

Diana Patrícia Gonçalves Pereira Pinto


Conhecimentos das Mães sobre a Contraceção durante a Amamentação

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde // Escola Superior de Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2009

Diana Patrícia Gonçalves Pereira Pinto

Conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação


(Diana Patrícia Gonçalves Pereira Pinto)

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

Sumário

O Aleitamento Materno é a forma mais natural e completa de alimentar os recém-nascidos. Além de possuir todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do bebé, o LM transmite-lhe ainda um potencial imunológico insubstituível que protege o bebé das primeiras infecções, tendo um efeito protector da mortalidade e morbilidade das crianças. Sabe-se também que a amamentação exclusiva reduz consideravelmente a possibilidade de contracepção uma vez que inibe a ovulação. No entanto não são poucos os casais menos prevenidos que vêm acontecer uma gravidez, na maioria dos casos não desejada, durante a amamentação.

O planeamento familiar tem como objectivo principal planeamento das gravidezes. Durante o aleitamento materno é fundamental que o casal possua informações sobre os métodos contraceptivos mais adequados, tendo em conta a sua eficácia e simultaneamente os seus efeitos na manutenção do aleitamento materno.

O presente estudo, intitulado “Conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação”, visa contribuir para o alargamento de conhecimentos referentes a contracepção durante a Amamentação, de forma a poder informar os casais sobre os contraceptivos que podem ser utilizados durante o Aleitamento Materno.

Os objectivos delineados foram os seguintes: identificar os conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação; identificar qual o Método Contraceptivo mais utilizado durante a Amamentação. As questões de investigação deste estudo são: “Quais os conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação?”, “Qual o método contraceptivo mais utilizado pelas Mães durante a Amamentação?”.

De forma a responder as questões de investigação foi delineado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, cujos dados foram recolhidos através de um questionário. A população escolhida para este estudo são as mães que estão a amamentar e que frequentam o Centro de Saúde de Resende e a amostra é constituída por 31 mães, que estão a amamentar e que frequentaram consultas de Saúde Infantil e Vacinação no

período de 03 a 17 de Abril. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS versão 17.0. Para melhor compreensão da temática foi realizado uma revisão bibliográfica sobre o Aleitamento Materno (história e vantagens), sobre os Métodos Contraceptivos mais utilizados em Portugal, sobre a Contraceção durante a Amamentação, assim como o Papel dos Enfermeiro na promoção do Aleitamento Materno e no aconselhamento sobre os Métodos Contraceptivos.

As conclusões deste estudo demonstram que as mães se preocupam com os efeitos dos contraceptivos no processo de amamentação. O método contraceptivo mais utilizado pelas mães, que frequentam o Centro de Saúde de Resende, durante o Aleitamento Materno é a mini pílula (77,4%). Um número significativo (74,2%) ao fazer a sua escolha teve em conta que estava a amamentar e 87,1% das mães inquiridas reconhecem que durante a amamentação não pode ser utilizado um método contraceptivo qualquer.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Lucília, pelas sugestões, pelo interesse e disponibilidade que sempre me dispensas ao longo da elaboração deste trabalho. Quero agradecer pela formidável orientação.

Quero agradecer ao Director e ao Enfermeiro Chefe do Centro de Saúde de Resende.

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todas as mães que colaboraram no preenchimento do questionário.

Aos meus pais, irmã e a todos os que directamente e indirectamente contribuíram para a elaboração desta investigação.

Índice

Introdução.....	14
Fase Conceptual.....	17
1 Revisão Bibliográfica.....	17
1.1 Aleitamento Materno.....	17
1.2 Contracepção.....	22
1.3 Contracepção durante a amamentação.....	31
1.4 Papel do Enfermeiro.....	38
Fase Metodológica.....	41
1. Questões de investigação.....	41
2. Objectivos da investigação.....	41
3. Questões éticas da investigação.....	42
3.1 Direito à autodeterminação:.....	42
3.2 Direito à intimidade:.....	42
3.3 Direito ao anonimato e à confidencialidade:.....	42
3.4 Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo:.....	43
3.5 Direito a um tratamento justo e equitativo:.....	43
4. Tipo de estudo.....	43
5. Meio.....	44
6. População.....	44
7. Amostra.....	44
8. Variáveis.....	45
8.1 Variável dependente.....	45
8.2 Variável independente.....	45
8.3 Variável estranha.....	45

8.4 Variável atributo.....	45
9. Colheita de dados.....	46
9.1 Questionário.....	46
9.1 Pré teste.....	46
10. Tratamento e análise dos dados.....	47
Análise dos Resultados.....	48
Caracterização da Amostra.....	48
Informações sobre a Amamentação.....	52
Informações Sobre a Contracepção durante a Amamentação.....	57
Discussão dos Resultados.....	63
Conclusões.....	68
Bibliografia.....	71
Webgrafia.....	73
Anexos.....	75
Anexo 1: Instrumento de Colheita de dados.....	76

Índice de Quadros:

Quadro 1- Directivas da OMS 2007.....	33
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade em anos.....	49
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias	49
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a variável profissão	50
Quadro 5 - Estado Civil	51
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o número de filhos	51
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a variável idade do bebé (em meses)	52
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a prática do Aleitamento Materno	52
Quadro 9 – Aleitamento Misto desde de quando (em meses)	53
Quadro 10 – Já iniciou a diversificação alimentar?	53
Quadro 11 - Quando tornou a decisão de Amamentar?	54
Quadro 12- Quais as razões que a levaram a Amamentar?	54
Quadro 13 – A decisão de Amamentar foi tomada?	55
Quadro 14 - O pai do bebé foi envolvido na decisão de amamentar?	55
Quadro 15 - Procurou obter informação sobre leite materno?	56
Quadro 16 – Como obteve essa informação?	56
Quadro 17 - Que Contraceptivo escolheu para utilizar durante a Amamentação	57
Quadro 18 - Porque escolheu esse Método Contraceptivo?	57
Quadro 19 - Quando iniciou a Contracepção (em semanas)	58
Quadro 20 - Ao escolher o Método Contraceptivo teve em conta que estava a Amamentar?	59
Quadro 21 - Efectuou alguma consulta antes de optar pelo Método Contraceptivo? ...	59
Quadro 22 – Com quem efectuou a consulta antes de decidir qual o Método Contraceptivo?	60
Quadro 23 - Durante a vigilância pré natal recebeu alguma informação acerca da Contracepção durante a Amamentação?	60

Quadro 24 – Quem forneceu essa informação?	61
Quadro 25 - Questões de verdadeiro e falso	61
Quadro 25 - Questões de verdadeiro e falso	62

Índice de Gráficos:

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a idade em anos 48

Abreviaturas e Siglas:

cit in – Citado em

DGS – Direcção Geral de Saúde

Et alii - E outros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Introdução

Amamentar é um processo natural e fisiológico de alimentar e proteger os bebés com inúmeras vantagens para o bebé e também para mãe. Além de possuir todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do bebé, o leite materno transmite-lhe ainda um potencial imunológico insubstituível que protege o bebé das primeiras infecções, tendo um efeito protector da mortalidade e morbilidade das crianças. Para a mãe, uma das vantagens (entre outras), relaciona-se com o efeito contraceptivo da amamentação exclusiva. No entanto a gravidez pode ocorrer numa fase precoce da vida do bebé, enquanto a mãe amamenta transformando-se num acontecimento perturbador para a vida do casal.

Por tal facto revela-se de particular importância uma consulta de planeamento familiar após o nascimento que oriente o casal para o método mais adequado para cada caso. Tendo em conta a diversidade de métodos contraceptivos, as mães que amamentam devem obter informações sobre a sua eficácia contraceptiva e os seus efeitos ao nível da produção de leite de modo a manter o aleitamento materno.

No âmbito da disciplina de Projecto de Investigação II, leccionada no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa Porto, o aluno deverá realizar um trabalho de investigação, sobre um tema do seu interesse, para a finalização da sua licenciatura.

A investigação em Enfermagem surgiu na segunda metade do século XIX por Florence Nightingale, e tem contribuído de modo significativo para o desenvolvimento da profissão. “A finalidade da pesquisa em enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão (...)” (Polit, 1999, p. 32).

A investigação segundo Fortin (1999, p. 17): “ (...) é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter resposta para questões precisas que merecem uma investigação.”

Segundo Hogstel e Saymer 1986, Palmer 1977 (*cit in Fortin 1999*, p. 26) a colheita sistemática de dados é necessário para melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros.

Optou-se por realizar a investigação na área Materno-Infantil na vertente da Contracepção durante a Amamentação. Surgindo desta forma o tema: “Conhecimentos das mães sobre a Contracepção durante a Amamentação”. A opção por esta temática justifica-se pelo impacto da amamentação na saúde das crianças e ao mesmo tempo pelo reconhecimento da necessidade de os casais possuírem informação correcta sobre os métodos contraceptivos que lhe permitem evitar uma gravidez indesejada e continuar a amamentar. Os Enfermeiros têm um papel fundamental na promoção do Aleitamento Materno, bem como no aconselhamento e orientação acerca da contracepção.

No âmbito do tema escolhido surgem as seguintes questões de investigação: “Quais os conhecimentos das mães sobre a Contracepção durante a Amamentação?”, “Qual o método Contraceptivo mais utilizado pelas mães durante a Amamentação?”. Foram definidos como objectivos identificar os conhecimentos das mães sobre a Contracepção durante a Amamentação; identificar qual o Método Contraceptivo mais utilizado pelas mães durante a Amamentação.

Para concretização desta investigação foi escolhido um estudo descritivo transversal sendo a população as mães que amamentam que frequentam o Centro de Saúde Resende e que estão a amamentar, a amostra é constituída por 31 mães. A informação foi colhida através de um questionário, que foi aplicado durante o mes de Abril no período de 03 a 17.

O tema de investigação foi seleccionado devido ao interesse do investigador em alargar conhecimentos sobre a temática, uma vez que é importante os profissionais de enfermagem possuírem conhecimentos sólidos sobre o tema para poderem informar e aconselhar os pais sobre a Contracepção durante a Amamentação. Como refere Rego (2001, p. 289): “A anticoncepção no pós-parto não deve interferir na lactação e nem no elo mãe-bebé. A relação entre a lactação e a fertilidade é um importante aspecto em saúde pública.”

Como objectivos académicos, este trabalho de investigação para além de servir como instrumento de avaliação pretende aprofundar conhecimento na área da contracepção durante a amamentação e desenvolver competência na área da investigação.

Este trabalho encontra-se estruturado em 6 partes: introdução, fase conceptual, fase metodológica, resultados, discussão e conclusões.

Na fase conceptual realizou-se uma revisão bibliográfica relativa ao tema onde foram definidos os conceitos. Na fase metodológica descreveu-se as questões éticas da investigação, tipo de estudo, meio, população, variáveis e o método de colheita de dados.

Fase Conceptual

A fase conceptual pode ser definida como a base da investigação, começando quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação (Fortin 1999, p. 39).

1 Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica consiste no levantamento e na análise de todos os trabalhos referentes ao tema da investigação. (Fortin 1999, p. 74).

“ (...) A revisão de literatura ajuda nas fundações para um estudo significativo em enfermagem, sendo uma tarefa inicial crucial (...) (Polit 1995, pag. 125).”

A revisão bibliográfica deste estudo visa essencialmente a definição de cinco conceitos: conhecimento, amamentação, contraceção, contraceção durante a amamentação e o papel do enfermeiro.

1.1 Aleitamento Materno

Segundo Machado (2008) a pratica da amamentação varia consoante os diferentes momentos históricos e consoante os contextos sociais, por isso o acto de amamentar é culturalmente condicionado.

O aleitamento materno é método mais natural e saudável para alimentar um bebé. A amamentação deve começar logo que possível, de preferência na primeira hora após o nascimento. A Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda alimentar o bebé exclusivamente à mama até aos seis meses de idade, sem água, chá, nem leite em pó e após a introdução de novos alimentos continuar a amamentar até pelo menos aos dois anos de idade.

1.1.1 História do aleitamento materno

A amamentação não é uma prática recente, ao longo da história a mulher sempre amamentou (Pereira, 2006).

A amamentação sofreu várias alterações ao longo da história tendo sido considerado como uma coisa natural e inquestionável, depois tornou-se algo repugnável para as mulheres de classes sociais elevadas. Na Europa, no século XVIII, a amamentação era impensável numa mulher da alta sociedade, os seus bebés eram alimentados por outras mulheres, designadas amas-de-leite. No século XIX a maioria das mulheres amamentava os seus os filhos. Após a primeira guerra mundial deparamo-nos com uma progressiva diminuição da amamentação principalmente na alta sociedade, estendo-se mais tarde as classes com menores recursos. Sobretudo a seguir a segunda guerra mundial devido as alterações culturais e sociais, verificou-se um declínio do aleitamento materno e ao aumento do consumo de leites artificiais. Nos anos 70 a amamentação atingiu o mais baixo nível, devido ao início da comercialização dos leites artificiais (Galvão, 2006).

Actualmente em Portugal alguns estudos apontam que mais de 90% das mães iniciam o aleitamento materno, no entanto esses mesmos estudos demonstram que quase metade das mulheres desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé. Sendo necessário por este motivo implementar medidas que promovam o sucesso da amamentação (Levy, Bértolo, 2007 p. 8). Um estudo efectuado em Portugal, a 460 mulheres revelou que os principais motivos apresentados pelas mulheres para a desistência da amamentação foram a insuficiência de leite (44,1%), ou mesmo a sua inexistência (23,8%), o regresso da mãe ao trabalho (12,3%) e a rejeição por parte do bebé (10%) (Coutinho, J; Leal, I. 2005 p.278).

Segundo Galvão a promoção do aleitamento materno deve ser uma preocupação prioritária visando o apoio as mães de forma a ultrapassarem as dificuldades e os obstáculos.

1.1.2 Vantagens do aleitamento materno

Segundo Pereira (2004) a amamentação deve ser entendida como um processo biológico, cultural e psicossocial devido a quantidade de benefícios que proporciona, devendo ser provida e apoiada por todos.

“O leite materno é o alimento adequado para as crianças nos primeiros meses de vida, tanto do ponto de vista nutritivo e imunológico quanto no plano psicológico, além de favorecer o vínculo mãe-filho quando o ato de amamentar é bem vivenciado pelas mães (Bosi, Machado 2008).”

De acordo com Rego (2001 p. 5) diversas pesquisas têm testemunhado o efeito protector do leite materno contra a mortalidade e morbilidade infantil. Um estudo em 1980 conclui que o aleitamento materno apresenta vantagens para os bebés e para as mães.

“ A promoção do aleitamento materno é uma das formas mais eficazes de melhorar a saúde das crianças. Tem também efeitos benéficos para as mães, família e comunidade” (Circular informativa nº 19/DFI de 2006 da Direcção Geral da Saúde).

1.1.2.1 Vantagens para a mãe

“No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros.” (Bértolo, Levy 2007, pg 8 e 9)

Segundo Galvão (2006) os níveis sanguíneos elevados de ocitocina proporcionam a contracção das células mioepiteliais dos alvéolos da glândula mamária levando a ejeção do leite, permitem a contracção da musculatura do útero diminuindo a hemorragia uterina no pós-parto. Os níveis sanguíneos elevados de ocitocina também proporcionam à mãe, relaxamento, leve sonolência e uma sensação de bem-estar.

Segundo Barry et al (2008) a amamentação tem como vantagens para a mãe a diminuição da incidência da osteoporose, do cancro da mama e do ovário e estabelece uma maior ligação da mãe com a criança.

Conforme a Direcção Geral da Saúde (DGS) o aleitamento materno facilita a perda de peso ganho durante a gravidez, reduz o risco de surgimento de anemia, atrasa o retorno à normalidade dos ciclos ovulatórios e menstruais, diminuindo por isso o risco de uma gravidez precoce. A amamentação pode ajudar a adiar uma nova gravidez, se a mãe não tiver menstruação e se amamentar exclusivamente até aos seis meses com intervalos curtos entre as mamadas, durante o dia e a noite (Pereira A. 2006).

A amamentação é prática e fácil para mãe o que reduz o risco de abandono da criança (Neto, C; Tadini, V. 2002 p. 192).

A motilidade e a absorção do trato gastrointestinal materna aumentam devido a amamentação (Decherney, A; Nothan L. 2005 p. 205).

1.1.2.2 Vantagens para o bebé

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994) o leite humano é muito mais do que uma simples colecção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, activamente protectora, que não proporciona apenas protecção exclusiva contra infecções e alergias como também estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebé, para além de conter muitos componentes anti-inflamatórios.

Barry et al (2008) menciona como vantagens do aleitamento materno a diminuição das diarreias, das infecções respiratórias, das otites, da enterocolite necrosante.

Segundo a DGS o aleitamento materno reforça o sistema imunitário do bebé e reduz o risco de aparecimento na idade adulta de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro e certas doenças crónicas.

O leite materno facilita a *eliminação de mecônio*, *protege contra* a obstipação e promove o crescimento intestinal de lactobacilos, impedindo que outras bactérias intestinais (enterobactérias) cresçam e causem diarreia (Neto, C; Tadini, V. 2002 p. 193).

Segundo Pereira (2006) a amamentação promove a relação afectiva entre a mãe - filho, levando a que a criança se sinta segura, amada e logo feliz. A amamentação favorece o desenvolvimento social e psicomotor, sendo o leite materno rico em ómega 3 que favorece o desenvolvimento cerebral, fazendo com que as crianças tenham um melhor Quociente de Inteligência.

Na amamentação, o contacto físico é maior e proporciona à mãe e ao recém-nascido um momento de proximidade diária. "O contacto físico através da pele - um dos órgãos mais importantes do nosso corpo - está na origem das várias atitudes de amor, e é um elemento de equilíbrio que alicerça as relações mais profundas entre os seres" (Pedro Gomes, 1983).

1.1.2.3 Vantagens para a família

Segundo a DGS o aleitamento materno é mais económico e mais prático porque está sempre pronto a tomar e não requer preparação prévia nem utilização de biberões, os bebés alimentados com leite artificial adoecem mais frequentemente que os bebés alimentados com leite materno e neste sentido, as famílias têm menos gastos não só na compra do leite como nas despesas com a saúde.

Segundo Bobak e tal (2002) o aleitamento materno representa menores gastos para as famílias, uma vez que, o custo da amamentação do bebé é bastante menor que o custo dos biberões.

"As vantagens da amamentação trazem equilíbrio para a família, pois a criança amamentada habitualmente chora menos, porque quando chora as suas necessidades são de imediato satisfeitas, sendo mais calmas e tornando o ambiente familiar mais harmonioso (Pereira, A. 2006)."

O pai do bebé desempenha o papel fundamental no apoio e protecção da amamentação, como refere Carvalho (2003) estudos científicos evidenciam que o suporte emocional

oferecido pelo homem à mulher contribui na adaptação à gestação, que a presença do companheiro no parto está associada a menor necessidade de uso de medicação contra dor e com vivências positivas no pós-parto e que o apoio do pai durante a amamentação é fundamental, a ponto de prolongá-la. O período pré-natal e o puerpério são momentos importantes para a futura mãe em que o pai do bebê deve apoiar e acompanhar o seu filho e a sua mulher, além de participar das questões referentes ao aleitamento materno (Gomes, N. 2001).

1.1.2.4 Vantagens para o meio ambiente

Segundo a DGS amamentar é considerado um acto ecológico pois limita a necessidade de utilização de vários produtos não bio degradáveis como as latas dos leites em pó e os biberões de plástico.

1.1.2.4 Vantagens para a sociedade

Índices elevados de aleitamento materno contribuem para a redução das taxas de mortalidade infantil (Neto, C; Tadini, V. 2002 p. 193).

A amamentação reduz os gastos com consultas médicas, medicamentos, exames e por consequência reduz as hospitalizações. Os bebês e as mães ficam mais saudáveis (Neto, C; Tadini, V. 2002 p. 193).

1.2 Contracepção

“ Em Portugal, desde 1984, as actividades de Planeamento Familiar constituem uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva. Estas actividades, enquanto parte integrante dos cuidados de saúde primários, têm contribuído de forma substantiva para a melhoria dos indicadores materno-infantis, observando-se, nos últimos anos, uma redução significativa da mortalidade materna e perinatal a par com o aumento na utilização de meios contraceptivos seguros e eficazes (circular normativa nº 16/SR de 2007 da direcção geral da saúde).”

O planeamento familiar tem como objectivos fornecer aos sujeitos e aos casais informações e os meios que lhes permitam tomar uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento (Decreto Lei nº 3 /84 de 24 de Março).

Segundo Szarewski e Guillebaud (2000) os métodos contraceptivos mais antigos tinham pouca eficácia e alguns eram perigosos, contudo actualmente ainda não foi produzido um método contraceptivo perfeito, isento de riscos, inteira protecção contra a gravidez e não dependente da memória de quem o usa.

“Presentemente, os métodos mais eficazes são os hormonais, tais como a pílula combinada, progestagénios injectáveis e implantes. Os dispositivos intra-uterinos também são muito eficazes (Szarewski, Guillebaud 2000, pg. 15).”

1.2.1 Contracepção oral hormonal

1.2.1.1 Combinado (COC): contém estrogénio e progestagénio e pode ser monofásico, bifásico ou trifásico.

Segundo a DGS (2008) os contraceptivos combinados orais contêm doses hormonais reduzidas podem ser utilizados pela maioria das mulheres desde a adolescência até a menopausa.

Os contraceptivos hormonais orais normalmente são esteróides sintéticos idênticos as hormonas sexuais femininas, o estrogénio e o progestagénio. Estes esteróides são utilizados em doses e combinações que permitem o controlo da contracepção através da inibição da ovulação (Decherney, A; Nathan L. 2005 p. 538)

A contracepção oral hormonal combinada actua inibido a ovulação, aumentando a viscosidade do muco cervical podendo também ocorrer o adelgaçamento do endométrio (O'Reilly, Bottomley, Rymer 2008 p. 148).

A contracepção hormonal oral combinada possui uma elevada eficácia contraceptiva, e tem como vantagens a regularização dos ciclos menstruais e contribui para a prevenção do cancro do ovário e do endométrio, de quistos funcionais do ovário, da doença fibroquística da mama e prevenção da gravidez ectópica. Após a sua suspensão, não altera a fertilidade (DGS 2008).

Segundo Decherney e Nathan (2005 pag 539) a contracepção oral hormonal combinada nos Estados Unidos da América evita cerca de 50000 internamentos hospitalares devido a doença benigna da mama, anemia ferropriva e doença inflamatória pélvica. Este método contraceptivo tem ainda como benefícios a redução da acne e de dismenorréia.

As desvantagens deste contraceptivo são a não protecção contra as infecções sexualmente transmissíveis, a obrigatoriedade da toma diária e quando a mulher esta a amamentar este método pode afectar a quantidade e a qualidade do leite (DGS 2008).

“De acordo com as conclusões do Comité de Especialidades Farmacêuticas da Agência Europeia de Avaliação de Medicamentos, e relativamente a informação disponível em Setembro de 2001: o tromboembolismo venoso é um efeito raro dos contraceptivos hormonais combinados. O aumento do risco de tromboembolismo nas utilizadoras de contraceptivos hormonais combinados é inferior ao risco de tromboembolismo associado à gravidez e é mais elevado durante o primeiro ano de utilização, para qualquer contraceptivo hormonal combinado. As mulheres que utilizam um contraceptivo hormonal combinado contendo desogestrel ou gestodeno com 30µg de etinilestradiol apresentam um pequeno aumento do risco de tromboembolismo venoso, comparativamente às mulheres que utilizam contraceptivos hormonais combinados contendo levonorgestrel e a mesma dosagem de etinilestradiol. Para os contraceptivos hormonais combinados contendo desogestrel ou gestodeno com 20µg de etinilestradiol, os dados epidemiológicos não sugerem um risco de tromboembolismo venoso menor do que para os que contêm 30 µg de etinilestradiol. No entanto, o risco de ocorrência deste efeito secundário é baixo, e o balanço global entre os benefícios e os riscos permanece favorável para todos os contraceptivos hormonais disponíveis (DGS 2008).”

1.2.1.2 Contraceptivo oral com progestagénio (POC): contém só progestagénio

“ Este método consiste em comprimidos – dose, compostos apenas de progestagénio e que são utilizados de forma contínua e ininterrupta. Sua principal indicação, na actualidade, é durante o período de aleitamento (Pinotti, Ramos 2004, p. 381).”

Segundo O'Reilly, Bottomley, Rymer (2008, p. 151) a contracepção oral hormonal só com progestativo actua aumentando a viscosidade do muco cervical impedindo desta forma a entrada dos espermatozóides através do canal cervical, também provoca o adelgaçamento do endométrio e em algumas mulheres inibe a ovulação.

Os contraceptivos orais só com progestagénio podem ser utilizado em situações que os contraceptivos com estrogénios estejam contra – indicados. Este contraceptivo pode ser utilizado durante a amamentação pois não altera a quantidade e a qualidade do leite. Pode contribuir para a prevenção do cancro do ovário e do endométrio, após a sua suspensão não modifica a fertilidade (DGS, 2008).

Para Decherney e Nathan (2005 p. 540) os contraceptivos com progestagénio têm como desvantagens a irregularidade do ciclo menstrual e o risco de gestação ectópica, sendo actualmente utilizado apenas em algumas mulheres como as que estão a amamentar e as que têm hipersensibilidade aos estrogénios. A eficácia deste método é menor comparativamente com contraceptivos hormonais orais combinados.

1.2.2 Contracepção hormonal injectável

Segundo Szarewski e Guillebaud (2000) a contracepção hormonal injectável consiste num injectável constituído pela hormona progestagénio. Este método suspende a ovulação e provoca o espessamento do muco cervical.

“É composto por progestagénio de libertação lenta e longa duração, apresentando altíssima eficácia (Pinotti, Ramos 2004, p. 384).”

Segundo a DGS este método contraceptivo deve ser administrado sob a forma de injeção intramuscular profunda, até ao sétimo dia do ciclo menstrual e deve-se repetir a dose de 12 em 12 semanas. No pós-parto e pós-aborto, a injeção pode ser feita em qualquer data ao longo do 1.º mês (ou mais tarde, se se excluir gravidez).

As vantagens da contracepção hormonal injectável são o facto de não interferir com a quantidade e a qualidade do leite materno, não ter os efeitos secundários dos

estrogénios, diminuir o *risco de gravidez ectópica*, *não ter efeitos* significativos sobre os factores de coagulação e muitas vezes a amenorreia é uma vantagem principalmente em mulheres que sofrem de anemia grave. Normalmente os *injectáveis* provocam irregularidades do ciclo menstrual e aumento de peso (DGS, 2008).

1.2.3 Contracepção hormonal – Implante

Segundo a DGS (2008) o implanon é o único implante, actualmente, comercializado em Portugal. Trata-se de um bastonete com 4 cm de comprimento que contém 68mg de 3-ceto-desogestrel. O progestagénio é libertado lentamente durante três anos. O implante é inserido por via subcutânea, no antebraço. As vantagens são semelhantes às da contracepção hormonal injectável: não interfere com a quantidade e a qualidade do leite materno, não tem os efeitos secundários dos estrogénios, não tem efeitos significativos sobre os factores de coagulação e melhora a dismenorreia. Normalmente os injectáveis provocam irregularidades do ciclo menstrual, um ligeiro aumento de peso, algumas mulheres referem cefaleias e variação do humor. Este método é dispendioso e necessita de um profissional treinado para a sua inserção e remoção.

1.2.4 Contracepção hormonal – Contraceptivos Transdérmicos

Os contraceptivos transdérmicos são um adesivo de 20cm², que contém norelgestromina e etinilestradiol. Há a libertação diária de 150µg de norelgestromina + 20µg de etinilestradiol que é absorvido por via transdérmica para a corrente sanguínea (DGS, 2008).

Os contraceptivos transdérmicos (adesivo) é aplicado uma vez por semana durante três semanas consecutivas e seguidas de uma semana sem aplicar. A sua eficácia é semelhante à dos contraceptivos hormonais orais combinados mas a sua aceitação por vezes é melhor devido a não obrigatoriedade da toma diária. Este método pode não ser muito eficaz em mulheres que pesem mais de cem quilos (Decherney e Nathan 2005, p. 543).

1.2.5 Dispositivo intra-uterino (DIU)

Segundo a DGS o dispositivo intra-uterino é um pequeno dispositivo de plástico, revestido a fio de cobre, com um produto hormonal de efeito contraceptivo, que é introduzido no útero da mulher. Através da libertação de hormonas e/ou de cobre, vai haver, por um lado, um impedimento da progressão do esperma pelas paredes uterinas evitando-se assim a fecundação do óvulo. Por outro lado, mesmo que ocorra a fertilização, ao alterar as propriedades da parede uterina, o aparelho impede a fixação do ovo ao útero. Este método também pode ser utilizado como contracepção de emergência podendo ser aplicado até sete dias após o acto sexual, impedindo que o óvulo fecundado se implante no útero.

1.2.6 Preservativo masculino

O preservativo masculino é um método altamente eficaz, quando utilizado correctamente, pois para além de fornecer contracepção também confere protecção contra as infecções sexualmente transmissíveis. O preservativo impede a deposição do sémen na vagina (Decherney e Nathan 2005 p. 536).

1.2.7 Espermicida

Os espermicidas para além do efeito tóxico para os espermatozóides também actuam como barreiras mecânicas à entrada do sémen no canal cervical. Estes podem ser utilizados em conjunto com o diafragma ou preservativo ou isoladamente (Decherney e Nathan 2005 pg. 537).

Segundo a DGS (2008) este método tem baixa eficácia e podem ser apresentados sob a forma de creme, espuma, esponja, cones ou comprimidos vaginais.

1.2.8 Preservativo Feminino

O preservativo feminino é constituído por membrana fina de poliuretano com dois anéis flexíveis em cada extremidade (Decherney e Nathan 2005 p. 536).

Segundo a DGS o preservativo feminino diminui o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis no entanto é mais dispendioso que o preservativo masculino e mais difícil de colocar.

1.2.9 Diafragma

O diafragma é um disco de borracha que serve de barreira mecânica entre a vagina e canal cervical. Deve ser utilizado associado a um espermicida. O método pode falhar devido à má adaptação ou colocação e ao deslocamento durante a relação sexual. Os diafragmas conferem alguma protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis mas está associado ao aumento do risco de contrair infecções do trato urinário (Decherney e Nathan 2005 p. 537).

1.2.10 Métodos Naturais

“Estes métodos implicam um período de acompanhamento em que a mulher aprende a identificar a fase potencialmente fértil (...) Os casais que optam por estes métodos precisam de estar muito motivados e desenvolver competências para os poderem utilizar com eficácia (DGS).”

1.2.10.1 Método do calendário

A ovulação ocorre doze a dezasseis dias antes do período menstrual, o método do calendário antevê o dia da ovulação tendo por base o padrão menstrual. O período fértil deve ser calculado dois dias antes e depois do período da ovulação. Este método exige ciclos menstruais regulares para que cálculos ao longo do tempo conservem a sua validade (Decherney e Nathan 2005 p. 537).

Com o método do calendário determina-se o período fértil após o registo rigoroso da duração dos ciclos menstruais durante seis meses. O início período fértil é calculado através da subtracção de dezoito dias ao ciclo menstrual de menor duração. O final do período fértil é calculado pela subtracção de onze dias do ciclo menstrual mais longo (Bobak, I. et alii, 1999 p. 138).

1.2.10.2 Método das temperaturas basais

A temperatura tem que ser avaliada diariamente de manhã antes de levantar e de comer ou beber. No dia da ovulação há elevação da temperatura de cerca de 0,5°C, que se mantém até o início da menstruação seguinte (O'Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 159).

Segundo a DGS este método só reconhece o fim do período fértil, logo deve haver abstinência relações sexuais desde a menstruação até ao final do terceiro dia de temperatura elevada.

Com a aproximação da ovulação observa-se uma ligeira queda da temperatura de aproximadamente de 0,05° C, após a ovulação observa-se um aumento da temperatura de cerca de 0,2 a 0,4 ° C (Bobak et alii 1999, p. 138).

1.2.10.3 Método do muco cervical

Segundo a DGS este método consiste na observação diária do muco cervical, sendo que este no período infértil é pouco elástico, no período fértil o muco cervical aumenta em volume e viscosidade. Supostamente o período fértil tem início no primeiro dia em que se observam as alterações do muco. Este período poderá durar 7 a 14 dias.

“O muco que, antes da ovulação é húmido, pegajoso e branco, torna-se mais transparente, abundante e elástico, no período fértil (O'Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 159).”

1.2.11 Contracepção cirúrgica

1.2.11.1 Laqueação das trompas

“A laqueação de trompas é um pequeno corte ou bloqueamento das trompas de falópio que impede que o óvulo seja "encontrado" pelos espermatozóides. (Associação do planejamento familiar).”

A laqueação das trompas é uma cirurgia realizada de forma a impedir o encontro do óvulo com o espermatozóide. Esta cirurgia deve ser realizada de preferência por via laparoscópica pois a recuperação é mais rápida e oferece menos riscos para a mulher (Brêta, A. 2006, p. 75)

1.2.11.2 Vasectomia

A vasectomia consiste na secção dos vasos deferentes, normalmente sob anestesia local. Deve ser utilizado outro método contraceptivo durante três meses, sendo necessário realizar um espermograma para confirmar o abandono ou não do contraceptivo (O’Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 164).

Segundo a DGS (2008) podem surgir complicações imediatas como a infecção, hematoma do escroto ou hemorragia, sendo comum a dor e o edema do escroto na primeira semana pós-operatório.

1.2.12 Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência está indicada quando o método contraceptivo utilizado habitualmente falhou ou quando não foi utilizado nenhum contraceptivo (O’Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 160).

1.2.12.1 Método de Yuzpe

Este método consiste em duas tomas de quatro (4 mais 4) comprimidos de um contraceptivo hormonal oral combinado (microginon) num intervalo de doze horas. A primeira dose deve ser tomada até cinco dias após a relação sexual (DGS).

1.2.12.2 Método com progestagostativo

Consiste na toma única de um comprimido contendo 1500µg de levonorgestrel até cinco dias após a relação sexual (DGS).

Este método tem como efeitos colaterais náuseas, hemorragias irregulares e dor abdominal (O'Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 160).

1.2.12.3 Método do Dispositivo intra-uterino

O dispositivo intra-uterino pode ser inserido até cinco dias após a relação sexual. (DGS, 2008)

“A inserção de um dispositivo intra-uterino de cobre, até 72 horas após o acto sexual, previne 98 % das gravidezes esperadas (O'Reilly, Bottomley, Rymer, 2008, p. 160).”

1.2.13 Anel Vaginal

O anel vaginal é um anel flexível e transparente com 54mm de diâmetro e uma espessura de 4mm. Este anel contém etonogestrel e etinilestradiol que são absorvidos através da mucosa vaginal para a corrente sanguínea (DGS, 2008).

1.3 Contracepção durante a amamentação

O retorno a fertilidade após o parto depende da prática do aleitamento materno, não sendo possível prever a primeira ovulação uma vez que esta pode ocorrer durante o período de amenorreia. Durante o puerpério é essencial aconselhar a mulher sobre a escolha do método contraceptivo e quando inicia-lo. A mulher pode utilizar a amamentação como contracepção mas se esta não se sentir segura pode utilizar outro método contraceptivo desde que este não interfira com a quantidade e a qualidade do leite (Neto, H. 2004 pp. 775, 776).

Durante a amamentação existe a produção de uma hormona chamada prolactina que é responsável pela produção de leite. A produção da prolactina é maior durante a noite, por isso é essencial *amamentar durante a noite para aumentar a produção de leite*. Esta hormona impede a ovulação, por isso durante a amamentação é raro aparecer o fluxo menstrual. “A prolactina suprime a ovulação; assim, a amamentação *pode ajudar a adiar uma nova gestação, sobretudo se a amamentação for praticada também durante a noite* (Bértolo, Levy 2007, p. 22).”

Apesar da elevada produção de prolactina durante a amamentação a mãe pode ovular antes do aparecimento da primeira menstruação, por isso é necessária a utilização de um método contraceptivo, que para além de prevenir uma gravidez, não interfira na amamentação. “ (...) a primeira ovulação pós-parto precede a primeira menstruação por isso, toda a puérpera com vida sexual activa, necessita de contracepção eficaz, mesmo enquanto amamenta. A contracepção, nesta fase da vida da mulher, deverá ser escolhida tendo em conta que não deve ter efeitos supressores da lactação (Mendes 2000, p. 429).”

A amamentação não é considerada um método contraceptivo eficaz, no entanto, causa um atraso no início da ovulação após o parto. Para manter os níveis de prolactina suficientemente altos para inibir a ovulação a criança deve mamar com intervalos de 2 a 3 horas durante o dia e a noite. No entanto é difícil prever o retorno da ovulação, visto que, esta pode ocorrer antes do surgimento da menstruação, a mulher pode utilizar o método da temperatura basal para ajudar na identificação do retorno da ovulação (Bobak, Lowdermilk, Jensen 1999, p. 444).

Segundo Levy e Bértolo (2007 p. 9) o aleitamento materno adia uma nova gravidez se foram cumpridas as seguintes condições: aleitamento materno praticado em regime livre, sem pausas nocturnas, sem suplementos quer de leite, quer de outro tipo de comida, podendo esta protecção estender-se até aos seis meses de vida do bebé e quando a mulher estiver em amenorreia.

No pós-parto, ainda durante o internamento hospitalar, é uma ocasião para a discussão do planeamento familiar. As decisões relativas a contracepção podem ser equacionadas antes da alta. A anovulação estende-se por cinco semanas nas mulheres que não amamentam e por oito semanas nas que amamentam. O uso de espermicidas,

preservativos ou ambos podem ser recomendado até a ocasião do primeiro exame citológico pós-parto. O diafragma não é aconselhado, sem que haja a involução dos órgãos reprodutivos, devido a difícil adaptação. O dispositivo *intra-uterino* deve ser colocado na primeira consulta pós-parto sendo o risco de perfuração uterina maior nas mulheres que estão a amamentar devido a acelerada involução uterina (Decherney, A; Nathan, L. 2005 p. 201).

O casal que amamenta antes de iniciar a contracepção deve ser informado sobre os diferentes métodos, assim como, se estes interferem ou não na amamentação. Diversos contraceptivos podem ser utilizados durante o puerpério, deve-se privilegiar os contraceptivos não hormonais para não interferir com a quantidade e a qualidade do leite (Neto, H. 2004 p. 775).

Os métodos de barreira “são métodos que não exercem impacto sobre o aleitamento, sendo uma excelente escolha para o casal motivado.” (Rego 2001, p. 291)

O Dispositivo Intra-Uterino (*DIU*), segundo Rego 2001, não interfere na amamentação e pode ser aplicado após quatro semanas do parto eutócico e oito a doze semanas após cesariana.

Os métodos naturais, durante a amamentação, não são eficazes devido há existência de ciclos menstruais irregulares (Neto, H. 2004, p. 776).

O quadro seguinte resume as directivas da OMS 2007:

Método Contraceptivo	Início da Contracepção	
	Aleitamento Exclusivo	Aleitamento Materno Misto ou Artificial
Amenorreia Lactacional	Imediatamente após o parto	Não aplicável

Vasectomia	Imediatamente após o parto ¹	
Laqueação de trompas	Nos primeiros sete dias ou a partir das seis semanas pós-parto	
Dispositivo intra-uterino com cobre	Nas primeiras quarenta e oito horas ou a partir das quatro semanas pós parto	
Dispositivo intra-uterino com levonorgestrel	A partir das quatro semanas pós parto	
Contraceptivo Hormonal Oral Combinado	Seis meses após o parto ²	Vinte e um dias após o parto se não amamentar
Anel Vaginal		Seis semanas após o parto se amamentação mista
Adesivo		
Contraceptivo oral com progestagénio	Seis semanas após o parto ²	Imediatamente se não amamenta
Injectável Trimestral		Seis semanas após o parto se amamentação mista
Implante		
Preservativo	Imediatamente após o parto	

Diafragma	Seis semanas após o parto	
Método de auto observação		Quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal
Método do Calendário		Após três ciclos menstruais regulares

Quadro 2- Directivas da OMS 2007 cit in Direcção Geral da Saúde

Legenda:

1 - Se a vasectomia for realizada nos primeiros 6 meses da gravidez da companheira, já será eficaz depois do parto.

2- A utilização mais precoce não está recomendada, a não ser que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis por critérios médicos e/ou pessoais.

1.3.1 Método da Amenorreia Lactacional

Segundo Renato (2003) o Método de Amenorreia Lactacional (LAM) consiste em utilizar a amamentação exclusiva como método contraceptivo. A amamentação impede a ovulação, porque o aleitamento produz transformações na velocidade de libertação das hormonas femininas. A sucção frequente por parte do lactente envia impulsos nervosos ao hipotálamo materno, alterando a produção hormonal, o que leva à anovulação. Como consequência da não ovulação ocorre a “amenorreia”, um dos critérios básicos para a eficácia do método da amenorreia lactacional. Este método é efectivo quando usado de forma correcta: nos primeiros 6 meses depois do parto (1 gravidez em cada 200 mulheres). O uso adequado consiste:

- 1 – Amamentação exclusiva (ou ao menos 85% da alimentação em aleitamento materno com frequência, sem horários, diurna e nocturna, sem água ou chás...);
- 2– Amenorreia (ausência de menstruação);
- 3 – O bebê tem menos de 6 meses de idade.

O método da amenorreia lactacional assenta no efeito da amamentação sobre a fertilidade, visto que, amamentar frequentemente e em intervalos curtos assegura picos de prolactina que inibem a ovulação. Para que este método seja eficaz é necessária a coexistência de três condições: a mulher deve permanecer em amenorreia, amamentação exclusiva com mamadas diurnas e nocturnas, não devendo o intervalo das mamadas ultrapassar as seis horas, a criança deve ter menos de seis meses de idade. Este método não protege contra as infecções sexualmente transmissíveis, mas é um método muito eficaz quando são preenchidas as três condições referidas anteriormente, e é um método económico para a família (DGS, 2008).

Segundo Decherney e Nathan (2005 p. 536) o método da amenorreia lactacional pode ser um método contraceptivo altamente eficaz para as mulheres que estão a amamentar. Um estudo recente da OMS sobre este método demonstrou que durante os primeiros seis meses da amamentação, os índices cumulativos da concepção variam entre 0,9 – 1,2 %, no entanto aos doze meses os índices aumentam para 7,4 %.

“O método da amenorreia lactacional baseia-se na confiança de que a amenorreia durante a amamentação, é contraceptiva. É eficaz em 98% das mulheres que usam este método. Contudo a sua eficácia diminui quando: a mulher menstrua, começa a ser dado o primeiro leite de complemento ou alimentos sólidos (a criança), a criança tem mais de seis meses (O’Reilly, Bottomley, Rymer, 2003, p. 160).”

Segundo Rego (2001 pp. 289, 290) na década de 1980 através de diversos estudos comprovou-se a eficácia anticoncepcional do aleitamento materno até o sexto mês pós parto e o impacto do leite materno na saúde do bebé. Em 1988 realizou-se um consenso (Consenso de Bellagio, Itália) onde foi discutido o efeito contraceptivo do aleitamento materno, nesse consenso concluiu-se que o aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses pós parto, garante o espaçamento das gravidezes. O método da amenorreia

lactacional é eficaz se forem cumpridas três regras: o bebé deve ter até seis meses, o aleitamento deve ser exclusivo e mãe deve estar em amenorreia.

1.3.2 Contracepção Hormonal durante a amamentação

Os contraceptivos com estrogénios suprimem acentuadamente a lactação principalmente se iniciado imediatamente após o parto (Carvalho, M., Temez, R. 2005).

Segundo Neto (2004 p. 778) os estrogénios acarretam uma diminuição na quantidade e na qualidade do leite materno. Por esta razão o seu uso só está indicado para as mulheres que não amamentam.

Os contraceptivos hormonais orais combinados interferem na composição do leite materno (Carvalho, M.; Temez, R. 2005 p. 162).

“ O uso da minipílula é conveniente em nutrizes, se possível, iniciando após seis semanas do parto (Rego 2001, p. 293).”

Os progestagénios só devem ser iniciados seis semanas após o parto, visto que, só a partir desta data é que não interfere na qualidade e na quantidade do leite materno. A mini pílula (progestagénio) devem ser ingeridos diariamente sem pausa entre as cartelas, a sua eficácia é menor comparativamente as pílulas combinadas. A utilização do aleitamento materno com a mini pílula aumenta a sua eficácia. A mulher não necessita de trocar de método se interromper ou diminuir a amamentação (Neto, H. 2004, p. 776).

Os contraceptivos contendo apenas progestagénio têm alta eficácia principalmente se combinados com a amamentação (Carvalho, M.; Temez, R. 2005 p. 163).

Os injectáveis anticoncepcionais “ Tal qual a anticoncepção hormonal oral, não recomendamos os injectáveis combinados (com estrogénios) durante o período de aleitamento.” (Rego 2001, p. 293)

As puérperas que estão a amamentar deve utilizar contraceção hormonal oral só com progestogénio pois este não suprime a lactação e pode aumentar a produção de leite. Os contraceptivos hormonais injectáveis com progestogénio e os implantes de levonorgestrol podem ser utilizados durante a amamentação pois não têm qualquer efeito sobre a lactação (Decherney, A; Nathan, L. 2005 p. 201).

Segundo Bobak et alii (1999, p. 138) os contraceptivos hormonais causam uma diminuição no suprimento de leite, devendo ser evitados durante as primeiras seis semanas após o parto. Os contraceptivos orais com estrogénios não são aconselhados durante a amamentação. Os contraceptivos não hormonais representam menor probabilidade de provocar efeitos prejudiciais na amamentação.

As pílulas contendo estrogénios e progestagénios reduzem a quantidade do leite materno não sendo indicados durante a lactação, sendo preferíveis as pílulas com progestagénio, visto que, oferecem uma contraceção eficaz às mães que amamentam e não tem efeitos nocivos na lactação (Galvão, D. 2006 p. 67).

De acordo com Rego (2001 p. 293) o uso da mini pílula é aconselhado às mães que amamentam e se possível deve ser iniciada seis semanas após o parto. Diversos estudos demonstram que os contraceptivos combinados, devido a acção dos estrogénios, têm um efeito prejudicial no leite materno.

1.4 Papel do Enfermeiro

1.4.1 Promoção da Amamentação

O sucesso da amamentação está relacionado com o apoio e orientação que as mães recebem. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na educação para a saúde relativamente a amamentação, começando no período pré-natal. Deve-se avaliar a predisposição do casal para a amamentação, as dúvidas e as experiências com as gestações anteriores. Os enfermeiros devem fornecer informações sobre as vantagens do aleitamento materno, assim como ensinar a resolver as dificuldades que possam surgir (Carvalho, M.; Temez, R. 2005 p. 120).

Os enfermeiros devem apoiar a decisão dos pais relativamente a amamentação e proporcionar-lhes a assistência devida, reforçando sentimentos de confiança e competência na mãe que amamenta assim com a sua contribuição única para a saúde e o bem-estar do seu bebé (Lowdermilk, 2006 p. 651).

As mães que desejam amamentar devem ser incentivadas e auxiliadas pelos enfermeiros, estas devem ser informadas sobre as vantagens da amamentação, as diversas posições para amamentar, a higiene e cuidados as mamas (Burroughs, 1995 p. 299).

As primeiras duas horas após parto é um período excelente para incentivar as mães a amamentarem. Esta é uma oportunidade para os enfermeiros ensinarem as mães sobre a amamentação (Bobak 1999, p. 492).

De acordo com Pereira (2006 pag. 65) a Organização Mundial de Saúde refere que os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção, apoio e protecção da amamentação.

O papel do enfermeiro na promoção da amamentação baseia-se no aconselhamento dos pais sobre as vantagens da amamentação. Os enfermeiros devem mostrar disponibilidade para esclarecerem as dúvidas apresentadas pelos pais. No período pós-parto os enfermeiros devem auxiliar as mães a iniciar a amamentação, explicar/informar sobre a frequência e a duração das mamadas, sobre a transição do leite, sobre prevenção e o tratamento das fissuras, do ingurgitamento (Lowdermilk, 1999 p. 573).

1.4.2 Aconselhamento na Contracepção

Aos profissionais de saúde incumbe a responsabilidade de fornecer informações detalhadas sobre os métodos contraceptivos, mencionando as suas vantagens, efeitos colaterais e os riscos, para que as pessoas que pretendem utilizar um método contraceptivo façam uma escolha consciente tendo em conta o método que mais se adequa a si (Decherney, A; Nathan, L 2005 p. 535).

Ao aconselhar as que *amamentam* sobre os métodos contraceptivos é necessário ter em conta os efeitos da contracepção na lactação (Galvão, D. 2006 p. 67).

Como refere Rego (2001, p. 289) relativamente ao planeamento familiar é fundamental adequar o método contraceptivo ao casal, fornecendo informação clara e concisa.

“Os enfermeiros comunitários precisam de desempenhar um papel activo na discussão com as mulheres em idade fértil sobre o uso dos contraceptivos (Stamphone M., 1999, p. 605).”

Os enfermeiros devem orientar o casal sobre o planeamento familiar, antes da mãe ter alta da Maternidade após o parto. O casal tem o direito a informação sobre a eficácia, custo e os riscos dos diversos contraceptivos (Burroughs, 1995 p. 230).

Incumbe aos enfermeiros informar as mães, antes da alta da maternidade, acerca do início da actividade sexual, medicação prescrita, vigilância de saúde da mãe e do bebé e contracepção. A escolha do método contraceptivo deve ser analisado antes da alta da maternidade, esperar para analisar a contracepção na consulta de revisão de puerpério pode ser muito tarde. È necessário avaliar o conhecimento da mulher acerca da contracepção, para que possam ser tomadas decisões informadas sobre o controle da natalidade (Bobak, 1999, pp. 503- 505).

Aos enfermeiros cabe discutir com o casal os vários contraceptivos disponíveis, a protecção contra as infecções sexualmente transmitidas e a adequação do contraceptivo ao casal. Os enfermeiros devem ajudar os casais na decisão da escolha do método contraceptivo (Lowdermilk, 2006 p. 145).

Fase Metodológica

Segundo Fortin (1999, p. 40) a fase metodológica determina os métodos para obter resposta às questões de investigação formuladas.

1. Questões de investigação

A questão de investigação é: “ Um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitual mente uma ou duas variáveis e a população a estudar” (Fortin p. 101).

No âmbito do tema escolhido surgem as seguintes questões de investigação:

- “Quais os conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação?”
- “Qual o Método Contraceptivo utilizado pelas mães durante a Amamentação?”

2. Objectivos da investigação

Segundo Fortin (1999, p. 100) o objectivo da investigação é um enunciado declarativo que a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão de investigação.

Este estudo tem como objectivos:

- Identificar os conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação;
- Identificar qual o Método Contraceptivo mais utilizado durante a Amamentação.

3. Questões éticas da investigação

Na elaboração de estudo deve-se respeitar e proteger os direitos dos sujeitos intervenientes no estudo.

Os cinco princípios éticos aplicáveis neste estudo são:

3.1 Direito à autodeterminação:

“ (...) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria (...). (Fortin 1999, p. 116)

Baseia-se no princípio ético do respeito pela pessoas, sustentado no direito dos sujeitos decidirem livremente sobre sua participação ou não na investigação. Neste estudo, no momento da colheita de dados as mães foram convidadas a participar, sendo-lhes previamente explicado o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.

3.2 Direito à intimidade:

“ (...) faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação (...). (Fortin 1999, p. 117)

Os sujeitos participantes na investigação têm o direito de decidir sobre a quantidade de informação a dar. No decorrer do estudo foi possibilitado as mães a liberdade de decidir quando a extensão da informação a dar.

3.3 Direito ao anonimato e à confidencialidade:

“ O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.” (Fortin 1999, p. 117)

No presente estudo os resultados foram apresentados de forma, a que, a identidade de nenhuma mãe fosse identificada, sendo solicitado às mães, que não escrevesse o seu nome ou outra forma de a identificar em qualquer parte do questionário.

3.4 Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo:

“ (...) Corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.” (Fortin 2000, p. 118)

Neste estudo o único desconforto é o preenchimento do questionário, não estando previstos quais queiros riscos de ordem psicológica, física, legal e económica.

3.5 Direito a um tratamento justo e equitativo:

“ (...) Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo (Fortin 1999, pg 119).

Todas as mães foram informadas sobre a natureza do estudo, os objectivos, a duração da investigação assim como sobre os métodos utilizados no estudo.

4. Tipo de estudo

O estudo utilizado nesta investigação, tendo por base a concretização dos objectivos, é um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Este estudo é quantitativo, visto que, tem como objectivo medir e quantificar os fenómenos. É um estudo descritivo, visto que, segundo Fortin o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. Por fim é um estudo transversal porque segundo Polit (1995, p. 180) a colheita de dados é realizada num só momento.

5. Meio

“Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.” (Fortin 1999, p. 132)

Esta investigação vai desenvolver-se em meio natural no Centro de Saúde de Resende.

6. População

Segundo Fortin (1999) uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Neste estudo a população são as mães que frequentam o Centro de Saúde de Resende e que estão a amamentar.

7. Amostra

De acordo com Fortin (1999, p.202), a amostra é um subconjunto da população, esta deve ser representativa da população, assim como, as características da população devem estar presente na amostra. No presente estudo a amostra são as Mães que estão a amamentar e frequentaram o Centro de Resende no período 03 a 17 de Abril.

A amostra foi seleccionada por um processo não aleatório por conveniência ou acidental, que segundo Fortin 1999 amostra por conveniência ou acidental é constituída pelos indivíduos que estão presentes num determinado local no momento da colheita de dados. Neste estudo as mães inquiridas foram as que frequentaram o Centro de Saúde de Resende, para as consultas de Saúde Infantil e Vacinação, no período de 03 a 17 de Abril, num total de 31 mães.

8. Variáveis

As variáveis são definidas como, qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 1999, p. 36).

8.1 Variável dependente

Segundo Fortin (1999, p. 37) a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente. Neste estudo a variável dependente é a pratica da contracepção durante a amamentação.

8.2 Variável independente

Segundo Fortin (1999, p. 37) esta variável é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente. Neste estudo a variável independente são os conhecimentos das mães sobre a contracepção durante a amamentação.

8.3 Variável estranha

Segundo Fortin (1999) são variáveis que podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação. Como variáveis estranhas podemos ter o ambiente físico e o nível sócio-cultural da população em estudo.

8.4 Variável atributo

Variável atributo segundo Fortin (1999) a variável atributo refere-se as características dos sujeitos em estudo. Neste estudo refere-se a idade, a escolaridade, a profissão e ao número de filhos.

9. Colheita de dados

Segundo Fortin 1999 (p. 41) a colheita de dados “ é a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de colheita de dados”.

9.1 Questionário

Para recolher os dados será utilizado um questionário. “ Um questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas, a um conjunto de questões, por parte dos sujeitos. (...) As questões são concebidas com o objectivo de colher informação *factual* sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes. É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis (Fortin 1999, p. 249).”

O questionário que vai ser utilizado para a recolha de dados é constituído por três partes. Na primeira parte as perguntas referem-se à caracterização sócio-económica e cultural, na segunda parte serão colocadas perguntas relativas a amamentação e na terceira parte as questões são referentes a contracepção durante a amamentação. Os questionários foram entregues pelo responsável da investigação às mães que frequentam o Centro de Saúde e estão a amamentar. A colheita de dados foi realizada no período de 03 a 17 de Abril.

Antes de iniciar a colheita de dados foram efectuados determinados procedimentos: a obtenção de uma autorização para realizar o estudo na instituição, a aprovação da comissão de ética da instituição em causa e a avaliação de possíveis problemas. Após a obtenção da autorização procedeu-se a colheita de dados que foi realizada através de um questionário.

9.1 Pré teste

O pré-teste consiste em aplicar os instrumentos de pesquisa a uma parte da população a fim de verificar alguns aspectos, de entre os quais se destacam, a validade ou relevância das questões, a adequação do vocabulário utilizado, o número e a ordem das questões formuladas. O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por um grupo que

reflecta a diversidade a população em estudo, com o objectivo de se verificar se as questões são compreensíveis. Este procedimento permite corrigir o questionário, assim como, avaliar a eficácia e a pertinência do mesmo. (Fortin 1999, p. 253)

Os instrumentos de colheita de dados deverão ser testados por um grupo de pessoas com as mesmas características da população em estudo, por isso o pré-teste foi aplicado a dez mães que estão a amamentar e que frequentam o Centro de Saúde de Resende. O pré-teste foi aplicado no dia 27 de Março e como não houve alterações a efectuar procedeu-se a aplicação do questionário.

10. Tratamento e análise dos dados

Segundo Fortin (1999, p. 277) a análise dos dados através da estatística descritiva permite descrever as características da amostra, na qual foram colhidos os dados. A estatística descritiva inclui as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão.

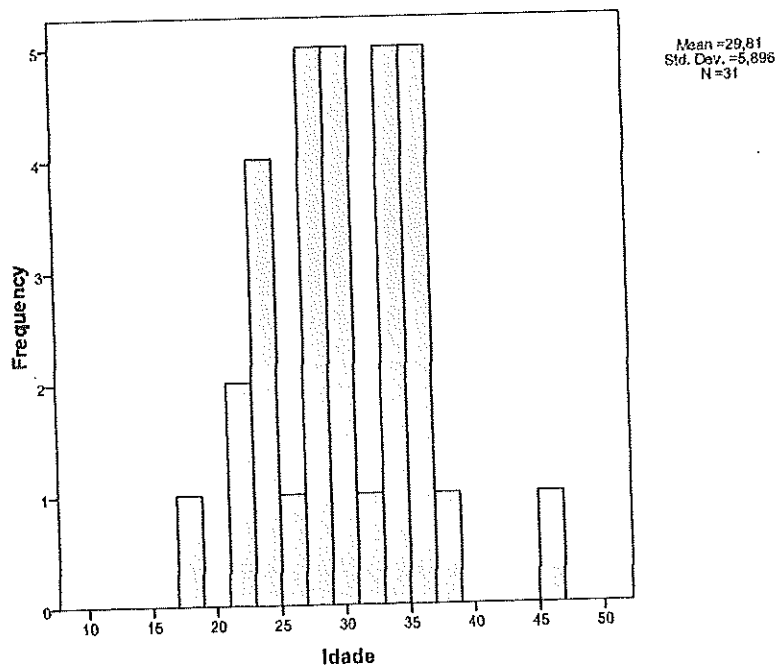
O estudo estatístico foi efectuado através do Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 para o ambiente Windows.

Analise dos Resultados

Neste capítulo Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos. Em que a primeira parte é referente a caracterização da amostra e segunda parte referente aos dados colhidos sobre a Amamentação e a Contracepção durante a Amamentação permitindo a observação imediata dos fenómenos, pela mesma ordem em que se encontra o questionário.

Caracterização da Amostra

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a idade em anos



Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a idade em anos

Média	Mediana	Mínimo	Máximo
29,81	30,00	18	46

Através da análise do gráfico 1 e respectivo quadro 2, referente a idade, verifica-se que as mães inquiridas têm idades compreendidas entre 18 e 46 anos, sendo a média de idades 29,81 e a mediana 30,00.

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
Primeiro ciclo (antiga 4ª classe)	1	3,2
Segundo ciclo (antigo ciclo preparatório)	1	3,2
Terceiro ciclo (antigo 5º ano de liceu ou 9º ano)	9	29,0
Secundário (12º ano)	10	32,3
Ensino Superior	10	32,3
Total	31	100,0

Analisando o quadro 3, podemos verificar que a maioria das mães inquiridas frequentou o secundário e o ensino superior (32,3 % respectivamente). A restante amostra distribuiu-se pelo terceiro ciclo com 29,0 % e pelo segundo e pelo primeiro ciclo com 3,2% respectivamente.

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a variável profissão

Profissão	Frequência	Percentagem
1ºGrau (profissionais com títulos universitários e militares de alta patente)	9	29,0
2ºGrau (chefes de secções administrativas subdirectores de bancos, técnicos e comerciantes)	1	3,2
3ºGrau (ajudantes técnicos, encarregados, e mestres-de-obra)	5	16,1
4ºGrau (operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc))	1	3,2
5ºGrau (trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: ajudantes de cozinha, empregadas de limpeza, etc).	12	38,7
Desempregada	1	3,2
Estudante	2	6,5
Total	31	100,0

Analisando o quadro 4, referente á profissão, 38,7% das mães inquiridas desempenha uma profissão de 5º grau e 29,9% desempenha uma profissão de 1º grau. As profissões foram analisadas segundo o Índice de Graffar, que classifica as profissões em cinco grupos.

Quadro 5 - Estado Civil

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteira	3	9,7
Casada	26	83,9
Viúva	1	3,2
Divorciada	1	3,2
Total	31	100,0

Com base no quadro 5, constata-se que a maioria das mães inquiridas é casada (83,9 %). As mães solteiras representam uma porcentagem de 3%, as mães viúvas e as mães divorciadas representam uma porcentagem de 3,2%.

Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo o número de filhos

Número de Filhos	Frequência	Porcentagem
1	15	48,4
2	14	45,2
3	1	3,2
5	1	3,2
Total	31	100,0
Média: 1,65		Moda: 1

Pela análise do quadro 6, verifica-se que a maioria das mães tem apenas um filho (48,4%). Verifica-se também que uma grande porcentagem das mães tem dois filhos (45,2). A média de filhos é 1,65 e a moda 1.

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a variável idade do bebê (em meses)

Idade do bebê	Frequência	Percentagem
1	1	3,2
2	5	16,1
3	7	22,6
4	7	22,6
5	2	6,5
7	2	6,5
8	3	9,7
9	4	12,9
Total	31	100,0
Média: 4,65		

Pela verificação do quadro 7 a média de idades dos bebês das mães inquiridas é de 4,65. Sendo que 22,6% dos bebês, das mães inquiridas, têm 3 e 4 meses, e 16,1 % dos bebês têm 2 meses.

Informações sobre a Amamentação

Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a prática do Aleitamento Materno

Aleitamento Materno	Frequência	Percentagem
Exclusivo	16	51,6
Misto	15	48,4
Total	31	100,0

De acordo com o quadro 8, relativamente a prática do Aleitamento Materno, 16 (51,6%) mães inquiridas pratica aleitamento materno exclusivo e 15 (48,4%) praticam aleitamento materno misto.

Quadro 9 – Aleitamento Misto desde de quando (em meses).

Aleitamento Misto	Frequência	Porcentagem
0	1	3,2
1	1	3,2
2	3	9,7
3	3	9,7
4	1	3,2
5	3	9,7
6	2	6,5
7	1	3,2
Total	15	48,4
	Média: 3,60	

Pela observação do quadro 9, referente ao início do aleitamento materno misto apenas três das mães inquiridas praticou aleitamento materno exclusivo até aos seis meses. Verifica-se que 9,7% das mães inquiridas iniciou o aleitamento misto aos 5, 3 e 2 meses.

Quadro 10 – Já iniciou a diversificação alimentar?

Diversificação alimentar	Frequência	Porcentagem
Sim	10	32,3
Não	21	67,7
Total	31	100,0

Com base no quadro 10, constata-se que 67,7% das mães inquiridas ainda não iniciou a diversificação alimentar ao seu bebé e 32,3% das mães inquiridas já iniciou a diversificação alimentar.

Quadro 11 - Quando tornou a decisão de Amamentar?

	Frequência	Percentagem
Antes da gravidez	14	45,2
Durante a gravidez	16	51,6
Após o parto	1	3,2
Total	31	100,0

De acordo com o quadro 11, relativamente a decisão de amamentar, verifica-se que 51,6% das mães inquiridas decidiu amamentar antes do parto e 45,2% decidiu amamentar antes de engravidar. Apenas uma das mães inquiridas decidiu amamentar depois do parto.

Quadro 12- Quais as razões que a levaram a Amamentar?

	Frequência	Percentagem
Benefícios para o bebé	22	71,0
Benefícios para a mãe	5	16,1
Mais económico	4	12,9
Total	31	100,0

Através da análise do quadro 12, reconhece-se que a maioria das mães inquiridas decidiu optar pelo aleitamento materno devido aos benefícios para o bebé (71,0%). Apenas cinco das mães inquiridas optou pelo aleitamento materno por este ter benefícios para si e quatro das mães inquiridas optou pela amamentação devido ao facto de esta ser mais económica.

Quadro 13 – A decisão de Amamentar foi tomada?

	Frequência	Porcentagem
Por iniciativa própria	20	64,5
A conselho do Médico	3	9,7
A conselho da Enfermeira	7	22,6
A conselho de familiares	1	3,2
Total	31	100,0

Analisando o quadro 13, a maioria das mães inquiridas optou pela amamentação por iniciativa própria (64,5%), 22,6% das mães preferiu o aleitamento materno devido ao conselho da enfermeira e 9,7% devido ao conselho do médico.

Quadro 14 - O pai do bebé foi envolvido na decisão de amamentar?

	Frequência	Porcentagem
Sim	28	90,3
Não	3	9,7
Total	31	100,0

Através da análise do quadro 14, referente ao envolvimento do pai do bebé na decisão de amamentar, 90,3% das mães inquiridas respondeu que o pai do bebé foi envolvido na decisão de amamentar e apenas 9,7% reponderaram que o pai do bebé não foi envolvido na decisão de amamentar.

Quadro 15 - Procurou obter informação sobre leite materno?

	Frequência	Percentagem
Sim	21	67,7
Não	10	32,3
Total	31	100,0

Com base no quadro 15, verifica-se que 67,7% das mães inquiridas procurou informação sobre o leite materno e 32,3% das mães inquiridas não procurou obter informação sobre o aleitamento materno.

Quadro 16 – Como obteve essa informação?

	Frequência	Percentagem
Através do Médico	6	19,4
Através da Enfermeira	8	25,8
Através de outros (Familiares 4 e Amigos)	4	12,9
Revistas/ Livros	3	9,7
Total	21	67,7

Pela análise do quadro 16, constata-se que das mães que procuraram obter informação sobre o leite materno 25,8% obteve essa informação através da enfermeira e 19,4 obteve essa informação através do médico. A restante amostra obteve essa informação através de outros e através de livros e revistas.

Informações Sobre a Contracepção durante a Amamentação

Quadro 17 - Que Contraceptivo escolheu para utilizar durante a Amamentação

Contraceptivo	Frequência	Porcentagem
Preservativo	6	19,4
Mini pílula	24	77,4
Implantes	1	3,2
Total	31	100,0

De acordo com o quadro 17, relativa ao contraceptivo utilizado durante a amamentação a maioria das mães inquiridas optou pela mini pílula (77,4%). Verifica-se que 19,4% das mães inquiridas optou pelo preservativo e 3,2% pelo implante.

Quadro 18 - Porque escolheu esse Método Contraceptivo?

	Frequência	Porcentagem
Iniciativa própria	2	6,5
Por não interferir na amamentação	8	25,8
Por ser um método eficaz e adequado a si	2	6,5
Por fácil utilização	1	3,2
Através do Médico	14	45,2
Através da Enfermeira	4	12,9
Total	31	100,0

Pela observação do quadro 18, sobre a escolha do método contraceptivo, 45,2% das mães inquiridas preferiu o método contraceptivo devido ao conselho do médico e 12,9% devido ao conselho da enfermeira. Constatou-se que 25,8% das mães inquiridas optou pelo método contraceptivo por este não interferir na amamentação.

Quadro 19 - Quando iniciou a Contracepção (em semanas)

Início da Contracepção	Frequência	Percentagem
2	3	9,7
3	4	12,9
4	3	9,7
5	13	41,9
6	4	12,9
10	3	9,7
14	1	3,2
Total	31	100,0
Média: 5,26	Mediana: 5,00	Moda: 5

Com base no quadro 18, referente ao início da contracepção no pós parto, a maioria das mães inquiridas iniciou a contracepção às cinco semanas pós parto (41,9%), sendo a média 5,26, a mediana 5,00 e a moda 5. Verifica-se que 12,9% das mães inquiridas iniciou a contracepção às 6 semanas pós parto.

Quadro 20 - Ao escolher o Método Contraceptivo teve em conta que estava a Amamentar?

	Frequência	Percentagem
Sim	23	74,2
Não	8	25,8
Total	31	100,0

Através da análise do quadro 20, verifica-se que 74,2% das mães inquiridas ao escolher o método contraceptivo teve em conta que estava a amamentar e 25,8% das mães ao optar pelo método contraceptivo não teve em conta que estava a amamentar.

Quadro 21 - Efectuou alguma consulta antes de decidir qual o Método Contraceptivo?

	Frequência	Percentagem
Sim	26	83,9
Não	5	16,1
Total	31	100,0

Analisando o quadro 21, verifica-se que 83,9% das mães inquiridas efectuou uma consulta antes de decidir qual o método contraceptivo a utilizar, apenas 16,1% das mães inquiridas não efectuou uma consulta antes de optar pelo contraceptivo.

Quadro 22 – Com quem efectuou a consulta antes de optar pelo Método Contraceptivo?

	Frequência	Percentagem
Médico	15	48,4
Enfermeiro	11	35,5
Total	26	83,9

De acordo com o quadro 22, constata-se que 48,4% das mães inquiridas efectuou a consulta, com um Médico, antes de decidir qual o método contraceptivo a utilizar e 35,5% efectuou com o enfermeiro.

Quadro 23 - Durante a vigilância pré natal recebeu alguma informação acerca da Contracepção durante a Amamentação?

	Frequência	Percentagem
Sim	24	77,4
Não	7	22,6
Total	31	100,0

Pela observação do quadro 23, constata-se que 77,4% das mães inquiridas recebeu informação acerca da contracepção durante o aleitamento materno, durante a vigilância pré natal e 22,6% das mães inquiridas não recebeu essa informação.

Quadro 24 – Quem forneceu essa informação?

	Frequência	Porcentagem
Médico	13	41,9
Enfermeiro	11	35,5
Total	24	77,4

Analisando o quadro 24, relativamente ao fornecimento da informação sobre a contraceção durante a amamentação, 41,9% das mães inquiridas recebeu essa informação do médico e 35,5% recebeu essa informação pelos enfermeiros.

Quadro 25 - Questões referentes ao conhecimento das Mães

Expressões	Frequência		Porcentagem	
	Verdadeiro	Falso	Verdadeiro	Falso
A amamentação exclusiva, praticada em regime livre inclusive durante a noite, e a mulher em amenorreia (sem menstruação) impede uma nova gravidez.	4	27	12,9	87,1
Pode engravidar antes da primeira menstruação pós-parto.	26	5	83,9	16,1
Durante a Amamentação pode ser utilizado qualquer Método Contraceptivo.	4	12,9	27	87,1
A pílula diminui a quantidade do	26	5	83,6	16,1

Leite Materno.				
A mini pílula deve ser iniciada após a consulta de revisão de puerpério (normalmente seis semanas após o parto).	24	7	77,4	22,6
A mini pílula não interfere na quantidade e na qualidade do Leite Materno.	29	2	93,5	6,5

Referente a expressão a amamentação exclusiva, praticada em regime livre inclusive durante a noite, e a mulher em amenorrea não impede uma nova gravidez constata-se que 87,1% das mães inquiridas considera a expressão verdadeira e apenas 12,9% considera que a amamentação pode ser utilizada como método contraceptivo.

Relativamente ao facto de se poder engravidar antes da primeira menstruação pós parto, 83,6% das mães inquiridas considera verdadeira a expressão e 16,1% considera falsa a expressão.

Através da análise da expressão - durante a amamentação não pode ser utilizado qualquer método contraceptivo constata-se que 87,1% das mães inquiridas considera falsa a expressão e 12,9% das mães inquiridas considera que durante a amamentação pode ser utilizado qualquer método contraceptivo.

Relativamente ao facto da pílula diminuir a quantidade do leite materno, 83,9% das mães considera a expressão verdadeira e 16,1% considera a expressão falsa.

Verifica-se que 77,4% das mães inquiridas considera que a mini pílula deve ser iniciada após a consulta de revisão de puerpério e 22,6% considera a expressão falsa. Referente ao facto da mini pílula não interferir na quantidade e na qualidade do leite materno 93,5% das mães considera a expressão verdadeira e 6,5% considera a expressão falsa.

Discussão dos Resultados

Após a finalização do tratamento e da análise dos dados torna-se fundamental a discussão dos resultados obtidos assim como compara-los com a opinião dos diversos. Considera-se importante reflectir acerca dos resultados considerados pertinentes tendo por base conceitos teóricos da pesquisa bibliográfica.

A Organização Mundial de Saúde (2001) recomenda alimentar o bebé somente à mama até aos seis meses de idade, sem água, chá, nem leite em pó e após a introdução de novos alimentos continuar a amamentar até pelo menos aos dois anos de idade. Através da análise deste estudo verifica-se que 51,6% das mães inquiridas pratica aleitamento exclusivo.

Relativamente as razões que levaram as mães a amamentarem destaca-se a opção referente aos benefícios para o bebé com uma percentagem de 71,0%, segundo a DGS o Aleitamento Materno reforça o sistema imunitário do bebé e reduz o risco de aparecimento na idade adulta de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro e certas doenças crónicas. Ainda referente às razões que levaram as mães a amamentar 16,1 % das mães das mães inquiridas optou pelo leite materno por ter benefícios para si, de acordo com Barry et al (2008) a amamentação tem como vantagens para a mãe a diminuição da incidência da osteoporose, do cancro da mama e do ovário e estabelece uma maior ligação da mãe com a criança.

Referente ao envolvimento do pai na decisão de amamentar, 90,3% dos pais foram envolvidos, segundo Carvalho (2003) estudos científicos evidenciam que o suporte emocional oferecido pelo homem à mulher contribui na adaptação à gestação, que a presença do companheiro no parto está associada a menor necessidade de uso de medicação contra dor e com vivências positivas no pós-parto e que o apoio do pai durante a amamentação é fundamental, a ponto de prolongá-la. O período pré-natal e o puerpério são momentos importantes para a futura mãe em que o pai do bebê deve apoiar e acompanhar o seu filho e a sua mulher, além de participar das questões referentes ao aleitamento materno (Gomes, N. 2001).

Neste estudo constatou-se que 25,8% das mães inquiridas obteve informação sobre o aleitamento materno através do Enfermeiro e 19,4% obteve essa informação através do Médico. “ A promoção do aleitamento materno é uma das formas mais eficazes de melhorar a saúde das crianças. Tem também efeitos benéficos para as mães, família e comunidade” (Circular informativa nº 19/DFI de 2006 da direcção geral da saúde). Os Enfermeiros devem apoiar a decisão dos pais relativamente a amamentação e proporcionar-lhes a assistência devida, reforçando sentimentos de confiança e competência na mãe que amamenta assim com a sua contribuição única para a saúde e o bem-estar do seu bebé (Lowdermilk, 2006 p. 651). De acordo com Pereira (2006 p. 65) a Organização Mundial de Saúde refere que os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção, apoio e protecção da amamentação.

Referente á contracepção durante a amamentação, a maioria das mães inquiridas optou pela mini pílula (77,4%) e 19,4% das mães inquiridas optou pelo preservativo e 3,2% pelo implante. O puerpério é a ocasião para a discussão do planeamento familiar, as decisões relativas a contracepção devem ser tomadas antes da alta hospitalar. A anovulação estende-se por cinco semanas nas mulheres que não amamentam e por oito semanas nas que amamentam. O uso de espermicidas, preservativos ou ambos pode ser recomendado até a ocasião do primeiro exame citológico pós parto. O diafragma não é aconselhado, sem que haja a involução dos órgãos reprodutivos, devido a difícil adaptação. O dispositivo intra-uterino deve ser colocado na primeira consulta pós-parto sendo o risco de perfuração uterina maior nas mulheres que estão a amamentar devido a acelerada involução uterina (Decherney, A; Nathan, L. 2005 p. 201). O retorno a fertilidade após o parto depende da prática do aleitamento materno, não sendo possível prever a primeira ovulação uma vez que esta pode ocorrer durante o período de amenorreia. Durante o puerpério é essencial aconselhar a mulher sobre a escolha do método contraceptivo e quando inicia-lo. A mulher pode utilizar a amamentação como contracepção mas se esta não se sentir segura pode utilizar outro método contraceptivo desde que este não interfira com a quantidade e a qualidade do leite (Neto, H. 2004 pp. 775, 776).

Incumbe aos Enfermeiros informar as mães, antes da alta da maternidade, acerca do início da actividade sexual, medicação prescrita, vigilância de saúde da mãe e do bebé e contraceção. A escolha do método contraceptivo deve ser analisado antes da alta hospitalar, esperar para analisar a contraceção na consulta de revisão de puerpério pode ser muito tarde. É necessário avaliar o conhecimento da mulher acerca da contraceção, para que possam ser tomadas decisões informadas sobre o controle da natalidade (Bobak, 1999, pp. 503- 505). Neste estudo 45,2% das mães inquiridas preferiu o método contraceptivo devido ao conselho do Médico e 12,9% devido ao conselho do Enfermeiro. Constatou-se que 25,8% das mães inquiridas optou pelo método contraceptivo por este não interferir na amamentação.

Existem alguns contraceptivos que interferem com a amamentação, por isso o casal antes de iniciar a contraceção deve ser informado sobre os diferentes métodos assim como se estes interferem ou não na amamentação, devendo-se privilegiar os contraceptivos não hormonais para não interferir com a quantidade e a qualidade do leite (Neto, H. 2004 p. 775), verificou-se que 74,2% das mães inquiridas ao escolher o método contraceptivo teve em conta que estava a amamentar e 25,8% das mães ao optar pelo método contraceptivo não teve em conta que estava a amamentar.

No presente estudo constata-se que 48,4% das mães inquiridas efectuou a consulta, com um Médico, antes de decidir qual o método contraceptivo a utilizar e 35,5% efectuou com o enfermeiro. Os enfermeiros devem orientar o casal sobre o planeamento familiar antes da mãe ter alta da Maternidade após o parto. O casal tem o direito a informação sobre a eficácia, custo e os riscos dos diversos contraceptivos (Burroughs, 1995 p. 230).

Ao questionar as mães sobre o método da amenorreia lactacional constata-se que 87,1% das mães inquiridas considera que a amamentação exclusiva, praticada em regime livre inclusive durante a noite, e a mulher em amenorreia não impede uma nova gravidez e apenas 12,9% considera que a amamentação pode ser utilizada como método contraceptivo. Através da revisão bibliográfica verificou-se que autores como Levy e Bértolo, Renato, Lowdermilk, O'Reilly, Bottomley, Rymer e a DGS consideram o método da amenorreia lactacional eficaz. Para que este método seja eficaz é necessária a coexistência de três condições: a mulher deve permanecer em amenorreia, amamentação

tem de ser exclusiva ou quase exclusiva com mamadas diurnas e nocturnas, não devendo o intervalo das mamadas ultrapassar as seis horas, a criança deve ter menos de seis meses de idade. Este método não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis, mas é um método muito eficaz quando são preenchidas as três condições referidas anteriormente, e é método económico para a família (DGS, 2008). Autores como Mendes (p.429) e Bobak et alii(p.572) não consideram a amamentação como um Método Contraceptivo eficaz. O método da amenorreia lactacional assenta no efeito da amamentação sobre a fertilidade, visto que, amamentar frequentemente e em intervalos curtos assegura picos de prolactina que inibem a ovulação. Amamentação retarda o retorno da ovulação e da menstruação, no entanto a ovulação pode ocorrer antes do primeiro período menstrual após o parto. Por esta razão é que a amamentação não é considerado um método contraceptivo eficaz, embora confira um período de infertilidade. (Bobak e tal, 1999, p.572).

Referente ao facto de se poder engravidar antes da primeira menstruação, 83,6% das mães inquiridas considera verdadeira a expressão e 16,1% considera falsa a expressão. Durante a amamentação a mãe pode ovular antes do aparecimento da primeira menstruação, por isso é necessária a utilização de um método contraceptivo, que para além de prevenir uma gravidez, não interfira na amamentação. “ (...) a primeira ovulação pós-parto precede a primeira menstruação por isso, toda a puérpera com vida sexual activa, necessita de contraceção eficaz, mesmo enquanto amamenta. A contraceção, nesta fase da vida da mulher, deverá ser escolhida tendo em conta que não deve ter efeitos supressores da lactação (Mendes 2000, p. 429).”

Diversos contraceptivos podem ser utilizados durante o puerpério, deve-se privilegiar os contraceptivos não hormonais para não interferir com a quantidade e a qualidade do leite. (Neto, H. 2004 p. 775). No presente estudo constata-se que 87,1% das mães inquiridas considera que durante a amamentação não pode ser utilizado qualquer método contraceptivo e 12,9% das mães inquiridas considera que durante a amamentação pode ser utilizado qualquer método contraceptivo.

Relativamente ao facto da pílula diminuir a quantidade do leite materno, 83,9% das mães considera a expressão verdadeira e 16,1% considera a expressão falsa, segundo Galvão, D. (2006) as pílulas contendo estrogénios reduzem a quantidade do leite materno não sendo indicados durante a lactação, sendo preferíveis as pílulas com

progestagénio, visto que, oferecem uma contracepção eficaz às mães que amamentam e não tem efeitos nocivos na lactação. Referente ao facto da mini pílula não interferir na quantidade e na qualidade do leite materno 93,5% das mães considera a expressão verdadeira e 6,5% considera a expressão falsa, de acordo com Decherney, A; Nathan, L. (2005) as mães que estão a amamentar deve utilizar contracepção hormonal oral só com progestogênio pois este não suprime a lactação e pode aumentar a produção de leite.

Os progestagénios só devem ser iniciados seis semanas após o parto, visto que, só a partir desta data é que não interfere na qualidade e na quantidade do leite materno. A mini pílula (progestagénio) devem ser ingeridos diariamente sem pausa entre as cartelas, a sua eficácia é menor comparativamente as pílulas combinadas. A utilização do aleitamento materno com a mini pílula aumenta a sua eficácia. A mulher não necessita de trocar de método se interromper ou diminuir a amamentação (Neto, H. 2004, p. 776). Neste estudo verifica-se que 77,4% das mães inquiridas considera que a mini pílula deve ser iniciada após a consulta de revisão de puerpério e 22,6% considera a expressão falsa.

Conclusões

Na recta final deste trabalho, sucedem-se algumas considerações finais sobre o mesmo, referente a concretização dos objectivos, aos resultados da investigação e às implicações para a enfermagem.

A investigação em enfermagem reveste-se de uma enorme complexidade para grande parte dos profissionais e estudantes de enfermagem, no entanto investigação desempenhe um papel importante no estabelecimento de bases científicas para a enfermagem, sendo fundamental para a profissão colocar questões que devem ser estudadas.

Ao realizar este estudo são indiscutíveis os conhecimentos adquiridos na área da contraceção e da amamentação. Os conhecimentos esses que serão extremamente importantes para a formação individual. O presente estudo releva a importância do papel do enfermeiro quer na promoção da amamentação, quer no aconselhamento sobre a contraceção. Sendo importante analisar os conhecimentos das mães para que actuação dos Enfermeiros seja mais eficaz.

O presente estudo aborda o tema da contraceção durante a amamentação sendo descrito o conceito de amamentação assim como as suas vantagens, o conceito da contraceção onde são abordados os principais métodos contraceptivos utilizados em Portugal e por fim o conceito da contraceção durante a amamentação.

A amamentação é o método mais natural e saudável de alimentar o bebé pois para além de fortalecer o vínculo mãe-bebé confere imunidade a criança protegendo-a de muitas doenças. A amamentação também possui vantagens para a mãe pois ajuda a involução do útero e está associada ao menor risco de cancro da mama. A amamentação traz menores gastos para a família.

Os métodos contraceptivos protegem o casal de uma gravidez não desejada e alguns deles também protegem contra as infecções sexualmente transmissíveis, a escolha do

método deve ser adequada ao casal. Em Portugal existem inúmeros contraceptivos desde os hormonais sendo mais conhecidas as pílulas, os métodos definitivos como a laqueação das trompas e a vasectomia e os métodos de barreira como o preservativo.

A amamentação exclusiva pode funcionar como um método contraceptivo visto que durante a amamentação existe a produção de uma hormona chamada prolactina que é responsável pela produção de leite. A produção da prolactina é maior durante a noite, por isso é essencial amamentar durante a noite para aumentar a produção de leite. Esta hormona impede a ovulação, por isso durante a amamentação é raro aparecer o fluxo menstrual. Embora durante a amamentação a produção de prolactina seja elevada esta não impede a mulher de engravidar pois antes do aparecimento da primeira menstruação pós-parto a mulher pode ovular. Em suma durante a amamentação a mãe deve utilizar um método contraceptivo que mais se adequa a si e que não suprima a lactação.

Um dos objectivos delineados foi qual o método contraceptivo mais utilizado pelas mães durante a contracepção e verificou-se 77,4% das mães optou pela mini pílula, que 19,4% das mães inquiridas optou pelo preservativo e 3,2% pelo implante. Desta forma podemos concluir que o método mais utilizado pelas mães que amamentam e que frequentam o Centro de Saúde de Resende, é a mini pílula. Ao inquirir as mães o porque da escolha do método contraceptivo 25,8% das mães inquiridas optou pelo Método Contraceptivo por este não interferir na amamentação, assim como, 74,2% das mães inquiridas ao escolher o método contraceptivo teve em conta que estava a amamentar. Outro dado importante é 87,1% das mães inquiridas consideram que durante a amamentação não pode ser utilizado qualquer método contraceptivo.

Relativamente ao aconselhamento sobre a contracepção durante a amamentação 77,4% das mães inquiridas recebeu informação durante a vigilância pré natal, e 33,4 % dessas mães recebeu essa informação dos enfermeiros. No presente estudo constata-se que 87,1% das mães inquiridas considera que a amamentação exclusiva, praticada em regime livre inclusive durante a noite, e a mulher em amenorreia não impede uma nova gravidez e apenas 12,9% considera que a amamentação pode ser utilizada como método contraceptivo. O uso da amamentação como contraceptivo não é consensual, havendo

autores que defendem *que o método da amenorreia lactacional é eficaz*, e autores afirmam que não é seguro utilizar a amamentação como contracepção.

Referente ao aconselhamento sobre a amamentação os enfermeiros têm um papel fulcral e neste estudo conclui-se que 25,8% recebeu informação sobre a amamentação por parte dos enfermeiros. Assim como 22,6% das mães tomou a decisão de amamentar devido ao aconselhamento da enfermeira e 9,7% devido ao conselho do médico.

Através da análise das questões referentes aos conhecimentos das mães sobre a contracepção durante a amamentação pode se concluir que existe uma percentagem pequena de mães que não respondeu correctamente a algumas questões, sendo fulcral por parte dos Enfermeiros continuarem a investir nesta área para que sejam cada vez menos as mães não detentoras de conhecimentos/informação.

Na análise dos resultados observou-se que apenas quatro das mães inquiridas, optaram pelo contraceptivo durante a amamentação devido ao aconselhamento por parte dos Enfermeiros, no entanto ao questionar às mães se realizaram alguma consulta antes de optar pelo método contraceptivo onze das mães inquiridas responderam que efectuaram essa consulta com o Enfermeiro, o que demonstra alguma contradição relativamente á questão colocada anteriormente. Através dos resultados obtidos não foi possível compreender a razão desta contradição.

A maior dificuldade na concretização deste estudo foi o tratamento e análise dos dados devido a extensão de possibilidade de resposta a algumas perguntas do questionário. No entanto apesar das dificuldades sentidas, julgamos que os objectivos foram atingidos.

A contracepção e a amamentação são temas muito abrangentes, sendo por vezes difícil conseguir obter dados concretos, por esta razão julgamos que o questionário aplicado neste estudo deveria ter sido mais específico, mais completo e que analisasse concretamente a importância do Enfermeiro nestas área, assim como, os conhecimentos que as mães adquirem através dos Enfermeiros. Julgamos que a aplicação deste estudo a uma amostra mais extensa com um questionário mais específico poderia enriquecer este estudo.

Bibliografia

- Almeida Costa, J. e Sampaio, A. (1999). *Dicionário da língua portuguesa*. 8ª Edição, Porto, Porto Editora.
- Bobak, Irene, e tal (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª Edição, Porto, Artemed Editora.
- Brêtas, Ana; Gamba, Mônico (2006). *Enfermagem e saúde do Adulto*. Editora Manole, São Paulo.
- Burroughs, Arlene (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna*. 6ª Edição. Artes Medicas, Porto Alegre.
- Carvalho, Marcus; Temez, Raquel (2005). *Amamentação - Bases Científicas*. 2ª Edição. Guanarara Koogan, Rio de Janeiro.
- Decherny, Alan; Nathan, Lauren (2005). *Obstetrícia e Ginecologia - Diagnóstico e Tratamento*. Nona Edição. McGraw-Hill, Rio de Janeiro.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Galvão, Dulce (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures, Lusociência.
- Gomes, Pedro J.(1983). *Nascer... e depois?*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa

- Levy, Leonor; Bértolo, Helena (2007). *Manual de Aleitamento Materno*. Edição revista (2007), Lisboa, Comité Português para a UNICEF.
- Lowdermilk, D.; Perry S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição. Lusodidática, Loures.
- Mendes da Graça, Luís (2000). *Medicina Materno Fetal 1*. 2ª edição, Porto, Lidel.
- Neto, Corintio; Tadini, Valdir (2002). *Obstetrícia e Ginecologia – Manual para o Residente*. Roca, São Paulo.
- Neto, Hermógenes (2004). *Obstetrícia Básica*. Editora Atheneu, São Paulo.
- O'Reilly, Barry; Bottomley, Cecília; Rymar, Janice (2008). *Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Lusociência, Loures.
- Pereira, A. (2006). *Equilibria pela alimentação desde o nascimento: o aleitamento materno*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde nº3 de 2006 p.83. Edições UFP.
- Pereira, Adriana (2006). *Aleitamento Materno – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Lusociência, Loures.
- Pereira, Maria Adriana (2004). *Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação Intervenções para o seu sucesso*. Porto, Instituto de ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pinotti, José; Ramos, Alfredo (2004). *Ginecologia Moderna*. Rio de Janeiro, Revinter.
- Rego, José (2001). *Aleitamento Materno*. São Paulo, Editora Atheneu.

- Stamphone, Marcia; Lancaster, Jeanette (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduo*. 4ª Edição. Lusociência, Loures.
- Szarewzk, Anne; Guillebaud, John (2000). *Contraceção: manual para mulheres e homens*. Climeps Editores, Lisboa.

Webgrafia

- Associação do planeamento familiar. [Em linha]. Disponível em “www.apf.pt”. [Consultado em 26/03/08]
- Bosi, Maria; Machado, Márcia (2008). *Amamentação: um resgate histórico*. [Em linha]. Disponível em “www.aleitamento.com” [consultado em 26/03/08]
- Carvalho, Marcus (2003). *Pai, dê o peito ao seu filho*. [Em linha]. Disponível em “www.aleitamento.com” [consultado em 05/06/09]
- Coutinho, Joana; Leal, Isabel (2005). *Atitudes de mulheres em relação a amamentação – Estudo Exploratório*. [Em linha]. Disponível em “www.sielo.oces.mctes.pt” [consultado em 05/06/09]
- Decreto-lei nº3/84 de 24 de Março. [Em linha]. Disponível em “www.dre.pt”. [Consultado em 29/06/08]
- Gomes, Nelly (2001). *Vínculo afectivo e Amamentação*. [Em linha]. Disponível em “www.aleitamento.com” [consultado em 05/06/09]
- Organização Mundial da Saúde. [Em linha]. Disponível em “www.who.int”. [consultado em 25/02/08]

- Renato, Marcus (2003). *O Método de Amenorréia Lactacional*. [Em linha]. Disponível em “www.aleitamento.com” [consultado em 27/03/08]
- Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direcção Geral da Saúde. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada [Em linha]. Disponível em www.dgs.pt. [Consultado em 22/12/08]
- Saúde Reprodutiva: Planeamento familiar / direcção geral da saúde, 2001. [Em linha]. Disponível em “www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005991.pdf”. [consultado em 26/03/08]

Anexos

Anexo 1: Instrumento de Colheita de dados

Diana Patrícia Gonçalves Pereira Pinto

Questionário

Conhecimento das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura Em Enfermagem

Resende 2009

Nota Introdutória:

A aluna Diana Patrícia Gonçalves Pereira Pinto que frequenta o 4º ano licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa encontra-se a realizar uma investigação intitulada “ O conhecimento das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação” que tem como objectivos identificar os conhecimentos das mães sobre a contracepção durante amamentação, identificar qual o método contraceptivo mais utilizado pelas mães durante a amamentação. Solicitamos-lhe a sua colaboração no preenchimento do questionário.

O questionário é anónimo e confidencial por isso não deve escrever qualquer identificação.

O questionário demora cerca de 15 minutos.

Agradecemos antecipadamente a sua preciosa colaboração.

A aluna: _____

(Diana Pinto)

Caracterização sócio cultural

1. Idade ____ anos

2. Habilitações literárias:

Primeiro ciclo (antiga 4ª classe)

Segundo ciclo (antigo ciclo preparatório)

Terceiro ciclo (antigo 5ª ano de liceu ou 9º ano)

Secundário (12º ano)

Ensino Superior

3. Profissão: _____

4. Estado civil:

Solteira

Casada

Viúva

Divorciada

Outro

5. Número de filhos ____

6. Idade do bebé ____ (em meses)

Informações sobre a Amamentação

1. Pratica aleitamento materno:

Exclusivo

Misto Se aleitamento misto desde quanto: _____

1.1 Já iniciou a diversificação alimentar

Sim

Não

2. Quando tomou a decisão de amamentar?

Antes da gravidez

Durante a gravidez

Após o parto

3. Quais as razões que a levaram a amamentar? (Pode ser assinalada mais que uma alternativa)

Benefícios para o bebé

Benefícios para a mãe

Mais económico

4. A decisão de amamentar foi tomada:

Por iniciativa própria

A conselho do médico

A conselho da enfermeira

A conselho de familiares

5. O pai do bebé foi envolvido na decisão de amamentar?

Sim

Não

6. Procurou obter informação sobre leite materno?

Sim

Não

6.1 Se sim, como obteve essa informação?

A através do médico

A através da enfermeira

A através de outros (familiares e/ou amigos)

Revistas/ Livros

Internet

Informações sobre a Contracepção durante a Amamentação

1. Que contraceptivo escolheu para utilizar durante a amamentação?

Preservativo

Dispositivo intra-uterino

Diafragma

Pílula

Mini Pílula

Implantes

Injecção Trimestral

Nenhum Se nenhum porquê? _____

2. Porque escolheu esse método contraceptivo? (Pode ser assinalada mais que uma alternativa)

Iniciativa Própria

Por não interferir na amamentação

Por ser um método eficaz e adequado a si

Por fácil a sua utilização

Conselho de familiares e/ou amigos

Conselho de profissionais de saúde

A através do médico

A através da enfermeira

A através de outros Quem? _____

3. Quando iniciou a contracepção?

_____ Após o parto (semanas)

4. Ao escolher o método contraceptivo teve em conta que estava a amamentar?

Sim

Não

5. Efectuou alguma consulta antes de decidir qual o método a utilizar?

Sim

Medico

Enfermeiro

Não

6. Durante a vigilância pré-natal recebeu alguma informação acerca da contracepção durante o aleitamento materno?

Sim

Não

Se sim quem forneceu essa informação?

Medico

Enfermeiro

Assinale com um "x" se considera verdadeiro ou falso as seguintes expressões.

Expressões	Verdadeiro	Falso
A amamentação exclusiva impede uma nova gravidez.		
Pode engravidar antes da primeira menstruação pós-parto.		
Durante a amamentação pode ser utilizado qualquer método contraceptivo.		
A pílula diminui a quantidade e a qualidade do leite materno.		

Conhecimentos das Mães sobre a Contracepção durante a Amamentação

A mini pílula deve ser iniciada após a consulta de revisão de puerpério (normalmente seis semanas após o parto).		
A mini pílula não interfere na quantidade e na qualidade do leite materno.		

Obrigado pela sua colaboração