23	100	0	0	0	0	23	100
Menor poluição ambiental	22	96	0	0	1	4	23	100

Nas vantagens para a amamentação para o meio ambiente, por observação do Quadro 4, verifica-se que a grande maioria das grávidas possui conhecimentos. De acordo com a afirmação “Diminuição da industrialização de latas de leite, biberões e tetinas, diminuindo desperdícios”, a totalidade da amostra (23 elementos, 100%) respondeu que concorda com a mesma. Relativamente à afirmação “Menor poluição ambiental”, quase toda a amostra (22 elementos, 96%) acordou que é uma vantagem.

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Conhecimentos sobre a técnica de amamentação:”

Conhecimentos sobre a técnica de amamentação	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lavar sempre as mãos antes de dar de mamar	21	91	1	4	1	4	23	100
O horário das mamadas deve ser de 3 em 3 horas	3	13	20	87			23	100
As mamadas devem ser feitas em regime livre	19	83	3	13	1	4	23	100
A mãe deve posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebé, a pega correcta e o contacto visual	23	100					23	100
Posicionar o bebé próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo	20	87	1	4	2	9	23	100
A posição da mãe não é muito importante para o sucesso da amamentação	3	13	20	87			23	100
Quando o bebé está a mamar bem não estimular na bochecha, pois devido ao reflexo de busca e preensão ele larga a mama e procura o estímulo	12	52	1	4	10	44	23	100
Se o bebé adormecer à mama, não estimular, porque a mama substitui a chupeta	1	4	20	87	2	4	23	100
Observar os estímulos do bebé durante a mamada não é necessário	1	4	22	96			23	100
Só após esvaziar uma mama é que se passa à outra para amamentar	14	64	2	9	6	27		
No final da mamada deve-se espremer um pouco de leite e espalhar à volta do mamilo, para prevenir gretas	21	91			2	9	23	100
A mãe deve recomeçar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior (caso o bebé só tenha mamado numa deve começar pela que não mamou)	17	74	1	4	5	22	23	100

Perante o Quadro 5, acerca dos conhecimentos sobre a técnica da amamentação, constata-se que também a este nível, a maioria da amostra reconhece aspectos fundamentais inerentes à técnica de amamentar. Relativamente à higiene das mãos, a maioria (21 elementos; 91%) reconhece a sua importância. No que diz respeito ao horário das mamadas, a maioria (19 elementos; 83%) acordou ser feito em regime livre. Na posição da mãe concordaram todas (23 elementos; 100%), ser um factor importante para o sucesso da amamentação, assim como a posição do bebé em relação à mama, que quase a totalidade (20 elementos; 87%) reconheceu como vantagem. Quanto aos reflexos do bebé, mais de metade das grávidas (12 elementos; 52%) tem conhecimentos. Relativamente à estimulação do bebé durante a mamada, quase a totalidade da amostra (20 elementos; 87%) reconhece que deve haver estimulação para que o bebé não adormeça à mama. Também grande parte (22 elementos; 96%) considerou ser importante a observação dos estímulos do bebé durante a mamada. Mais de metade da amostra (14 elementos; 64%) sabe que só após esvaziar uma mama é que se passa à outra e muitas delas (17 elementos; 74%) reconhecem que devem começar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior. A grande maioria (17 elementos; 74%) também acorda que é importante a aplicação de leite no final de cada mamada.

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a variável: “Conhecimentos sobre a anatomia da mama e fisiologia da amamentação:”

Conhecimentos sobre a anatomia da mama e fisiologia da amamentação	Sim		Não		Não sei		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
O tamanho das mamas não influencia a quantidade de leite produzida. (a glândula é semelhante em todas as mulheres)	22	96			1	4	23	100
Uma mulher com mamilos rasos pode amamentar	18	78			5	22	23	100
Quanto mais o bebé mamar, maior será a produção de leite	21	91			2	9	23	100
Caso o bebé não mame, vai haver mais produção de leite			20	87	3	13		
Os reflexos de produção de leite e de ejeção do leite são activados pela sucção do bebé	18	78	1	4	4	18	23	100
O leite é produzido na mama, mas sob indicações hormonais	18	78	1	4	4	18	23	100
Em alguns casos, as mães podem produzir mais leite do que os seus bebés necessitam	18	78			5	22	23	100
A dor, o desconforto, a ansiedade, o medo e a falta de confiança em amamentar não são factores decisivos no sucesso da amamentação	3	12	20	87			23	100
O bebé pega melhor numa mama flácida, do que numa que esteja ingurgitada e tensa	11	48	2	9	10	43	23	100

De acordo com o Quadro 6, verifica-se que a grande maioria das grávidas demonstra ter conhecimentos sobre a anatomia da mama e fisiologia da amamentação. Quase a totalidade da amostra (22 elementos; 96% da amostra) considera que o tamanho das mamas não influencia a quantidade de leite produzida. Uma grande maioria (18 elementos; 78%) também demonstra conhecer que uma mulher de mamilos rasos pode

amamentar. Verifica-se que uma grande percentagem da amostra (21 elementos; 91%) acorda que quanto mais o bebé mamar, maior será a produção de leite, sendo que 20 elementos (87%) não considera o contrário. No que diz respeito aos reflexos de sucção, muitas grávidas (18 elementos; 78%) consideram que activam a ejeção do leite, sendo que o mesmo número de grávidas considera que a produção de leite se dá sob indicações hormonais. Nos determinantes do sucesso da amamentação, uma grande parte da amostra (20 elementos; 87%) discorda que não são decisivos para a amamentação. Apenas na afirmação “O bebé pega melhor numa mama flácida, do que numa que esteja ingurgitada e tensa” menos de metade das grávidas concordou com a afirmação, sendo que, na generalidade, têm algumas dúvidas acerca deste parâmetro.

2. Discussão dos Resultados

Neste capítulo vão ser discutidos os resultados obtidos anteriormente apresentados e relacioná-los com a revisão da literatura realizada. O que se pretende com este estudo é identificar o conhecimento das grávidas sobre a amamentação.

Na avaliação dos conhecimentos, foi aplicada uma escala de 0 a 100%, em que o total da amostra (23 elementos), obtiveram uma média de 80% nos resultados, o que indica que têm muito bons conhecimentos. Apenas 8 elementos da amostra ainda não tinham assistido às aulas de amamentação, obtendo resultados inferiores às outras grávidas que já tinham assistido, embora não obtivesse alterações significativas no resultado.

Relativamente à parte da caracterização da amostra, e segundo a idade da amostra, verifica-se que a maioria das grávidas (10 elementos; 44%) se situam entre os 31 e os 34 anos, sendo que os conjugues também (9 elementos; 39%). Considerou-se importante questionar sobre a idade, visto que, neste caso, vão ter maturidades e experiências diferentes. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008, pp. 525, 526) “a mãe, o feto e o recém – nascido estão em maior risco quando a mãe é uma adolescente ou tem mais de 35 anos”, sendo que as mães com idade superior a 35 anos necessitam de mais apoio dos conjugues para a adaptação à maternidade. A amostra apresenta uma taxa significativa de grávidas acima dos 35 anos (7 elementos; 30%), mas a maioria situa-se com menos de 35 anos (16 elementos; 70%).

No que diz respeito ao estado civil, quase a totalidade da amostra (22 elementos) se encontra casada/união de facto, favorecendo assim o apoio na prestação de cuidados ao bebé, porque, supostamente, têm o seu conjugue ao lado delas durante mais tempo.

Considerou-se importante questionar acerca do número de filhos, porque as mulheres que já tiveram filhos, à partida, têm mais conhecimentos empíricos e experiência nesta temática. No entanto, a amostra é constituída, na sua maioria, por mães pela primeira vez (22 elementos; 96% da amostra).

As habilitações literárias são importantes, visto que quanto maior o grau de escolaridade, maior a probabilidade de ter mais conhecimentos, pois de acordo com Michaelsen et al (1994), citados por Levy (1996), há uma relação com feedback positivo entre grau de escolaridade e amamentação, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior o tempo de duração da amamentação. Na amostra verifica-se um alto nível de escolaridade (Ensino Superior), tanto das grávidas como dos conjugues, com 19 elementos e 16 elementos, respectivamente.

Quanto à tomada de decisão na amamentação, considerou-se importante questionar se já tinha amamentado, pois se a mulher teve uma boa experiência quando amamentou, mais probabilidades terá de amamentar o próximo filho, embora na amostra apenas 1 grávida já tinha amamentado antes. Esta grávida que amamentou, respondeu que a duração da amamentação foi de aproximadamente um mês, que segundo Levy e Bértolo (2008, p. 7), 90% das mulheres portuguesas iniciam a amamentação, no entanto quase metade delas, amamentam só até ao primeiro mês de vida. Segundo esta informação, 100% da amostra planeia amamentar os seus filhos, ou seja, superior à média nacional (90%).

Os motivos de quererem amamentar, incidiram nos mesmos pontos, em que maioria respondeu ao nível da saúde do bebé (19 elementos; 56%), mas também algumas responderam para a saúde da mãe, para a vinculação mãe-filho ou outras (recomendação da OMS e mais aproximado da biologia). De acordo com Aurora (*cit. in* Pereira, 2006, p. 61), o motivo mais comum de iniciação da amamentação é o que esta trás de benefício para o bebé.

Face à decisão de amamentar, a maioria (18 elementos; 78%) respondeu que foi anterior ao parto, o que vai de encontro ao Royal College of Midwifers (1994), citado por Pereira (2006), que refere que a decisão de amamentar, na sua maioria, é anterior ao parto. Os intervenientes responsáveis pela decisão de amamentar, foi na sua maioria a própria grávida, mas muitas delas responderam que a decisão de amamentar foi do casal. De facto e de acordo com Kummer (1999, *cit. in* Cardoso, 2006), é bastante importante o papel do pai no desenvolvimento da amamentação, pois este mantém a tranquilidade e o equilíbrio necessários, para o seu sucesso.

Quanto ao tempo que as grávidas pretendem amamentar, constata-se que a maioria ainda não sabe ou pretende amamentar mais do que um ano se o bebé desejar (8 elementos cada), embora de acordo com as recomendações da OMS e UNICEF (2006), o período ideal para aleitamento materno exclusivo, é o de 6 meses. Neste estudo, apenas 4 grávidas respondeu que planeia amamentar durante 6 meses.

Na avaliação dos conhecimentos, a maioria das grávidas respondeu que concorda ter conhecimentos sobre a amamentação, ou que estes influenciaram na sua decisão de amamentar, sendo que a informação recebida foi de encontro às suas necessidades (39%, 39% e 64% respectivamente). Estes dados vão de encontro ao que foi dito anteriormente em relação à idade e nível escolar.

A maioria das grávidas (14 grávidas; 64%) reconhece que o aleitamento materno exclusivo deve ser até aos 6 meses de idade do bebé, visto que até essa idade o bebé recebe, do leite materno, todos os nutrientes necessários ao seu desenvolvimento. Segundo as conclusões e directivas da “World Declaration and Plan of Action for Nutrition”, decorrente da “International Conference On Nutrition”, em Dezembro de 1992, em Roma, a Organização Mundial de Saúde considera que todas as mulheres devem ter a oportunidade de alimentar os seus filhos, exclusivamente com leite materno nos primeiros 6 meses e como complemento até aos 2 anos de vida do bebé (WHO, 2002).

Em relação aos benefícios que trás a amamentação, a opção escolhida foi principalmente a mãe e o bebé (56%), mas também assinalaram as vantagens para a família/sociedade e ambiente, indo de encontro ao que diz Pereira (2006), pois as grávidas não se focam apenas nas vantagens da saúde do bebé, valorizando as vantagens para elas, família e meio – ambiente.

Também ao nível do início da amamentação, quase a totalidade da amostra reconhece que esta se deve dar logo na primeira hora de vida do bebé, tal como demonstra King (1991, *cit. in* Sousa, 2009, p. 74), de que a amamentação deve começar o mais cedo possível, na primeira hora de vida, pois é a seguir ao parto que o bebé se encontra mais desperto e sensível a iniciar a adaptação à mama e todo o processo da amamentação.

Face aos conhecimentos das vantagens da amamentação para o bebé e perante as afirmações “Alimento mais adaptado às necessidades do bebé”, “Favorece o crescimento e o desenvolvimento psicomotor do bebé”, “Previne o risco de algumas infecções”, “Aumenta o risco de obesidade da criança”, “Promove uma melhor adaptação a outros alimentos”, “Promove a linguagem do bebé e diminui problemas de alteração morfológica da boca” e “O leite materno exclusivo é insuficiente para manter o peso do bebé”, a maioria da amostra (aproximadamente 78%) soube responder, como sendo ou não uma vantagem à totalidade das afirmações. De acordo com Mattar (2007, *cit. in* Sousa, 2009, p. 75), o leite materno é o alimento mais completo e que satisfaz as necessidades do bebé até aos 6 meses de vida, sendo este de fácil digestibilidade e o mais adaptado ao mesmo. Também previne infecções a vários níveis e é anti-alérgico (Levy e Bértolo, 2007).

Alden (2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 76) confirma que existem bases científicas acerca do efeito positivo da amamentação no desenvolvimento da linguagem e crescimento dos dentes e arcada dentária. Segundo Perry (2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 76), as crianças amamentadas têm menor risco de virem a sofrer de obesidade na vida adulta.

De acordo com as vantagens para a saúde da mãe, nas afirmações “Promove a involução uterina mais precoce”, “Facilita a redução mais rápida de peso”, “Favorece a vinculação mãe/filho”, “A mãe sente o prazer único de amamentar”, “Diminui o risco de cancro da mama e dos ovários”, são opiniões validadas por Mattar (2007, *cit. in* Sousa, 2009, pp. 76, 77) e a grande maioria das grávidas (82%) demonstra possuir conhecimentos.

Nas vantagens da amamentação para a família / sociedade, face às afirmações “Mais económico” e “A criança é mais saudável, não gastando tanto a recorrer a serviços de saúde” quase a totalidade das grávidas (98%) concordou como vantagens. Estas afirmações vão de encontro à opinião de Alden (2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 77), que diz que a criança adocece menos sendo amamentada, logo os pais faltam menos ao trabalho e têm menos gastos em consultas de médicas, medicação, exames ou hospitalizações.

Relativamente às vantagens para o meio – ambiente, segundo as afirmações “Diminuição de industrialização de latas de leite, biberões e tetinas, diminuindo desperdícios” e “Menor poluição ambiental”, as grávidas (98%) também identificaram como vantagens. Segundo Coutinho (2001, *cit. in* Sousa, 2009, pp. 77, 78) a prática da amamentação diminui a poluição e diminui a quantidade de lixo orgânico.

Perante a técnica da amamentação, a maior parte das grávidas (83%) possui conhecimentos. De acordo com as afirmações “Lavar sempre as mãos antes de dar de mamar”, “A mãe deve posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebé, a pega correcta e o contacto visual”, “Posicionar o bebé próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo”, “A posição da mãe não é muito importante para o sucesso da amamentação”, Pereira (2006) concorda que um dos procedimentos antes de efectuar a mamada é a lavagem das mãos e também que a o posicionamento da mão e do bebé são aspectos fundamentais da técnica da amamentação.

No que diz respeito às afirmações “O horário das mamadas deve ser de 3 em 3 horas” “As mamadas devem ser feitas em regime livre”, Bértolo e Levy (2007) dizem que a criança deve estabelecer o seu próprio horário de mamar, quando tiver fome, sendo este de regime livre.

Existem 3 reflexos do bebé na amamentação, o de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição (Levy e Bértolo, 2002, p. 26) e de acordo com a afirmação “Quando o bebé está a mamar bem não estimular na bochecha, pois devido ao reflexo de busca e preensão ele larga a mama e procura o estímulo”, acontece quando algo toca nos lábios ou bochechas é activado este reflexo e a cabeça do bebé vira-se à procura do estímulo.

De acordo com (Levy e Bértolo, 2002, p. 26), quando algo toca no palato do bebé, ele tem o instinto de sugar (reflexo de sucção) e quando a boca fica cheia de leite ele engole (reflexo de deglutição) tudo isto é inato, não se ensina ao bebé, acontece naturalmente e isto vai contrariar a afirmação “Observar os estímulos do bebé durante a mamada não é necessário”, porque é importante a observação de todos os reflexos.

De acordo com Levy e Bértolo (2002, p.16): A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que precisam em 4 minutos. Alguns bebés prolongam mais as mamadas, por vezes até 30 minutos ou mais; o que interessa é perceber que o bebé está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer da mama uma chupeta (...), o que comprova que a afirmação “Se o bebé adormecer à mama, não estimular, porque a mama substitui a chupeta” está incorrecta.

Quanto às afirmações “Só após esvaziar uma mama é que se passa à outra para amamentar”, “A mãe deve recomeçar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior (caso o bebé só tenha mamado numa deve começar pela que não mamou)” estas são corroboradas por Pereira (2006).

Nas afirmações “No final da mamada deve-se espremer um pouco de leite e espalhar à volta do mamilo, para prevenir gretas”, é um facto que Pereira (2006) partilha desta opinião.

De acordo com a anatomia da mama e fisiologia da lactação, grande parte da amostra (80%) demonstra ser detentora de conhecimento. No que diz respeito à afirmação “O tamanho das mamas não influencia a quantidade de leite produzida. (a glândula é semelhante em todas as mulheres)” é apoiada por Jaldin e Santana (2001, *cit. in* Sousa, 2009, p. 78), pois o tamanho da mama está relacionado com a quantidade de gordura existente.

Alden (2002, *cit. in* Sousa, 2009, p. 79) vai de encontro à afirmação “Uma mulher de mamilos rasos pode amamentar”, pois independente do tipo de mamilo, o bebé adapta-se com sucesso.

Em relação às afirmações “Quanto mais o bebé mamar, maior será a produção de leite” e “Caso o bebé não mame, vai haver mais produção de leite”, é a primeira que se encontra correcta, conforme refere Bértolo e Levy (2007), pois os impulsos da boca do bebé vão do mamilo para o cérebro e este segrega o leite como resposta, logo quanto mais o bebé mamar, mais leite irá ser produzido. Tudo isto vai de encontro à afirmação “Os reflexos de produção de leite são activados pela sucção do bebé”.

Na afirmação “O leite é produzido na mama, mas sob indicações hormonais” é verdade que, segundo Cardoso (2006, *cit. in* Sousa, 2009, p.78), o sistema nervoso da mãe, no pós – parto produz duas hormonas essenciais para os reflexos mamários na lactação, sendo elas: a prolactina (produção do leite) e a ocitocina (ejecção do leite).

Relativamente à afirmação “Em alguns casos, as mães podem produzir mais leite do que os seus bebés necessitam”, a OMS/UNICEF (1995, *cit. in* Pereira, 2006, p. 98) diz que, no caso de gémeos, ambos mamam nas duas mamas e vai haver produção de leite equivalente para os dois.

Na afirmação “A dor, o desconforto, a ansiedade, o medo e a falta de confiança em amamentar não são factores decisivos no sucesso da amamentação”, são algumas das razões encontradas na literatura pelas quais as mulheres referem não amamentar relacionam-se com a percepção de pouco leite, o bebé não conseguir sugar, embaraço, medo da dor ou desconforto, limitações à sua liberdade e vida social e a crença de que o pai não pode ser envolvido no processo do aleitamento da criança (King, 1991; Losh, Dungy, Russel, & Dusdieher, 1995), citado por Marinho & Leal (2004, p. 94). Na amostra 20 elementos, consideraram estes parâmetros como sendo factores determinantes na amamentação.

Esta afirmação “O bebé pega melhor numa mama flácida, do que numa que esteja ingurgitada e tensa” é corroborada por Levy (1996), citado por Pereira (2006, p. 100), sendo muito importante manter a auréola flexível no início da mamada.

CONCLUSÃO

Ao terminar este trabalho é chegado o momento de sinteticamente reflectir sobre o percurso realizado. A pesquisa efectuada, que sustenta toda a problemática deste estudo, contribuiu de modo significativo para enriquecer os meus conhecimentos e em simultâneo reflectir sobre as práticas profissionais dos enfermeiros, na área do aleitamento materno.

Sendo um assunto actual, sobre o qual se tem debruçado varias disciplinas e realizados múltiplos estudos, este tema não se esgota, existindo sempre novas questões a exigirem respostas.

O principal objectivo desta investigação centrou-se no conhecimento das grávidas, no 3º trimestre de gravidez, sobre amamentação.

Neste estudo, em que a amostra tem uma formação académica maioritariamente de nível superior, verificou-se que a maioria já havia decidido amamentar antes da gravidez. O envolvimento do companheiro na tomada de decisão representa uma percentagem relevante, cerca de um terço, o que tem particular significado se atendermos à importância do pai como factor de sucesso no aleitamento materno.

Os resultados apontam para um elevado nível de conhecimentos acerca do tema, obtidos através de várias fontes, em que se destacam os enfermeiros e a internet, com igual percentagem. Tal facto deve merecer a nossa reflexão. Por um lado realça o papel dos enfermeiros como os promotores da amamentação por excelência, e por outro lado remete-nos para a crescente importância da internet como fonte de informação privilegiada.

Verificou-se que a frequência do curso de preparação para o parto teve um efeito positivo nos conhecimentos das grávidas, uma vez que aquelas que ainda não tinham assistido à aula de amamentação revelam menos conhecimentos.

Os resultados deste estudo estão de acordo com os estudos existentes sobre o assunto. Parece-me no entanto importante deixar expressas algumas reflexões que considero importantes para a prática da enfermagem. A preparação dos pais durante a gravidez é fundamental para proporcionar informação relevante e orientada, diminuindo a ansiedade, muitas vezes associadas a múltiplas e controversas discussões de amigos, familiares, revistas e sites nem sempre recomendáveis.

A utilização cada vez mais frequente da Internet como fonte de orientação e conhecimento deve ser tida em conta pelos enfermeiros, utilizando-a como meio de comunicação e ajudando os pais na selecção da informação mais adequada.

Ao terminar, tenho a certeza de que este trabalho fica incompleto. Seria interessante conhecer o modo como os conhecimentos destas grávidas influenciaram o seu (in)sucesso na amamentação. Também seria interessante fazer um estudo com uma amostra mais significativa e com um nível académico mais diversificado.

A realização deste estudo comprovou a importância da investigação na construção do conhecimento científico e na sua aplicação à prática profissional.

Como futura enfermeira, os conhecimentos que adquiri ao longo deste trabalho contribuirão para melhorar a minha pratica na promoção do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia Citada

- Almeida, Maria Leonor Quinhones Levy Gomes Albuquerque d'.(1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. Lisboa: [s.n], Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, pp. 40, 72.
- Bértolo, H ; Levy, L. (2007). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê.
- Bobak et al (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Loures, Editora Lusociência, p. 425.
- Bogdan, R. Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Editora, p. 149.
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno: Uma prática de educação para a saúde no âmbito de enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Clayton, L. Thomas, D. (2000). *Dicionário Médico Enciclopédico*. 17ª Edição. Loures. Manole, p. 1070.
- Dicionário de Língua Portuguesa. (2006). Porto Editora, p. 384.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência, pp. 116-120, 249.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta, pp. 30, 49, 50, 73, 87, 160, 171, 172, 217, 237, 252, 311, 312, 321.

- Infopédia, Enciclopédia e Dicionários Porto Editora (2010). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>> [Consultado em 16 de Dezembro de 2010]
- International Council of Nurses (2006). *CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 1.0, Lisboa, Gráfica, p. 45.
- Lakatos, E.M. e Marconi, M. (1991). *Fundamentos da metodologia científica*. Rio de Janeiro, Atlas, pp. 27, 203.
- Levy, L. (1996). O Sucesso do Aleitamento Materno: Contributo de uma Intervenção Clínica. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Levy, L. Bértolo, H. (2002). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa. Gráfica 2000. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, pp. 7, 11, 12, 15, 16, 21, 26.
- Levy, L. Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa. Gráfica Maiadouro, pp. 7, 11, 16, 21.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. Lisboa, Editora Paz, pp. 49, 194.
- Lowdermilk, D. Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures. Lusodidata, pp. 525, 526.
- Maia, C. J., Maria (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, p. 46.
- Marinho, C.; Leal, I. (2004). *Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiro*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2004, 5 (1), 93-105

- Martins, C. *et al.* (2006). Aleitamento Materno: O conhecimento das mães. *In: Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº 7.
- Martins, C. *et al.* (2006). Aleitamento Materno: Um dom a não perder. *In: Sinais Vitais*, (35/Março), p. 57
- Organização Mundial da Saúde. (1989). *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno – uma declaração conjunta da OMS/Unicef*. Genebra: OMS.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures. Lusociência, pp. 43, 55-57, 59-61, 65, 70, 89-92, 95, 99-101, 114-116, 124-129.
- Polit, D.; Beck, C e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed, p. 225.
- Polit, F.; Hungler, P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre. Artes Médicas, pp. 18, 33.
- PORTUGAL. Direcção Geral Da Saúde. Divisão de Saúde materna, Infantil e dos Adolescentes (2002). *Saúde infantil e Juvenil: Programa tipo de actuação*. 2ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, p. 6.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climps Editores, p. 41
- Sousa, S. E., Carla (2009). *O conhecimento dos docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre aleitamento materno*. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, pp. 21, 22, 24-26, 42, 43-45, 74-79.

- TERUYA, Keiko; COUTINHO, Sónia Bechara – Sobrevivência infantil e aleitamento materno In: REGO, José D. – *Aleitamento materno*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. Cap. 2 p.5-19.
- UNICEF (2004). Comunicado de Imprensa: Mais de 1 milhão de crianças poderiam ser salvas através do Aleitamento Materno.
- UNICEF (2006). Comunicado de Imprensa: Aleitamento Materno, uma maneira simples de salvar vidas.
- Universidade Fernando Pessoa. (2009) Manual de Estilo de Elaboração de Monografia.[Em linha]. Disponível em <http://ufp.edu.pt>. [Consultado em 16/07/2010]
- *World Health Organization*. The World Health Organization's infant-feeding recommendations. Bull WHO 1995.
- <http://www.dbarriga.pt> [Consultado em 10 de Dezembro de 2010]
- <http://www.leitematerno.org/oms.htm> [Consultado em 10 de Dezembro de 2010]
- www.ordemenfermeiros.pt [Consultado em 10 de Dezembro de 2010]

APÊNDICES:

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma

O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação

	Ano Lectivo 2008/2009						Ano Lectivo 2009/2010							Ano Lectivo 2010/2011															
	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	
Pesquisa bibliográfica	Em constante realização																												
Definição do tema/ Problema																													
Definição dos objectivos																													
Metodologia																													
Pré-teste																													
Colheita de dados																													
Tratamento de dados																													
Resultados																													
Discussão dos resultados																													
Conclusão																													
Correcções Finais																													
Entrega do projecto de graduação ao orientador																													
Entrega do PG à UFP																													
Defesa do projecto de graduação																													

	Actividade Realizada
	Actividade Planeada

O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação

APÊNDICE II – REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

Exmas. Enfermeiras
Responsáveis pelo Centro de
Preparação para o Parto Barriguita
Mágica – Braga

Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Nome do Investigador Principal: Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida

Título do projecto de investigação:

“A Informação que as Grávidas no 3º trimestre, inscritas no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica em Braga, têm sobre a Amamentação”

Pretendendo realizar no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica – Braga o projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exas., na qualidade de Investigador Principal, as suas apreciações e a elaboração do respectivo parecer.

Para o efeito, anexo o questionário que pretendo aplicar na vossa instituição.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 01 de Dezembro de 2010

O INVESTIGADOR PRINCIPAL

O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação

APÊNDICE III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nota Introdutória

Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida, a frequentar o 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a elaborar um trabalho científico, realizado no âmbito do Projecto de Graduação, que se intitula “O conhecimento das Grávidas no 3º trimestre, de um Centro de Preparação para o Parto, sobre a Amamentação”, realizado no Centro de Preparação para o Parto Barriguita Mágica, em Braga. Este estudo tem como objectivo identificar qual a informação que as grávidas têm sobre a amamentação.

Agradeço a atenção e disponibilidade que nos vão dispensar para responderem às questões. Todas as informações terão total confidencialidade e anonimato, pois terão utilidade, unicamente, para a elaboração deste trabalho científico.

Caso tenha alguma dúvida em relação a alguma pergunta ou não quiser responder, por favor não se sinta forçado. A sua colaboração é valiosa para a concretização e veracidade deste estudo por isso as respostas devem ser sinceras.

A elaboração deste questionário demora cerca de 10 minutos até ser finalizado.

Reitero os agradecimentos pela colaboração que nos prestam, a qual é imprescindível para a investigação.

A aluna:

(Tânia Sofia Duarte Ferreira de Almeida)

APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

I - PARTE

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Responda ou Assinale com uma cruz (X) a opção que mais se adequa a si.

1. Idade da Mãe: _____

2. Idade do Pai: _____

3. Estado Civil:

- a. Solteira
- b. Casada/União de Facto
- c. Outro Qual? _____

4. N° de Filhos:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. Mais de 3

5. Habilitações Literárias da Mãe:

- a. Ensino superior
- b. Ensino básico – 3º ciclo
- c. Ensino básico – 2º ciclo
- d. Ensino básico – 1º ciclo
- e. Outro: _____

6. Habilitações Literárias do Pai:

- a. Ensino superior
- b. Ensino básico – 3º ciclo
- c. Ensino básico – 2º ciclo
- d. Ensino básico – 1º ciclo
- e. Outro: _____

II – PARTE

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Assinale com uma cruz (X) a opção que mais se adequa a si.

1. Já teve alguma gestação anteriormente?

- a) Sim Quantas? _____
- b) Não

2. Já teve algum parto anterior?

- a) Sim Quantos? _____
- b) Não

3. Com quantas semanas de gestação se encontra? _____

4. Esta gravidez foi?

- a. Planeada: Sim Não
- b. Desejada: Sim Não

5. Vigilância da gravidez?

- a. Sim Quantas Consultas? _____
- b. Não

5.1. Onde está a ser feita a vigilância?

- a. C.S. da área de residência
- b. Médico particular
- c. Ambos

6. Iniciativa de frequentar o Curso de Preparação para o Parto foi:

- a. Iniciativa própria
- b. Iniciativa do cônjuge
- c. Iniciativa conjunta do casal
- d. Aconselhada por familiares
- e. Aconselhada por amigos
- f. Outro Quem? _____

III – PARTE

TOMADA DE DECISÃO RELATIVAMENTE Á AMAMENTAÇÃO

Leia as perguntas atentamente antes de responder. Por favor marque com uma cruz (X) a sua opção

1. Já amamentou anteriormente?

- a. Sim
- b. Não

1.1. Se sim, até que idade amamentou os seus filhos?

- a) Aproximadamente 1 mês
- b) Aproximadamente 6 meses
- c) Aproximadamente 1 ano
- d) Mais do que 1 ano

2. Actualmente planeia amamentar o seu bebé?

- a) Sim
- b) Não
- c) Ainda não decidiu

2.1. Se respondeu não, quais os motivos? (responda livremente à questão)

2.2. Se respondeu sim, quais as razões? (responda livremente à questão)

2.3. Quando tomou a decisão de amamentar?

- a) Antes da gravidez
- b) Durante a gravidez

2.4. De quem foi a decisão de amamentar?

2.5. Se planeia amamentar, por quanto tempo o deseja fazer?

- a. Aproximadamente 1 mês
- b. Aproximadamente 6 meses
- c. Aproximadamente 1 ano
- d. Mais do que 1 ano se o bebé o desejar
- e. Não sei

IV – PARTE

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE AMAMENTAÇÃO

Assinale, em cada uma das questões, com uma roda (O) à volta do número a pontuação onde se situa, em que 1 = Discordo, 2= Discordo em parte, 3= Indecisa, 4=Concordo em parte, 5= Concordo.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho conhecimentos sobre a amamentação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. A informação recebida contribuiu para a minha tomada de decisão em amamentar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. A informação recebida foi de encontro às minhas necessidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Se pensa possuir conhecimentos, como os adquiriu? (pode assinalar mais do que uma opção) | | | | | |
| a. Experiência vivida <input type="checkbox"/> | | | | | |
| b. Informação dada pelos profissionais de saúde: Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> | | | | | |
| c. Comunicação social: Televisão <input type="checkbox"/> Revistas <input type="checkbox"/> Artigos /Livros <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> | | | | | |

5. Qual o período ideal para amamentação exclusiva?

- a. Até aos _____ meses
- b. Enquanto o meu filho aumentar de peso adequadamente
- c. Não sei

6. Quem beneficia quando o bebé é amamentado?

- a. Só a mãe
- b. Só a criança
- c. A mãe e a criança
- d. Toda a família/sociedade
- e. O Ambiente
- f. Todas as opções anteriores

7. Quando deve ser iniciada a amamentação?

- a. Na 1ª hora de vida
- b. Até à 3ª hora de vida
- c. Até à 6ª hora de vida
- d. Depois da 6ª hora de vida

As questões que se seguem são acerca de informações de amamentação. Assinale com uma cruz (X), a opção “Sim”, “Não” e caso tenha dúvida sobre o tema assinale com cruz (X) em “Não sei”.		SIM	NÃO	NÃO SEI
8. Vantagens da amamentação para o bebé:				
a	Alimento mais adaptado às necessidades da criança			
b	Favorece o crescimento e o desenvolvimento psicomotor da criança.			
c	Previne o risco de algumas infeções.			

d	Aumenta o risco de obesidade na criança.			
e	Promove uma melhor adaptação a outros alimentos.			
f	Promove a linguagem do bebé e diminui problemas de alteração morfológica da boca.			
g	O leite materno exclusivo é insuficiente para manter o peso do bebé.			
9. Vantagens da amamentação para a mãe:		Sim	Não	Não sei
a	Promove a involução uterina mais precoce.			
b	Facilita a redução mais rápida de peso.			
c	Favorece a vinculação mãe-filho.			
d	A mãe sente o prazer único de amamentar.			
e	Diminui o risco de cancro da mama e dos ovários.			
f	Está associado a uma maior probabilidade de hemorragia pós-parto.			
10. Vantagens da amamentação para a família/sociedade:				
a	Mais económico.			
b	A criança é mais saudável, não gastando tanto a recorrer a serviços de saúde.			
11. Vantagens para o meio ambiente:				
a	Diminuição da industrialização de latas de leite, biberões e tetinas, diminuindo desperdícios.			
b	Menor poluição ambiental.			
12. Conhecimentos sobre a técnica da amamentação:				
a	Lavar sempre as mãos antes de dar de mamar.			
b	O horário das mamadas deve ser de 3 em 3 horas.			
c	As mamadas devem ser feitas em regime livre.			
d	A mãe deve posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebé, a pega correcta e o contacto visual.			
e	Posicionar o bebé próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo.			
f	A posição da mãe não é muito importante para o sucesso da amamentação.			
g	Quando o bebé está a mamar bem não estimular o bebé na bochecha pois devido ao reflexo de busca e prensão ele larga a mama e procura o			

	estímulo.			
h	Se o bebé adormecer à mama, não estimular, porque a mama substitui a chupeta.			
i.	Observar os estímulos do bebé durante a mamada não é necessário.			
j.	Só após esvaziar uma mama é que se passa à outra para amamentar.			
k	No final da mamada deve-se espremer um pouco de leite e espalhar à volta do mamilo, para prevenir gretas.			
l.	A mãe deve recomeçar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior (caso o bebé só tenha mamado numa deve, começar pela que não mamou).			
13. Conhecimentos sobre a anatomia da mama e fisiologia da amamentação:		Sim	Não	Não sei
a	O tamanho das mamas não influencia a quantidade de leite produzida. (a glândula é semelhante em todas as mulheres).			
b	Uma mulher com mamilos rasos pode amamentar.			
c	Quanto mais o bebé mamar, maior será a produção de leite.			
d	Caso o bebé não mame, vai haver mais produção de leite.			
e	Os reflexos de produção de leite e de ejeção do leite são activados pela sucção do bebé.			
f.	O leite é produzido na mama, mas sob indicações hormonais.			
g	Em alguns casos, as mães podem produzir mais leite do que os seus bebés necessitam.			
h	A dor, o desconforto, a ansiedade, o medo e a falta de confiança em amamentar não são factores decisivos no sucesso da amamentação.			
i.	O bebé pega melhor numa mama flácida, do que numa que esteja ingurgitada e tensa.			

Obrigada pela sua colaboração!