

Daniel José da Silva Rajão

Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Daniel José da Silva Rajão

Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Daniel José da Silva Rajão

Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação

Nome do Aluno

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em Enfermagem.

Resumo

O leite materno é o alimento mais adequado para todos os recém-nascidos excetuando alguns casos raros como por exemplo a galactosemia, pois contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé, além de que ajuda a fortalecer o sistema imunitário, prevenindo infeções e alergias nos primeiros meses de vida. São diversas as vantagens do aleitamento materno, na mãe diminui as probabilidades de ter cancro da mama ou de ovário, no bebé melhora a fala, a respiração e a mastigação. Além disso, o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular e destaca-se com fator primordial o favorecimento da vinculação mãe-bebé.

Nos dias que decorrem existe ainda uma grande preocupação em relação à amamentação, pois ainda existem mães que não aderem à amamentação, um dos motivos poderá ser a falta de conhecimentos sobre esta temática. Neste trabalho de investigação optou-se pelo tema: “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”, sendo que o principal objetivo é investigar os conhecimentos das mães sobre amamentação, tendo como objetivos específicos os seguintes: Saber se as mães tiveram informação sobre aleitamento materno durante a gravidez; Enunciar os responsáveis pela informação às mães sobre amamentação; Definir a perceção que as mães têm do seu nível de conhecimentos sobre amamentação; Definir se as mães possuem os conhecimentos considerados adequados sobre amamentação; Analisar a experiência das mães sobre amamentação; Conhecer as expectativas das mães sobre amamentação.

Com o intuito de atingir estes objetivos, aplicou-se um questionário desenvolvido por Sousa (2014) a uma amostra de 56 mães que se encontravam internadas no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde. Neste projeto foi utilizada uma abordagem quantitativa, de carácter descritivo, exploratório e transversal, pelo que o processo de amostragem escolhido foi o método de amostragem não probabilístico acidental. As inquiridas tinham idade mínima de 18 anos e máxima de 44 anos, com uma média de 32,4 anos.

Os conhecimentos abordados no questionário foram: o início da amamentação, a duração, algumas afirmações acerca da amamentação, o saber e identificar os sinais de

pega correta, o uso da chupeta, e os cuidados a ter após a criança mamar. Os principais resultados revelaram que 48,2% das mães têm conhecimentos suficientes, e 30,4% insuficientes, seguido de 17,8% e 3,6% de conhecimentos considerados Bons e Muitos Bons respectivamente.

Palavras-chave: aleitamento materno, conhecimentos.

Abstract

Breast milk is the most suitable food for all newborns except for rare cases such as galactosemia, because it contains all the nutrients needed for the baby's growth and development, as well as helping to strengthen the immune system, preventing infections and allergies in the first months of life. There are several advantages of breastfeeding, in the mother, the chances of having breast or ovarian cancer are reduced, in the baby improves speech, breathing and chewing. In addition, your gut starts to function more regularly and stands out as a primary factor favoring the bonding of the mother and baby.

In the days that follow there is still a great concern regarding breastfeeding, because there are still mothers who do not adhere to breastfeeding, one reason may be the lack of knowledge on this subject. In this research work we chose the theme: "Knowledge of Mothers on Breastfeeding", the main objective of this research was to investigate the mothers' knowledge about breastfeeding, and the specific objectives are: To know if the mothers had information about breastfeeding during pregnancy; State those responsible for informing mothers about breastfeeding; Define the mothers' perception of their level of knowledge about breastfeeding; Define whether mothers have adequate knowledge about breastfeeding; Analyzing mothers' experience of breastfeeding; Know the expectations of mothers about breastfeeding.

In order to achieve these objectives, a questionnaire developed by Sousa (2014) was applied to a sample of 56 mothers who were admitted to the Obstetrics Service of the Póvoa de Varzim-Vila do Conde Hospital Center. In this project was used a quantitative approach, descriptive, exploratory and cross-sectional character, so the sampling process chosen was the non-probabilistic random sampling method. The respondents were at least 18 years of age and 44 years of age, with a mean of 32.4 years.

The knowledge covered in the questionnaire was: the initiation of breastfeeding, the duration, some statements about breastfeeding, knowing and identifying correct signs of pregnancy, use of the pacifier, and the care to be taken after the child suckles. The main results showed that 48.2% of the mothers had sufficient knowledge and 30.4% had

insufficient knowledge, followed by 17.8% and 3.6% of knowledge considered Good and Many Good respectively.

Keywords: breastfeeding, knowledge

Dedicatória

Dedico este trabalho e todo o meu percurso académico aos meus pais e avó.

Agradecimentos

À minha orientadora Prof^a Amélia José Monteiro, agradeço por todo o apoio incondicional prestado durante a realização deste trabalho, bem como a sua disponibilidade, interesse, dedicação e orientação.

A todos os professores e enfermeiros que fizeram parte deste meu percurso académico.

À Juliana por acreditar nas minhas capacidades e me apoiar incondicionalmente.

À Enf^a Irene Cerejeira e à sua equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde, por toda a disponibilidade e apoio que foram constantes.

Às mães que aceitaram participar no meu trabalho, sem a colaboração das mesmas este estudo não seria possível de ser realizado.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste objetivo, os meus sinceros agradecimentos.

Lista de abreviaturas, siglas, símbolos

AM- Aleitamento Materno

CHPVVC- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Ig A- Imunoglobulina A

n- Frequência absoluta

OMS- Organização Mundial da Saúde

UNICEF- United Nations Children's Fund

%- Percentagem

\leq - Menor ou igual

\geq - Maior ou igual

Índice

Introdução	1
I- Fase Conceptual.....	4
1. O problema de investigação	4
i. Questão de investigação.....	4
ii. Questões Pivot.....	5
2. Revisão da literatura	5
i. Fisiologia da amamentação	6
ii. Técnicas da amamentação.....	11
iii. Vantagens do aleitamento materno	14
iv. Fatores que condicionam a prática do aleitamento materno exclusivo	16
v. Papel dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno	18
3. Objetivos da investigação	19
II- Fase Metodológica	20
1. Desenho de investigação	20
i. Tipo de estudo.....	21
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	21
iii. Variáveis em estudo.....	22
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste	23
v. Tratamento e apresentação dos dados	24
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	24
III- Fase Empírica	26
1. Apresentação, análise e interpretação dos dados.....	26
1.1 Caracterização da amostra.....	26
2. Discussão dos resultados	37
Conclusão.....	42
Bibliografia	44
Anexos.....	50
Anexo 1: Instrumento de recolha de dados.	50
Anexo 2: Autorização para uso do instrumento de recolha de dados.....	56
Anexo 3: Autorização da Comissão de Ética do CHPVVC.	57

Anexo 4: Declaração do Consentimento Informado. 59

Índice de Figuras

Figura 1: Posição de embalar	13
Figura 2: Posição Invertida	14
Figura 3: Posição Deitada	14

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a idade.....	26
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade	27
Gráfico 3: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de residência.....	27
Gráfico 4: Distribuição da amostra em relação à duração da gravidez	29
Gráfico 5: Sentimento ao amamentar pela 1º vez	31
Gráfico 6: Autoperceção das mães acerca dos conhecimentos sobre a amamentação	33

Índice de Tabelas

Tabela 1: Componentes do Leite Materno (100ml)	11
Tabela 2: Procedimentos para uma Técnica Correcta da Amamentação	12
Tabela 3: Distribuição da amostra relativamente ás variáveis obstétricas	28
Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o nº de filhos	29
Tabela 5: Informação sobre o AM	30
Tabela 6: Experiência prática da amamentação	30
Tabela 7: Caracterização da experiência de amamentar.....	32
Tabela 8: Pontos de corte dos conhecimentos globais sobre a amamentação	32
Tabela 9: Classificações sobre os conhecimentos globais das mães	33
Tabela 10: Conhecimentos sobre o início da amamentação.....	34
Tabela 11: Conhecimentos sobre a duração adequada do AM exclusivo	34
Tabela 12: Afirmações acerca do leite materno	35
Tabela 13: Conhecimentos acerca dos sinais de boa pega	35
Tabela 14: Conhecimentos acerca do horário da amamentação.....	36
Tabela 15: Uso da chupeta	36
Tabela 16: Conhecimentos acerca dos cuidados com a mama depois da mamada	37

Introdução

No âmbito da unidade curricular denominada Projeto de Graduação, disciplina esta pertencente ao 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde foi proposto a realização deste Projeto de Graduação. O tema escolhido pelo autor foi os “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”, constituindo um dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Este tema foi escolhido pelo autor por ser uma área de interesse pessoal, contribuindo assim para o aprofundamento dos seus conhecimentos acerca desta temática, sendo que o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Materna foi um dos fatores que o apoiou na escolha do tema.

O leite materno é o alimento mais adequado para todos os recém-nascidos excetuando alguns casos raros como por exemplo a galactosemia, pois contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebé, além de que ajuda a fortalecer o sistema imunitário, prevenindo infeções e alergias nos primeiros meses de vida. São diversas as vantagens do aleitamento materno, na mãe diminuí as probabilidades de ter cancro da mama ou de ovário, o bebé amamentado fala, respira e mastiga melhor. Além disso, o seu intestino passa a funcionar de forma mais regular e favorece a vinculação mãe-bebé.

Atualmente existe uma grande preocupação em relação à amamentação, pois de acordo com WHO (2018, *cit in* Ferreira, C.) apesar das recomendações e das vantagens do leite materno, acontece que as taxas de aleitamento materno exclusivo encontram-se longe do desejado, segundo a OMS, apenas 44% das crianças em todo o Mundo iniciam a amamentação na primeira hora de vida, 40% são amamentadas exclusivamente até aos seis meses, e 45% das crianças com dois anos ainda são amamentadas.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. Posteriormente é finalizado com uma conclusão, seguido das referências bibliográficas e dos anexos. A fase conceptual é constituída pela

problemática da investigação, a definição e justificação do tema, referência á pergunta de partida, questões e objetivos da investigação, e por último a revisão da literatura. A fase metodológica é composta pelo desenho de investigação; o tipo de estudo; a caracterização da população e da amostra; processo de amostragem; variáveis em estudo; instrumento de recolha de dados e pré-teste; tratamento e apresentação dos dados; salvaguarda dos princípios éticos. Na fase empírica é feita uma apresentação e análise dos dados bem como a interpretação dos mesmos, de seguida é realizada a discussão dos resultados obtidos.

Quanto aos objetivos, este trabalho tem como objetivo principal: Avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação. E para dar resposta às questões *pivot* foram criados os objetivos específicos: Saber se as mães tiveram informação sobre aleitamento materno durante a gravidez; Enunciar os responsáveis pela informação às mães sobre a amamentação; Conhecer a perceção das mães sobre o nível de conhecimentos sobre a amamentação; Definir se as mães possuem os conhecimentos considerados adequados sobre a amamentação; Analisar a experiência das mães sobre amamentação; Nomear as expectativas das mães sobre amamentação.

Com o intuito de atingir estes objetivos, aplicou-se um questionário desenvolvido por Sousa (2014) a uma amostra de 56 mães que se encontravam internadas no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde entre fevereiro de 2019 e abril de 2019. Os dados após a colheita foram posteriormente tratados e analisados através do programa Office Excel 2010, sendo posteriormente apresentados os resultados em tabelas e gráficos. Neste projeto foi utilizada uma abordagem quantitativa, de carácter descritivo, exploratório e transversal, e o processo de amostragem escolhido foi o método de amostragem não-probabilístico acidental.

Foram avaliados os conhecimentos sobre o início e duração da amamentação, algumas afirmações acerca da amamentação, o saber e identificar os sinais de pega correta, o uso da chupeta, e os cuidados a ter com a mama após a mamada. Os principais resultados revelaram que 48,2% das mães têm conhecimentos suficientes, e 30,4% insuficientes, seguido de 17,8% e 3,6% de conhecimentos considerados Bons e Muitos Bons respetivamente. Relativamente à autoperceção das mães os resultados foram um pouco

diferentes, 7,1% consideram possuir conhecimentos insuficientes e 44,6% acredita possuir conhecimentos muito bons, a percentagem de mães que refere possuir conhecimentos suficientes é 33,9% pelo que é um valor distante dos resultados obtidos.

I- Fase Conceptual

A fase conceptual refere-se à primeira fase do processo de investigação e de acordo com Fortin M. (2009, p. 63):

“consiste num conjunto de atividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objetivo, das questões ou das hipóteses. Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma conceção e precisa do problema considerado.”

Este capítulo corresponde às bases de toda a pesquisa onde é abordada a problemática da investigação, a definição e justificação do tema, referência à pergunta de partida, questões e objetivos da investigação e, posteriormente, uma revisão bibliográfica.

1. O problema de investigação

Segundo Fortin (2009), um tema de investigação é definido como um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. Deste modo o tema escolhido foi: “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”.

Para Marconi e Lakatos (2007, p. 26) um “problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução”.

De forma a justificar a atualidade e pertinência do tema, de acordo com Martins, C et al. (2006, p. 57) refere que, “O Aleitamento materno é um tema bastante atual, com pertinência, e com longa tradição, sendo um fator sensível na atualidade.”

i. Questão de investigação

Para que uma investigação se inicie é necessário ter uma questão de investigação, isto é, uma questão que delimite a investigação. Para Fortin (2009), uma questão de

investigação é uma pergunta explícita referente a um tema de estudo que se deseja investigar, tendo em vista aumentar o conhecimento que existe.

Desta forma, a questão principal e inicial de investigação formulada para este estudo é: “Quais são os conhecimentos das Mães sobre a Amamentação?”

ii. Questões Pivot

Após definir a questão de partida, surgem outras perguntas de investigação, as questões *pivot*, de forma a completar a pergunta inicial, que são:

- Será que as mães tiveram informação sobre aleitamento materno durante a gravidez?
- Quem foram os responsáveis pela informação sobre amamentação?
- Qual será a percepção que as mães têm do seu nível de conhecimentos sobre amamentação?
- Será que as mães possuem os conhecimentos considerados adequados sobre amamentação?
- Qual será a experiência que as mães têm sobre amamentação?

2. Revisão da literatura

A Revisão da Literatura resume o conhecimento do investigador acerca da temática. Com esse fim foi fulcral a investigação de trabalhos realizados relacionados com o tema. Nesta revisão irá ser abordado: Fisiologia da amamentação, subdividido em anatomia da mama, fenómeno da lactação e leite materno. Seguidamente irão ser explorados temas como: técnicas da amamentação, vantagens do aleitamento materno, fatores que condicionam a prática do aleitamento materno exclusivo e, por último, o papel dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno.

i. Fisiologia da amamentação

A amamentação de acordo com a CIPE (CIPE, 2005, p.45) é um:

“Padrão Alimentar ou de ingestão de líquidos com as características específicas: Estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome.”

Segundo a OMS (1997, *cit. in* Pinto. T, 2008, p.58) o aleitamento materno refere-se à ingestão de leite materno pelo bebé quer diretamente ou através de biberão ou copo, podendo o leite ser retirado manualmente ou mecanicamente da mama. Por outro lado, a amamentação consiste no ato de extração do leite diretamente da mama sempre pelo bebé.

O leite materno está inteiramente relacionado com o ciclo reprodutor da mulher ocorrendo a sua produção unicamente no período pós-parto. A produção do leite materno é um processo fisiológico normal e natural que se manifesta como uma consequência de parir (Galvão, 2006).

Para Correia, A. (2009), através do aleitamento materno as crianças podem adquirir todos os nutrientes que necessitam para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

As mamas são estruturas ligeiramente assimétricas anexas à pele especializadas na produção de leite. Quanto às suas formas podem ser piriformes, cónicas, cilíndricas, discóides. Encontram-se separadas pelo sulco intermamário e limitadas inferiormente pelo sulco inframamário, estendem-se entre a segunda e a sexta costelas e do esterno á linha axilar média (Orfão et al., 2009). Na sua parte central encontra-se uma área de coloração mais escura, formando o complexo aréolo-papilar, sendo este composto por duas estruturas: a aréola e a papila ou mamilo. O complexo contém musculatura lisa, a contração dessas fibras musculares provoca a diminuição de tamanho, endurecimento, ereção da papila e compressão dos seios lactíferos.

A glândula mamária é constituída por dois sistemas: ductal e lobular. Estes são formados por um sistema epitelial composto por células secretoras e absorptivas, que os revestem internamente, e uma camada externa de células mioepiteliais (Conceição et al., 2005). Os ductos levam o leite dos alvéolos até ao exterior, estes pequenos tubos tornam-se mais largos, sob a aréola, permitindo que a bebé recolha o leite ao sugar (Levy, L. & Bértolo, H., 2012).

Segundo Centeno (2005, *cit. in* Cardoso. L, 2006, p.35), o ciclo da lactação divide-se em três estádios:

“(1) Mamogénese - desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez;

2) lactogénese (início da 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;

3) galactopoiese (manutenção da produção de leite), a continuidade da secreção de leite está relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina, hormona da hipófise anterior e pela remoção eficiente de leite.”

No início da gravidez, o tecido da mama desenvolve-se devido à ação de dois tipos de hormonas, os estrogénios e os progestogénios. Os estrogénios são responsáveis pela ramificação dos ductos, e por sua influência, na primeira metade da gravidez ocorre um desenvolvimento do epitélio alveolar e o surgimento de novos ductos. Por outro lado, os progestogénios induzem a formação dos lóbulos, que mais tarde, por ação da progesterona desenrola-se a diferenciação do epitélio, com o intuito da atividade secretória (Cardoso, 2006).

A lactação depende de algumas hormonas e do eixo hipotálamo-hipofisário íntegro e funcional. A prolactina, que é produzida pela adeno-hipófise, é a principal hormona responsável pela produção do leite materno. Os níveis desta hormona aumentam consideravelmente durante a gravidez, mas para que ocorra a lactogénese, é necessário que se dê uma diminuição dos níveis dos progestagenos e dos estrogénios. A oxitocina é produzida pela neuro-hipófise, é a hormona responsável pela ejeção do leite. As múltiplas terminações nervosas presentes no mamilo quando estimuladas pelo bebé

produzem impulsos sensitivos somáticos que ao serem conduzidos ao hipotálamo induzem rapidamente a produção da oxitocina (Cardoso, 2006; Órfão et al., 2009).

De acordo com Levy (1996, *cit in*. Pereira, 2006, pp.99-100), a ejeção de leite tem uma componente psicológica. Esta depende de fatores emocionais como a autoconfiança, a tranquilidade, a motivação, estes podem estar relacionados com a inibição desta ejeção de leite. Como também depende de estímulos como o choro da criança, o cheiro e a visão.

1.1 O Leite Materno

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural. É a forma natural de alimentação de todos os mamíferos e, em particular, da espécie humana. Sendo que, desde o aparecimento do ser humano na Terra, não se produziu outro tipo de alimento igualmente bem adequado às necessidades do bebé, sendo este impossível de copiar (Cardoso, 2006; Levy & Bértolo, 2012), pois, segundo Northrup (2004), ainda “não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebé que o leite da mãe”.

O leite da mulher produz-se segundo um modelo próprio do código genético da nossa espécie. Uma vez que as diferenças relativamente a outros leites, naturais ou artificiais, são de carácter quantitativo e qualitativo, porque o leite da mulher está biologicamente ajustado às necessidades e características dos bebés, pelo que durante a amamentação, se vai modificando de forma gradual a sua quantidade e composição, pela interação mãe-filho (Cardoso, 2006; Cordero, 2005b).

De acordo com (Schellhorn & Valdés, 2010) os tipos de leite produzidos pela glândula mamária são: o colostro, o leite de transição e o leite maduro. Nos primeiros dias de vida do bebé, o leite apresenta-se sob a forma de colostro, nos dias seguintes como leite de transição e, por último, como leite maduro após a segunda ou terceira semana (Cordero, 2005).

O colostro é um líquido amarelado e espesso, com grande densidade e pouco volume, contém uma menor quantidade de lactose, gordura e vitaminas hidrossolúveis que o leite maduro, mas tem uma quantidade superior de proteínas, vitaminas lipossolúveis (E, A, K), carotenos e alguns minerais como o sódio e o zinco. O betacaroteno lhe confere a cor amarelada e o sabor levemente salgado é devido ao sódio. Contém ainda uma grande quantidade de imunoglobulina A (Ig A) que juntamente com outros anticorpos formados na glândula mamária, fornecem ao recém-nascido uma eficiente proteção ou imunização pós-parto (Cordero, 2005; Schellhorn & Valdés, 2010).

Nas palavras de Schellhorn & Valdés (2010), o colostro é perfeito para as necessidades específicas do recém-nascido, pois:

- O seu volume escasso permite a criança organizar progressivamente o seu trio funcional, sucção-deglutição-respiração.
- Facilita a eliminação do mecônio, evitando a hiperbilirrubinemia neonatal.
- Tanto o volume do colostro como a osmolalidade são adequados à maturidade do recém-nascido; os rins imaturos não podem tratar grandes volumes de líquido nem soluções muito concentradas.
- As imunoglobulinas cobrem o revestimento interior imaturo do trato digestivo, prevenindo a aderência de bactérias, vírus, parasitas e outros patógenos.
- Facilita a reprodução de *Lactobacillus bifidus* no lúmen intestinal do recém-nascido.
- Os antioxidantes e as quinonas protegem a criança do dano oxidativo e da doença hemorrágica.
- Os fatores de crescimento estimulam a maturação dos sistemas próprios da criança.

O leite de transição aparece a partir do segundo ou terceiro dia pós-parto, podendo a sua produção prolongar-se até às duas semanas (Lawrence & Lawrence, 2016). O seu aspeto é aguado, podendo ser um fator de preocupação para muitas mães menos informadas, levando-as a pensar que o seu leite não é suficientemente bom para a criança, por isso, manifestam vontade de desistir de amamentar. Este leite vai variando dia a dia até alcançar as características do leite maduro, modificando-se de uma forma gradual, de

acordo com o desenvolvimento do recém-nascido, adaptando-se às necessidades nutricionais e digestivas do mesmo. Contudo, a concentração de imunoglobulinas e o teor de vitaminas lipossolúveis diminuem sucessivamente, tornando-se menores, enquanto o conteúdo de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose aumentam, com o acréscimo do aporte calórico (Levy & Bértolo, 2012; Schellhorn & Valdés, 2010).

Entre o quarto e o sexto dia produz-se um aumento brusco na produção de leite, acontecimento denominado “subida do leite” (Schellhorn & Valdés, 2010). O leite maduro, também designado por definitivo, surge por volta do décimo quinto dia, possui um aspeto mais consistente e uma cor mais branca do que o leite de transição. A sua produção aumenta em função das necessidades da criança ao longo da lactação. Contém a maior parte das vitaminas lipossolúveis e minerais e dispõem de um maior teor lipídico e de lactose, mostrando uma menor quantidade de proteínas. (Cordero, 2005, *cit. in* Cardoso, 2006).

O leite maduro é uma mistura homogénea com três frações, a emulsão (gotículas de gordura), suspensão (partículas coloidais de caseína) e a solução (componentes hidrossolúveis) (Lawrence & Lawrence, 2016). Este leite possui todos os nutrientes necessários para um crescimento e desenvolvimento ideais, bem como possui um conteúdo adequado de nutrientes metabolizados e facilmente digeríveis, como as proteínas do soro, os lípidos e a lactose, assim como a distribuição proporcionada de aminoácidos (Cordero, 2005, *cit. in* Cardoso, 2006).

Nesta fase, o leite apresenta do mesmo modo modificações em função da etapa de amamentação, da hora do dia, da nutrição da mãe e da idade gestacional do bebé (Cordero, 2005). No começo da mamada, é geralmente mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água, e no final da mamada, costuma ser mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura (Levy & Bértolo, 2012). Nas palavras de Lothrop (2000, *cit. in* Cardoso, 2006, p.38) “... é o alto teor lipídico no leite do final da mamada (o chamado leite posterior) que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras”.

Tabela 1: Componentes do Leite Materno (100ml)

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

Fonte: Adaptado de Real (2010, p.4, *cit. in* Andrade, L., 2016, p.39).

De acordo com Real (2010, *cit. in* Andrade, L., 2016, p.39) “as quantidades dos elementos que compõem o leite materno são suficientes até aos 6 meses de idade, para nutrir em exclusividade o bebé, sendo que a partir dessa idade a amamentação deve ser complementada com maior quantidade de nutrientes provenientes de outros alimentos”.

ii. Técnicas da amamentação

Existem várias técnicas para amamentar, porém, todas elas possuem em comum vários aspetos fundamentais que se deve ter em consideração para uma correta técnica de amamentação, nomeadamente: a postura do bebé, a postura da mãe, a pega correta, o horário, a duração das mamadas e os cuidados a ter com as mamas.

A amamentação, segundo Giugliani (2000, *cit. in* Andrade, L., 2016, p.61) “deve ser iniciada o mais cedo possível, preferencialmente na primeira hora após o parto, pois a sucção espontânea do recém-nascido pode não ocorrer antes dos 45 minutos a 2 horas após o parto, porém, o simples facto de contactar com a pele da mãe após o nascimento, revela-se crucial importância”.

Tabela 2: Procedimentos para uma Técnica Correta da Amamentação.

<i>Período</i>	<i>Procedimentos</i>
Antes da mamada	<p>A mãe deve:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Lavar corretamente as mãos;✓ Relaxar;✓ Observar o estado das mamas (se ingurgitadas fazer expressão de leite até a auréola ficar macia para facilitar a pega);✓ Posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebê, a pega correta e o contacto visual olho-no-olho mãe-filho.
Início da mamada	<ul style="list-style-type: none">✓ Segurar o bebê de forma a transmitir segurança e proporcionar conforto;✓ Posicionar o bebê próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo (no caso de a mama ser muito grande ou pendente posicionar o polegar acima da auréola e o indicador por baixo da mama como um C);✓ O pescoço do bebê pode estar levemente estendido para trás;✓ Estar atenta aos reflexos do bebê para favorecer a pega correta;✓ Observar e avaliar se o bebê está a fazer a pega correta;✓ Ensinar a mãe a tocar com o lábio inferior do bebê no mamilo (este movimento desencadeia o reflexo de busca e apreensão), quando o bebê 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 bebê está a mamar bem não estimular o bebê na bochecha, pois devido ao reflexo de buscar e apreensão ele larga a mama e procura o estímulo.
Durante a mamada	<ul style="list-style-type: none">✓ Observar a frequência da sucção: nos primeiros 2-3 segundos o bebê suga com uma frequência muito rápida enquanto não ocorre o reflexo da ocitocina, depois o fluxo de leite aumenta e o bebê suga lenta e profundamente, ele suga e deglute, suga e deglute. Este ritmo varia de bebê para bebê;✓ Mãe e bebê deverão manter contacto visual para favorecer a comunicação;✓ A mãe deverá ouvir o bebê a deglutir e poderá observar os movimentos vigorosos das mandíbulas, sendo este um dos sinais de amamentação eficiente;✓ O bebê 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;
Após a mamada	<ul style="list-style-type: none">✓ No final da mamada as mamas devem ficar vazias e macias;✓ A mãe deve espremer umas gotas de leite e envolver o mamilo e zona envolvente, deixar secar e só depois guardar 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 bebê só tenha mamado numa deve, começar pela que não mamou).

Fonte: Pereira, M. 2006, pp.115-116

A duração e o horário das mamadas não são importantes, pois a maior parte dos bebês mamam 90% do que necessitam em 4 minutos, e o bebê deve ser alimentado quando tem fome, a isto se chama regime livre. O primeiro leite que o bebê obtém no início da mamada é rico em água e lactose, e à medida que vai mamando, o leite vai apresentando cada vez mais gordura (Levy & Bértolo, 2012).

Existem várias posições para amamentar e todas elas possuem algo em comum: a barriga e o rosto do recém-nascido estão voltados para a mãe. Com as mudanças de posição, a criança comprime diferentes pontos da aréola e do mamilo, enquanto a mama é esvaziada mais facilmente, evitando a dor e os mamilos gretados, retenção de leite, tamponamento dos ductos e mastite. Contudo, recomenda-se usar a posição mais confortável para a mãe e para o seu filho de uma forma particular (Schellhorn & Valdés, 2010).

A posição de embalar é a posição mais comum, a criança fica de lado de forma que o seu corpo contacte com o corpo da mãe (Figura 1).

Figura 1: Posição de embalar



Fonte: <https://www.medela.com.br/amamentacao-para-profissionais-saude/conselhos/periodo-de-aleitamento/posicoes-de-amamentacao>

Além da posição referida anteriormente, existe ainda a posição invertida de amamentação. O bebê fica encostado à mãe de lado, com as costas apoiadas no braço da mãe e as pernas debaixo do braço (Figura 2).

Figura 2: Posição Invertida



Fonte: <https://www.medela.com.br/amamentacao-para-profissionais-saude/conselhos/periodo-de-aleitamento/posicoes-de-amamentacao>

Ainda como alternativa, pode ser utilizada a posição deitada, em que a criança e a mãe estão deitadas frente a frente, ficando a boca do bebê alinhada com o mamilo.

Figura 3: Posição Deitada



Fonte: <https://www.medela.com.br/amamentacao-para-profissionais-saude/conselhos/periodo-de-aleitamento/posicoes-de-amamentacao>

iii. Vantagens do aleitamento materno

São múltiplas as vantagens do aleitamento materno (AM) para a mãe, para o bebê, para a família, sociedade e ambiente. Existe um consenso mundial de que a amamentação deverá ser exclusiva até aos seis meses. (Levy & Bértolo, 2012; Pereira, A., 2006). Relativamente à mãe, os benefícios do AM são: uma involução uterina mais precoce; menor probabilidade de adquirir cancro da mama, útero e ovários; sentir o prazer único de amamentar; favorece a aquisição do papel maternal; diminuição da hemorragia pós-parto; recuperação mais rápida de peso gestacional e prevenção da osteoporose (Gartner et al. *cit. in* Lowdermilk & Perry, 2008; King, 2001; Levy & Bértolo, 2012; Pereira, A., 2006).

Para o bebé, de acordo com (Levy & Bértolo, 2012; Pereira, A., 2006), o AM favorece o crescimento adequado do bebé; previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; promove o efeito protetor sobre as alergias; melhor adaptação a outros alimentos; a prevenção de diabetes e linfomas. Também possui outras vantagens nas palavras de Gartner et al.(*cit. in* Lowdermilk & Perry, 2008, p.650) , como um melhor desenvolvimento cognitivo, diminuição da mortalidade infantil pós-neonatal, diminuição das taxas de síndrome de morte súbita, menor risco de obesidade e hipercolesterolemia. Contribuindo também segundo a OMS (*cit. in* Pereira, A., 2006) para a diminuição de problemas relacionados com a ortodontia, pois pelos músculos utilizados e a dinâmica muscular oral durante a amamentação, melhorando o desenvolvimento dos maxilares.

As vantagens da amamentação trazem equilíbrio para a família, pois um bebé amamentado chora menos, torna-se mais calmo e contribui para um ambiente familiar mais harmonioso. A nível económico também o AM tem grande impacto, pois a criança adoce menos (menos consultas médicas, medicamentos, deslocamentos, etc..), e a família economiza dinheiro em leites artificiais e materiais de apoio á alimentação artificial (Pereira, A., 2006).

O AM contribui para uma sociedade mais saudável, por consequente mais rentável e mais equilibrada (Pereira, A., 2006), exemplos de vantagens como: custos de atendimento de saúde ligados á amamentação ficam mais baixos; redução de gastos em consultas médicas, exames laboratoriais e hospitalares (Alden 2002, *cit. in* Sousa, 2009, p.26).

Por último, relativamente ao meio ambiente a amamentação é um ato ecológico, pois, o leite materno é um recurso renovável, natural de valor incalculável e muitas vezes desprezado. É um dos poucos alimentos produzidos e libertados para o consumo sem nenhuma poluição, embalagem desnecessária ou desperdício, conferindo ainda imunidade e outras vantagens para a saúde do consumidor e da produtora (Radford 1992, *cit. in* Pereira, A., 2006).

iv. Fatores que condicionam a prática do aleitamento materno exclusivo

O aleitamento materno pode ser condicionado por vários fatores, de acordo com Araújo et alii,(2008, p.489) estes fatores dividem-se nas categorias seguintes:

“a) Variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos, experiência com a amamentação; b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação, desejo de amamentar; d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais; e) variáveis relacionados à assistência pós natal tardio (após a alta hospitalar): stresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de outros alimentos.”

O tipo de parto parece ter influência no processo do AM, o parto normal parece influenciar de forma positiva no AM, devido ao contacto mais precoce entre a mãe e o bebê, o alojamento conjunto e a oportunidade de o bebê mamar na primeira meia hora pós-parto são fatores fundamentais para o sucesso da amamentação. No parto por cesariana eletivo, há um risco três vezes superior de interrupção da lactação no primeiro mês de vida, pois a interferência cirúrgica pode afetar a saúde da mulher no puerpério, o seu futuro obstétrico e o sucesso do AM. (Faleiros et al,2006; J uez et Cordero,2005). Também Travé (2000), concluiu no seu estudo, que há uma maior proporção de AM inicial nas mães que tiveram parto eutócico, comparando às outras mães que fizeram cesariana.

Várias pesquisas brasileiras referem que mães mais velhas, mais instruídas, casadas, com experiência anterior positiva com o AM, motivação maior, boa orientação pré-natal e apoio de outras pessoas especialmente a do marido, tendem a amamentar exclusivamente por mais tempo. As mães menos instruídas, muitas vezes não casadas, começam o pré-natal mais tarde e deixam para mais tarde a decisão de amamentar (Faleiros et al,2006).

De acordo com Vilas Boas (2013) apesar dos esforços que têm sido recomendados com o intuito de resgatar a importância do AM, as sociedades atuais ainda se encontram organizadas de forma a não protegerem suficientemente a maternidade, pois não

proporcionam condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe. Isto devido muitas vezes à mulher trabalhar fora de casa por razões económicas e com horários muitas vezes incompatíveis com a família. Também Lothrop (2000) refere que, as mulheres atuais têm vindo a ter melhores posições laborais, dado que a sua prioridade é terem sucesso. Provavelmente é por este motivo que nos dias de hoje, optam por serem mães em idades mais tardias, devido às suas carreiras profissionais.

Outros fatores relacionados com a mãe que constituem obstáculos para a prática do aleitamento materno exclusivo são: a nutrição materna pobre, os problemas com a lactação, as crenças maternas relacionadas com a amamentação, as preocupações maternas com a imagem corporal e a perceção que a mãe tem de leite materno insuficiente ou inexistente (Balogun et al,2015 *cit in* Ferreira, C.). Para Lothrop (2000) todas as mulheres têm leite após o parto, tirando algumas exceções, todas podem amamentar. É necessário transmitir confiança através do suporte emocional e com correção de erros que podem ser cometidos devido à falta de conhecimento sobre a amamentação. Também Faleiros et alii, (2006) relata que o fato das mães terem uma união estável e apoio de outras pessoas, essencialmente do marido ou companheiro, parece desempenhar um influência positiva na duração do AM.

A UNICEF e a OMS publicaram em 1989, um artigo informativo “Protecting, promoting and supporting breastfeeding” com o intuito de promover o AM e o sucesso da amamentação, “onde são apresentados os 10 passos para o sucesso da amamentação. Esses passos têm o objetivo de corrigir rotinas hospitalares anti-amamentação. Entre esses passos recomendados inclui-se colocar o bebé à mama logo após o nascimento, dar ao bebé apenas a mama, durante a permanência no hospital, e favorecer o alojamento conjunto para mães e bebés”.

Segundo (Frota & Marcopito, 2004; Nachi et al,2009), a assistência pré-natal e o alojamento conjunto previnem o desmame precoce e proporcionam maiores taxas de AM. Também Kurinij & Shiono (1991, *cit. in* Cardoso, 2006) concluíram que as mães que usufruíram do “rooming-in” (alojamento conjunto) praticavam mais o AM do que as mães sem o alojamento conjunto.

A ausência de stress é um fator importante para o sucesso da amamentação, pois este impede a ejeção do leite, ficando este retido na mama (Levy & Bértolo, 2012). Assim

como as memórias de emoções negativas experienciadas no decorrer da gestação ou em gestações anteriores, podem reforçar a crença da sua incapacidade para amamentar (Lothrop, 2000).

Alguns estudos referem que as primíparas são as mais propensas a iniciar o AM, mas ao mesmo tempo é habitual manter a amamentação por menos tempo, acabando por inserirem os alimentos complementares mais cedo (Faleiros et al,2006).

v. Papel dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno

O enfermeiro caracteriza-se como um agente potencializador frente à adesão ao aleitamento materno, pois têm na sua formação treinos sistemáticos para atuar junto a essas mulheres, com o intuito de promover uma maior sensibilização e por consequente, apropriação dos benefícios da amamentação tanto para a saúde, como para o seu filho (Dodt 2013, Watkins 2010, *cit. in* Ferreira, et al.,2016).

De acordo com a OMS (*cit. in* Sousa, 2009, p.44) os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm um papel fundamental na proteção, promoção e manutenção do AM, e devem intervir na gestação, parto e puerpério. Também (Almeida, 2004; Bértolo & Levy, 2012) refere que a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de apoiar as mulheres por meio de intervenções que possam incentivar o início da amamentação, evitar o desmame precoce e reduzir o aparecimento de possíveis complicações.

A equipa de enfermagem deve reconhecer a mãe como um elemento fulcral na amamentação, por isso, deve apoiar psicologicamente e fisicamente a mãe, ouvindo-a e esclarecendo as suas dúvidas, é também necessário compreender o significado que cada uma dá a amamentação, valorizando as experiências, crenças, medos e receio, proporcionando um momento significativo para a mãe e permitindo-lhe atingir a autonomia materna (Cunha & Gonçalves, 2012; King, 2001).

Os enfermeiros efetuam ensinamentos tais como: posição para amamentação; a pega correta; medidas para prevenção e tratamento de complicações como o ingurgitamento mamário;

o porquê de evitar o uso de chupetas ou tetinas e o quanto estes interferem no AM; o porquê de suplementos de água e outros serem desaconselhados. Estes profissionais de saúde são os que têm mais contacto com as mães, sendo o seu papel também propor novas alternativas à maneira como aconselha, como ensina e como incute os conhecimentos às mães, com o intuito de potenciar a adesão à prática do AM (OMS, 1989; Parizotto & Zorzi, 2008). Além de que, o enfermeiro deve ainda avaliar as dificuldades e saber como prevenir as mesmas, orientando e ajudando a mãe a ultrapassar as dificuldades (Carvalho & Tamez, 2005).

3. Objetivos da investigação

De forma a dar resposta às questões de investigação levantadas inicialmente, surgiu a necessidade de estabelecer objetivos. Nas palavras de Fortin (2009), o objetivo do estudo num projeto de investigação demonstra o caminho que o investigador quer seguir de modo a obter respostas às suas questões.

Objetivo geral:

- Avaliar os conhecimentos das mães sobre amamentação.

Objetivos específicos:

- Saber se as mães tiveram informação sobre aleitamento materno durante a gravidez.
- Enunciar os responsáveis pela informação às mães sobre amamentação.
- Definir a perceção que as mães têm do seu nível de conhecimentos sobre amamentação
- Definir se as mães possuem os conhecimentos considerados adequados sobre amamentação.
- Analisar a experiência das mães sobre amamentação
- Nomear as expectativas das mães sobre amamentação.

II- Fase Metodológica

A fase metodológica consiste num percurso que visa o desenvolvimento e concretização dos objetivos de um estudo de investigação, representa também a segunda fase de um trabalho de investigação de carácter quantitativo.

Nas palavras de Polit e Hungler (1995, p.33):

“(…) a fase metodológica caracteriza-se pela tomada de decisão acerca dos métodos que se utilizam para responder à problemática além de planear a colheita de dados e influenciar na validade e interpretabilidade dos resultados”.

Para Fortin (2003, p.40), nesta fase o investigador estabelece os métodos que utilizará para adquirir as respostas das questões de investigação. Explicitando o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra, selecionando os instrumentos de colheita de dados mais indicados, certificando-se que estes são fiéis e válidos (Fortin, 2009).

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação é o plano lógico de estratégia de investigação realizado pelo investigador que visa a obtenção de respostas válidas às questões de investigação ou hipóteses inicialmente colocadas (Bento,2011; Fortin,1999).

Nesta fase o estudo é descrito pelo investigador, explicitando o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra. Delimita o método que será utilizado, para responder às questões de investigação e seleciona os instrumentos de colheita de dados mais adequados, certificando-se que estes são fiéis e válidos. (Fortin, 2009).

Neste desenho de investigação os conceitos abordados foram: o tipo de estudo; caracterização da população-alvo e da amostra; processo de amostragem; as variáveis em estudo; o instrumento de recolha de dados e pré- teste; tratamento e apresentação dos dados e salvaguarda dos princípios éticos.

i. Tipo de estudo

Tendo em conta as questões que orientam esta pesquisa e as características do estudo, decidiu-se seguir uma abordagem quantitativa, de carácter descritivo, exploratório e transversal. A abordagem quantitativa, admite que tudo pode ser quantificável, ou seja, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderão ser classificadas e analisadas através de procedimentos estatísticos (Polit et al,2004; Vilelas,2009).

O estudo descritivo tem como finalidade a identificação e a descrição detalhada das características de um fenómeno, realçando as particularidades da população em estudo. Para Lakatos e Marconi (1991, p.187) este tipo de estudo “consiste em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de factos ou fenómenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave”.

Como foi referido anteriormente este estudo é transversal, porque “(...) serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.” (Fortin M., 2009, p. 252). Os estudos transversais “(...) são conhecidos também como estudos de prevalência, surgem como resposta ao panorama demasiado estático que oferecem os inquéritos e pretendem superar esta dificuldade através da repetição das medições” (Vilelas, 2009).

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Para a elaboração de um projeto é necessária uma população de elementos, é uma coleção de elementos que partilham características em comum. De acordo com Fortin (2009), a população-alvo é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns e que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, permitindo fazer generalizações.

Sendo deveras difícil alcançar toda a população-alvo, optou-se por estudar apenas um grupo alcançável, pois para Fortin (2009) não é necessário estudar toda a população-alvo, mas apenas uma amostra da população total, esta fração deve ser representativa desta população.

Neste projeto a população-alvo são puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim-Vila do Conde (CHPVVC), sendo que a amostra foi constituída por 56 mães que se disponibilizaram a participar no estudo, respondendo ao questionário e preenchendo o consentimento informado. A colheita de dados teve início a 13 de fevereiro de 2019 e término a 2 de abril de 2019.

O processo de amostragem escolhido para este estudo foi o método de amostragem não probabilístico acidental. Pois, segundo Fortin (2009), nem todos os elementos da população têm a possibilidade de ser escolhido para formar a amostra, e a amostra é composta por indivíduos que estão presentes, num local determinado e num preciso momento. Neste caso qualquer mãe que se encontrava no Serviço de Obstetrícia do CHPVVC durante o período de colheita de dados que foi referida anteriormente, e que cumpra os critérios de inclusão, poderia fazer parte do estudo.

Este método de amostragem pareceu ser o mais adequado, pois facilita a colheita de dados, uma vez que as mães são incluídas no estudo quando são abordadas e convidadas a colaborar no trabalho de investigação.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis são as unidades de base da investigação, estas podem ser: qualidades, propriedades ou características de pessoas, e objetos de situações suscetíveis de se modificarem ou variarem no tempo (Fortin, 2009, p.171).

Neste estudo existem variáveis dependentes e independentes. Relativamente às primeiras, estas consistem nos conhecimentos das mães sobre a amamentação, enquanto as segundas correspondem às variáveis sociodemográficas e às variáveis de obstetrícia.

Relativamente às variáveis independentes, a nível sociodemográfico as variáveis são: idade, escolaridade e residência. Enquanto que no fórum obstétrico as variáveis são: duração da gravidez, tipo de gravidez, vigilância da gravidez, tipo de parto, nº de filhos, informação sobre o AM, e experiência e prática da amamentação.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Com a finalidade de obter resultados para assim atingir os objetivos deste trabalho de investigação, é fundamental a utilização de um instrumento de recolha de dados. Optou-se pelo questionário (Anexo I), pois permite a obtenção de respostas sinceras das mães sem o mínimo de interferência e é passível de um preenchimento rápido e fácil, como também, não necessita de muitos recursos financeiros e humanos.

Segundo Fortin (2009) o questionário é um instrumento de recolha de dados, que tem como objetivo a recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, onde o participante fornece respostas escritas a um conjunto de questões.

O questionário utilizado é da autoria de Sousa (2014, *cit in* Andrade, L.), tendo sido efetuado o pedido para a sua utilização neste estudo de investigação, pelo que deu o seu parecer positivo (Anexo II).

O questionário, assim como a declaração de consentimento informado foi entregue às puérperas após uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, tendo-se sublinhado que eram livres de responder ou não se assim o entendessem. A distribuição dos questionários teve a colaboração da equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia do CHPVVC sendo posteriormente recolhidos os questionários e as declarações pelo investigador que passava pelo serviço várias vezes de modo a reforçar o pedido para o preenchimento. Os questionários foram entregues às mães que já tinham iniciado a amamentação tendo sido excluídas as que não podiam ou manifestaram não ter vontade de amamentar.

O questionário apresenta inicialmente uma parte introdutória onde é descrita uma breve apresentação do investigador, o apelo á participação, o objetivo do estudo, bem como a garantia do anonimato de todos os dados recolhidos.

Para que ocorra a validação do questionário é fundamental a realização de um pré-teste. De acordo com Lakatos e Marcono (1991, p.203), o pré-teste tem como objetivo detetar possíveis falhas no instrumento de recolha de dados como, a ambiguidade ou linguagem inacessível, as perguntas supérfluas, a inconsistência ou complexidade das questões. O pré teste é um ensaio que determina se o instrumento de recolha de dados foi realizado

com clareza e imparcialidade, e quanto á sua eficácia no atingimento dos objetivos do estudo (Polit el al,2004).

Contudo o instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho de investigação é um instrumento já validado, pelo que não foi necessária a realização de um pré- teste.

Dado que o instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho não é da autoria do investigador não sendo por isso possível realizar alterações e já foi utilizado em outros trabalhos entendemos não realizar o pré-teste.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Após a colheita de dados é necessário efetuar a análise e organização dos mesmos assim foram submetidos a tratamento estatístico para posteriormente serem analisados. Como se trata de um estudo quantitativo o tratamento e análise dos dados foram efetuados no programa informático “Microsoft Office Excel 2010”

Posteriormente, os dados foram expressos em gráficos e tabelas, onde serão descritos a frequência absoluta, a frequência relativa e a média.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

De acordo com Fortin (1999) existem 5 princípios éticos, são eles: o direito à autodeterminação; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito á proteção contra o desconforto e o prejuízo; o direito ao tratamento justo e equitativo; o direito à intimidade.

O Direito à autodeterminação, baseia-se no respeito da pessoa, segundo as quais têm o direito de decidir se participam ou não no estudo, tendo plena liberdade para fazê-lo. Neste estudo as participantes foram convidadas a participar no estudo e tiveram o direito de decidir livremente se participavam ou não.

O Direito ao anonimato e à confidencialidade, obriga a que o investigador assegure que através dos resultados nenhuma das inquiridas seja reconhecida, quer pelo investigador, quer pelo leitor. As participantes foram informadas para não se identificarem em qualquer parte do questionário, como também os questionários e os consentimentos informados preenchidos foram posteriormente guardados em diferentes envelopes.

O direito ao tratamento justo e equitativo, relata que todas as participantes têm o direito de obterem toda a informação sobre o presente estudo: tal como a sua natureza, objetivos, duração e implicações para os participantes. Na primeira página do questionário observa-se uma introdução ao mesmo, onde se encontra a apresentação do investigador e do tema, esclarecimento dos entrevistados acerca do estudo e dos métodos utilizados, bem como a sua importância no estudo, e para que fins serão utilizados os dados, e por último o tempo estimado da realização do mesmo.

III- Fase Empírica

1. Apresentação e análise dos dados

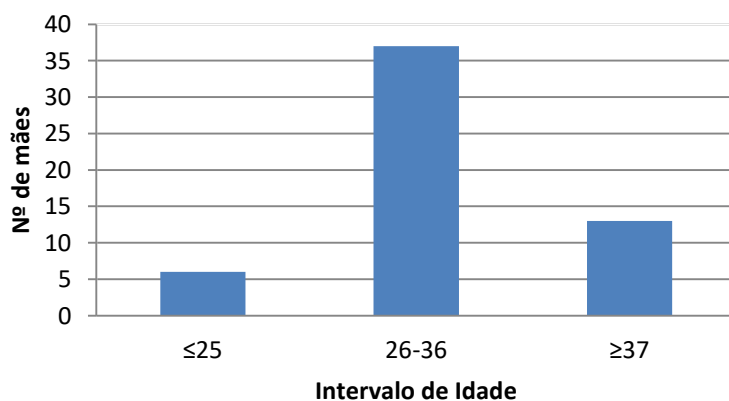
Neste capítulo dá-se lugar à apresentação dos resultados obtidos através da aplicação de um questionário a uma amostra de 56 mães que se encontravam internadas no Serviço de Obstetrícia do CHPVVC.

Nas palavras de Fortin (2009) a fase empírica corresponde á recolha dos dados no terreno, bem como a sua organização e a sua análise estatística, assim no decurso da fase empírica, o investigador coloca em prática o plano elaborado na fase anterior.

1.1 Caracterização da amostra

Dentro das variáveis independentes deste estudo, temos a nível sociodemográfico as variáveis idade, escolaridade e residência. Os dados estatísticos relativamente a estas variáveis serão apresentados seguidamente através de gráficos.

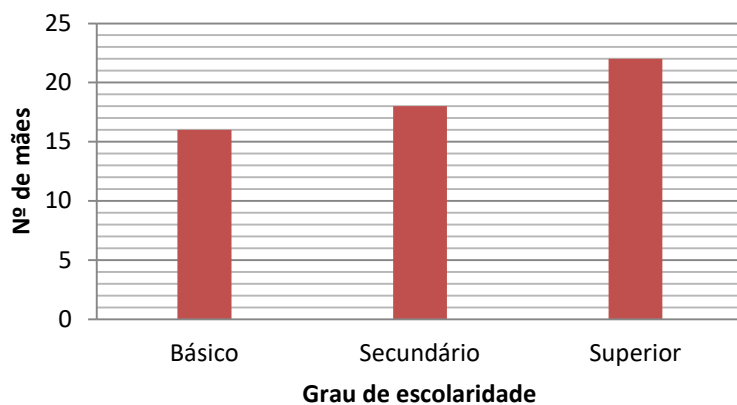
Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a idade



Na análise do Gráfico 1, pode-se observar que o grupo etário predominante é o dos 26-36 anos com 66,1% (n=37), seguidamente com 23,2% (n=13) é o grupo com idade superior ou igual a 37 anos e, por último, o grupo com idade inferior ou igual a 25 anos

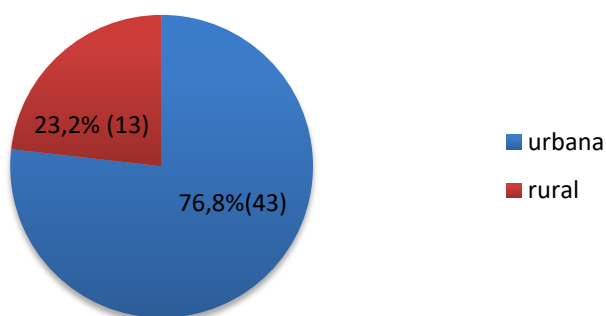
com 10,7% (n=6). Sendo que a idade mínima das mães é 18 anos e a idade máxima é 44 anos, a média de idades das mães é de 32,4 anos.

Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade



Ao analisar o Gráfico 2, podemos observar que 39% das mães possuem ensino superior (n=22), 32% com ensino secundário (n=18), e 29% têm o ensino básico (n=16).

Gráfico 3: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de residência



Relativamente ao tipo de residência, constata-se no Gráfico 3, que a maioria das participantes 76,8% (n=43) residem no meio urbano, e os restantes 23,2% (n=13) residem no meio rural.

Seguidamente ainda nas variáveis independentes, são apresentadas as variáveis obstétricas, sendo as mesmas, a duração da gravidez, tipo de gravidez, vigilância da gravidez, tipo de parto, nº de filhos, informação sobre o AM, e experiência e prática da amamentação.

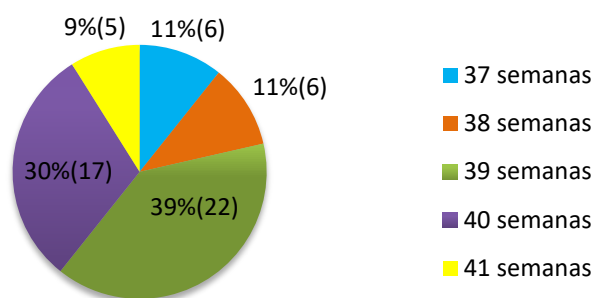
Tabela 3: Distribuição da amostra relativamente às variáveis obstétricas

Variáveis Obstétricas								
<i>Duração da gravidez</i>		<i>Tipo de gravidez</i>		<i>Gravidez vigiada</i>		<i>Tipo de Parto</i>		
	Pré-termo	Termo	Normal	De Risco	Sim	Não	Eucócito	Distócito
n	0	56	44	12	56	0	37	19
%	0	100	78,6	21,4	100	0	66,1	33,9

Depois de analisar a distribuição da amostra de acordo com as variáveis obstétricas respetivamente a Tabela 3, conclui-se que, relativamente á duração da gravidez e á vigilância da gravidez, 100% das participantes referiram que tiveram gravidezes vigiadas e de termo. Em relação ao tipo de gravidez, a maioria teve um período gestacional normal, sendo que apenas 21,4% tiveram uma gravidez de risco. O tipo de parto que predominou foi o eutócico com 66,1%, sendo que dos 33,9% correspondentes ao parto distócico, 23,2% foram por cesariana.

Ainda relativamente à duração da gravidez neste estudo o valor mínimo foi 37 semanas e o valor máximo foi 41 semanas, sendo que a duração média da gravidez neste estudo foi 39 semanas.

Gráfico 4: Distribuição da amostra em relação à duração da gravidez



No Gráfico 4, pode verificar-se que a maior percentagem (39%) das mães tiveram 39 semanas de gestação. A seguir com 30% (n=17) da amostra corresponde às 40 semanas de gravidez. Com percentagens iguais de 11% (n=6) encontram-se as 37 e 38 semanas, e por fim com 9% (n=5) da amostra as 41 semanas.

As estatísticas relacionadas com o número de filhos mostram que o valor mínimo é 1 filho e o valor máximo é 4 filhos, a que corresponde a uma média de 1,79 filhos.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo o nº de filhos

Nº de filhos	n	%
1	26	46,4
2	18	32,1
3	11	19,6
4	1	1,8

Tal como se apresenta na Tabela 4, uma grande parte das mães (46,4%) possui 1 filho, seguidamente as mães com 2 filhos representam 32,1% da amostra, e 19,6% têm 3 filhos, resta os 1,8% que correspondem às mães com 4 filhos.

Tabela 5: Informação sobre o AM

Informação sobre o AM	Sim		Não	
	n	%	n	%
Onde?				
Centro de Saúde	39	69,6	17	30,4
Consulta privada	6	10,7	50	89,3
Hospital/Maternidade	20	35,7	36	64,3
Curso de preparação parto	34	60,7	22	39,3
Por quem?				
Enfermeiro	47	83,9	9	16,1
Médico de Família	23	41,1	33	58,9
Pediatra	0	0	56	100,0
Obstetra	7	12,5	49	87,5
Família e amigos	6	10,7	50	89,3
Livros e Revistas	8	14,3	48	85,7

Analisando os resultados estatísticos da informação sobre o aleitamento materno, verificou-se que 100% das mães referiram que foram informadas sobre o mesmo. Ao observar-se a Tabela 5 consta-se que na grande maioria foram os enfermeiros que transmitiram essa informação (83,9%) e 69,6% referiu ter recebido conhecimentos sobre este tema no Centro de Saúde.

Tabela 6: Experiência prática da amamentação

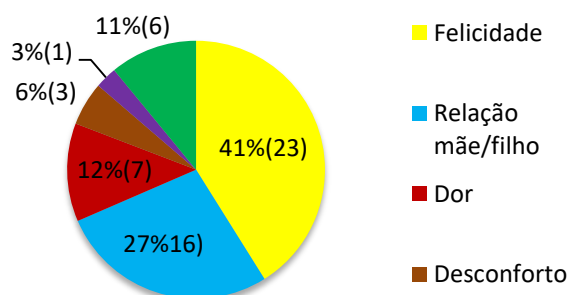
Experiência da amamentação	n	%
Amamentou anteriormente		
Sim	30	53,6
Não	26	46,4
Tipo de amamentação		
Exclusivo	14	46,7
Misto	16	53,3
Motivos de não ter amamentado		
1º filho	26	100,0
Sem leite	0	0
Por opção	0	0

Agora amamenta		
Sim	54	96,4
Não	2	3,6
Tipo de amamentação		
Exclusivo	47	87,0
Misto	7	13,0
Razões porque não amamenta		
Sem leite	1	50,0
Não respondeu	1	50,0
Quem aconselhou o leite artificial		
Iniciativa própria	2	100,0

Em relação à experiência prática da amamentação, a Tabela 6 revela que 53,6% das mães amamentaram anteriormente, sendo que aquelas que o fizeram, foi com leite materno misto (53,3%). A razão dominante (100%) referida pelas mães para o facto de não ter amamentado foi por ser o primeiro filho. Atualmente de acordo com os dados 96,4% das mães estão a amamentar, dos quais 87% com leite materno exclusivo. Relativamente às mães que não estão a amamentar, 50% referem a falta de leite, 50% não responderam, sendo que 100% optaram pelo leite artificial por iniciativa própria.

As estatísticas referentes ao início de amamentação mostram que 64,3% das mães iniciaram a amamentação na 1ª hora de vida do bebé, sendo que o valor mínimo corresponde a 1 hora e o valor máximo 72 horas após o parto, e uma média 5,90 horas.

Gráfico 5: Sentimento ao amamentar pela 1ª vez



De acordo com a análise do Gráfico 5, relativo ao sentimento das mães ao amamentar pela 1ª vez, verifica-se que 41% das mães vivenciaram um sentimento de felicidade.

Tabela 7: Caracterização da experiência de amamentar

Experiência ao amamentar %	n	
Correspondeu às expectativas	45	80,4
Não correspondeu às expectativas	9	16,1
Não respondeu	2	3,6
Nada agradável	1	1,8
Pouco agradável	4	7,1
Agradável	19	33,9
Muito agradável	23	41,1
Não respondeu	9	16,1

Ao observar a Tabela 7, conclui-se que 80,4% das mães consideram que a experiência ao amamentar correspondeu às suas expectativas, pelo que 41,1% das mães caracterizaram a sua experiência como muito agradável.

Tabela 8: Pontos de corte dos conhecimentos globais sobre a amamentação

Pontuação	Classificação
1 a 18	Insuficiente
19 a 22	Suficiente
23 a 25	Bom
26 a 28	Muito Bom

O questionário possui um grupo que avalia os conhecimentos das mães sobre a amamentação, foram selecionadas 28 questões desse mesmo grupo de forma a avaliar os conhecimentos globais sobre a amamentação. O grupo referido é o IV, e as questões selecionadas são os itens: 2, 3, 4,5, 1,6, e 8. Para proceder à avaliação foi necessário atribuir uma pontuação, em que foi atribuída uma cotação numérica de 1 ponto por cada

resposta correta, sendo que o score total oscila entre 0 a 28 pontos, pelo que as classificações estão representadas na Tabela 8.

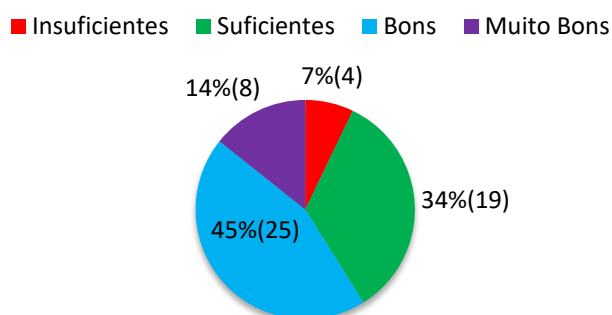
O valor mínimo obtido foi o score 15, sendo que o valor máximo foi o score 27, pelo que a média adquirida foi 20,38.

Tabela 9: Classificações sobre os conhecimentos globais das mães

Classificações	n	%
Insuficientes	17	30,4
Suficientes	27	48,2
Bons	10	17,8
Muito Bons	2	3,6

Analisando a Tabela 9, referente às classificações sobre os conhecimentos globais das mães, pode observar-se que 48,2% das mães têm conhecimentos suficientes, e 30,4% insuficientes, seguido de 17,8% e 3,6% de conhecimentos considerados Bons e Muitos Bons respetivamente.

Gráfico 6: Autoperceção das mães acerca dos conhecimentos sobre a amamentação



Relativamente à análise estatística do Gráfico 6 que corresponde à autoperceção das mães acerca dos conhecimentos sobre a amamentação, 44,6% das mães considera

possuir conhecimentos muito bons sobre a amamentação e 7,1% conhecimentos insuficientes, pelo que 33,9% acredita ter conhecimentos suficientes.

Tabela 10: Conhecimentos sobre o início da amamentação

Conhecimentos sobre o início da amamentação	Sim	
	n	%
1º hora	51	72,9
Depois da 1º hora	10	14,3
A hora de início não é importante	9	12,9

Na opinião de 72,9% das mães, a amamentação deve dar início na primeira hora após o nascimento do bebê, pelo que 14,3% considera que é depois da primeira hora, como se pode observar na Tabela 10.

Tabela 11: Conhecimentos sobre a duração adequada do AM exclusivo NOTA: Referência à duração da amamentação conforme preconizado pela OMS, na pag.37

Duração	n	%
Até o bebê querer	12	19,0
Enquanto tiver leite	10	15,9
Até aos 6 meses	24	38,1
Enquanto for satisfatório para a mãe, bebê e pai	17	27,0

Em relação aos conhecimentos sobre a duração adequada do AM exclusivo, na Tabela 11 mostra que 38,1% considera que a duração adequada do AM exclusiva é até aos 6 meses, enquanto que 27,0% considera a opção “enquanto for satisfatório para a mãe, bebê e pai”.

Tabela 12: Afirmações acerca do leite materno

Afirmações acerca do leite materno	Sim	
	n	%
Constituição do leite materno	51	91,1
Proteção imunológica	53	94,6
Vantagens para o bebê	22	39,3
Vantagens para a mãe	28	50,0
Leite artificial mais completo	0	0,0
Implicações do stress e nervosismo	49	87,5
Influência da alimentação da mãe no leite	40	71,4
Necessidade de leite artificial	1	1,8
Nunca precisa de leite artificial	10	17,9
Tipo de parto condiciona o leite materno	8	14,3
Esvaziar sempre as duas mamas	26	46,4

Analisando as afirmações acerca do leite materno apresentadas na Tabela 12, constata-se que 91,1% das mães sabe a constituição do leite materno, e 94,6% sabe sobre a composição imunológica do mesmo. Pelo que 87,5% sabe as implicações do stress e nervosismo no AM, e por fim 71,4% das mães reconhece que a alimentação da mãe influencia o leite materno.

Tabela 13: Conhecimentos acerca dos sinais de boa pega

Sinais de boa pega	Sim		Não	
	n	%	n	%
Boca aberta	49	87,5	7	12,5
Queixo toca na mama	27	48,2	29	51,8
Lábio para fora	41	73,2	15	26,8
Lábio para dentro	1	1,8	55	98,2
Bochechas arredondadas	20	35,7	36	64,3

No âmbito dos sinais de uma boa pega, conclui-se através da análise da Tabela 13, que 87,5% das mães sabem que o bebê tem que ter a boca aberta, sendo que 48,2% referem

que o queixo deve tocar na mama e 73,2% assinalaram o lábio para fora, por fim apenas 35,7% das mães selecionaram o item “bochechas arredondadas” como um dos sinais de pega. Quando questionadas acerca do saber identificar os sinais, apenas 1,8% reconheceu que não sabe.

Tabela 14: Conhecimentos acerca do horário da amamentação

Horário da amamentação	Sim	
	n	%
Dar a mama quando o bebê tem fome	40	71,4
A mamada termina quando ele quer parar	37	66,1
Mama até não querer mais duma e depois ofereço a outra	32	57,1
Mama de 3 em 3 horas	23	41,1
Mama 10 minutos em cada mama	2	3,6
Está sempre a mamar	3	5,4

Sobre o horário da amamentação, de acordo com os dados da Tabela 14, 71,4% das mães acham que se deve dar a mama quando o bebê tem fome, seguindo-se 66,1% que refere que a mamada termina quando o bebê quer parar e 57,1% considera correto que se deve dar a outra mama quando o bebê já não quer mais duma.

Tabela 15: Uso da chupeta

Chupeta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Ofereceu chupeta	32	59,3	22	40,7
Desfavorece a amamentação	30	55,6	24	44,4

Em relação à chupeta, observando os dados da Tabela 15, constatou-se que 59,3% das mães ofereceu a chupeta ao seu filho e 55,6% crê que a chupeta desfavorece a amamentação.

Tabela 16: Conhecimentos acerca dos cuidados com a mama depois da mamada

Cuidados com a mama depois da mamada	Sim		Não	
	n	%	n	%
No final de cada mamada: espreme umas gotinhas de leite e espalha no mamilo e à sua volta	48	85,7	8	14,3
Aplica uma pomada ou creme	19	33,9	37	66,1
Lava sempre a mama	5	8,9	51	91,1
Depois do banho diário: espalha umas gotinhas de leite no mamilo e à sua volta	28	50,0	28	50,0

Relativamente aos conhecimentos acerca dos cuidados com a mama depois da mamada, na Tabela 16 é possível verificar que 85,7% refere que no final de cada mamada espreme umas gotinhas de leite e espalha no mamilo e à sua volta, 66,1% assinala que não aplica pomada ou creme, enquanto que 8,9% declara que lava sempre a mama após as mamadas, 50% da amostra refere que depois do banho diário espalha umas gotinhas de leite no mamilo e à sua volta.

2. Discussão dos resultados

De acordo com Fortin (2009), os resultados derivam dos factos observados, estes são analisados e apresentados de forma a proporcionar uma ligação lógica com o problema de investigação.

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, é imprescindível interpretar e discutir os resultados anteriormente apresentados e relacionar os mesmo com a revisão da literatura já efetuada na fase conceptual. Sendo que o principal objetivo deste estudo é investigar os conhecimentos das mães sobre a amamentação.

Relativamente aos principais resultados estatísticos, estes mostraram que existe diferença entre a perceção dos conhecimentos sobre a amamentação e os resultados, dado que cerca de 59% considera ter conhecimentos bons ou muito bons, mas verificou-se que apenas 21,4% das mães demonstrou ter bons ou muito bons conhecimentos. Esta

realidade encontra-se bem presente em alguns estudos (Andrade, 2016; Juez et Cordero,2005), que mencionam que as mães nem sempre reconhecem não ter conhecimentos sobre algumas noções da amamentação. Sendo que no estudo de Andrade (2016), que utilizou o mesmo questionário, 39% das mães mostrou ter bons conhecimentos e 50% possui auto percepção de que têm bons conhecimentos, o que vai de encontro aos resultados agora obtidos.

Segundo os resultados obtidos, constatou-se que 72,9% das mães refere que a amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida do bebê, pelo que vai ao encontro da opinião de vários autores (Faleiros et al,2006; Juez et Cordero,2005), que exaltam a importância de amamentar na 1ª hora de vida, pois existe um contacto mais precoce entre a mãe e o bebê, contribuindo para o sucesso do AM.

Posteriormente em relação à duração adequada para fazer amamentação exclusiva, 38,1% considera que é até aos 6 meses, o que vai ao encontro de (Levy & Bértolo, 2012; Pereira, A., 2006), que sublinham a existência de um consenso mundial de que a amamentação deverá ser exclusiva até aos seis meses.

Sobre a composição do leite materno e a sua importância no desenvolvimento do sistema imunológico, 91,1% das mães sabem sobre a composição do leite e 94,6% reconhecem a importância do leite materno no desenvolvimento do sistema imunitário das crianças. A constituição do leite materno é referida por vários autores (Cardoso, 2006; Cordero, 2005; Lawrence & Lawrence, 2016; Levy & Bértolo, 2012; Northrup, 2004; Schellhorn & Valdés, 2010), que o têm apontado como o melhor alimento para o bebê, é um alimento vivo, natural e completo, adequado às necessidades nutricionais e digestivas do bebê, sendo este impossível de se copiar.

No que diz respeito ao saber identificar os sinais de pega correta, apenas 1,8% das inquiridas reconhece não o saber. A pega correta é importante, pois de acordo com Pereira, M. (2006), apesar de o bebê poder realizar a pega correta, este ainda não tem o seu reflexo de sucção e deglutição completamente desenvolvido, pelo que poderá apresentar dificuldade durante a amamentação.

Acerca do horário da amamentação constata-se que 71,4% das mães inquiridas refere que dá a mama apenas quando o bebê tem fome, pelo que 66,1% considera que a mamada termina quando o bebê quer parar e 57,1% declara que o bebê mama até não querer mais duma mama e depois é que oferece a outra. Estes dados estão associados a vários estudos (Cardoso, 2006; Vilas Boas, 2013) que defendem que a mãe deve amamentar o seu filho quando ele tem fome e que só se deve dar a outra quando esvaziar uma mama até ao fim. Sendo que no estudo de Andrade (2016) os resultados obtidos foram diferentes principalmente nos itens “dar a mama quando o bebê tem fome” com 58%, e “mama até não querer mais e depois oferece a outra” com 38%.

Relativamente ao uso de chupeta verificou-se que 59,3% das mães ofereceu chupeta ao seu filho e 55,6% acham que a chupeta pode desfavorecer a amamentação, o que vai de acordo com a ideia de Cardoso (2006) que considera que o uso da chupeta pode atrapalhar o processo de amamentação.

De acordo com os resultados obtidos nas questões relativas aos cuidados a ter com a mama após a mamada, verificou-se que 85,7% das mães refere que no final de cada mamada espreme umas gotinhas de leite, espalha no mamilo e à sua volta e por fim, deixa secar. Este cuidado vai de acordo com os autores (Cardoso, 2006; Galvão, 2006; Pereira, M. 2006) que salientam a importância do mesmo, pois previne o aparecimento de gretas ou fissuras, e após é necessário deixá-los expostos ao ar. Pelo que no estudo de Andrade (2016) os resultados se diferenciaram ligeiramente, com 69% das mães a referir que no final de cada mamada espreme umas gotinhas de leite, espalha no mamilo e à sua volta e por fim, deixa secar.

No geral, estas mães possuem conhecimentos globais suficientes sobre a amamentação, ao que corresponde uma percentagem de 48,2%, pelo que 30,4% das inquiridas possuem conhecimentos insuficientes, mas 21,4% das mães possuem bons ou muito bons conhecimentos. Todas as mães que participaram neste projeto referiram que foram informadas acerca do aleitamento materno durante a gravidez, sendo que quando questionadas sobre quem lhes transmitiu informações e conhecimentos sobre a amamentação, 83,9% das mães declara que foram os enfermeiros os principais informadores sobre esta temática. Este resultado vem salientar a importância do papel

do enfermeiro na amamentação, pois, este caracteriza-se como um agente potencializador frente à adesão ao AM, pois atuam junto às mulheres, com o objetivo de promover uma maior sensibilização acerca dos benefícios da amamentação para a saúde do bebê como para a saúde da mãe (Dodt 2013, Watkins 2010, *cit. in* Ferreira, et al.,2016). A equipa de enfermagem deve reconhecer a mãe como um elemento fulcral na amamentação, por isso, deve apoiar psicologicamente e fisicamente a mãe, ouvindo-a e esclarecendo as suas dúvidas, é também necessário compreender o significado que cada uma dá a amamentação, valorizando as experiências, crenças, medos e receio, proporcionando um momento significativo para a mãe e permitindo-a atingir a autonomia materna (Cunha & Gonçalves, 2012; King, 2001).

Sobre a experiência que as mães têm sobre a amamentação, 53% das mães refere já ter amamentado anteriormente, e 100% das que não amamentaram anteriormente foi por ser o 1º filho, por outro lado 80,4% das mães declaram que a primeira vez que amamentaram correspondeu às expectativas, tendo 41,1% das inquiridas classificado a sua experiência como muito agradável.

A respeito à caracterização da amostra presente na primeira parte do questionário, verificou-se que das 56 mães inquiridas, a grande maioria pertence à faixa etária dos 26 aos 36 anos de idade, pelo que corresponde a uma percentagem de 66,1%, sendo que a média de idades localiza-se nos 32,4 anos, verifica-se então que a mulher é mãe cada vez mais tarde, Lothrop (2000) refere que, as mulheres nos dias de hoje optam por serem mães em idades mais tardias, devido às suas carreiras profissionais. Também Correia (1998) menciona que o número de mulheres que tem o 1º filho cada vez mais tarde tem vindo a aumentar.

Quanto à escolaridade, foram encontradas diferenças a nível dos conhecimentos sobre esta temática, pois apesar de ser por uma margem muito ligeira as mães com ensino superior apresentaram melhores classificações. Quanto ao local de residência, as mães do meio rural comparativamente às mães do meio urbano apresentaram resultados semelhantes, pelo que se concluiu que neste estudo a nível dos conhecimentos sobre a amamentação ser proveniente do meio rural ou urbano estes estão equiparados.

Relativamente às variáveis obstétricas, verificou-se a presença de melhores conhecimentos nas mães com gravidez normal, parto distócico, com dois filhos, informadas pelo centro de saúde durante a gravidez e informadas acerca da amamentação por enfermeiros.

No que diz respeito ao número de filhos, constatou-se que 46,4% das mães têm apenas um filho, reforçando a ideia de Fernandes (2013), “maior parte das mães não apresentaram gestações anteriores, são primíparas, o que vai de encontro aos resultados dos censos de 2011, referindo que as mulheres não só são mães mais cada vez mais tarde, como têm cada vez um menor número de filhos.”

Conclusão

Por fim, para concluir este trabalho de investigação, é necessário realizar uma reflexão sobre todo o caminho percorrido para a elaboração do mesmo. A investigação efetuada na área da amamentação foi um grande contributo para o enriquecimento e aprofundamento dos conhecimentos acerca da temática, como também foram adquiridas competências no âmbito da investigação científica.

Sendo ainda um tema pertencente à atualidade, existe ainda a necessidade de intervir, a nível da promoção, proteção e apoio do AM, de forma a combater o abandono precoce. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção e sucesso do AM.

Este trabalho teve como principal objetivo, investigar os conhecimentos das mães sobre a amamentação. De acordo com os resultados obtidos, 48,2% das mães têm conhecimentos suficientes, e 30,4% insuficientes, seguido de 17,8% e 3,6% de conhecimentos considerados bons e muitos bons respetivamente. Sendo que a totalidade da amostra refere ter sido informada durante a gravidez acerca da amamentação, pelo que a maior parte das inquiridas destaca o centro de saúde e os enfermeiros como principais fontes de informação, estes dados reforçam ainda mais a importância do papel destes profissionais na promoção da amamentação, pelo que 30,4% necessitam de um reforço da informação, ou que essa informação seja fornecida de uma outra forma, com o intuito de as mães ou futuras mães apreenderem melhor os conhecimentos.

De acordo com os resultados, estes sugerem a necessidade de continuar a dotar as mães de conhecimentos sobre a amamentação, pois estes são um fator crucial para a promoção e sucesso da amamentação, combatendo assim o abandono precoce do AM.

Contudo é de realçar as dificuldades sentidas pelo autor na elaboração deste trabalho de investigação, sendo que o fator inexperiência do investigador na área da investigação foi o principal limitador na realização deste projeto. Mas a sua elaboração deixou uma marca de grande satisfação e realização, tendo contribuído para o alargamento dos

conhecimentos do investigador sobre o tema, e conseqüentemente tornou-se um rico complemento na sua formação académica.

Bibliografia

Almeida, J. A., & Novak, F. R. (2004). *Amamentação: Um híbrido natureza-cultura*. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl.5), pp.119-124.

Andrade, L. (2016). *Conhecimentos e Dificuldades das Mães face à Amamentação*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.

Araújo, O. D. et al (2008). *Aleitamento Materno: Fatores que levam ao desmame precoce*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (v.61, n.4), pp.488-492.

Bento, A. (2011). *As Etapas do Processo de Investigação: Do Título às Referências Bibliográficas*. Funchal: Colecção Ideias em Prática.

Bértolo, H. & Levy, L. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê.

Cardoso, L.(2006). *Aleitamento Materno: Uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Carvalho, M., & Tamez, R. (2005). *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*, 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Conceição, J. (2005). *Ginecologia Fundamental*. Atheneu.

Cordero, M. (2005b). *Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana. Principios inmediatos*. In M. J. Cordero (Ed.), *Lactancia materna* (pp.53-63). Madrid: Elsevier.

Correia, A. (2009). *Aleitamento Materno como Factor Preventivo da obesidade*. [Em Linha] Disponível em <<http://www.repositorio-aberto.up.pt>>. [Consultado em 23/05/2019].

Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, XVI(3), pp.365-371. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cunha, A. S. C. & Gonçalvez, R. (2012). Concepções sobre a maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 64, n.1, pp.139-155.

Faleiros, F. T. V et al (2006). *Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração*. Revista de Nutrição, v.19, n.5, pp.623-630.

Fernandes, A. N. S. (2013). *Aleitamento Materno e a sua Importância para os recém-nascidos*. Pré-Projeto apresentado ao curso de pós-graduação em Programa Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. [Em Linha] Disponível em <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2378.pdf>> [Consultado em 23/05/2019].

Ferreira, C. (2019). *Fatores que influenciam o abandono da amamentação na população portuguesa: Revisão integrativa com base nas publicações constantes no RCAAP*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ferreira, H. L. O. C. et al (2016). *Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0683.pdf>>. [Consultado a 15/5/2019]

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação*. Loures, Lusociência-3º ed.

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

Frota, D. A. L. & Marcopito, L. F. (2004). *Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes*. Revista de Saúde Pública, v.38,n.1. Brasil: Minas Gerais, Montes Claros. pp. 85-92.

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

International Council of Nurses (2005). CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 1.0. Lisboa: Gráfica, p.45.

Juez, V. M. C. et Cordero, A. M. J. (2005). Instauración y fomento prenatal de la lactancia materna. In Cordero, A. M. J, *Lactancia Materna*. Madrid: Elsevier, 90-104.

King, F. S. (2001). Como ajudar as mães a amamentar. [Em linha]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_13.pdf>. [Consultado a 13/5/2019]

Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991). *Fundamentos da Metodologia Científica*, 3^a ed. São Paulo: Atlas S.A.

Lawrence, R., & Lawrence, R. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Levy, L. (1996). *O Sucesso do Aleitamento Materno: Contributo de uma Intervenção Clínica*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paultinas Editora.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures. Lusodidata.

Marconi e Lakatos. (2007) *Técnicas de pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas S.A.

Martins, C. et al. (2006). Aleitamento Materno: Um dom a não perder. In: *Sinais Vitais*, (35/Março), p.57.

Narchi, N. Z. et al (2009). *Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v.43, n.1, pp.87-94.

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

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

OMS/UNICEF (1989). *Protecting and supporting breastfeeding The specialrole of maternity services*. Genève: WHO/UNICEF.

Órfão, A., & Gouveia, C. (2009). *Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação*, Rev.Port. Clin. Geral, 25, pp. 347-354.

Parizotto, J., & Zorzi, N. (2008). Aleitamento Materno: Fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo. *O mundo da Saúde*, pp.466-474.

Pereira, A. (2006). *Equilíbria pela alimentação desde o nascimento: o aleitamento materno*. Artigo de Revisão. Porto. Faculdade de Ciências da Saúde da UFP.

Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures. Lusociência, pp.99-100, 115-116.

Pinto, T.(2008). *Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade*. Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. 2008, p58. Porto: Unidade de Saúde Familiar Sera Pinto, Centro de Saúde de Aldoar.

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

Polit, F. D. & Hungler, P. B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Posições de amamentação (2018). *Medela*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.medela.com.br/amamentacao-para-profissionais-saude/conselhos/periodo-de-aleitamento/posicoes-de-amamentacao>>. [Consultado a 11/5/2019].

Real, H. (2010). *Aleitamento materno: Promover saúde!* Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

Schellhorn, C. & Valdés, V.(2010)- *Manual de Lactancia Materna* . 3º edición. Chile: Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF.

Sousa, S. E. C., (2009). *O conhecimento dos docentes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre Aleitamento Materno*. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, p.26,44.

Travé, T. (2000). Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. Análisis de catorce años. *Acta Pediátrica Española*, 58, pp. 191-198.

Vilas Boas, J. (2013). *Educar para cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto da Educação da Universidade do Minho.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Anexos

Anexo 1: Instrumento de recolha de dados.

Questionário “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”

O meu nome é Daniel Rajão, sou aluno do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, venho por este meio solicitar a sua colaboração no presente questionário, intitulado: “Conhecimento das Mães sobre a Amamentação”. Este instrumento faz parte de um estudo que me encontro a desenvolver para obter o grau de Licenciado em Enfermagem. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, sendo que as respostas dos inquiridos representam a sua experiência pessoal na área da amamentação. Este estudo tem como objetivo geral identificar os conhecimentos que as mães possuem sobre a amamentação, a importância e a necessidade da mesma.

O preenchimento deste questionário demora aproximadamente 5 minutos.

Em caso de dúvida contactar o autor do projeto através do seguinte correio eletrónico 33792@ufp.edu.pt.

I- Caracterização da Amostra

1-Idade: _____

2-Escolaridade: _____

3-Residência: _____

II- Dados Obstétricos

1-Duração da Gravidez: _____ semanas

2-Gravidez: (1)Normal (2)De Risco

3-A gravidez foi vigiada? (1)Sim (2) Não

4-Tipo de parto: (1)Eutócico (2)Distócico fórceps

(3)Distócico ventosa (4)Cesariana

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

III- Informações sobre Aleitamento Materno

1-Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez?

(1)Sim (2) Não

1.1- Se sim, onde? (1) Centro de Saúde (2) Consulta Privada

(3) Hospital/Maternidade (4) Curso de preparação para o parto

2- Por quem foi informada sobre amamentação?

(1) Enfermeiro (2) Médico de Família (3) Pediatra

(4) Obstetra (5) Família e amigos (6) Livros e revistas

IV- Conhecimentos das mães

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

(1)Insuficientes	<input type="checkbox"/>	(2)Suficientes	<input type="checkbox"/>	(3)Bons	<input type="checkbox"/>	(4)Muito Bons	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------

2- Quando deve de ser iniciada a amamentação?

(1) Dentro do 1ª hora de vida logo que a mãe e o bebé estejam prontos Sim Não

(2) Depois da 1ª hora Sim Não

(3) A hora do inicio não é importante Sim Não

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

(1) Até ao bebé querer (2) Enquanto tiver leite

(3) Até aos 6 meses (4) Enquanto for satisfatório para a mãe, bebé e pai

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

(1) O leite materno é rico em água, proteínas e sais minerais, contém todos os nutrientes que o bebé precisa consumir.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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

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

(1) Sim (2) Não

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

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

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

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

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

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

(1) Sim (2) Não

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

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

V- Experiência Prática da Amamentação

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

(1) Sim (2) Não

2-Qual o tipo de amamentação que fez:

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

3-Motivos porque não amamentou?

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

- (1) Sim (2) Não

4.1- Se respondeu sim. Quando iniciou a amamentação?

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

4.1.1 Que tipo de amamentação está a fazer:

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

4.2- Se respondeu não, razões porque não amamenta?

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

- (1) Médico de família (2) Obstetra (3) Pediatra (4) Enfermeiro
(5) Iniciativa própria (6) Familiares e amigos

5-O que sentiu a primeira vez que amamentou?

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

(1) Sim (2) Não

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

(1) Nada Agradável		(2) Pouco Agradável		(3) Agradável		(4) Muito Agradável	
--------------------	--	---------------------	--	---------------	--	---------------------	--

Muito obrigado.

Este estudo foi possível de ser realizado devido á sua colaboração.

Anexo 2: Autorização para uso do instrumento de recolha de dados.

Maria Filomena Sousa <filomena@ipb.pt> escreveu no dia domingo, 11/11/2018 à(s) 08:11:

Caro estudante não vejo porque não autorizar a utilização do todo ou parte do documento a que teve acesso, a investigação só tem interesse se for partilhado. Autorizo a utilização do instrumento de recolha de dados sobre conhecimentos e dificuldades maternas sobre a amamentação.

Desejo-lhe muito sucesso.

Maria Filomena G. Sousa

Anexo 3: Autorização da Comissão de Ética do CHPVVC.



Encarregada de Proteção de Dados

13-03-2019

PARECER

Projeto de Investigação Clínica
Temática I “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”
Investigador I Daniel José Silva Rajão

No pedido de investigação formulado por Daniel José da Silva Rajão, aluno do 4.º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, considera-se que o contacto com as mães que constituirão a amostra do inquérito deve ser precedido e ter como pressuposto a aceitação de um termo de consentimento que autorize, por parte da mulher alvo deste inquérito/investigação, a utilização dos respetivos dados pessoais.

No inquérito está implícito o acesso a dados pessoais de que são exemplo a idade, residência, escolaridade, ou o número de filhos.

Acesce que o projeto de investigação apresentado é omissivo relativamente ao número de mulheres que constituirão a amostra do inquérito, sendo que quanto menor for o número da amostra mais problemático se torna o acesso a dados pessoais.

Salvaguardando esta circunstância, deve o inquérito ser precedido da assinatura, por parte da mulher visada, de um termo de consentimento para utilização de dados pessoais.

Mais se especifica de que o termo de consentimento informado, que acompanha a exposição do projeto, não se substitui ao termo de consentimento para utilização de dados pessoais, o qual deve incluir a identificação do projeto de investigação e seu autor, da instituição de ensino superior que o vai avaliar, bem como a menção expressa dos objetivos relativamente aos quais os dados pessoais vão ser utilizados, bem como a circunstância de, a qualquer momento, poder a mulher abandonar a amostragem em causa e solicitar apagamento dos seus dados.

Encarregada de Proteção de Dados.

*Autorizado o estudo.
Superior o investigador*

Reunião de CA CHPVVC em 27.3.19

 Gaspar Pais Presid. C. A.	 Rita Veloso Vogal
 Iolanda Silva Vogal	 Isabel Rocha Enfermeira Diretora
 Joaquim Monteiro Diretor Clínico	

13-03-2019

Data 12/03/19

Solicitado parecer do CA a 21-02-19

Investigador: Daniel José Silva Rajão

Título:

Conhecimento das Mães sobre Amamentação

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHPVVC, em reunião realizada nesta data, analisou o pedido de autorização para realização de estudo acima referenciado.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Dr^a Conceição Silva

Dr^a Paula Silva

Dr^a Angelina Gomes

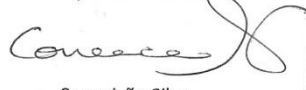
Enf Irene Cerejeira

Decisão:

Decidido nada a opor à realização deste estudo

Submete-se a consideração Superior

A presidente da CES



Conceição Silva

Data: 1/03/2018

Página 1/1

Anexo 4: Declaração do Consentimento Informado.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

_____,
aceito de livre e espontânea vontade participar no estudo intitulado “Conhecimentos das Mães sobre a Amamentação”. Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida acerca da participação nesta investigação. Consinto a minha participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações obtidas sejam utilizadas na investigação. Foi-me assegurado que tenho o direito de recusar a participação na investigação, sem qualquer consequência pessoal. Sendo-me garantido que a minha participação é anónima e que os dados obtidos serão tratados de forma confidencial.

Aceito participar neste estudo

Não aceito participar neste estudo

Assinatura do participante no projeto: _____

Data: ____/____/20__

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: