

Carla Eduarda da Silva Sousa

O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade
Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Carla Eduarda da Silva Sousa

O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade
Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Carla Eduarda da Silva Sousa

O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade
Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno

A aluna

(Carla Eduarda da Silva Sousa)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
licenciada em Enfermagem”

Dedico esta monografia:

Aos meus pais pelo amor, esforço e coragem que sempre me ofereceram.

Aos meus queridos avós pelos seus ensinamentos e carinho.

Às Professoras, Armanda Barbosa e Isabel Lopes, pelos seus ensinamentos, paciência, tempo, apoio e pela esperança transmitida ao longo dos anos.

Agradecimentos:

Agradeço à minha orientadora, Professora Maria José Abreu, por todo o seu apoio e atenção dispensada, a todos os docentes desta licenciatura pelo seu empenho e a todos os colegas de curso pela dedicação à mesma causa.

Sumário

O estudo efectuado intitulado “O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno” tem como objectivo geral identificar os conhecimentos dos docentes sobre aleitamento materno.

Actualmente, são várias as organizações (OMS/UNICEF) que promovem e divulgam a o aleitamento materno em todo mundo, preconizando a prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebé, o que confere uma nutrição equilibrada e adequada, bem como protecção contra infecções e vinculação entre mãe-filho.

Neste estudo a questão de investigação, que desencadeou a problemática foi: “Quais os Conhecimentos dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde sobre Aleitamento Materno?”.

Pela sua natureza, o presente estudo insere-se num estudo quantitativo, descritivo e transversal.

A população-alvo deste estudo remete para os docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

O método de colheita de dados utilizado foi o questionário e aplicado a uma amostra de 20 docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa para identificar os seus conhecimentos nesta problemática.

Após o tratamento informático dos dados e a sua análise estatística, os resultados evidenciam que na sua maioria, os docentes possuem conhecimentos acerca do aleitamento materno, nomeadamente ao nível das vantagens do aleitamento materno; da anatomia e fisiologia da lactação; dos princípios a atender na técnica da amamentação; das contra-indicações da amamentação; das razões da interrupção precoce da amamentação; dos direitos dos pais sobre a amamentação.

A realização deste estudo contribuiu para a aquisição de conhecimentos relativos à temática do aleitamento materno e para o desenvolvimento de competências no âmbito da metodologia científica.

Summary

The study entitled "The Knowledge of Teachers of the Faculty of Health Sciences, University Fernando Pessoa on Breastfeeding" aims to identify the general knowledge of teachers on breastfeeding.

Currently, several organizations (UNICEF/WHO) to promote and disseminate breastfeeding throughout the world, advocating the practice of exclusive breastfeeding during the first six months of life of babies, which gives a balanced and adequate nutrition, but also protection against infections and affection between mother and child.

In this study the question of research, which triggered the problem, was: "What are the knowledge of Teachers, Faculty of Health Sciences on Breastfeeding?".

By its nature, this study forms part of a quantitative study, descriptive and transversal.

To meet the response on the question that guides this research was chosen a population. The population of this study refers to the teachers of Faculty of the School of Health Sciences, University Fernando Pessoa. After the chosen people, a sample was prepared to be able to respond to what you want to study. The sample consists of 20 teachers.

In this sense was developed and applied a questionnaire to teachers of the Faculty of Health Sciences, University Fernando Pessoa to identify their knowledge on this issue.

After the processing of data and statistical analysis, the results suggest that most of the teachers have knowledge of breastfeeding, particularly at the level of benefits of breastfeeding, the anatomy and physiology of lactation, the principles to meet the technical of breastfeeding, the contra-indications for breastfeeding, the reasons for early discontinuation of breastfeeding, the rights of parents on breastfeeding.

This study contributed to the acquisition of knowledge on the topic of breastfeeding and the development of skills in the context of scientific methodology.

ÍNDICE

| | | |
|----------|--|----|
| 0. | INTRODUÇÃO | 17 |
| I. | FASE CONCEPTUAL | 19 |
| 1. | Quadro Conceptual | 19 |
| 1.1. | Definição do Tema | 19 |
| 1.2. | Justificação do Tema | 19 |
| 1.3. | Questão de Investigação | 20 |
| 1.4. | Objectivos | 20 |
| 1.4.1 | Objectivo Geral | 20 |
| 1.4.2 | Objectivos Específicos | 20 |
| 2. | Revisão Bibliográfica | 21 |
| 2.1. | Conhecimento | 21 |
| 2.2. | Importância do Aleitamento Materno | 21 |
| 2.2.1. | Composição do Leite Materno | 22 |
| 2.2.2. | Benefícios da Amamentação | 24 |
| 2.3. | Desvantagens da Introdução precoce do Leite não Humano | 27 |
| 2.4. | Contra-Indicações da Amamentação | 27 |
| 2.5. | Amamentação | 28 |
| 2.5.1. | Anatomia da Mama | 28 |
| 2.5.2. | Fisiologia da Lactação | 30 |
| 2.5.3. | Técnica da Amamentação | 32 |
| 2.5.4. | Dificuldades que podem ocorrer durante a amamentação | 37 |
| 2.5.4.1. | Dificuldades Precoces | 37 |
| 2.5.4.2. | Dificuldades Tardias | 39 |
| 2.5.5. | Factores de Sucesso do Aleitamento Materno | 40 |
| 2.5.6. | Factores de Abandono Precoce | 42 |
| 2.5.7. | Legislação em vigor da Amamentação | 44 |
| 2.5.8. | Papel do Enfermeiro | 44 |
| II. | FASE METODOLÓGICA | 46 |
| 1. | Princípios Éticos | 46 |
| 2. | Desenho de Investigação | 46 |
| 2.1. | Tipo de Estudo | 47 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.1.1 | Meio | 47 |
| 2.2. | População | 48 |
| 2.3. | Processo de Amostragem | 48 |
| 2.3.1. | Amostra | 48 |
| 2.4. | Método de Colheita de Dados | 48 |
| 2.4.1. | Pré-Teste | 49 |
| 2.5. | Variáveis | 49 |
| 2.6. | Previsão de Tratamento e Análise de Dados | 50 |
| III. | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 51 |
| 3.1. | Caracterização da Amostra | 51 |
| 3.2. | Conhecimento sobre Aleitamento Materno | 56 |
| 3.3. | Vantagens do Aleitamento Materno | 61 |
| 3.4. | Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação | 66 |
| 3.5. | Técnica da Amamentação | 67 |
| 3.6. | Contra-Indicações da Amamentação | 68 |
| 3.7. | Desmame Precoce | 69 |
| 3.8. | Direitos do Casal durante a Amamentação | 70 |
| IV. | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 72 |
| V. | CONCLUSÃO | 83 |
| VI. | BIBLIOGRAFIA | 84 |
| | ANEXOS | 87 |
| | ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados | |
| | ANEXO II – Legislação | |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Técnica da Amamentação | 35 |
| Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a variável “Género” | 51 |
| Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo a Variável “Idade” | 52 |
| Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a variável “Grau Académico” | 52 |
| Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a variável “Área Científica” | 53 |
| Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a variável “Estado Civil” | 53 |
| Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a variável “Número de Filhos” | 54 |
| Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se é mulher, já amamentou” | 55 |
| Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se sim, quando planeou amamentar o seu filho?” | 55 |
| Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quais as razões que a levaram a amamentar?” | 56 |
| Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo a variável “Tem conhecimentos sobre Aleitamento Materno?” | 56 |
| Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se sim, como os adquiriu?” | 57 |
| Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a variável “Qual o Período ideal de Aleitamento Materno Exclusivo?” | 57 |
| Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quem beneficia quando se faz Aleitamento Materno?” | 58 |
| Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a variável “Para favorecer a libertação do leite, entre outras razões, o recém-nascido deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento?” | 59 |
| Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quando deve ser colocado, pela primeira vez, o bebé à mama?” | 59 |
| Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a variável “O leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa nos primeiros 6 meses de vida?” | 60 |
| Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo a variável “Com a amamentação a mulher fica com as mamas descaídas?” | 60 |
| Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a variável “O pai tem um papel fundamental no sucesso da amamentação?” | 61 |
| Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebé” | 62 |
| Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe” | 63 |

| | |
|---|----|
| Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Família” | 64 |
| Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Sociedade” | 64 |
| Quadro 24 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para o Meio-Ambiente” | 65 |
| Quadro 25 – Distribuição da amostra segundo a variável “Outras Vantagens do Aleitamento Materno” | 65 |
| Quadro 26 – Distribuição da amostra segundo a variável “Conhecimento sobre a Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação” | 66 |
| Quadro 27 – Distribuição da amostra segundo a variável “Princípios a Atender na Técnica da Amamentação” | 67 |
| Quadro 28 – Distribuição da amostra segundo a variável “Contra-Indicações do Aleitamento Materno” | 68 |
| Quadro 29 – Distribuição da amostra segundo a variável “Razões que levam à Interrupção precoce da Amamentação” | 69 |
| Quadro 30 – Distribuição da amostra segundo a variável “Alguns Direitos da Mãe e Pai durante a Amamentação” | 70 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Estatística descritiva de acordo com a variável “Idade” | 51 |
| Tabela 2 – Estatística descritiva de acordo com a variável “Número de Filhos” | 54 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Esquema com a representação dos componentes da glândula mamária | 29 |
| Figura 2 – Reflexo da Produção do leite | 31 |
| Figura 3 – Reflexo da Ejecção do Leite | 32 |

ABREVIATURAS

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

N – Frequência

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

% – Frequência Relativa/Percentagem

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Estágio e Projecto de Graduação, do curso de licenciatura em enfermagem, do 4º ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposto aos alunos a realização de um trabalho de investigação como requisito à conclusão da licenciatura.

Perante um campo abrangente de temáticas optou-se pela escolha de um tema relativo ao aleitamento materno, dada a sua actualidade nos dias de hoje. Neste seguimento, surge o tema “O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno.”

No surgimento de uma temática torna-se fundamental a formulação de uma questão capaz de orientar a investigação no sentido da obtenção de resultados. Neste estudo a questão de investigação que desencadeou a problemática do aleitamento materno foi: “Quais os conhecimentos dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno?”.

Após a identificação da questão de investigação surgem alguns objectivos académicos, os quais vamos passar a citar:

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre a metodologia científica; aprofundar conhecimentos sobre a problemática em estudo.

Para dar resposta à questão de investigação anteriormente citada, foi elaborado o seguinte objectivo geral:

- Identificar os conhecimentos dos docentes sobre Aleitamento Materno.

Os objectivos específicos que se pretendem atingir com este estudo são:

- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as vantagens do aleitamento materno;

- Identificar o conhecimento dos docentes sobre a anatomia da mama e fisiologia da lactação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre os princípios a atender na técnica da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as contra-indicações da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as razões que levam à interrupção precoce da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre o direito dos pais durante a amamentação.

A presente investigação insere-se num estudo quantitativo, descritivo e transversal. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a uma amostra de 20 elementos no período de 1 a 12 de Dezembro de 2008. O instrumento de colheita de dados é constituído maioritariamente por questões fechadas, embora apresente algumas questões abertas. Após a aplicação dos questionários aos elementos da amostra, estes foram submetidos a um tratamento estatístico através do programa de SPSS versão 16.0 para Windows.

Os resultados obtidos evidenciam que na sua maioria, os docentes possuem conhecimentos acerca do aleitamento materno, nomeadamente ao nível das vantagens do aleitamento materno; da anatomia e fisiologia da lactação; dos princípios a atender na técnica da amamentação; das contra-indicações da amamentação; das razões da interrupção precoce da amamentação; dos direitos dos pais durante a amamentação.

Este trabalho inicia-se com o quadro conceptual, seguindo-se a respectiva revisão bibliográfica, passando depois pela fase metodológica e finalizando com a conclusão do estudo.

I. FASE CONCEPTUAL

1. Quadro Conceptual

O quadro conceptual representa os conceitos estudados numa investigação de maneira a fornecer uma justificação racional e uma perspectiva do estudo (Fortin, 1999).

1.1. Definição do Tema

O tema eleito para este estudo é “O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno.”

1.2. Justificação do Tema

Nas últimas décadas o aleitamento materno tem sido motivo de interesse para muitos investigadores em várias áreas científicas, conduzindo ao aumento de conhecimentos relativos às características, composição e vantagens do leite materno e da amamentação.

O aleitamento materno é um fenómeno multidisciplinar e pluri abrangente. Diz respeito a várias ciências da saúde como também às ciências sociais e humanas. Como refere Pereira (2006, p. 31) “O Aleitamento Materno é um problema da mulher, do pai, da família, da sociedade, dos empregados, dos patrões, dos governantes [...] É sem dúvida um problema de todos, pois o aleitamento materno não deve ser considerado um problema, mas sim um processo biológico, cultural e psicossocial, que nesta perspectiva abrangente, pela quantidade de benefícios que proporciona, deve continuar cada vez mais a ser promovido e apoiado por todos”.

Assim sendo, definiu-se como tema a abordar “O Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno”.

1.3. Questão de Investigação

A questão que envolve este estudo remete para: “Quais os Conhecimentos dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno?”.

1.4. Objectivos

Para Fortin (2000, p. 100), o objectivo é “(...) um enunciado declarativo, que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”. Seguidamente são apresentados os objectivos que regem o presente estudo.

1.4.1. Objectivos gerais

- Identificar o conhecimento dos docentes sobre o aleitamento materno.

1.4.2. Objectivos específicos

- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as vantagens do aleitamento materno;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre a anatomia da mama e fisiologia da lactação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre os princípios a atender na técnica da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as contra-indicações da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre as razões que levam à interrupção precoce da amamentação;
- Identificar o conhecimento dos docentes sobre o direito dos pais durante a amamentação.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica consiste num texto que resume nele vários outros sobre uma temática específica, estabelecendo ligações entre eles e expondo a problemática comum (Fortin, 1999).

2.1. Conhecimento

Através do conhecimento é possível a aquisição de novas experiências, que são úteis para o desenvolvimento de novas competências.

O Dicionário da Língua Portuguesa (2006, p. 384), define o conhecimento da seguinte forma:

“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”.

A assimilação de conhecimentos do aleitamento materno dá-se de diversas maneiras, podendo obter conhecimento através da leitura, comunicação social, familiares e profissionais de saúde.

2.2. A Importância do Aleitamento Materno

Através duma exaustiva revisão da literatura, pudemos constatar que após décadas baseadas na “cultura do biberão”, dar o peito ressurgiu em todo o mundo como um facto, decorrente da promoção e divulgação das vantagens do leite materno.

Exemplo eloquente dos esforços de promoção do aleitamento materno é, entre muitos outros, a recomendação da OMS e UNICEF, que defendem a promoção do aleitamento materno exclusivo, que segundo a UNICEF (2006) trata-se “ (...) do 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 os seis meses, até aos dois anos de idade ou mais tarde, combinado com alimentação complementar segura e apropriada, é a melhor abordagem para a alimentação infantil”.

Segundo a UNICEF (2006), o leite materno contém todos os nutrientes de que um bebé precisa para crescer durante os primeiros seis meses de vida, protegendo os bebés da diarreia e de infecções respiratórias agudas e estimulando os seus sistemas imunitários.

Inúmeras pesquisas têm mostrado o efeito protector do leite materno contra a mortalidade e morbidade infantis. Segundo dados estatísticos fornecidos pela UNICEF (2004), num país em desenvolvimento, uma criança que seja amamentada tem três vezes mais probabilidades de sobreviver à infância do que uma criança que não seja amamentada; nos primeiros dois meses de vida, uma criança que não seja alimentada exclusivamente ao seio materno tem até 25 vezes mais probabilidades de morrer de diarreia e quatro vezes mais de morrer de pneumonia que um bebé amamentado (UNICEF, 2004).

Para além da importância nutricional que o aleitamento materno confere às crianças, ele representa a oportunidade de interacção entre mãe e o recém-nascido. Segundo Bobak et al (1999, p. 425), “ (...) o processo de alimentação 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”.

2.2.1. Composição do Leite Materno

O leite materno é um alimento completo e impossível de copiar. Segundo Northrup (2004, p.431), actualmente “ (...) não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebé que o leite da mãe”.

As diferenças do leite materno face a outros leites (naturais ou artificiais) têm carácter tanto quantitativo como qualitativo, visto que o leite materno se encontra biologicamente adaptado às necessidades dos bebés, apresentando-se nos primeiros dias de vida do recém-nascido sob a forma de colostro, depois como leite de transição, nos dias seguintes, e por fim, como leite maduro, a partir da primeira ou segunda semana e para além dos dois anos.

O colostro é um líquido amarelado, apresenta um aspecto viscoso e possui uma concentração elevada de imunoglobulinas. Possui uma concentração elevada de proteínas e minerais, em contrapartida, apresenta na sua composição menos gordura quando comparado com o leite maduro (Alden, 2002).

O colostro é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias pós-parto e vai evoluindo progressivamente para o leite de transição.

A partir do segundo ou terceiro dia pós-parto, é segregado o leite designado de “transição”, cuja produção pode prolongar-se por uma ou duas semanas. Apresenta um aspecto aguado e contém maior concentração de lipídios, lactose e vitaminas. Quanto ao teor de imunoglobulinas, este apresenta uma concentração inferior de imunoglobulinas em comparação com o colostro.

O leite maduro surge por volta do décimo dia pós-parto e contém todos os nutrientes necessários para um crescimento e um desenvolvimento ideais. Apresenta uma cor mais branca e aspecto mais consistente do que o leite de transição; possui maior teor lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas e contém a maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis (Alden, 2002).

É importante referir que o leite materno nem sempre tem a mesma composição, uma vez que a sua composição varia ao longo da mamada.

No início da mamada, o leite materno é mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose e vitaminas. No final da mamada, o leite materno é mais branco e rico em energia, visto que apresenta um teor elevado de lipídios. E é o alto teor lipídico no leite

do final da mamada (o denominado leite posterior) que induz a sensação de saciedade (Perry, 2002).

O leite do final da mamada ou leite posterior desce geralmente 10 a 20 minutos após o início da mamada, embora possa ocorrer mais cedo. E é devido a essa composição modificada, que se torna fundamental amamentar o bebê durante um tempo suficiente para assegurar o fornecimento de uma alimentação equilibrada.

2.2.2. Benefícios da Amamentação

Os benefícios do aleitamento materno são múltiplos e já bastante reconhecidos pela comunidade científica. Eles abrangem o bebê, a mãe, a família, a sociedade e o meio-ambiente.

Os benefícios para o bebê incluem:

- É o alimento completo pela sua composição química, satisfazendo todas as necessidades do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida (Mattar, 2007);
- É de fácil digestibilidade, sendo portanto, mais rapidamente absorvido pelo bebê (Mattar, 2007);
- Facilita a eliminação de mecônio, diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra a obstipação (Mattar, 2007);
- O leite materno previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias (Bértolo e Levy, 2007);
- O leite materno tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca (Bértolo e Levy, 2007);
- Os bebês amamentados têm uma incidência menor de cancro na infância (linfoma e leucemia) e diabetes mellitus tipo I (Alden, 2002);

- As respostas dos anticorpos às vacinas orais e parentais são melhores nas crianças amamentadas (Alden, 2002);
- As crianças amamentadas mostram melhor desempenho nos testes de desenvolvimento ou cognição, têm melhor capacidade verbal e demonstram melhor desempenho escolar (Alden, 2002);
- Favorece o desenvolvimento da linguagem e favorece o desenvolvimento da arcada dentária, favorecendo um melhor alinhamento e diminui a incidência de cáries dentárias (Alden, 2002);
- Os bebês amamentados têm menor incidência de obesidade na vida adulta (Perry, 2002).

Os benefícios para a mãe são:

- As mulheres que amamentam têm menor risco de cancro de ovário e mama (Mattar, 2007);
- A amamentação promove a involução uterina e está associada à menor incidência de hemorragia pós-parto (Mattar, 2007);
- As mulheres que amamentam tendem a retomar ao peso pré-gestacional mais rapidamente (Mattar, 2007);
- Representa um método natural de planeamento familiar desde que se cumpram critérios como: aleitamento materno exclusivo e em regime livre inclusive à noite, desde que em amenorreia (Mattar, 2007);
- A amamentação proporciona o estabelecimento do vínculo mãe-filho (Mattar, 2007);
- Diminui o risco de abandono e maus-tratos da criança (Mattar, 2007).

Os benefícios para a família abrangem:

- A amamentação representa um custo mais baixo para as famílias (Alden, 2002);
- A criança adocece menos e a família economiza em cuidados de saúde (Alden, 2002);
- Diminui o absentismo dos pais, dado que os pais perdem menos tempo de trabalho devido à necessidade de ficar em casa por causa de um filho doente (Alden, 2002).

Os benefícios para a sociedade incluem:

- Os custos de atendimento de saúde directamente ligados à amamentação ficam mais baixos para a sociedade (Alden, 2002);
- Os gastos em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações são reduzidos (Alden, 2002);
- As mães e os bebés ficam mais saudáveis (Alden, 2002).

Os benefícios para o meio-ambiente abrangem:

- O aleitamento materno representa uma fonte gratuita, natural e renovável de leite materno (Coutinho, 2001);
- A amamentação não implica desperdícios de recursos naturais (lata e papel) e dispensa processos de produção de leite, empacotamento e transporte (Coutinho, 2001);
- Diminui a poluição ambiental com a diminuição do lixo inorgânico como plásticos e borrachas (bicos e biberões) e poluentes do ar (Coutinho, 2001);

Outras vantagens da amamentação remetem para o facto do aleitamento materno ser mais prático, está sempre pronto e à temperatura ideal (Levy, 1994).

2.3. Desvantagens da Introdução precoce do Leite não Humano

Uma vez que o leite humano é específico para a espécie humana, visando preencher as necessidades do bebé, este é utilizado como referência para a produção de todas as fórmulas comerciais de leite artificial.

Decorrente da alimentação com as fórmulas comerciais de leite artificial, alguns recém-nascidos podem manifestar reacções alérgicas às fórmulas com leite de vaca, podendo apresentar diarreia, erupção, cólicas ou vômitos e, em casos extremos deficiência de crescimento (Alden, 2002).

Para a autora supracitada, a alimentação com leite de vaca não-modificado é impróprio face às necessidades nutricionais do bebé no primeiro ano de vida devido à quantidade excessiva de cálcio, fósforo e de outros minerais; o conteúdo excessivo de proteínas; a má absorção da gordura contida e a baixa concentração de ferro.

2.4. Contra-Indicações da Amamentação

Existem dois tipos de contra-indicações do aleitamento materno: as contra indicações temporárias e as contra-indicações definitivas.

Segundo Bértolo e Levy (2007), existem situações que enquanto não resolvidas, impedem as mães de amamentar os seus filhos. Elas incidem nas mães com algumas doenças infecciosas (a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada) e/ou mães que necessitem recorrer a certos tipos de medicação. No entanto e de acordo com estes autores, os bebés durante esses períodos de tempo, devem ser alimentados com leite artificial (por copo ou colher), mas a produção de leite deverá ser estimulada, de forma a possibilitar a realactação, quando superadas as situações citadas anteriormente.

Na opinião de Bértolo e Levy (2007), as contra-indicações definitivas do aleitamento materno não são frequentes, mas existem. É o caso de mães portadoras de doenças graves, crónicas ou debilitantes; mães infectadas pelo vírus do HIV; mães que

necessitem prolongadamente de fármacos nocivos para os bebés; e bebés com doenças metabólicas (fenilcetonúria e a galactosemia).

Segundo Silva e Fonseca (1997), as mães com hepatite B e C podem amamentar os seus filhos, porém, só se apresentarem fissuras nos mamilos é que devem abster-se da prática da amamentação.

2.5. Amamentação

O Dicionário de Língua Portuguesa (2006) define a amamentação como o acto de amamentar.

Segundo Pereira (2006), a amamentação não se efectua por instinto, trata-se de uma prática que requer uma aprendizagem, tanto por parte da mãe como do filho.

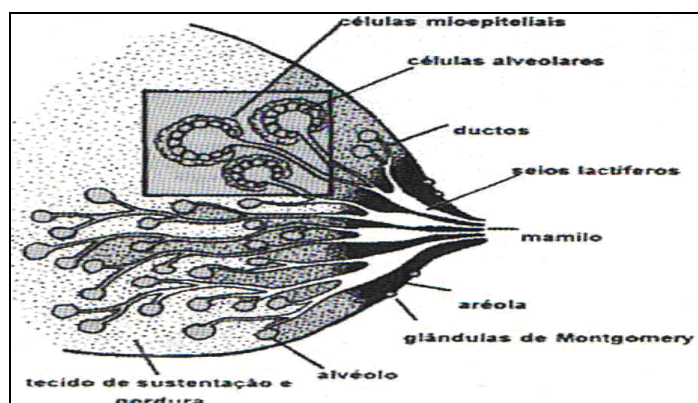
2.5.1. Anatomia da Mama

As mamas são estruturas complexas, localizadas superficialmente na parede anterior do tórax, em número par com formato hemisférico ou cónico, estendendo-se verticalmente da 2ª à 6ª costela e transversalmente da margem do esterno à linha médio-axilar. As mamas são extremamente enervadas e vascularizadas pelos ramos perfurantes da artéria torácica interna e ramos da artéria axilar (Jaldin e Santana, 2001).

A gordura e o tecido de sustentação dão forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. A forma, o tamanho e a firmeza das mamas variam de acordo com diversos factores como a etnia, idade, obesidade, estado de actividade funcional, entre outros factores. O tamanho da mama está directamente associado à quantidade de gordura e não indica a sua capacidade funcional (Jaldin e Santana, 2001).

Estruturalmente a mama é formada por duas porções distintas: o estroma mamário e o parênquima. O estroma é constituído por tecido conjuntivo, colagénio e tecido adiposo, e é responsável pela consistência característica da mama (Jaldin e Santana, 2001).

Figura 1 – Esquema com a representação dos componentes da glândula mamária



Fonte: Pereira (2006)

O parênquima é constituído pela porção secretora (alvéolos) e um sistema canalicular, que se inicia nos alvéolos mamários e termina na parte distal da mama.

É formado por 15 a 25 lobos mamários, subdividindo-se cada um em 20 a 40 lóbulos. Cada lóbulo, por sua vez, subdivide-se em 10 a 100 alvéolos, que são as células responsáveis pela produção de leite. Os alvéolos estão envolvidos por células musculares, as células mioepiteliais, com função contráctil devido à acção da ocitocina e que ao se contraírem, expulsam o leite para fora dos alvéolos. Esse leite é levado através de uma rede de ductos que vão convergindo até ao mamilo, formando os seios galactóforos. Para cada lobo mamário há um seio galactóforo, com uma saída independente existindo entre 15 a 25 orifícios de saída de leite no mamilo (Jaldin e Santana, 2001).

Cada mama possui na sua porção apical um mamilo, formação cilíndrica, pigmentada, de tamanho variado e é constituído por tecido eréctil. Na sua extremidade existem pequenos orifícios isolados (orifícios mamilares), correspondendo cada um à parte terminal do canal galactófero. O mamilo tem grande sensibilidade, determinada por terminações nervosas sensoriais, importantes no reflexo de produção de leite (Jaldin e Santana, 2001).

Em redor do mamilo encontra-se a aréola mamária, área circular, pigmentada, de tamanho variado. A superfície areolar é marcada por pequenas elevações, os tubérculos de Montgomery, correspondentes aos orifícios dos ductos das glândulas de Montgomery. A sua secreção permite lubrificar e proteger a pele com efeito antibacteriano durante a amamentação. É também, uma zona marcada pela presença de vários nervos sensitivos, importantes no reflexo de produção de leite (Jaldin e Santana, 2001).

O mamilo e a aréola são enervados por uma densa rede de fibras nervosas, fundamentais na condução da informação sensorial da sucção à medula espinhal e cérebro, regulando a secreção de ocitocina e prolactina (Jaldin e Santana, 2001).

2.5.2. Fisiologia da Lactação

O conceito de lactação diz respeito à produção de leite materno, que segundo Galvão (2006, p.45) “ é um processo fisiológico normal, uma consequência de dar à luz.”

De acordo com Centeno (2005), o processo de produção de leite divide-se em três estádios:

Mamogénese, processo de desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez devido à acção de diversas hormonas, nomeadamente os estrogénios, responsáveis pela ramificação dos ductos e pelo acréscimo da deposição de tecido adiposo e a progesterona que induz a formação dos lóbulos.

Lactogénese, processo pelo qual se inicia a produção de leite; começa durante a última fase da gravidez, com a secreção do colostro, como resultado da estimulação das células alveolares mamárias, pela hormona lactogénica placentar, uma substância semelhante à prolactina. A produção de leite continua após o parto como um processo automático, à medida que o leite é removido da mama.

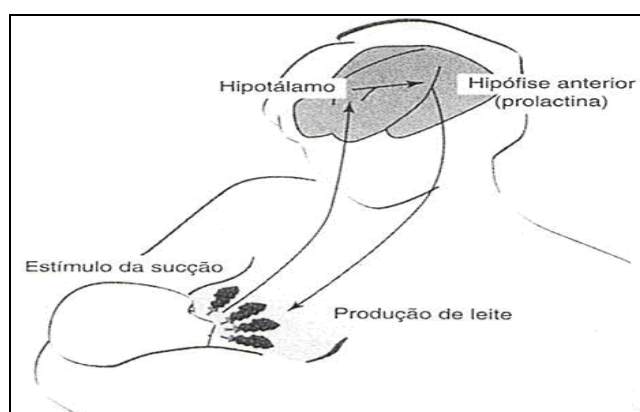
Segundo Cardoso (2006), o sistema nervoso materno após o parto produz duas importantes hormonas, a prolactina e a ocitocina, hormonas responsáveis pela promoção

de dois reflexos mamários essenciais à lactação: o reflexo da produção de leite (onde actua a prolactina) e o reflexo da ejeção do leite (onde actua a ocitocina).

Estes dois reflexos são activados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção. A sucção do bebé na mama estimula as terminações nervosas do mamilo e aréola, enviando impulsos via neuronal para o hipotálamo, estimulando a hipófise anterior a secretar a hormona prolactina e a hipófise posterior a hormona ocitocina.

Quanto ao reflexo da produção de leite ou denominado de reflexo da prolactina, sempre que o bebé mama, estimula as terminações da região do mamilo e aréola e decorrente dessa estimulação, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro e este em resposta na parte anterior da hipófise, segrega a prolactina. A prolactina por via sanguínea atinge a mama, nomeadamente as células do alvéolo mamário, estimulando-as para a produção do leite. Isto significa que quanto mais o bebé suga mais leite é produzido, uma vez que a amamentação frequente mantém os níveis elevados de prolactina no sangue. A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada, o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte (Levy e Bértolo, 2007).

Figura 2 – Reflexo da Produção do Leite

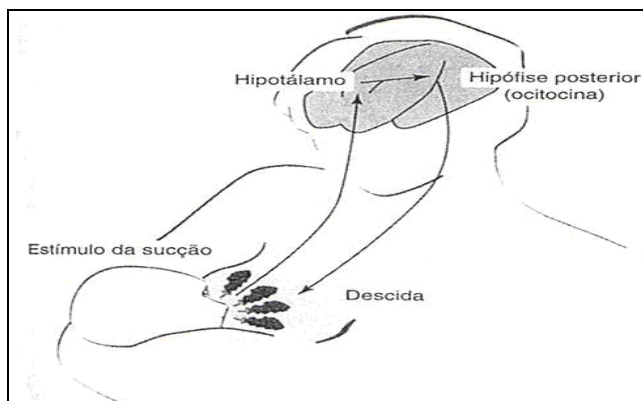


Fonte: Perry (2002)

Relativamente ao reflexo de ejeção do leite ou reflexo da ocitocina, sempre que o bebé suga, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta a hipófise posterior segrega a hormona ocitocina. A ocitocina vai através do sangue para a mama e produz a contracção das células musculares, as células miopiteliais, em torno dos

alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos mamários flua através da rede de ductos para os seios galactóforos (Levy e Bértolo, 2007).

Figura 3 – Reflexo da ejeção do Leite



Fonte: Perry (2002)

Galactopoiese, processo que se caracteriza pela manutenção da produção de leite, e que se encontra relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina e pela remoção eficiente de leite.

2.5.3. Técnica da Amamentação

Neste capítulo iremos tentar ao máximo transformar a prática em linguagem escrita, abordaremos determinados aspectos que se deve ter em conta na técnica da amamentação, entre eles, destacámos: a postura da mãe; a postura do bebé; a pega correcta; o horário e a duração das mamadas; e os cuidados a ter com as mamas.

Na amamentação a postura da mãe é importante, uma vez que vai proporcionar ou não o conforto do bebé, importante nas primeiras experiências alimentares, como refere Cordeiro (2001).

Geralmente, a mãe e criança encontram, intuitivamente, a posição mais cómoda. Porém, se a dupla mãe-bebé se sentir satisfeita, não há necessidade de intervenção do profissional de saúde. Contudo, a primeira mamada, deve ser assistida por um membro da equipa de saúde e ajudada se for necessário e/ou a mãe solicitar.

A posição da criança em relação à mama é um outro aspecto fundamental para o sucesso da amamentação. Quanto à posição do bebé e segundo Serva e tal (2001), existem quatro pontos-chave a serem considerados para que o bebé possa retirar leite suficiente da sua mãe:

- A cabeça e o corpo do bebé devem estar alinhados;
- A sua boca deve estar no mesmo plano e de frente da aréola para que esta seja abocanhada correctamente;
- O corpo do bebé próximo e voltado para a mãe.

A pega ao peito é um outro aspecto fundamental na técnica de amamentação que iremos passar a descrever segundo Serva et al (2001):

- A mãe deve segurar a mama com a mão livre, colocando o polegar bem acima da aréola e os outros dedos e toda a palma da mão debaixo da mama, formando uma prega;
- O polegar e o indicador devem formar a letra C;
- A mãe deve deixar os dedos um tanto longe do mamilo e da aréola, de modo a que o bebé possa abocanhar o mamilo e boa parte da aréola;
- A mãe deve retirar previamente algumas gotas de leite;
- A mãe deve tocar o lábio inferior do bebé com o mamilo, o bebé responde abrindo a boca (reflexo de busca, de procura ou de apreensão);
- Usando o braço que segura o bebé, a mãe deve aproximar o bebé à mama;
- A boca do bebé deve estar no mesmo plano e em frente do mamilo e da aréola, e a cabeça deve estar levemente apoiada e inclinada para trás;
- A mãe deve colocar na boca do bebé o mamilo e o máximo da aréola que for possível;
- Desde que o bebé esteja com a pega correcta, não é necessário continuar a apoiar o peito.

Para que se verifique uma boa pega do bebé à mama segundo Serva et al (2001), é necessário que estejam presentes os seguintes aspectos:

- Bochechas arredondadas ou achatadas contra a mama;

- Pouca visualização da aréola;
- Maior visualização da aréola acima da boca do bebé do que abaixo desta durante a mamada;
- Sucções lentas e profundas: o bebé suga, faz uma pausa e suga novamente;
- A mãe pode ouvir o bebé a deglutir.

Para o autor, no caso de uma pega incorrecta, estão presentes aspectos como:

- Corpo do bebé longe do corpo da mãe;
- Queixo do bebé separado da mama;
- Visualização de grande parte da aréola, especialmente abaixo do lábio inferior;
- O bebé suga com sucções pequenas e rápidas, obtendo pouco ou nenhum leite;
- O bebé quer mamar num período de tempo mais longo;
- O mamilo fica dolorido e ferido durante toda a mamada;
- O mamilo parece achatado quando sai da boca do bebé no final da mamada.

Existem outros aspectos que assumem grande importância na técnica da amamentação, são eles: o horário e a duração das mamadas, bem os cuidados a ter com as mamas.

O horário das mamadas não é importante na técnica de amamentação, não sendo necessário impor horários rígidos. O que se encontra preconizado é que o bebé deve mamar, apenas quando tem fome, sendo este procedimento designado de “regime livre” (Bértolo e Levy, 2007).

Actualmente, sabe-se que para existir sucesso no aleitamento materno, na técnica da amamentação, a duração da mamada não é importante, isto significa, que o bebé deve mamar até ficar satisfeito (Bértolo e Levy, 2007).

A técnica correcta da amamentação, implica que o bebé mame pelo menos numa mama até ao final, ou seja, até o bebé não querer mais dessa mama, e só depois, a mãe deve oferecer-lhe a outra mama (Pereira, 2006).

Os cuidados a ter com as mamas representam um outro aspecto importante na técnica da amamentação. A lavagem diária das mamas com água é suficiente para a limpeza das mamas. Após o banho e após a mamada a mãe deve secar os mamilos e retirar um pouco de leite e massajar suavemente em redor do mamilo e aréola (Alden, 2002).

Não é aconselhável a aplicação de creme ou loção nas mamas, uma vez que, eles impedem a secreção de óleo bacteriostático natural segregado pelas glândulas de Montgomery e para além disso alguns cremes contém álcool podendo irritar ou desidratar o tecido das mamas (Perry, 2002).

Seguidamente apresentamos todos os procedimentos que se deve ter em conta na técnica da amamentação.

Quadro 1 – Técnica Correcta da Amamentação

| Momento | Procedimentos |
|-------------------------|--|
| Antes da mamada | <p>A mãe deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar correctamente as mãos; • Relaxar; • Observar o estado das mamas (se ingurgitadas fazer expressão de leite até aréola 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 aréola 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; |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a mãe a tocar no 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 aréola; • 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; |
| <p>Durante a mamada</p> | <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 de ocitocina, depois o fluxo de leite aumente e o bebé suga lenta e profundamente, ele suga e deglute, suga e deglute; • Mãe e bebé deverão manter o 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; |
| <p>Final da mamada</p> | <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)

2.5.4. Dificuldades que podem ocorrer durante a Amamentação

Nas primeiras semanas de amamentação podem surgir algumas dificuldades, nomeadamente nas mães menos informadas e nas mães que estão a amamentar pela primeira vez (Bértolo e Levy, 2007).

2.5.4.1 Dificuldades Precoces

As dificuldades precoces englobam o ingurgitamento mamário, as fissuras do mamilo, o bloqueio dos ductos e mastite (Bértolo e Levy, 2007). Seguidamente vamos abordar o significado de cada uma delas e respectivamente a sua prevenção e o seu tratamento.

Uma das dificuldades precoces diz respeito ao ingurgitamento mamário. Trata-se do resultado das súbitas mudanças hormonais e do maior volume de leite. Geralmente ocorre alguns dias após o nascimento ou em qualquer época durante a amamentação.

Decorrente do ingurgitamento mamário, as mamas ficam firmes, sensíveis, quentes, tensas, dolorosas e podem parecer brilhantes. Poderá existir um aumento da temperatura corporal que não ultrapassará, em regra, os 38°C. A aréola torna-se resistente dificultando a pega.

Para prevenir o ingurgitamento mamário as mães devem dar de mamar em horário livre; colocar a criança a mamar em posição correcta e verificar os sinais de pega correcta; utilizar apoio adequado para as mamas (soutiens com alças largas e firmes).

O tratamento do ingurgitamento mamário consiste: no repouso; retirar o leite da mama, amamentando o maior número de vezes possível, amolecendo pelo menos uma mama por mamada e/ou extraíndo leite (expressão manual ou bomba) se necessário para amolecer a segunda mama; proceder à extracção de leite (manual ou com bomba) no caso do bebé não conseguir mamar e oferece-lo ao bebé com copo ou colher; deve continuar a retirar o leite com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e o ingurgitamento desapareça; realizar massagens circulares em toda a mama, particularmente nas regiões do ingurgitamento mais intenso; aplicação de compressas quentes ou um banho de chuveiro quente imediatamente antes da mamada

para favorecer o relaxamento e a descida do leite; pode ser necessário o uso de analgésicos para ajudar a diminuir a dor.

Uma outra dificuldade precoce é a queixa de mamilos doloridos, apresentando ou não fissuras, é um dos problemas mais comuns relatados pelas mães. A causa mais comum para mamilos doloridos e fissurados é o mau posicionamento da criança durante a mamada e a pega incorrecta.

O quadro clínico é caracterizado por dor intensa e desconforto ao amamentar. Devido à dor intensa, na maioria dos casos, a mãe diminui o número de mamadas, levando ao choro, irritação e, em casos prolongados, ao inadequado ganho ponderal da criança.

Para prevenir a dor e fissuras deve-se-á: colocar a criança numa posição correcta e verificar os sinais de pega correcta; os mamilos devem ser lavados apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona e colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e após a mamada; não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente, se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.

Para tratar os mamilos dolorosos com fissuras, a mãe deve: corrigir a pega e orientar a mãe para continuar a amamentar; iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso e menos irritado; aplicar sempre leite materno nos mamilos após o banho e após as mamadas; aplicar gelo no mamilo dois a três minutos antes da pega para obter um efeito de “dormência”; expor os mamilos ao ar e ao sol o máximo possível no intervalo das mamadas; se a dor se mantiver intensa, mesmo depois de se ter melhorado a pega do bebé, a mãe deve retirar o leite e dar ao bebé com copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize.

O bloqueio dos ductos é considerado uma das dificuldades precoces que podem ocorrer no início da amamentação. A obstrução dos ductos de leite podem causar ingurgitamento e sensibilidade numa área da mama. Decorrente desta situação, a mãe que amamenta pode sentir um nódulo doloroso numa região da mama, e o local pode apresentar-se ruborizado. Nesta situação a mulher não tem febre e sente-se bem.

Os ductos obstruídos são causados pelo esvaziamento inadequado das mamas, a má posição da mãe para amamentar, o uso da mesma posição sempre que a mãe amamenta e/ou o uso de um soutien ou roupas justas.

Para prevenir o bloqueio dos ductos: evitar factores de compressão externa (usar roupas largas e um soutien que sustente as mamas); amamentar em diferentes posições.

Para tratar o bloqueio dos ductos: a mãe deve amamentar em diferentes posições para o esvaziamento completo de todas as partes da mama; caso a criança não consiga esvaziar totalmente a mama, completar o tratamento com expressão manual; a mãe deve usar roupas largas e um soutien que apoie as mamas.

Por fim, a mastite ou infecção da mama é uma das dificuldades precoces que podem surgir no início da amamentação. Os factores predisponentes são as fissuras nos mamilos, os ductos obstruídos, ingurgitamento grave, o traumatismo da mama (pega incorrecta, dentição do bebé) e a exaustão materna.

Neste caso, os sintomas são semelhantes aos da gripe, como febre normalmente elevada, calafrios, dor no corpo e cefaleias, juntamente com tumefacção, dor e rubor mamário.

Para tratar a mastite: notificar o profissional de saúde quando os sintomas ocorrerem; a mãe de repousar; amamentar com mais frequência; se a amamentação for muito dolorosa ou ineficaz, retirar o leite manualmente ou com bomba eléctrica; aplicar compressas húmidas e frias sobre a área afectada, antes de cada mamada e se for necessário também nos intervalos de 5-10 minutos, até sentir alívio.

2.5.4.2. Dificuldades Tardias

As dificuldades tardias incluem o pouco leite e/ou choro do bebé e o regresso ao trabalho por parte da mãe (Bértolo e Levy, 2007).

Algumas mães pensam que o seu leite é insuficiente, visto que o bebé chora mais que o habitual, quer sugar mais frequentemente ou demora muito tempo a mamar. Geralmente, as mães têm bastante leite, mas as próprias, são dominadas pela

insegurança relacionada com a possibilidade da insuficiência (quantitativa e qualitativa) do seu leite.

O regresso ao trabalho trata-se de uma outra dificuldade tardia, que na maior parte das vezes constitui motivo de alguma ansiedade e preocupação por parte das mães.

2.5.5. Factores de Sucesso do Aleitamento Materno

Encontram-se descritos na literatura vários factores que influenciam o sucesso do aleitamento materno, entre eles destacámos: a precocidade da decisão de amamentar; a precocidade do contacto mãe-filho; o alojamento conjunto; as políticas activas de promoção do aleitamento materno.

A tomada de decisão da mãe para amamentar representa o primeiro pré-requisito para o sucesso do aleitamento materno (Levy, 1996). A decisão de amamentar, na maioria das mulheres, é anterior ao parto (Royal College of Midwifers, 1994, cit. in Pereira, 2006).

A decisão de amamentar é uma decisão da mulher, pessoal e livre. No entanto, alguns estudos identificaram factores culturais, sociais, económicos, pessoais e familiares que influenciam a base desta mesma decisão, e que iremos passar a citar.

Num estudo sobre os factores que determinam o sucesso do aleitamento materno, Souza et al (1991, cit. in Pereira, 2006), identificaram que em 83% das mulheres entrevistadas as suas mães e/ou tias e/ou irmãs tinham amamentado pelo menos seis meses, sendo esta prática comum nas famílias das mães estudadas e por isso muitas vezes seguida. A partir destes resultados podemos constatar, que a decisão da mãe sobre a forma de como alimentar o seu filho é o resultado de um processo de acumulação de informação/conhecimentos transmitidos de geração para geração.

Outros autores como Michaelsen et al (1994, cit. in Levy, 1996), verificaram, ao longo dos últimos anos, um aumento do número de mulheres que escolhem amamentar, variação registada na classe média e em casais instruídos. Constataram também, a existência de uma relação positiva entre classe social, grau de escolaridade e

amamentação, ou seja, quanto mais elevada for a escolaridade materna ou a sua classe social, maior é a frequência e a duração do aleitamento materno.

Outros estudos indicam, que a decisão de amamentar, se baseia no desejo que as mulheres manifestaram em fazê-lo, quer pelo facto de a amamentação ser gratificante para a mulher, quer pelos benefícios que a mesma proporciona à criança. Também muitas mães baseiam a escolha em amamentar no conhecimento que possuem sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite humano (Pereira, 2006).

Segundo Levy (1996), a mãe terá mais probabilidade de decidir amamentar e manter a amamentação quando tem mais opiniões positivas, sobretudo das pessoas mais significativas, sobre a prática do aleitamento materno. O Royal College of Midwives (1994, cit. in Pereira, 2006), refere um estudo que identificou o bebé e o pai do bebé, como as maiores fontes de estímulo positivo na intenção materna de amamentar.

Para Kummer (1999, cit. in Cardoso, 2006), o papel do pai é decisivo na amamentação, uma vez que, este ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite atenuar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para a manutenção do equilíbrio e tranquilidade essenciais para o desenvolvimento da amamentação.

Também, o papel dos técnicos de saúde é fundamental para a tomada de decisão por parte da mãe. Assim, aos profissionais de saúde, compete realizar todos os esforços para garantir a tomada de decisão fundamentada numa informação correcta e adequada sobre todas as questões que dizem respeito à temática do aleitamento materno.

Um outro factor de sucesso do aleitamento materno diz respeito à precocidade do contacto mãe-filho. Para King (1991, p.36), “as primeiras horas após o parto, são importantes para estabelecer o vínculo mãe-filho [...] A mãe terá maiores possibilidades de amamentar por tempo prolongado”.

Logo após o parto, o bebé encontra-se mais sensível, mais desperto e o reflexo de sucção é mais forte na primeira hora de vida, momento que deve ser aproveitado para iniciar a primeira adaptação ao seio materno (King, 1991).

Segundo a OMS (1992, cit. in Pereira, 2006), o recém-nascido deve permanecer junto da mãe, enquanto estiver na sala de partos e deve começar o mais cedo possível a amamentação, se possível durante a primeira hora de vida.

Também, o alojamento conjunto, faz parte dos factores de sucesso do aleitamento. Segundo Helsing (1987, cit. in Levy, 1996), o alojamento conjunto consiste em o bebé ficar com a mãe 24 horas por dia durante a sua estadia no hospital. O alojamento conjunto deve ser praticado correntemente, uma vez que fortalece os laços afectivos entre mãe-filho e estimula e promove o aleitamento materno (Pereira, 2006).

Por último as políticas de Promoção do Aleitamento Materno assumem grande importância no sucesso do aleitamento materno. A título de exemplo, destacámos o programa IHAB, cuja finalidade remete para a promoção do aleitamento materno.

2.5.6. Factores de Abandono Precoce

Não considerando as situações em que a amamentação seja contra-indicada, entre os factores de declínio do aleitamento materno, constam-se: a urbanização e alteração das estruturas familiares; o aparecimento e a propaganda dos leites artificiais; o trabalho profissional da mulher fora de casa; as razões emocionais e experiências prévias; a preocupação estética da mulher com o corpo; as dificuldades fisiológicas.

Um factor relevante que contribuiu para o declínio da amamentação foi a modificação da estrutura familiar decorrente da fuga das populações para junto dos grandes centros urbanos, substituindo a família de tipo rural, alargada e tradicionalista, por família do tipo urbana, nuclear e isolada, ficando esta privada do apoio das gerações mais velhas e comunidade tradicional, que preparava as jovens para a maternidade de forma lenta e continuada (Galvão, 2006).

Segundo King (1991), nas sociedades modernas, especialmente nos grandes centros urbanos, não existe qualquer ajuda para as mães e frequentemente a mãe é pouco ou nada encorajada a amamentar.

O aparecimento e a propaganda dos leites artificiais são considerados factores de abandono precoce da amamentação, visto que como a propaganda promove os leites artificiais como seguros, aceitáveis e semelhantes ao leite materno, a jovem mãe pode ter pouca tendência para amamentar. Com a criação dos leites artificiais, o acto de aleitar passou a ser mais cómodo, a mamada mais rápida e qualquer pessoa, não obrigatoriamente a mãe pode dar o biberão (Galvão, 2006).

No que respeita ao trabalho profissional da mulher fora de casa, os problemas laborais são uma das principais razões apresentadas pelas mulheres para o abandono precoce da amamentação. Num estudo de Beverley (2000 cit. in Cardoso, 2006), no contexto do trabalho fora de casa, constata-se que, por cada quatro mulheres, com filhos com menos de um ano, que trabalham fora de casa, só uma amamenta e trabalha durante um período igual ou superior a um mês.

Entre as razões mais frequentes para o insucesso da amamentação destacam-se as razões emocionais, nomeadamente devido ao facto de muitas mães não acreditarem que têm leite suficiente (Pereira, 2006); ansiedade relacionada com o medo infundado de impossibilidade de lactação que invade o pensamento das mães (Levy, 1994). O choro do bebé também representa uma das razões que leva as mães à interrupção precoce da amamentação (Pereira, 2006). Neste contexto, Lothrop (2000, p.49) afirma que “Todas as mulheres têm leite por ocasião do parto. Todas com poucas excepções – podem amamentar”.

Outro aspecto a salientar remete para a existência de experiências pouco satisfatórias com outros filhos, o que poderá levar a mãe a pensar, na sua incapacidade para alimentar o novo bebé.

No que respeita à preocupação estética da mulher com o corpo, geralmente, as vantagens de amamentar em termos de nutrição, imunidade e estabelecimento da relação entre a mãe-filho são desvalorizadas face ao medo infundado de que amamentar possa levar à perda de beleza dos seios.

Assim, Lothrop (2000, p.194) opina que:

“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 se 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 repostado. O seio aumenta mais do que na gravidez nos primeiros dois a três meses de lactação.”

Por fim, no âmbito fisiológico, os problemas que ocorrem mais habitualmente durante a amamentação são o ingurgitamento mamário, as fissuras nos mamilos, o bloqueio dos ductos e as mastites, podendo constituir uma das razões para a interrupção precoce da amamentação (Pereira, 2006).

2.5.7. Legislação em Vigor da Amamentação

Ao longo dos últimos 25 anos, muitos países adoptaram medidas de promoção do aleitamento materno e de criação de condições facilitadoras da sua manutenção prolongada e Portugal não foi excepção.

Através do Decreto-Lei nº70/2000 de 4 de Maio (Anexo II), podemos encontrar discriminados, um conjunto de direitos e deveres dos pais durante a amamentação.

2.5.8. Papel do Enfermeiro

Segundo a OMS (cit. in Liladar, 2007), os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, têm um papel importante na protecção, promoção e manutenção do aleitamento materno, devendo actuar no período pré-natal, durante o parto, pós-parto e enquanto durar a amamentação.

Aos enfermeiros cabe um papel inigualável no domínio da educação materna. No decorrer da consulta de obstetrícia, eles deverão:

- Informar sobre a alimentação ideal para a criança nos dois primeiros anos de vida;
- Informar sobre as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens do leite artificial e de vaca;
- Transmitir conhecimentos sobre a anatomia da mama e a fisiologia da produção de leite;
- Esclarecer sobre algumas crenças do aleitamento materno;
- Simular a técnica de amamentação;
- Informar sobre os problemas que podem surgir durante a amamentação, como prevenir e/ou tratar.

II. FASE METODOLÓGICA

Na fase metodológica, o investigador descreve os métodos e as técnicas de investigação utilizadas para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 1999).

1. Princípios Éticos

Toda a investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas (Fortin, 1999). Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação dos resultados da investigação podem, por um lado, contribuir para a evolução dos conhecimentos científicos, mas por outro, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas.

Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações através da salvaguarda dos direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética, sendo eles o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e ao tratamento justo e equitativo.

Na salvaguarda dos procedimentos éticos serão garantidos no estudo em questão todos os direitos acima supracitados, ou seja, todos os sujeitos que vão participar no estudo têm o direito e a liberdade de decidir sobre a sua participação ou não no estudo; a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações privadas e íntimas; a preservação do anonimato e confidencialidade durante e após o estudo face às respostas individuais e divulgação dos resultados; direito a receber um tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo; o direito à informação sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo.

2. Desenho de Investigação

O desenho de investigação é o plano lógico elaborado pelo investigador de forma a obter respostas válidas às questões de investigação inicialmente colocadas (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999, p.132), o desenho de investigação remete para “(...) um conjunto de directivas associadas ao tipo de estudo escolhido [...] precisa a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo.”

2.1. Tipo de Estudo

De acordo com as características do estudo de investigação, considerou-se pertinente a realização de um estudo descritivo simples de abordagem quantitativa e transversal quanto ao momento de colheita de dados.

Segundo Fortin (1999, p.371) “A investigação quantitativa é uma investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente.”

É um estudo descritivo simples, dado que se pretende descrever o conhecimento de uma amostra de sujeitos face à temática do aleitamento materno e deste modo optou-se por este tipo de estudo, que segundo Fortin (1999,p.163) tem como finalidade “(...) descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

É também um estudo transversal quanto ao momento de colheita de dados, na medida em que estes estudos focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999)

2.1.1. Meio

Qualquer estudo conduzido fora do laboratório é designado de estudo em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte, fora de lugares altamente controlados (Fortin, 1999).

Neste estudo o campo de investigação é a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

2.2. População

Fortin (1999, p.202) define a população como sendo “(...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...)” . A população do presente estudo remete para os Docentes que leccionam na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

2.3. Processo de Amostragem

Para Fortin (1999, p.202) a amostragem é “(...) o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um sub-conjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.”

Neste estudo, a técnica de amostragem utilizada é o método de amostragem não probabilística do tipo amostragem acidental, uma vez que este tipo de amostragem “(...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (Fortin, 1999, p.208).

2.3.1. Amostra

De acordo Lakatos (1991, p.163) a amostra é “(...) uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população), é um subconjunto do universo”, ou seja, é uma “réplica em miniatura da população alvo” como afirma Fortin (1999, p.202).

No presente estudo a amostra é constituída por 20 Docentes que leccionam na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

2.4. Método de Colheita de Dados

Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos, assim sendo, cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de colheita de dados que melhor se adequa ao objectivo de estudo e às questões de investigação colocadas (Fortin, 1999).

Atendendo às características do estudo, o instrumento de colheita de dados que nos parece mais adequado é o “Questionário”, uma vez que se trata de um instrumento de colheita de dados que “(...) Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p.249).

A aplicação do instrumento de colheita de dados é efectuada entre os dias 1 e 12 de Dezembro de 2008.

2.4.1. Pré-Teste

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999), o pré-teste tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário.

Optou-se, assim, por efectuar a aplicação do questionário a dois docentes que leccionam na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa com a finalidade de verificar a fidedignidade, validade e operatividade do questionário.

2.5. Variáveis

Fortin (1999, p. 36), refere que variável “ (...) é um conceito colocado em acção numa investigação [...] as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação, definidas em termos observáveis e mensuráveis para um estudo”.

Para Fortin (1999), os tipos de variáveis mais correntemente apresentados nas obras metodológicas são: as variáveis independentes e dependentes, as variáveis de atributo, e as variáveis estranhas.

Segundo Fortin (1999, p.376) “A variável dependente é a variável influenciada pela variável independente.”

No entanto “ (...) a variável independente é aquela manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.” Fortin (1999, p.377).

Por sua vez, as variáveis de atributos são “(...) as características dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra.” (Fortin, 1999, p.376).

Portanto, neste estudo destacamos as seguintes variáveis:

- Variável Dependente: Aleitamento Materno;
- Variáveis Independentes: Conhecimento dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa;
- Variáveis de Atributo: Género, Idade, Grau Académico, Área Científica, Estado Civil e Número de Filhos.

2.6. Previsão de Tratamento e Análise de Dados

O Tratamento dos dados é efectuado através da utilização do SPSS versão 16.0 para o Windows, uma vez que se trata de “(...) uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar, em poucos segundos, os resultados” (Pereira, 2003, p.5). A escolha deste método de tratamento de dados deve-se à adequação deste às necessidades do estudo, visto ser um programa destinado ao tratamento de dados, do foro quantitativo, no qual é feito uma análise descritiva sobre os dados representados.

A análise dos dados é efectuada através da estatística descritiva incluindo nesta as distribuições de frequência, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e algumas medidas de dispersão (desvio padrão e amplitude).

Os resultados são apresentados em quadros e tabelas para uma melhor visualização e análise dos dados obtidos.

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados são apresentados em quadros e tabelas com a respectiva interpretação dos resultados.

3.1. Caracterização da Amostra

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a variável “Género”

| Género | N | % |
|---------------|-----------|------------|
| Masculino | 3 | 15 |
| Feminino | 17 | 85 |
| Total | 20 | 100 |

Pela observação do Quadro 2, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra pertence ao género feminino com uma percentagem de 85%, correspondendo a 17 elementos da amostra. Os restantes elementos da respectiva amostra, nomeadamente 3 elementos são do género masculino e representam 15% do total da amostra.

Tabela 1 – Estatística descritiva de acordo com a variável “Idade”

| | Média | Mediana | Moda | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|--------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|---------------|---------------|
| Idade | 35,1 | 35 | 34 | 3,9 | 28 | 42 |

De acordo com a Tabela 1, constata-se que a amostra na sua generalidade apresenta idades compreendidas entre os 28 e os 42 anos. A média da idade dos elementos da amostra é de aproximadamente 35 anos e o desvio padrão toma o valor de 3,9. A idade com maior incidência de respostas centra-se nos 34 anos (Moda) e a mediana da amostra assume o valor de 35 anos.

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo a Variável “Idade”

| Idade | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| [28-32] | 5 | 25 |
| [33-37] | 10 | 50 |
| [38-42] | 5 | 25 |
| Total | 20 | 100 |

Através da análise do Quadro 3, observa-se que a idade de 50% dos elementos da amostra (10 elementos) se situa no intervalo de [33-37]; 25% dos elementos da amostra (5 elementos) apresentam a sua idade enquadrada no intervalo de [28-32] e os restantes 25% dos elementos da amostra (5 elementos) tem idades compreendidas no intervalo de [38-42].

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a variável “Grau Académico”

| Grau Académico | N | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Mestrado | 4 | 20 |
| Doutoramento | 16 | 80 |
| Total | 20 | 100 |

Perante o Quadro 4, verifica-se que a maior percentagem da amostra é detentora do doutoramento, representando 80% da amostra (16 elementos). Os restantes 20% da amostra correspondem aos elementos (4 elementos) que possuem o mestrado.

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a variável “Área Científica”

| Área Científica | N | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Bioquímica | 4 | 20 |
| Biologia | 3 | 15 |
| Fisioterapia | 1 | 5 |
| Genética Molecular | 1 | 5 |
| Imunologia/Bacteriologia | 1 | 5 |
| Medicina Dentária | 3 | 15 |
| Microbiologia | 3 | 15 |
| Neurociências | 1 | 5 |
| Química | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

É visível através da observação do Quadro 5 que as áreas científicas que mais se evidenciam na amostra adquirida são a bioquímica, a biologia, a medicina dentária, a microbiologia e a química. A primeira área científica referenciada anteriormente representa 20% da amostra (4 elementos). As quatro últimas áreas científicas mencionadas correspondem cada uma a 15% da amostra (3 elementos). As demais Áreas Científicas, nomeadamente a fisioterapia, a genética molecular, a imunologia e as neurociências representam cada uma 5% do total da amostra (1 elemento).

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a variável “Estado Civil”

| Estado Civil | N | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Solteiro | 3 | 15 |
| Casado | 17 | 85 |
| Divorciado | - | - |
| Total | 20 | 100 |

A partir da observação do Quadro 6, verifica-se que os elementos da amostra são maioritariamente casados (17 elementos, ou seja, 85% amostra) e apenas 3 elementos (15% do total da amostra) são solteiros.

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a variável “Número de Filhos”

| Número de Filhos | N | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| 0 Filhos | 5 | 25 |
| 1 Filho | 9 | 45 |
| 2 Filhos | 5 | 25 |
| 3 Filhos | 1 | 5 |
| Total | 20 | 100 |

Pela observação do Quadro 7, constata-se que 45% dos elementos da amostra (9 elementos) têm 1 filho; 25% dos elementos da amostra (5 elementos) não têm filhos; outros 25% dos elementos da amostra (5 elementos) possuem 2 filhos e 5% dos elementos da amostra (1 elemento) apresentam 3 filhos.

Tabela 2 – Estatística descritiva de acordo com a variável “Número de Filhos”

| | Média | Mediana | Moda | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-------------------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|---------------|---------------|
| Número de Filhos | 1,1 | 1 | 1 | 0,8 | 0 | 3 |

De acordo com a Tabela 2, podemos referir que o número de filhos da amostra varia entre os 0 e os 3 filhos. A média de filhos da amostra é de aproximadamente 1 filho e o desvio padrão assume o valor de 0,8. O número de filhos com maior incidência na amostra centra-se no 1 filho (Moda) e a mediana referente ao número de filhos da amostra assume o valor de 1.

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se é mulher, já amamentou?”

| Se é mulher, já amamentou? | N | % |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Sim | 12 | 60 |
| Não | 5 | 25 |
| Total | 17 | 85 |

Pela análise do Quadro 8, dos 85% dos elementos da amostra detentores do género feminino (17 mulheres), 60% desses mesmos elementos, ou seja, 12 mulheres afirmam ter amamentado os seus filhos; os restantes 25% dos elementos (5 mulheres) afirmam não ter amamentado os seus filhos.

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se sim, quando planeou amamentar o seu filho?”

| Quando planeou amamentar? | N | % |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Antes da Gravidez | 12 | 60 |
| Durante a Gravidez | - | - |
| Pós-parto | - | - |
| Total | 12 | 60 |

Anteriormente na observação do Quadro 8, constatou-se que 60% dos elementos do género feminino amamentaram os seus filhos e de acordo com o presente Quadro (nº 9), verifica-se que a totalidade desses mesmos elementos que afirmaram ter amamentado os seus filhos (12 mulheres) planeou amamentar os filhos antes da gravidez.

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quais as razões que a levaram a amamentar?”

| Razões que levaram a amamentar | N | % |
|--|-----------|-----------|
| Todos os benefícios que o leite materno proporciona | 9 | 45 |
| Benefícios que o leite materno proporciona ao bebê | 2 | 10 |
| Benefícios que o leite materno proporciona à mãe e ao bebê | 1 | 5 |
| Total | 12 | 60 |

Através da análise do Quadro 10, constata-se que dos 60% dos elementos da amostra que referiram ter amamentado os seus filhos devido: a todos os benefícios que o leite proporciona (45% dos elementos); aos benefícios que o leite materno proporciona ao bebê (10% dos elementos); aos benefícios que o leite materno proporciona à mãe e ao bebê (5% dos elementos).

3.2. Conhecimento sobre Aleitamento Materno

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo a variável “Tem conhecimentos sobre Aleitamento Materno?”

| Conhecimentos sobre AM | N | % |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Sim | 17 | 85 |
| Não | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

A partir da análise do Quadro 11 acerca da questão “Tem Conhecimentos sobre Aleitamento Materno?” constata-se que 85% da amostra, que equivale a 17 elementos da amostra, refere ter conhecimentos no âmbito do aleitamento materno e somente 15% da amostra, os quais correspondem a 3 elementos da amostra afirmam não possuir conhecimentos ao nível do AM.

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a variável “Se sim, como os adquiriu?”

| Se sim, como os adquiriu? | N | % |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Leitura/Comunicação Social | 2 | 10 |
| Enfermeiro/Médico | - | - |
| Familiares/Amigos/Escola | 3 | 15 |
| Todas as anteriores | 12 | 60 |
| Total | 17 | 85 |

Pela observação do Quadro 12, verifica-se que os elementos da amostra adquiriram conhecimentos sobre aleitamento materno através de variadas fontes de informação. Dos 85% dos elementos da amostra (17 elementos) que afirmaram na questão anterior ter conhecimentos sobre aleitamento materno, 60% desses elementos (12 elementos) afirmou adquirir conhecimento sobre AM através da opção “Todas as Anteriores”; outros 15% dos elementos da amostra (3 elementos) referem como fonte de aquisição de conhecimento sobre a temática em causa a opção “Familiares/Amigos/Escola”; os 10% dos elementos que restam (2 elementos) afirmaram obter conhecimento sobre aleitamento materno a partir da opção “Leitura/Comunicação Social”.

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a variável “Qual o Período ideal de Aleitamento Materno Exclusivo?”

| Qual o período Ideal de AME? | N | % |
|---|-----------|------------|
| Até 6 aos meses | 10 | 50 |
| Enquanto a criança aumentar de peso adequadamente | - | - |
| Enquanto a mãe tiver leite | 7 | 35 |
| Não sabe | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Através da análise do Quadro 13 relacionado com a questão “Qual o Período ideal de Aleitamento Materno Exclusivo?”, verifica-se que 50% dos elementos da amostra (10 elementos) identificaram o período ideal de AME até aos 6 meses; 35% dos elementos da amostra (7 elementos) optaram pela opção “Enquanto a mãe tiver leite” e 15% dos elementos da amostra (3 elementos) afirmaram não saber qual o período ideal de AME.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quem beneficia quando se faz Aleitamento Materno?”

| Quem Beneficia quando se faz AM? | N | % |
|---|-----------|------------|
| Só a Criança | - | - |
| Só a Mãe | - | - |
| Mãe e a Criança | 7 | 35 |
| Toda a Família | 3 | 15 |
| Sociedade | - | - |
| Todos | 10 | 50 |
| Total | 20 | 100 |

Pela observação do Quadro 14 face à questão “Quem Beneficia quando se faz o Aleitamento Materno?”, verifica-se que 50% dos elementos da amostra (10 elementos) referiram a opção “Todos” como beneficiários do AM; 35% dos elementos da amostra (7 elementos) identificaram como beneficiários do AM a “Mãe e a Criança” e apenas 15% dos elementos da amostra (3 elementos) referiram como beneficiários “Toda a Família”.

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a variável “Para favorecer a liberação do leite, entre outras razões, o recém-nascido deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento?”

| Para favorecer a liberação do leite o RN deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento? | N | % |
|---|-----------|------------|
| Sim | 17 | 85 |
| Não | - | - |
| Não Sei | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Através da análise do Quadro 15 referente à questão “Para favorecer a liberação do leite, entre outras razões, o RN deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento?” constata-se que maioria dos elementos da amostra (85% dos elementos da amostra) consideraram que o RN deve ser mantido junto da mãe desde o momento do nascimento de forma a promover a liberação do leite. Em contrapartida, somente 15% dos elementos da amostra referiu não saber a resposta à questão.

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo a variável “Quando deve ser colocado, pela primeira vez, o bebê à mama?”

| Quando deve ser colocado pela primeira vez o bebê à mama? | N | % |
|--|-----------|------------|
| Na 1ª hora de vida | 17 | 85 |
| Até à 3ª hora de vida | - | - |
| Até à 6ª hora de vida | - | - |
| Não sei | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

A partir do Quadro 16 sobre a questão “Quando deve ser colocado pela primeira vez o bebê à mama?” verifica-se que 85% dos elementos da amostra (17 elementos) referiram que o bebê deve ser colocado pela primeira vez à mama na 1ª hora de vida. Os demais

15% dos elementos da amostra (3 elemento) referiram não saber a resposta relativa à questão apresentada.

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a variável “O leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa nos primeiros 6 meses de vida?”

| O leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa nos primeiros 6 meses de vida? | N | % |
|---|-----------|------------|
| Sim | 17 | 85 |
| Não | - | - |
| Não Sei | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Perante a análise do Quadro 17 face à questão “O leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa nos primeiros 6 meses de vida?” observa-se que a maioria dos elementos da amostra, nomeadamente 85% dos elementos da amostra (17 elementos) afirmaram que o leite materno contém todos os nutrientes que o bebé necessita nos primeiros 6 meses de vida. Apenas 15% dos elementos da amostra (3 elemento) afirmaram não saber a resposta à questão citada.

Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo a variável “Com a amamentação a mulher fica com as mamas descaídas?”

| Com a amamentação a mulher fica com as mamas descaídas? | N | % |
|--|-----------|------------|
| Sim | 9 | 45 |
| Não | 8 | 40 |
| Não Sei | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Pela observação do Quadro 18 referente à questão “Com a amamentação a mulher fica com as mamas descaídas?” observa-se que 45% dos elementos da amostra (9 elementos) afirmaram que com a amamentação mulher fica com as mamas descaídas e em contrapartida 40% dos elementos da amostra (9 elementos) consideraram que prática da amamentação não provoca alteração na consistência mamária. Apenas 15% dos elementos da amostra (1 elemento) referiram não saber a resposta da questão mencionada.

Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo a variável “O pai tem um papel fundamental no sucesso da amamentação?”

| O pai tem um papel primordial no sucesso da amamentação? | N | % |
|---|-----------|------------|
| Sim | 12 | 60 |
| Não | 5 | 25 |
| Não Sei | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

A partir da análise do Quadro 19 acerca da questão “O pai tem um papel fundamental no sucesso da amamentação?”, verifica-se que 60% dos elementos da amostra (12 elementos) consideraram que o pai tem um papel fundamental no sucesso da amamentação, enquanto 25% dos elementos da amostra (5 elementos) referiram que o papel do pai face ao sucesso da amamentação não é primordial. Os demais 15% dos elementos da amostra (3 elementos) consideraram não saber a resposta à questão apresentada.

3.3. Vantagens do Aleitamento Materno

Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebê”

| Vantagens do AM para o Bebê | Sim | Não | Não Sei | Total |
|--|---------|--------|---------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| É o alimento mais adequado às suas necessidades | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Melhor digestibilidade | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Previne o risco de algumas infecções | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Previne o risco de algumas alergias | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Diminui o risco de diabetes mellitus tipo I e linfomas | 14 / 70 | 2 / 10 | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Promove a linguagem do bebê e diminui problemas de alteração morfológica da boca | 11 / 55 | 4 / 20 | 5 / 25 | 20 / 100 |
| Factor de protecção para a obesidade | 5 / 25 | 3 / 15 | 12 / 60 | 20 / 100 |
| Coeficiente de inteligência e emocional mais alto | 5 / 25 | 4 / 20 | 11 / 55 | 20 / 100 |

Perante o Quadro 20 relacionado com as vantagens do AM para o bebê, verifica-se que a maioria dos elementos da amostra tem conhecimento acerca das vantagens que este proporciona ao bebê. Observa-se que nas afirmações “É o alimento mais adequado às suas necessidades”, “Melhor digestibilidade”, “Previne o risco de algumas infecções” e “Previne o risco de algumas alergias”, a maioria dos elementos da amostra (17 elementos; 85% da amostra) reconheceram estas afirmações como sendo vantagens do AM para o bebê. Na afirmação “Diminui o risco de diabetes mellitus tipo I e linfomas”, 70% dos elementos da amostra consideraram-na como uma das vantagens que o AM confere ao bebê. Face à afirmação “Promove a linguagem do bebê e diminui problemas de alteração morfológica da boca” 55% dos elementos da amostra (11 elementos) identificaram-na como vantagem do AM para o bebê. Quanto à afirmação “Factor de protecção contra a obesidade”, 25% da amostra (5 elementos) consideraram-na como sendo uma das vantagens do AM para o bebê. No que diz respeito à afirmação “Coeficiente de inteligência e emocional mais alto”, 25% da amostra (5 elementos) identificaram-na como uma das muitas vantagens que o AM proporciona ao bebê.

Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe”

| Vantagens do AM para a Mãe | Sim | Não | Não Sei | Total |
|--|----------|--------|---------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Promove a involução Uterina mais precoce | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| A mãe perde peso mais rapidamente | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| Diminui o risco de cancro da mama e ovários | 13 / 70 | - | 7 / 35 | 20 / 100 |
| Favorece a vinculação mãe-filho | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Amamentar em exclusivo e durante a noite protege a mãe de gravidez | 7 / 35 | 5 / 25 | 8 / 40 | 20 / 100 |

Relativamente às vantagens do AM para a mãe e de acordo com a análise do Quadro 21 verifica-se que a generalidade dos elementos da amostra reconhece as vantagens deste para a mãe. Ao nível das afirmações “Promove a involução uterina mais precoce”, a maioria dos elementos da amostra (17 elementos; 85% da amostra) reconheceram-na como pertencendo às vantagens do AM para a mãe. Quanto à afirmação “A mãe perde peso mais rapidamente”, a totalidade dos elementos da amostra (20 elementos; 100% da amostra) consideram que esta afirmação se trata de uma vantagem que o AM promove à mãe. Na afirmação “Diminui o risco de cancro da mama e ovários”, a maioria dos elementos da amostra (13 elementos; 70% da amostra) reconheceram-na como pertencendo às vantagens do AM para a mãe. Perante a afirmação “Favorece a vinculação mãe-filho”, a maioria dos elementos (17 elementos; 85% da amostra) identificaram-na como sendo uma das vantagens que o aleitamento materno confere à mãe. Face à afirmação “Amamentar em exclusivo e durante a noite protege a mãe de gravidez” 35% dos elementos da amostra (7 elementos) consideram ser uma das vantagens do AM para a mãe.

Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Família”

| Vantagens do AM para a Família | Sim | Não | Não Sei | Total |
|--|----------|-------|---------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Mais económico | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| A criança adocece menos, pelo que gasta menos em cuidados de saúde | 13 / 65 | - | 7 / 35 | 20 / 100 |

Pela análise do Quadro 22 podemos constatar que na generalidade, os elementos da amostra reconheceram as afirmações acima apresentadas como sendo vantagens do AM ao nível da família. Observa-se que ao nível da afirmação “Mais económico” a totalidade da amostra (20 elementos; 100% da amostra) considerou ser uma das vantagens que o AM confere à família. Também ao nível da afirmação “A criança adocece menos, pelo que gasta menos em cuidados de saúde”, 65% dos elementos da amostra (13 elementos) apontaram-na como sendo uma das vantagens do AM para a família.

Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para a Sociedade”

| Vantagens do AM para a Sociedade | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---|---------|--------|---------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Perde-se menos tempo de trabalho | 12 / 60 | 4 / 20 | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Diminui os custos de atendimento de saúde | 14 / 70 | 2 / 10 | 4 / 20 | 20 / 100 |

A partir da análise do Quadro 23 relativo às vantagens do AM para a sociedade podemos verificar que a maioria dos elementos da amostra reconheceu as vantagens deste para a sociedade. Perante a afirmação “Perde-se menos tempo de trabalho” verifica-se que 60% dos elementos da amostra (12 elementos) consideraram a afirmação como uma das vantagens do AM para a sociedade.

Face à afirmação “Diminui os custos de atendimento de saúde” verifica-se que 70% dos elementos da amostra (14 elementos) consideraram-na como uma das vantagens para a sociedade.

Quadro 24 – Distribuição da amostra segundo a variável “Vantagens do Aleitamento Materno para o Meio-Ambiente”

| Vantagens do AM para o Meio Ambiente | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Redução de custos porque diminui consumo de recursos ambientais | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Diminuição da Industrialização do material e desperdícios | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Diminui a poluição ambiental | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Amamentar é um acto ecológico | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |

Através da análise do Quadro 24 acerca das vantagens do AM para o meio-ambiente, podemos constatar que a maioria da amostra reconhece as vantagens do aleitamento materno para o meio-ambiente. Perante as afirmações apresentadas, 80% dos elementos da amostra (16 elementos) reconheceram todas as afirmações como vantagens do AM para o meio-ambiente.

Quadro 25 – Distribuição da amostra segundo a variável “Outras Vantagens do Aleitamento Materno”

| Outras Vantagens do AM | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---------------------------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Está sempre pronto a servir | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Encontra-se à temperatura ideal | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Mais prático | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |

Perante a análise do Quadro 25 sobre outras vantagens do AM, podemos verificar que a maioria dos elementos da amostra detém conhecimento acerca das vantagens referidas, uma vez que em todas as afirmações referenciadas, 85% dos elementos da amostra (17 elementos) reconheceram-nas como vantagens do AM.

3.4. Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação

Quadro 26 – Distribuição da amostra segundo a variável “Conhecimento sobre a Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação”

| Conhecimento sobre a Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Tanto pode amamentar uma mulher com mamas grandes como outra com mamas pequenas | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| O tipo de mamilo não interfere no sucesso da amamentação | 2 / 10 | 13 / 65 | 5 / 25 | 20 / 100 |
| A produção de leite deve-se a uma hormona chamada prolactina | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| A ocitocina é uma hormona que estimula a libertação do leite | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Sempre que o bebé suga na mama aumenta a produção de leite | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Para aumentar a produção de leite a criança deve sugar eficazmente na mama | 16 / 80 | - | 4 / 20 | 20 / 100 |

De acordo com o Quadro 26 acerca do conhecimento da anatomia da mama e fisiologia da lactação verifica-se que a maioria dos elementos da amostra demonstram conhecimento acerca da anatomia da mama e fisiologia da lactação. Verifica-se que a totalidade da amostra (20 elementos; 100% da amostra) considerou que tanto pode amamentar uma mulher com mamas grandes como outra com mamas pequenas; 65% dos elementos da amostra (13 elementos) consideraram que o tipo de mamilo não interfere no sucesso da amamentação; 85% dos

elementos da amostra (17 elementos) reconheceram a hormona prolactina como hormona responsável pela produção de leite, bem como a hormona ocitocina, como hormona responsável pela estimulação da libertação do leite. No que se refere à produção de leite, 80% dos elementos da amostra (16 elementos) consideraram que sempre que o bebé suga na mama aumenta a produção de leite e que para aumentar a produção de leite a criança deverá sugar eficazmente na mama.

3.5. Técnica da Amamentação

Quadro 27 – Distribuição da amostra segundo a variável “Princípios a Atender na Técnica da Amamentação”

| Princípios atender na Técnica da Amamentação | Sim | Não | Não Sei | Total |
|--|----------|---------|---------|---------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Lavar sempre as mãos antes de iniciar a amamentação | 20 / 100 | - | - | 20/100 |
| As mamas devem ser lavadas diariamente durante o banho sem produtos agressivos | 17 / 85 | - | 3 / 15 | 20/100 |
| Mãe e criança devem estar posicionados de forma a promover a pega correcta | 17 / 85 | - | 3 / 15 | |
| A amamentação deve ser efectuada em horário livre | 14 / 70 | 6 / 30 | - | 20/100 |
| O tempo de duração da mamada não é importante | 12 / 60 | 4 / 20 | 4 / 20 | 20/100 |
| A criança deve esvaziar uma mama e só depois deve ser oferecida a outra mama | 12 / 60 | - | 8 / 40 | 20/100 |
| A mãe deve aplicar umas gotas de leite nos mamilos e à sua volta após a mamada | 12 / 60 | 5 / 25 | 3 / 15 | 20/100 |
| A mãe deve aplicar pomada ou creme nos mamilos e à sua volta após a mamada | 5 / 25 | 12 / 60 | 3 / 15 | 20/100 |

Perante o Quadro 27 acerca dos princípios a atender na técnica da amamentação, constata-se que também a este nível, a generalidade da amostra reconheceu aspectos fundamentais inerentes à técnica da amamentação. Relativamente à lavagem das mãos, a totalidade da amostra (20 elementos da amostra; 100% da amostra) considera que se deve proceder à lavagem das mãos antes de iniciar a amamentação. Relativamente à lavagem das mamas diariamente sem a utilização de produtos agressivos, 85% dos elementos da amostra (17 elementos) consideraram ser um outro aspecto referente à técnica da amamentação. Quanto ao posicionamento da criança e da mãe para favorecer a pega correcta, 85% dos elementos da amostra (17 elementos) referiram ser um dos aspectos inerentes à técnica da amamentação. Quanto ao horário da amamentação, 70% dos elementos da amostra (14 elementos) consideram que a amamentação deve ser praticada em horário livre. Face à duração da mamada, 60% dos elementos da amostra (12 elementos) consideraram que o tempo de duração da mamada não é importante. Relativamente ao facto da criança esvaziar uma mama e só depois lhe ser oferecida a outra mama, 60% dos elementos da amostra concordaram com a afirmação. No que respeita à aplicação de gotas de leite nos mamilos e em redor destes após a mamada, 60% dos elementos da amostra concordaram com a afirmação e rejeitaram a afirmação relativa ao facto de a mãe aplicar pomada ou creme nos mamilos e à sua volta após a mamada.

3.6. Contra-Indicações da Amamentação

Quadro 28 – Distribuição da amostra segundo a variável “Contra-Indicações do Aleitamento Materno”

| Contra-Indicações do AM | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| Doença grave, crónica ou debilitante | 14 / 70 | 2 / 10 | 4 / 20 | 20 / 100 |
| Mães que precisem de tomar medicamentos nocivos à criança | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| Mãe com tuberculose activa | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| Mãe infectada com vírus do HIV | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| Mãe infectada com vírus Hepatite B e C | 14 / 70 | 4 / 20 | 2 / 10 | 20 / 100 |
| Bebé com transtornos metabólicos | 8 / 40 | 3 / 15 | 9 / 45 | 20 / 100 |

Relativamente às contra-indicações do AM e de acordo com o Quadro 28, a maioria dos elementos da amostra identificaram as respectivas contra-indicações do aleitamento materno. Quanto à mãe portadora de doença grave, crónica ou debilitante, 70% dos elementos da amostra (14 elementos) considerou-a como uma das contra-indicações do AM. Face às mães que necessitem de ingerir medicamentos nocivos para a criança, a totalidade da amostra (20 elementos; 100% da amostra) identificou-a como sendo uma das contra-indicações do AM. No que respeita à mãe portadora de tuberculose em fase activa e à mãe infectada com HIV, a totalidade da amostra (20 elementos; 100%) considerou-as como contra-indicações do aleitamento materno. Também a mãe portadora do vírus hepatite B e C, 70% dos elementos da amostra (14 elementos) identificaram-na como sendo uma contra-indicação. Face aos transtornos metabólicos apenas 40% dos elementos da amostra (8 elementos) consideraram ser uma contra-indicação do AM.

3.7. Desmame Precoce

Quadro 29 – Distribuição da amostra segundo a variável “Razões que levam à Interrupção da Amamentação”

| Razões que levam à interrupção precoce da amamentação | Sim | Não | Não Sei | Total |
|--|--------------|--------------|----------------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| A mãe pensa que tem pouco leite | 11 / 55 | 6 / 30 | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Problemas com as mamas | 12 / 60 | - | 8 / 40 | 20 / 100 |
| O bebé chora muito | 8 / 40 | 9 / 45 | 3 / 15 | 20 / 100 |
| Regresso da mãe ao trabalho | 15 / 75 | - | 5 / 25 | 20 / 100 |

Face às razões que levam ao desmame precoce da amamentação e segundo o Quadro 29, a maioria dos elementos da amostra identificaram algumas razões que levam à interrupção precoce da amamentação. Verifica-se que 55% dos elementos da amostra (11 elementos), consideraram que uma das razões que propiciam a interrupção precoce da amamentação remete para o facto de a mãe pensar que tem pouco leite. Outra razão apontada pelos elementos da amostra foram os problemas mamários com 60% dos elementos da amostra (12 elementos) a considera-los como razão de desmame precoce.

No que respeita ao facto do bebé chorar muito, 40% da amostra (8 elementos) consideraram pertencer às razões para a interrupção precoce da amamentação. Uma outra razão apontada por 75% dos elementos da amostra (15 elementos) como sendo responsável pelo abandono precoce da amamentação foi o regresso da mãe ao trabalho.

3.8. Direitos do Casal durante a Amamentação

Quadro 30 – Distribuição da amostra segundo a variável “Alguns Direitos da Mãe e Pai durante a Amamentação”

| Direitos dos Pais durante a Amamentação | Sim | Não | Não Sei | Total |
|---|----------|-------|---------|-----------------|
| | N / % | N / % | N / % | N / % |
| A licença de maternidade em Portugal é 120 dias | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| São acrescidos 30 dias por cada gémeo para além do primeiro | 12 / 60 | | 8 / 40 | 20 / 100 |
| Direito da mãe a dispensa do trabalho, por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora, durante todo o tempo que durar a amamentação do/a filho/a, sem perda de remuneração ou regalias | 12 / 60 | - | 8 / 40 | |
| “Direito da mãe e/ou do pai trabalhador, por decisão conjunta, a dispensa do trabalho por dois períodos distintos de uma hora cada um para aleitação do/a filho/a até este/a completar um ano, sem perda de remuneração ou de regalias” | 12 / 60 | - | 8 / 40 | 20 / 100 |
| Direito à protecção no despedimento das trabalhadoras em situação de gravidez, de licença por maternidade ou de amamentação | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |
| A licença de paternidade em Portugal é 5 dias | 20 / 100 | - | - | 20 / 100 |

Em relação aos direitos dos pais durante a amamentação e de acordo com o Quadro 29, a totalidade dos elementos da amostra (100%) assinalaram de acordo com a legislação os dias úteis das licenças de maternidade e paternidade, bem como o direito à protecção no despedimento das de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes. No que diz respeito aos restantes direitos, nomeadamente “São acrescentados 30 dias por cada gémeo para além do primeiro”, “Direito da mãe a dispensa do trabalho, por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora, durante todo o tempo que durar a amamentação do(a) filho(a), sem perda de remuneração ou regalias” e “Direito da mãe e/ou do pai trabalhador, por decisão conjunta, a dispensa do trabalho por dois períodos distintos de uma hora cada um para aleitação do/a filho/a até este/a completar um ano, sem perda de remuneração ou de regalias”, a maioria dos elementos da amostra (12 elementos; 60% da amostra) identificaram a veracidade destes direitos.

IV. DISCUSSÃO

Neste capítulo vão ser discutidos os resultados anteriormente apresentados relacionando-os com a revisão da literatura realizada. Sendo assim, o que se pretende com este estudo é identificar o conhecimento dos docentes sobre o aleitamento materno.

Este capítulo vai ser abordado de acordo com os respectivos grupos que servem de base ao método de colheita de dados, de forma a obtermos uma melhor percepção do capítulo em causa.

Relativamente ao grupo relativo à caracterização da amostra, e segundo o género, a maioria dos elementos da amostra são mulheres (85% dos elementos da amostra) e apenas 15% dos restantes elementos são do género masculino.

Os elementos da amostra apresentam idades compreendidas entre os 28 e os 42 anos. A idade dos elementos situou-se nos intervalos de [28-32 anos], [33-37 anos] e [38-42 anos] com respectivamente 25%, 50% e 25% dos elementos da amostra a representar cada um deles.

No que respeita ao grau de académico, 80% dos elementos da amostra apresentam o grau de Doutoramento e 20% dos restantes elementos possuem o mestrado.

As áreas científicas dos elementos da amostra que mais se evidenciam são: a Bioquímica (20% dos elementos da amostra), a Biologia (15% dos elementos da amostra), a Medicina Dentária (15% dos elementos da amostra), a Microbiologia (15% dos elementos da amostra) e a Química (15% dos elementos da amostra). As áreas científicas referentes à Fisioterapia, Genética Molecular, Imunologia e Neurociências representam 20% dos elementos da amostra.

Em relação ao estado civil, verifica-se que os elementos da amostra são maioritariamente casados representando 85% e apenas 15% são solteiros.

O número de filhos dos elementos da amostra varia entre os 0 e os 3 filhos. Em relação ao número de filhos observa-se que 25% dos elementos da amostra não têm filhos; 45% dos elementos possuem 1 filho; 25% têm 2 filhos e 5% possuem 3 filhos.

Dos 85% dos elementos da amostra do género feminino, a maioria desses (60%) afirmam ter amamentado os seus filhos. De acordo com Michaelsen et al (1994), citados por Levy (1996), verifica-se a existência de uma relação positiva entre a classe social, grau de escolaridade e amamentação; assim segundo os autores supracitados, quanto mais elevada for a escolaridade materna ou a sua classe social, maior é a frequência e duração do aleitamento materno.

Constata-se que os 60% dos elementos do género feminino que amamentaram os seus filhos afirmam ter planeado amamentar os seus filhos “Antes da Gravidez”. Segundo o Royal College of Midwifers (1994), citado por Pereira (2006), a decisão de amamentar, na maioria das mulheres, é anterior ao parto.

As razões que levam os 60% dos elementos do género feminino a amamentar são: os benefícios que o leite materno proporciona na sua globalidade (45%); os benefícios que o leite materno proporciona ao bebé (10%) e por fim os benefícios que o leite materno proporciona ao bebé e à mãe (5%). De acordo com Pereira (2006), muitas mães baseiam a sua escolha de amamentar no conhecimento sobre os benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno.

Face ao conhecimento sobre aleitamento materno, 85% dos elementos da amostra afirmam possuir conhecimentos sobre a temática do aleitamento materno e somente 15% reconhecem não possuir esse conhecimento.

Os 85% dos elementos detentores de conhecimento acerca do aleitamento materno familiarizaram-se com esta temática através: da Leitura e Comunicação Social/Enfermeiro e Médico/Familiares, Amigos e Escola (60%); dos Familiares/Amigos/Escola (15%); da Leitura/Comunicação Social (10%).

No que respeita ao período ideal para efectuar aleitamento materno exclusivo, verifica-se que a parte dos elementos da amostra (50%) consideram os 6 meses como o período ideal para efectuar o aleitamento materno exclusivo. De facto, os resultados obtidos vão de encontro ao que se encontra preconizado pela OMS e UNICEF (2006), estabelecendo os primeiros 6 meses de vida como o período ideal para efectuar aleitamento materno exclusivo.

Também ao nível dos elementos que beneficiam quando se faz aleitamento materno 50% dos elementos da amostra a consideram “Todos”, ou seja, a criança, a mãe, a família e a sociedade como os principais beneficiários. De acordo com Pereira (2006), o tipo de abordagem que recaí sobre a temática do aleitamento materno tem vindo a modificar-se, deixando a ênfase de estar centralizada apenas nas vantagens para a criança, passando a valorizar-se também, as vantagens para a saúde da mãe, para a família, sociedade e até para o meio-ambiente.

Quando confrontados com a questão “Para favorecer a libertação do leite, entre outras razões, o recém-nascido deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento?” constata-se que a maioria dos elementos da amostra (85%) consideram que o recém-nascido deve ser mantido junto da mãe desde o nascimento. De acordo com King (1991) e OMS (1994), o recém-nascido deve permanecer junto da mãe, enquanto estiver na sala de partos e deve começar o mais cedo possível a amamentação, uma vez que as primeiras horas após o parto são importantes para estabelecer o vínculo mãe-filho e para iniciar a amamentação.

No que respeita à questão “Quando deve ser colocado pela primeira vez o bebé à mama?” a maioria dos elementos da amostra (85%) respondem na “1ª hora de Vida”. Segundo King (1991), o recém-nascido deve começar o mais cedo possível a amamentação, se possível durante a primeira hora de vida, visto que imediatamente após o parto, o bebé está mais sensível, mais desperto e o reflexo de sucção é mais forte na primeira hora de vida, momento em que deve ser aproveitado para iniciar a primeira adaptação ao seio materno.

Face à questão “ O leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa nos 6 meses de vida?”, a maioria dos elementos da amostra (85%) consideram que o leite materno possui todos os nutrientes que o bebé necessita nos primeiros 6 meses de vida. De acordo com a OMS e UNICEF (2006), o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida fornece todos os nutrientes que o bebé precisa para crescer durante os primeiros seis meses de vida.

Relativamente à questão “Com a amamentação a mulher fica com as mamas descaídas?”, 40% da amostra, refere que a mulher não fica com as mamas descaídas. De acordo com Lothrop (2000), as mamas ficarão “descaídas” mais provavelmente se o desmame for precoce ou se não houver amamentação, isto porque o corpo se preparou inutilmente durante nove meses. Segundo o autor mencionado anteriormente, após um longo período de amamentação, as mamas ficam geralmente mais pequenas do que antes.

Em relação à questão “O pai tem um papel primordial no sucesso da amamentação?”, a maioria dos elementos da amostra (60%) consideram a opção “Sim”. De facto e de acordo com Kummer (1999, cit. in Cardoso, 2006), o papel do pai é decisivo na amamentação, visto que este ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para manter o equilíbrio e tranquilidade essenciais para o desenvolvimento da amamentação.

Em relação às vantagens do aleitamento materno e perante as afirmações “É o alimento mais adequado às suas necessidades”, “Melhor digestibilidade”, “Previne o risco de algumas infecções” e “Previne o risco de algumas alergias”, constata-se que a maioria dos elementos da amostra (85%) consideram as afirmações anteriormente citadas como sendo vantagens do aleitamento materno para o bebé. De acordo com Mattar (2007), o leite materno é o alimento completo pela sua composição química, satisfaz as necessidades do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida; é de fácil digestibilidade, sendo portanto melhor absorvido pelo bebé. Segundo Bértolo e Levy (2007), o leite materno previne infecções (gastrointestinais, respiratórias e urinárias) e tem um efeito protector sobre as alergias nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca.

Na afirmação “Diminui o risco de diabetes mellitus (tipo I) e linfomas”, a maioria dos elementos da amostra (70%) consideram como sendo uma das vantagens do aleitamento materno. De acordo com Alden (2002), as crianças amamentadas têm uma incidência menor de cancro na infância (linfoma e a leucemia) e diabetes mellitus tipo I.

Relativamente às afirmações “Promove a linguagem do bebé e diminui problemas de alteração morfológica da boca” a maioria dos elementos da amostra (55%) identificam-nas como vantagens do aleitamento materno para o bebé. De acordo Alden (2002), há evidências científicas face ao efeito da amamentação sobre o desenvolvimento da linguagem e favorece o desenvolvimento da arcada dentária, pois os dentes crescem com um melhor alinhamento e menor incidência de cáries dentárias.

Quanto à afirmação “Factor de protecção contra a obesidade”, 25% dos elementos da amostra consideram-na uma vantagem do aleitamento materno para o bebé. E de facto segundo Perry (2002), as crianças amamentadas têm menor incidência de obesidade na vida adulta.

Na afirmação “Coeficiente de inteligência e emocional mais alto”, 25% dos elementos da amostra consideram a afirmação como pertencendo às vantagens que o aleitamento materno promove ao bebé. Segundo Alden (2002), as crianças amamentadas mostram melhor desempenho nos testes de desenvolvimento, têm melhor capacidade verbal e demonstram melhor desempenho escolar.

No que se refere à afirmação “Promove a involução uterina mais precoce”, a maioria dos elementos da amostra (85%) considera esta afirmação como uma vantagem que o aleitamento materno proporciona à mãe. De acordo com Mattar (2007), a amamentação promove a involução uterina.

Em relação à afirmação “A mãe perde peso mais rapidamente”, a totalidade da amostra considera esta afirmação como uma das vantagens do aleitamento materno para a mãe. Segundo Mattar (2007), as mulheres que amamentam tendem a retomar ao peso pré-gestacional mais rapidamente.

Face à questão “Diminui o risco de cancro de mama e ovários”, a maioria dos elementos da amostra (70%) reconhece a afirmação como sendo uma das vantagens do aleitamento materno para a mãe. E de facto, sabe-se que as mulheres que amamentam têm menor risco de desenvolver cancro do ovário e mama (Mattar, 2007).

Relativamente à questão “Favorece a vinculação mãe-filho”, a maioria dos elementos da amostra (85%) reconhece-a como sendo uma das vantagens que o aleitamento materno promove à mãe. De facto e segundo Mattar (2007), a amamentação promove o estabelecimento do vínculo mãe-filho.

Em relação à afirmação “Amamentar em exclusivo e durante a noite protege a mãe de gravidez”, 35% dos elementos da amostra considera-a como vantagem do aleitamento materno para a mãe. De facto e segundo Mattar (2007), a amamentação representa um método de planeamento familiar desde que se cumpram critérios como a prática do aleitamento materno exclusivo e praticado em regime livre inclusive à noite, desde que em amenorreia.

Na afirmação “É mais económico”, a totalidade dos elementos da amostra indicam a afirmação como sendo uma vantagem do aleitamento materno para a família. Quanto à questão “A criança adocece menos, pelo que gasta menos em cuidados de saúde”, a maioria dos elementos da amostra (65%) reconhece-a como uma das vantagens do aleitamento materno para a família. De acordo com Alden (2002), a amamentação representa um custo mais baixo para as famílias e a criança adocece menos.

Perante a afirmação “Perde-se menos tempo de trabalho”, a maioria dos elementos da amostra (60%) considera a afirmação como vantagem do aleitamento materno para a sociedade. Face à questão “Diminui os custos de atendimento de saúde”, a maioria dos elementos da amostra (70%), identifica-a como pertencendo às vantagens que o aleitamento materno proporciona à sociedade. De acordo com Alden (2002), os pais perdem menos tempo de trabalho devido à necessidade de ficar em casa por causa de um filho doente e os gastos em consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações são reduzidos com as mães e os bebés saudáveis.

Relativamente às afirmações “Redução de custos porque diminui consumo de recursos ambientais”, “Diminuição de industrialização do material e desperdício”, “Diminui a poluição ambiental” e “Amamentar é um acto ecológico”, a maioria dos elementos da amostra (80%) reconhecem-nas como vantagens do aleitamento materno perante o meio-ambiente. Segundo Coutinho (2001), a prática do aleitamento materno diminui a poluição ambiental com a diminuição do lixo inorgânico (plástico e borrachas e

poluentes do ar), não implica desperdícios de recursos naturais (lata, papel), pelo facto do aleitamento materno ser uma fonte gratuita, natural e renovável de leite materno.

Face às afirmações “Está sempre pronto a servir”, “Encontra-se à temperatura ideal” e “É mais prático”, a maioria dos elementos da amostra (85%) identifica-as como vantagens do aleitamento materno. De acordo com Levy (1994), amamentar representa um acto prático, está sempre pronto e à temperatura ideal, não necessitando de qualquer equipamento ou procedimento especial para a sua preparação.

No que diz respeito à anatomia da mama e fisiologia da lactação, e relativamente à afirmação “Tanto pode amamentar uma mulher com mamas grandes como outra com mamas pequenas”, a totalidade dos elementos da amostra reconhece a veracidade desta afirmação e de acordo com Jaldin e Santana (2001), o tamanho da mama não apresenta qualquer relação com a capacidade para amamentar, uma vez que o tamanho da mama encontra-se relacionado com a quantidade de gordura existente, e não se encontra associado à capacidade funcional.

Quanto à afirmação “O tipo de mamilo não interfere no sucesso da amamentação”, a maioria dos elementos da amostra (65%) reconhecem a veracidade desta afirmação. Segundo Alden (2002), o tamanho, o formato e a capacidade de erecção dos mamilos variam individualmente; algumas mulheres têm mamilos achatados ou invertidos, que não ficam erectos com a estimulação, embora os bebés sejam capazes de aprender a mamar com sucesso em qualquer tipo de mamilo.

Face às afirmações “A produção de leite deve-se a uma hormona chamada prolactina” e “A Ocitocina é uma hormona que estimula a libertação do leite”, a maioria dos elementos da amostra (85%) assinalam a opção “Sim”. De facto e de acordo com Cardoso (2006), o sistema nervoso materno após o parto produz duas importantes hormonas responsáveis pela promoção de dois reflexos mamários essenciais à lactação, são elas: a prolactina (hormona que actua na produção do leite) e a ocitocina (hormona que actua na ejeção do leite).

Nas afirmações “Sempre que o bebé suga na mama aumenta a produção de leite” e “Para aumentar a produção de leite a criança tem que sugar eficazmente”, 80% dos elementos da amostra reconhecem a veracidade das afirmações. De acordo com Bértolo e Levy (2007), sempre que o bebé mama estimula a região do mamilo e aréola e decorrente dessa estimulação, impulsos vão do mamilo para o cérebro e este em resposta segrega a hormona responsável pela produção de leite, a prolactina, que por via sanguínea atinge a mama e estimula as células do alvéolo mamário para a produção de leite, logo quanto mais o bebé suga mais leite é produzido, dado que a amamentação frequente mantém os níveis elevados de prolactina no sangue.

Relativamente à técnica da amamentação e perante a afirmação “Lavar sempre as mãos antes de iniciar a amamentação”, a totalidade dos elementos da amostra reconhecem esta afirmação como sendo um dos procedimentos a atender na técnica da amamentação. E de facto e de acordo com Pereira (2006), um dos procedimentos a efectuar antes de iniciar a técnica da amamentação é a lavagem correcta das mãos por parte da mãe.

Ao nível da afirmação “As mamas devem ser lavadas diariamente durante o banho sem produtos agressivos”, também a este nível, a maioria dos elementos da amostra (85%) assinalam a opção “Sim”. Segundo Alden e Perry (2002), a lavagem diária das mamas com água é suficiente para a limpeza das mamas.

Na afirmação “Mãe e Criança devem estar posicionadas de forma a promover a pega correcta”, a maioria dos elementos da amostra (85%) assinalam a opção “Sim”. De facto, o posicionamento da mãe e criança remete para um dos aspectos fundamentais da técnica da amamentação, o que se encontra preconizado é que a mãe deverá posicionar-se confortavelmente e posicionar a criança de forma a favorecer entre outros aspectos, a pega correcta (Pereira, 2006).

Também ao nível da afirmação “A amamentação deve ser efectuada em horário livre”, a maioria dos elementos da amostra (70%) assinalam a opção “Sim”. Quanto ao horário das mamadas e de acordo com Bértolo e Levy (2007), cada criança têm o seu ritmo próprio e deverá ser a criança a estabelecer o seu próprio horário, isto significa que, o

bebé deve ser alimentado quando tem fome, ou seja, em regime livre, não se devendo impor ao bebé um regime rígido.

Relativamente à afirmação “O tempo de duração da mamada não é importante”, a maioria dos elementos da amostra (60%) assinalam a opção “Sim”. De facto e segundo Bértolo e Levy (2007), na técnica da amamentação, a duração da mamada não é importante; a duração da mamada deverá ser determinada pela criança devendo mamar até ficar satisfeita.

Em relação à afirmação “A criança deve esvaziar uma mama e só depois deve ser oferecida a outra mama”, a maioria dos elementos da amostra (60%) considera esta afirmação como sendo um procedimento importante a ter em consideração na técnica da amamentação. De acordo com Pereira (2006), a técnica correcta da amamentação implica que o bebé mame pelo menos dum mama até ao final, ou seja, até não querer mais dessa mama e depois a mãe deve oferecer-lhe a outra mama.

Quanto à afirmação “A mãe deve aplicar umas gotas de leite nos mamilos e à sua volta após a mamada”, a maioria dos elementos da amostra (60%) reconhecem a afirmação como sendo outro aspecto a ter em conta na técnica da amamentação. De facto, segundo Pereira (2006) e Perry (2002) é conveniente a mãe após cada mamada secar os mamilos, retirar um pouco de leite e massajar suavemente em volta do mamilo e aréola.

Na afirmação “A mãe deve aplicar pomada ou creme nos mamilos e à sua volta após a mamada”, a maioria dos elementos da amostra (60%) assinalaram a opção “Não”. De acordo com Alden e Perry (2002), nenhum creme ou loção deve ser aplicado nas mamas porque eles impedem a secreção de óleo bacteriostático natural segregado pelas glândulas de Montgomery e para além disso alguns cremes contém álcool podendo irritar ou desidratar o tecido das mamas.

Em relação às contra-indicações da amamentação, a maioria dos elementos da amostra consideram como contra-indicações da amamentação os seguintes casos: a mãe com doença grave, crónica ou debilitante (70%); mães que precisam de tomar medicamentos nocivos à criança (100%); mães com tuberculose activa (100%); mãe infectada com vírus do HIV (100%); mãe infectada com vírus da Hepatite B e C (70%) e o bebé com transtornos metabólicos (40%).

De facto, Bértolo e Levy (2007) referem como contra-indicações temporárias as situações que englobam as mães com algumas doenças infecciosas (varicela, herpes com lesões mamárias e tuberculose não tratada) e também as mães que necessitem de recorrer a certos tipos de medicação. As contra-indicações definitivas do aleitamento materno, segundo as autoras supracitadas, dizem respeito às situações de mães portadoras de doenças graves, crónicas ou debilitantes; mães infectadas pelo vírus do HIV; mães que necessitem prolongadamente de fármacos nocivos para os bebés e bebés com doenças metabólicas (fenilcetonúria e galactosemia). No caso das mães com hepatite B e C, e segundo Silva e Fonseca (1997), elas podem amamentar os seus filhos, apenas se contra-indica o aleitamento materno a este grupo de mães caso apresentem fissuras nos mamilos.

Relativamente ao desmame precoce, e ao nível da afirmação “A mãe pensa que tem pouco leite”, parte dos elementos da amostra (55%) reconhecem-na como uma das razões para o desmame precoce. Quanto à afirmação “Problemas com as mamas”, a maioria dos elementos da amostra (60%) considera tratar-se de uma outra razão de desmame precoce. Relativamente à afirmação “O bebé chora muito”, uma parte dos elementos da amostra (40%) reconhece-a como razão de interrupção precoce da amamentação. Face à afirmação “Retorno da mãe ao trabalho”, a maioria dos elementos da amostra (75%) identifica-a como pertencendo às razões que levam ao desmame precoce da amamentação.

De acordo com Pereira (2006), entre as razões mais frequentes para o declínio do aleitamento materno remete para o facto de muitas mães não acreditarem que têm leite suficiente. Segundo a autora supracitada, no âmbito fisiológico, também os problemas mamários constituem uma das razões para o desmame precoce da amamentação.

Uma outra razão que leva as mães a interromper precocemente a amamentação e a iniciarem a suplementação desnecessária deve-se ao choro do bebé, que pode induzir a mãe a pensar que não tem leite suficiente (Pereira, 2006). Segundo Beverley (2000, cit. in Cardoso, 2006), os problemas laborais são uma das principais razões apontadas pelas mulheres para o abandono precoce da amamentação.

Face ao grupo inerente aos direitos dos pais na amamentação, e em relação aos direitos dos pais durante a amamentação, a totalidade dos elementos da amostra identificam de acordo com a legislação os dias úteis das licenças de maternidade e paternidade, bem como o direito à protecção no despedimento das de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes. No que diz respeito aos restantes direitos, nomeadamente “São acrescidos 30 dias por cada gémeo para além do primeiro”; “Direito da mãe a dispensa do trabalho, por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora, durante todo o tempo que durar a amamentação do(a) filho(a), sem perda de remuneração ou regalias” e “Direito da mãe e/ou do pai trabalhador, por decisão conjunta, a dispensa do trabalho por dois períodos distintos de uma hora cada um para aleitação do/a filho/a até este/a completar um ano, sem perda de remuneração ou de regalias”, a maioria dos elementos (60%) da amostra identifica a veracidade destes direitos.

De facto e segundo a legislação em vigor referente à amamentação, toda a trabalhadora tem o direito à licença de maternidade de 120 dias consecutivos (Artigo 10º, nº1). Em caso de gémeos, aos 120 dias de licença de maternidade somam-se 30 dias por cada gémeo (Artigo 10º, nº2). Um outro direito remete para o direito à dispensa do trabalho para a amamentação e aleitação, a mãe que comprovadamente amamenta o seu filho, têm direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora, para o cumprimento dessa missão (Artigo 14º, nº2). Caso não haja amamentação, a mãe, o pai ou ambos têm direito por decisão conjunta, à dispensa do mesmo período de tempo, para aleitação até o filho atingir um ano de idade (Artigo 14º, nº3). Destaca-se também um outro direito da amamentação, o direito à protecção no despedimento de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes (Artigo 24º, nº1). Também o pai tem direito à licença por paternidade com 5 dias úteis (Artigo 11º, nº1).

V. CONCLUSÃO

Finalizada parte do trabalho, urge a necessidade de relembrar a essência do presente estudo e daí retirar conclusões. Os objectivos deste estudo consistiam na identificação dos Conhecimentos dos Docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno, especificamente ao nível das vantagens do aleitamento materno, da anatomia da mama e fisiologia da lactação, dos princípios a atender na técnica da amamentação, das contra-indicações da amamentação, das razões de interrupção precoce da amamentação e dos direitos dos pais durante a amamentação.

Os resultados obtidos e discutidos em capítulos anteriores demonstram que os docentes respondem às questões apresentadas, de acordo com o que se encontra preconizado na literatura e descrito na revisão bibliográfica, nomeadamente ao nível:

- das vantagens do aleitamento materno (bebé; mãe; família; sociedade e meio-ambiente);
- da anatomia e fisiologia da lactação;
- dos princípios a atender na técnica da amamentação;
- das contra-indicações da amamentação;
- das razões de interrupção precoce da amamentação;
- dos direitos dos pais durante a amamentação.

Portanto, com a realização do presente estudo pode-se concluir que os objectivos propostos inicialmente foram alcançados e que este estudo permitiu dar resposta à respectiva questão investigação.

A elaboração do estudo em causa contribuiu não só para a aquisição de diversos conhecimentos acerca da temática do aleitamento materno, como também permitiu o desenvolvimento de competências científicas ao nível da metodologia científica, fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Alden, K. Kathryn (2002). Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido. In: Bobak, M. Irene; Lowdermilk, L. Deitra; Perry, E. Shannon. *O Cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre, Editora Artmed, pp. 425-446.
- 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.
- Cardoso, L. (2006). Aleitamento Materno: Uma prática de Educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Centeno, M. (2005). Puerpério e Lactação. In: L.M. Graça. *Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa, Editora Lidel, pp. 327-32.
- Comissão para a promoção do aleitamento materno do CHU Sainte-Justine, Montreal, Quebec (2007). *Crescer & Viver: bebês e maternidade*. Lisboa, Editora Climepsi.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. 2ª Edição. Lisboa, Editora Salamandra.
- Coutinho, B. Sonia; Teruya, K. (2001). Sobrevivência Infantil e Aleitamento Materno. In: Rego, D., J. *Aleitamento Materno*. São Paulo, Editora Athenen, pp. 5-17.
- Diário da República. Decreto – Lei nº70/2000. Série I.
- Dicionário de Língua Portuguesa (2006). Porto Editora.

- Fortin, M., F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Galvão, G. P. M., Dulce (2006). *Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes*. Loures, Editora Lusociência.
- Jaldin, M. G. M.; Santana, B. R. (2001). Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação. In: Rego, D. José. *Aleitamento Materno*. São Paulo, Editora Athenen, pp. 35-44.
- King, F. S (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. 4ª Edição. Brasília.
- Lakatos, E., M.; Marconi, M., A. (1991). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3ª Edição. São Paulo, Editora Atlas.
- Levy, L. (1996). O Sucesso do Aleitamento Materno: Contributo de uma Intervenção Clínica. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Levy, L. (1994). Alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria* (25), pp. 191-211.
- Liladar, C. (2007). A Importância do Aleitamento Materno. *Jornal do Centro* (15), pp.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. Lisboa, Editora Paz.
- Mattar, G. J. Maria (2007). *Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar*. São Paulo, Editora Manole.
- Northrup, C. (2004). *Corpo de mulher, sabedoria de mulher*. 3ª Edição. Porto, Editora Sinais de Fogo.
- OMS (1994). *Alimentação Infantil. Bases Fisiológicas*. São Paulo, Editora Akaré.

- Pereira, M. Adriana (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures, Editora Lusociência.
- Perry, E. Shannon (2002). Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido. In: Bobak, M. I.; Jensen, M., D.; Lowdermilk, L. Deitra. *Enfermagem Materna*. Loures, Editora Lusociência, pp. 555-561.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e Saúde*. Lisboa, Editora Climepsi.
- Serva, B., V.; Teruya, K. (2001). Manejo da Lactação. In: Rego, D. J. *Aleitamento Materno*. São Paulo, Editora Athenen, pp. 119-125.
- Silva, D., V.; Fonseca, S. (1997). *Aleitamento Materno: Uma Alimentação Ecológica e Inteligente*. Porto, Editora Santos.
- UNICEF (2006). Comunicado de Imprensa: Aleitamento Materno, uma maneira simples de salvar vidas.
- UNICEF (2004). Comunicado de Imprensa: Mais de 1 milhão de crianças poderiam ser salvas através do Aleitamento Materno.

ANEXOS