

Maryline Mamede Ferreira

10/2

**As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da  
alta**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008



Maryline Mamede Ferreira

**As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da  
alta**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

Maryline Mamede Ferreira

**As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da  
alta**

A aluna

*Maryline Mamede Ferreira*

(Maryline Mamede Ferreira)

Monografia apresentada à Universidade Fernando  
Pessoa como prova de requisitos para obtenção do  
grau de Licenciatura em Enfermagem.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2008

## SIGLAS

AM – Aleitamento materno

HTA – Hipertensão arterial

IFBAN – International Baby Food Action Network

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

LM – Leite materno

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UE – União Europeia

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

A promoção, a protecção e o apoio às práticas do AM são da responsabilidade dos Enfermeiros, o seu estímulo é uma das ferramentas mais úteis e de mais baixo custo que os sistemas de saúde podem utilizar para contribuir tanto para a segurança alimentar da família e da comunidade, como para as mães e lactentes

O presente trabalho de investigação intitulado “ As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta”, é um estudo do tipo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. A população alvo é, as puérperas internadas no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, durante os meses de Maio e Junho de 2008, no Serviço de Obstetrícia, contactadas no momento da alta.

O processo de amostragem foi não aleatório accidental. A amostra é constituída por 30 puérperas. O instrumento de colheita de dados utilizado, foi o questionário, da autoria da investigadora e foi aplicado depois de obtida a autorização formal do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e da Universidade para a realização deste estudo.

A colheita de dados foi efectuada nos meses de Maio e Junho de 2008 e distribuído a 30 puérperas, após consentimento informado e foram respeitados todos os princípios éticos preconizados.

O estudo estatístico foi efectuado utilizando o software de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0 para ambiente *Windows*. No tratamento estatístico dos dados aplicou-se os procedimentos da estatística descritiva.

De uma forma geral, os objectivos deste estudo foram atingidos e permite-nos concluir que as principais dificuldades encontradas na amamentação foram: dor durante a mamada; o bebé fica sonolento e não querer mamar; o bebé não pega correctamente na mama; dificuldade em posicionar o bebé para mamar; ferida no mamilo; mamilos rasos ou invertidos; mamas duras e dolorosas; não saber se o bebé fica satisfeito e calor e rubor entre outras.

A grande maioria da amostra pediu ajuda quando sentiram as dificuldades referidas e foi o Enfermeiro que deu resposta as suas necessidades,

Os quatro RN que nasceram com mais baixo peso, entre 2401 e 2600gr são os que mais dificuldades têm em pegar correctamente a mama. Relacionando o tipo de parto com a dificuldade do RN em pegar correctamente a mama, podemos concluir que das 15 mães que foram submetidas a cesariana, 10 dos RN não pegam correctamente na mama. Dos 15 RN a quem foi oferecido leite em biberão, 10 têm dificuldade em pegar na mama

Das 10 mães que adquiram conhecimentos sobre aleitamento materno unicamente através de contacto directo/leitura, 7 dos RN não pegam correctamente na mama.

Das 10 mães que têm mamilos rasos ou invertidos 7 dos RN não pegam correctamente na mama.

Dos 16 RN que ficam sonolentos e não querem mamar, 10 não pegam correctamente na mama. Dos 17 RN que são primeiros filhos, 11 não pegam correctamente na mama.

As mulheres que foram mães pela primeira vez são as que apresentam mais dificuldades.

Mediante os resultados deste estudo podemos dizer que o baixo peso à nascença, o tipo de parto, o uso de biberões, o tipo de mamilo, as características do RN e a primiparidade influenciam a dificuldade na pega, dificultando o processo de amamentação e podendo levar ao desmame precoce.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã, amigos e orientadora pelo apoio demonstrado ao longo da realização da monografia.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao meu orientador da monografia a Enfermeira Conceição Guimarães, que prontamente se dispôs a ajudar-me.

Aos meus pais, por me terem dado a oportunidade de estudar e concluir a Licenciatura em Enfermagem e que me apoiaram sempre ao longo do meu percurso.

Ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e todas as mães que me ajudaram na realização dos questionários, assim como à Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia.

E por fim, gostaria de agradecer aos meus amigos que me acompanharam sempre nos bons e maus momentos.

OBRIGADO A TODOS

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>I – FASE CONCEPTUAL .....</b>	<b>20</b>
<b>1. Revisão bibliográfica.....</b>	<b>20</b>
1.1. Aleitamento materno em Portugal.....	20
1.2. Amamentação.....	21
1.3. Anatomia da mama.....	22
1.4. Psicofisiologia da lactação .....	24
1.5. Posicionamento e pega.....	26
1.6. Técnica da amamentação .....	27
1.7. Vantagens da amamentação .....	29
1.8. Dificuldades no início da amamentação.....	31
1.9. O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno .....	35
<b>2. Tema .....</b>	<b>38</b>
<b>3. Questão de Investigação.....</b>	<b>38</b>
<b>4. Objectivos.....</b>	<b>38</b>
<b>5. Justificação do tema .....</b>	<b>39</b>
<b>II – FASE METODOLÓGICA .....</b>	<b>40</b>
<b>1. Aspectos éticos .....</b>	<b>40</b>
<b>2. Tipo de estudo.....</b>	<b>41</b>
<b>3. População .....</b>	<b>41</b>
<b>4. Processo de amostragem.....</b>	<b>41</b>
<b>5. Amostra .....</b>	<b>42</b>
<b>6. Variáveis.....</b>	<b>42</b>
<b>7. Método e Instrumento de Colheita de Dados.....</b>	<b>42</b>
<b>8. Pré-teste.....</b>	<b>44</b>
<b>9. Tratamento e análise de Dados .....</b>	<b>44</b>
<b>III – FASE EMPÍRICA .....</b>	<b>45</b>
<b>1. Análise dos dados .....</b>	<b>45</b>
1.1. Caracterização sócio demográfica.....	45
1.2. Características do bebé.....	48
1.3. Caracterização da gravidez.....	51

1.4. Aleitamento materno .....	56
1.5. Opinião da mãe sobre aleitamento materno .....	59
1.6. Dificuldades em relação ao aleitamento materno .....	61
<b>IV – DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>V – CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>VI – BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>81</b>
<b>VI – ANEXOS.....</b>	<b>85</b>
Anexo – Instrumento de colheita de dados – Questionário	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a idade .....	45
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a Nacionalidade.....	46
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o estado civil.....	46
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o Grau acadêmico, Situação de emprego e remuneração.....	47
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o número de filhos .....	48
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a idade gestacional, peso e estatura do bebê à nascença.....	48
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a vitalidade e reflexos do bebê.....	50
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o planeamento e vigilância da gravidez .....	51
Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo onde foi feita a vigilância da gravidez.....	52
Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a Frequência das aulas de preparação para o parto .....	52
Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo os conhecimentos sobre aleitamento materno .....	53
Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo problemas que surgiram durante a gravidez .....	54
Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tipo de gravidez e parto .....	54
Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tempo de internamento.....	55

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tipo de leite que faz o bebé.....	56
Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto à decisão de amamentar e tempo que tenciona amamentar .....	57
Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao apoio do pai e da família na decisão de amamentar.....	58
Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o conhecimento das mães sobre aleitamento materno .....	59
Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao prazer que a mãe sente quando amamenta o bebé.....	60
Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto às dificuldades encontradas durante o internamento .....	61
Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao pedido de ajuda relativamente às dificuldades encontradas.....	62
Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto à informação recebida durante o internamento .....	63
Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto a sentir-se preparada para amamentar o bebé em casa .....	65
Tabela 24 – Relação entre peso do bebé à nascença com a dificuldade deste em pegar correctamente na mama.....	65
Tabela 25 – Relação entre o tipo de parto com a dificuldade do bebé em pegar correctamente na mama.....	66
Tabela 26 – Relação entre o facto de ter sido oferecido leite em biberão ao bebé com a dificuldade do bebé em pegar correctamente na mama.....	66
Tabela 27 – Relação entre a forma como adquiriu os conhecimentos sobre aleitamento materno e a dificuldade do bebé não pegar correctamente na mama .....	67
Tabela 28 – Relação entre o facto de ter mamilos rasos ou invertidos e o bebé não pegar correctamente na mama .....	67
Tabela 29 – Relação entre o bebé fica sonolento e não quer mamar e o bebé não pega correctamente na mama .....	68
Tabela 30 – Relação entre o número de filhos e o bebé não pegar correctamente na mama .....	68
Tabela 31 – Relação entre o número de filhos e o número de dificuldades encontradas.....	69

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da mama. ....	24
-----------------------------------	----

## **0 – INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, com a promoção do aleitamento materno, verifica-se uma inversão na tendência que se registava anteriormente, para um número cada vez maior de crianças a serem amamentadas. O abandono precoce é considerado pela OMS/UNICEF (2001) como um problema de Saúde Pública.

Isto leva-nos a reflectir acerca do cuidar por parte dos profissionais de saúde, especialmente dos Enfermeiros, que atendendo aos seus conhecimentos científicos sobre a arte de ajudar as mães a amamentar, são responsáveis pela promoção do aleitamento materno.

O presente trabalho de investigação intitulado “ As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta” foi elaborado no âmbito disciplina de Projecto de Graduação e Monografia, do curso de licenciatura em Enfermagem, do 4º ano da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, fazendo parte integrante do instrumento de avaliação.

A importância da investigação para a prática de Enfermagem é actualmente um factor indiscutível. Qualquer profissão necessita de uma base de sustentação, assente em princípios metodológicos e científicos que lhe confirmem objectividade, especificidade e rigor. A investigação e a sua aplicabilidade no domínio da Enfermagem são fulcrais para que o desempenho dos profissionais seja assente na realidade observada e constatada, indo de encontro às necessidades detectadas da pessoa, família e comunidade (Bessa, 1994).

Optou-se por investigar a vertente da promoção do aleitamento materno, por ser uma área de interesse da investigadora e porque a promoção, a protecção e o apoio às práticas do AM são da responsabilidade dos Enfermeiros. O estímulo à amamentação é uma das ferramentas mais úteis e de mais baixo custo que os sistemas de saúde podem utilizar para contribuir tanto para a segurança alimentar da família e da comunidade, como para as mães e lactentes (Carvalho, 2004). Desta forma surgiu o tema: “As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta.

Reflectir sobre situações problemas, por si só, não é o suficiente para as solucionar, mas a sua investigação pode trazer novas respostas sobre os problemas.

Desta forma foram formuladas as seguintes questões:

- Quais as dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação?
- Quais as causas que levam as mães a terem as dificuldades sentidas no momento da alta em relação à amamentação?

No sentido de dar resposta às questões formuladas, definiram-se os seguintes objectivos:

- Conhecer as dificuldades sentidas pelas mães no momento da alta em relação à amamentação;
- Determinar as causas que levam as dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação;

Como objectivos académicos para além de servir como um momento de avaliação no decurso de toda esta etapa académica, deseja-se também interligar todos os conhecimentos adquiridos nas disciplinas leccionadas durante o curso e aprofundar os conhecimentos na área da amamentação e na área da investigação, sendo capazes de aplicar a metodologia científica, no sentido de realizar uma monografia para finalizar a licenciatura em Enfermagem.

Esta investigação teve uma duração de um ano tendo sido iniciada em Setembro de 2007 e finalizada em Setembro de 2008.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. A população alvo é, as puérperas internadas no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, durante os meses de Maio e Junho de 2008, no Serviço de Obstetrícia, contactadas no momento da alta.

O processo de amostragem foi não aleatório accidental. A amostra é constituída por 30 puérperas.

### *As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, da autoria da investigadora, e foi aplicado depois de obtida a autorização formal do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e da Universidade para a realização deste estudo.

A colheita de dados foi efectuada nos meses de Maio e Junho de 2008 e distribuído a 30 puérperas, após consentimento informado e foram respeitados todos os princípios éticos preconizados.

O pré-teste foi aplicado a 5 puérperas internadas no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, no mês de Maio, no Serviço de Obstetrícia, a sujeitos com as mesmas características da população em estudo. Estes sujeitos não fazem parte da amostra em estudo e conclui-se que não foi necessário alterar o questionário.

O estudo estatístico foi efectuada utilizando o software de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0 para ambiente *Windows*. No tratamento estatístico dos dados aplicou-se os procedimentos da estatística descritiva.

Com o intuito de proporcionar a sua compreensão, a monografia encontra-se dividida em dois momentos distintos, a fase conceptual e a fase metodológica.

Foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente, a dificuldade na autorização do estudo por parte das Instituições envolvidas, o que tornou o tempo escasso para a realização do estudo e por outro lado como se trata do primeiro trabalho prático de investigação, também foram sentidas dificuldades na sua elaboração. No entanto temos consciência que contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional futuro da investigadora.

Este estudo, permite-nos concluir que relativamente à idade das mães, verificou-se que a maioria se situa na faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade, com 53,3%, de referir que 10,0% está na faixa etária adolescente, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos.

Quanto ao estado civil verifica-se que 56,7% das mães estão casadas.

*As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

40,0 % das mães que fazem parte da amostra deste estudo têm o ensino secundário, e 3,3% da amostra não tem grau de escolaridade nenhum.

Relativamente à situação de emprego pode verificar-se que 60,0% das mães se encontram empregadas. 46,7% das mães recebem entre 403 a 720 € mensais e 30,0% recebem menos de 403€.

Para 56,7% das mães, este é o primeiro filho, 96,7% dos RN nasceu numa gravidez de termo e 36,7% dos RN tinha peso abaixo de 3000 gr, todos nasceram saudáveis.

66,7% das mulheres planearam esta gravidez e 96,7% iniciaram a vigilância da gravidez no 1º trimestre, 43,3% das mães vigiaram a gravidez no centro de saúde e 20% das mães frequentaram aulas de preparação para o parto.

Das 90% das mães que adquiriam conhecimentos sobre AM. 33,3% obtiveram-nos através de contacto directo/leitura.

Quanto ao tipo de parto, 50,0% tiveram um parto eutócico e 50,0% tiveram parto cirúrgico.

Quanto ao tipo de leite que faz o RN, verifica-se que 93,3% fazem leite materno. 63,3% das mães referem que o RN mamou na 1ª hora a seguir ao parto, 20,0% responderam que não e 16,7% que não sabem. 6,7% dos RN fazem simultaneamente leite materno e leite artificial. Também 50,0% das mães afirmam ter sido oferecido leite em biberão ao RN.

As principais dificuldades encontradas foram: dor durante a mamada; o bebé fica sonolento e não quer mamar; o bebé não pega correctamente na mama; dificuldade em posicionar o bebé para mamar; ferida no mamilo; mamilos rasos ou invertidos; mamas duras e dolorosas; não saber se o bebé fica satisfeito e calor e rubor entre outras.

A grande maioria da amostra pediu ajuda quando sentiram as dificuldades referidas e foi o Enfermeiro que deu resposta as suas necessidades,

Os quatro RN que nasceram com mais baixo peso, entre 2401 e 2600gr são os que mais dificuldades têm em pegar correctamente a mama. Relacionando o tipo de parto com a

*As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

dificuldade do RN em pegar correctamente a mama, podemos concluir que das 15 mães que foram submetidas a cesariana, 10 dos RN não pegam correctamente na mama. Dos 15 RN a quem foi oferecido leite em biberão, 10 têm dificuldade em pegar na mama

Das 10 mães que adquiriram conhecimentos sobre aleitamento materno unicamente através de contacto directo/leitura, 7 dos RN não pegam correctamente na mama.

Das 10 mães que têm mamilos rasos ou invertidos 7 dos RN não pegam correctamente na mama.

Dos 16 RN que ficam sonolentos e não querem mamar, 10 não pegam correctamente na mama. Dos 17 RN que são primeiros filhos, 11 não pegam correctamente na mama.

As mulheres que foram mães pela primeira vez são as que apresentam mais dificuldades.

Mediante os resultados deste estudo podemos dizer que o baixo peso à nascença, o tipo de parto, o uso de biberões, o tipo de mamilo, as características do RN e a primiparidade influenciam a dificuldade na pega, dificultando o processo de amamentação e podendo levar ao desmame precoce.

## **I – FASE CONCEPTUAL**

### **1. Revisão bibliográfica**

#### **1.1. Aleitamento materno em Portugal**

Nos últimos anos, com a promoção do aleitamento materno, verifica-se uma inversão na tendência que se registava anteriormente, para um número cada vez maior de crianças a serem amamentadas.

Como referido por Martins (2001), actualmente em Portugal, a amamentação é uma prática frequente à nascença (cerca de 95%), mas diminui nos restantes meses de vida. Ao fim de um mês, só 50% das crianças são amamentadas; aos 3 meses, este valor situa-se nos 33%, chegando aos 11% aos 6 meses.

No estudo “uma observação sobre o aleitamento materno”, de Branco e Nunes (2003, p.1) verificou que a mediana referente ao número médio de semanas da duração do aleitamento materno se situou nas 13,5 semanas, no entanto, em mais de metade das crianças, a introdução do leite não materno ocorreu antes dos 3 meses de idade, ficando aquém das recomendações da OMS/UNICEF (2001), que recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida, e à manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais.

Em Portugal, em 1999, e segundo os dados divulgados relativos ao Inquérito Nacional de Saúde, 85% das crianças eram amamentadas com leite materno entre os primeiros dias pós-parto e aos 7 meses ou mais. Em 23% dos casos, a amamentação foi mantida por um período inferior a 2 meses. No entanto em 33% das situações, o aleitamento materno manteve-se durante pelo menos 6 meses. A análise da percentagem de crianças amamentadas aos 3 meses de idade, nos países da UE, mostra valores mais elevados nos países do Norte da Europa, pertencendo os valores mais baixos aos países do Sul. Portugal apresenta valores intermédios, de aproximadamente 50% (Noronha, 2002).

O abandono precoce é considerado pela OMS/UNICEF (2001) como um problema de Saúde Pública. Estes organismos consideram a protecção, promoção e apoio do aleitamento materno como uma prioridade mundial, quer nos países industrializados quer nos países em desenvolvimento.

Nos “estudos efectuados em Portugal, permite-nos afirmar que a prevalência do aleitamento materno tem vindo lentamente a aumentar e actualmente é bastante elevada à nascença, embora se verifique uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente a partir do 1º mês” (Almeida 1992, p.31).

Estes resultados levam-nos a reflectir acerca do cuidar por parte dos profissionais de saúde, atendendo aos seus conhecimentos científicos sobre a arte de ajudar as mães amamentarem, implícita nos cuidados referentes à protecção/promoção do aleitamento materno.

## **1.2. Amamentação**

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1999, p.83) a amamentação é definida como “ (...) o acto ou efeito de amamentar; criação ao peito; aleitação. Amamentar é dar de mamar”.

Citando Pereira (2004) “*O processo de amamentação está sujeito a múltiplos factores, largamente descritos na literatura, desde os biológicos, culturais, sociais, políticos, económicos, tornando a amamentação na maioria das culturas, quase sempre um processo complexo*” (p. 90)

Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Neste sentido a OMS/UNICEF recomendam que as crianças façam aleitamento exclusivo até aos 6 meses de idade, ou seja até essa idade o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida; a partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.

Outro ponto para o sucesso da promoção do aleitamento materno refere-se às 10 medidas preconizadas pela “Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés” citado em Pereira (2004), determinando que todos os estabelecimentos que tenham serviços obstétricos e cuidados ao recém-nascido deveriam:

## *As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

1. *Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde.*
2. *Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.*
3. *Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.*
4. *Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.*
5. *Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.*
6. *Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.*
7. *Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.*
8. *Encorajar a amamentação sob livre demanda (sempre que o bebê quiser).*
9. *Não dar bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas.*
10. *Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.*

Partilhando o pensamento de Maia (2005), não nos devemos esquecer que o sucesso do aleitamento materno depende mais do desejo da mãe amamentar o seu filho do que qualquer outro factor. Porém é preciso que esta esteja motivada e preparada para o fazer.

De acordo com Levy e Bértolo (2002), o Enfermeiro deve ter claramente definido que não pode nem deve culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais.

O papel do pai na promoção do aleitamento materno também é um factor muito importante citando Galvão, et al (2005) quando dizem que “ (...) o êxito do aleitamento materno é altamente provável quando o pai é favorável a esta prática. A sua participação aumenta a prevalência da amamentação e frequentemente faz a diferença entre o seu sucesso e o seu fracasso.” (p.22).

### **1.3. Anatomia da mama**

Na mulher as mamas estão localizadas de forma simétrica de cada lado do tórax e estendendo-se verticalmente da segunda à sexta costela e transversalmente da margem do esterno até à linha médio-axilar. São muito vascularizadas e irrigadas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por diversos ramos da artéria axilar (Júnior e Romualdo, cit in Pereira, 2004)

A palavra mama refere-se à glândula mamária acrescida dos elementos do tecido conjuntivo e do tecido adiposo que lhe circundam e dão sustentação. É um órgão derivado do tecido epidérmico e considerado anexo cutâneo. (Levy e Bértolo, 2002)

A mama é constituída por parênquima (tecido glandular) e por estroma (tecido fibro-adiposo), juntamente com vasos nervos e pele. A forma, o tamanho e consistência das mamas variam nas diferentes idades e nos diferentes indivíduos de acordo com a etnia, biótipo e grau de adiposidade, entre outros factores. O tamanho da mama está directamente ligado à quantidade de gordura e não indica sua capacidade funcional. Na mulher jovem e nulípara as mamas apresentam forma hemisférica e nas múltiparas e obesas são de maior tamanho e pêndulas. Com o passar do tempo, as mamas geralmente diminuem de tamanho, são mais pêndulas e mais flácidas. (Júnior e Romualdo, 2002).

O mamilo é uma protuberância cilíndrica da face anterior da mama, constituída por fibras musculares lisas, geralmente circulares e está rodeada por uma zona pigmentada de tamanho variável que escurece durante a gravidez, a chamada aréola mamária. Trata-se de uma área que contém muitos nervos sensitivos, importantes na amamentação, e muitas glândulas sebáceas que durante a gravidez se hipertrofiam e se tornam proeminentes formando os chamados tubérculos de Montgomery. Estes produzem uma substância oleosa e anti-séptica, que protege e lubrifica o mamilo e aréola durante a gravidez. (Barros, 1993)

A mama é constituída por um conjunto aproximado de 15 a 20 lóbulos envolvidos por gordura e tecido conjuntivo e preenchidas com vasos sanguíneos, linfáticos e nervos. Dentro de cada lóbulo estão os alvéolos, as células produtoras de leite, envoltas pelas células mioepiteliais, que se contraem para enviar o leite para os lóbulos. Cada lóbulo aumenta formando os ductos galactóferos e os seios galactóferos nos quais o leite é armazenado imediatamente atrás do mamilo (Bobak, 1999).

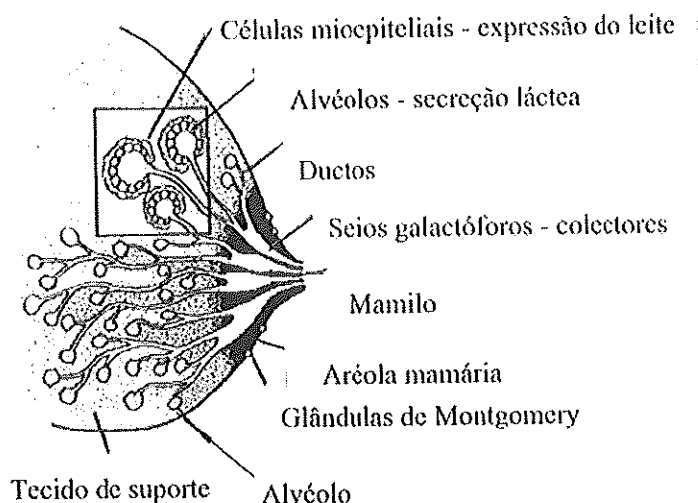


Figura 1 – Anatomia da mama. Fonte: Levy, L., Bértolo, H. (2002). *Manual de aleitamento materno*.

#### **1.4. Psicofisiologia da lactação**

A lactação depende de múltiplos e complexos factores neurais e endócrinos, os quais estão relacionados com a manutenção fisiológica das glândulas mamárias, secreção e ejeção do leite e manutenção da lactação (Carvalho e Tamez, 2005). A fisiologia da lactação é muito perfeita e toda ela orientada no sentido de favorecer o sucesso do aleitamento materno (Pereira, 2004). O processo de lactação é algo complexo, uma vez que o leite é produzido na mama mas é o cérebro que comanda esta operação, como acontece com todas as outras funções do organismo. E como refere Pereira (2004, p.86) “ (...) se a mãe não quiser amamentar e o bebé não estimular a mama não haverá produção de leite”. Assim o processo de lactação pode ser dividido em três fases: *mamogénese* (desenvolvimento da mama), *lactogénese* (início da lactação) e *galactogénese* (manutenção da lactação) (Pereira, 2004).

A mamogénese trata-se do processo de desenvolvimento e crescimento mamário que se inicia e é mais acentuado na puberdade, e só termina durante o segundo trimestre da gravidez devido às grandes quantidades de estrogénios e progesterona segregados pela placenta. Os estrogénios são responsáveis pelo desenvolvimento dos ductos mamários, pelo aumento da quantidade de estroma e pela deposição de gordura nas mamas (Júnior e Romualdo, 2005).

A progesterona, por outro lado, é responsável pelo desenvolvimento dos alvéolos e diferenciação da célula secretora. Estas hormonas, além de prepararem a mama para a lactação, possuem também um efeito inibidor na secreção de leite durante a gestação (Júnior e Romualdo, 2005).

A lactogénese é o processo pelo qual se inicia a produção de leite. Estabelece-se entre as 24 horas e o 6º dia pós-parto, como consequência da intervenção da acção da prolactina, indispensável para a produção do leite, sendo também necessário a contribuição de estrogénio em níveis baixos (Pereira, 2004). Para que a lactogénese se processe, é necessário a intervenção de várias hormonas, no entanto, a prolactina e a ocitocina são as que desempenham um papel mais importante.

Segundo Burroughs (1995), a lactação tem início com a profunda queda nos níveis de estrogénio e progesterona, que ocorre após a expulsão da placenta, provocando um aumento da produção de prolactina. Os níveis de prolactina, aumentam de forma gradual a partir do primeiro trimestre de gravidez, e no momento do parto, a queda acentuada dos estrogénios e da progesterona permitem que a prolactina exerça a sua função promovendo a secreção de leite pelas células alveolares (Barros, 1993).

Levy e Bértolo (2002), consideram que a produção e secreção de leite é explicada pelos impulsos sensoriais, activados quando o bebé mama e que vão desde o mamilo até ao cérebro, fazendo com que a parte anterior da hipófise, situada na base do cérebro segregue prolactina, enquanto a parte posterior segrega ocitocina. A prolactina, por via sanguínea vai até a mama, actuando sobre as células secretoras que vão produzir leite. A ocitocina, por sua vez, produz a contracção das células mioepiteliais à volta dos alvéolos, fazendo com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos para os seios galactóferos. Chama-se a isto reflexo da ocitocina ou reflexo de ejeção do leite.

A prolactina e a ocitocina são reguladas por dois importantes reflexos maternos: o da produção de leite (prolactina) e o da ejeção do leite (ocitocina). Estes reflexos são desencadeados pela estimulação dos mamilos, sobretudo pela sucção do bebé, no entanto outros estímulos como a visão, o cheiro, o choro do bebé, a motivação, a autoconfiança, também activam o reflexo de ejeção do leite. Assim segundo esta autora, sempre que o bebé mama, estimula as terminações nervosas que enviam uma mensagem ao cérebro e a hipófise anterior segrega a prolactina. A prolactina vai através do sangue

para a mama, fazendo com que os alvéolos produzam leite. Isto quer dizer que quanto mais o bebé suga mais leite é produzido (Pereira, 2004).

A galactogénese é a terceira etapa deste processo de lactação e consiste na manutenção da lactação. A hormona mais importante nesta etapa é a prolactina, que é libertada sempre que o bebé mama.

Segundo a OMS/UNICEF (cit in Pereira, 2004), a prolactina é produzida em maior quantidade à noite, pelo que amamentar à noite é de grande importância para manter a produção do leite materno.

Quando mama o bebé desencadeia vários reflexos: o reflexo de busca e prensão, em que o bebé procura o mamilo enquanto abre bem a boca para apreender a maior porção possível de tecido mamário; o reflexo de sucção que tem início mal o mamilo toca o palato do bebé e finalmente o reflexo de deglutição, activado quando a boca do bebé se encontra cheia de leite, levando-o a deglutir. (Pereira, 2004).

### **1.5. Posicionamento e pega**

Segundo Lawrance (citado por Tamez 2005) e Pereira (2004), referem que o posicionamento e pega correcta são indispensáveis para o sucesso da amamentação.

Os autores são consensuais ao referir que em relação ao posicionamento, podem ser adoptadas várias posições. Citando Sanches (citado em Pereira 2004) *“Quem deve definir qual a melhor posição é sempre a mãe junto do seu filho, de forma que ambos se sintam confortáveis e a mãe possa facilitar os reflexos orais do bebé, ajudando-o a abocanhar a porção adequada da mama (pega óptima). Assim o bebé bem apoiado pode remover o leite efectivamente, deglutir e respirar livremente (... )”* (pp. 91-92)

Segundo o *Royal College of Midwives* (citado por Galvão 2006), um bebé colocado correctamente à mama deverá estar junto à mãe, com cabeça e ombros frente ao seu peito, encontrando-se todo o corpo do bebé em contacto com a mãe, e o seu nariz ao mesmo nível que o mamilo. Evitar que o nariz do bebé fique pressionado contra a mama da mãe, que acontece caso esteja demasiado elevado, causando flexão do pescoço. O melhor é não tentar separar o peito, mas sim baixar o bebé, tendo-o sempre junto a mãe.

Quando a mãe pega no bebé é importante que a cabeça e o antebraço estejam colocados sobre o antebraço da mãe e que não segure a cabeça do bebé por trás com a mão como acontece muitas vezes. A mãe deverá oferecer toda a mama e não só o mamilo. Não deve apertar o mamilo nem a aréola e deve tocar o lábio superior da criança com o mamilo de forma a estimular o reflexo da rotação. Deve esperar até que o bebé abocanhe a mama e virar rapidamente a criança na direcção da mama. Deve direccionar o lábio inferior do bebé para a base do mamilo, o que ajuda a encostar o mento da criança à mama da mãe de modo a que a sua língua fique por baixo dos seios galactóforos, ficando o mamilo acima do centro da boca da criança de tal forma que facilmente toque e estimule o palato. *Royal College of Midwives* (citado por Galvão 2006).

Resumidamente Levy e Bértolo (2002) definem sinais de boa pega quando:

- O queixo do bebé toca a mama;
- A boca do bebé está bem aberta;
- O seu lábio inferior está virado para fora;
- Pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do bebé.

Para King (1991) citado por Galvão (2006), os sinais indicativos de que o bebé está a mamar numa posição correcta são: o bebé com todo o corpo encostado ao da mãe e encontrar-se de frente para ela; o rosto perto da mama; o mento encostado à mama; a boca bem aberta; o lábio inferior virado para fora, observando-se uma maior parte da aréola acima do lábio superior do bebé e uma menor por baixo do lábio inferior; o bebé engolindo lenta e profundamente podendo ouvi-lo a deglutir e ficando relaxado, feliz e satisfeito no fim da mamada e ao mesmo tempo a mãe não sente dor no mamilo.

## **1.6. Técnica da amamentação**

Citando Pereira (2004),

*“A técnica correcta da amamentação implica que o bebé mame pelo menos duma mama até ao final, ou seja até não querer mais dessa mama (...). Assim mama o leite anterior, mais rico em proteínas e glicose (...). À medida que o bebé continua a mamar, o leite vai sendo mais consistente e mais rico em gordura (o leite posterior).”* (p. 98).

*As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

Observa-se no quadro que se segue a técnica correcta para amamentar com sucesso elaborado por Pereira (2004).

Momento	Procedimentos
Antes da mamada	<p>A mãe deve:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Lavar correctamente as mãos;</li><li>– Relaxar;</li><li>– Observar o estado das mamas (se ingurgitadas fazer expressão do leite até a aréola ficar macia para facilitar a pega);</li><li>– Posicionar-se confortavelmente de forma a favorecer os reflexos do bebé, a pega correcta e o contacto visual olho-no-olho mãe-filho.</li></ul>
Início da mamada	<ul style="list-style-type: none"><li>– Segurar o bebé de forma a transmitir segurança e proporcionar conforto;</li><li>– Posicionar o bebé próximo da mama, com a boca centrada de frente para o mamilo (no caso da mama ser muito grande ou pendente posicionar o polegar acima da aréola e o indicador por baixo da mama como um C);</li><li>– O pescoço do bebé pode estar levemente estendido para trás;</li><li>– Estar atenta aos reflexos do bebé para favorecer a pega correcta;</li><li>– Observar e avaliar se o bebé está a fazer a pega correcta;</li><li>– Ensinar a mãe a tocar com o lábio inferior do mamilo (este movimento desencadeia o reflexo de busca e prensão), quando o bebé estiver com a boca bem aberta deve aproxima-lo da mama, permitindo que a boca se feche, tendo lá dentro não só o mamilo mas parte da aréola;</li><li>– Quando o bebé está a mamar bem não estimular o bebé na bochecha pois devido ao reflexo de busca e prensão ele larga a mama e procura estímulo.</li></ul>
Durante a mamada	<ul style="list-style-type: none"><li>– Observar a frequência de sucção: nos primeiros 2 a 3 segundos o bebé suga com frequência muito rápida enquanto não ocorre o reflexo da ocitocina, depois o fluxo de leite aumenta e o bebé suga lenta e profundamente, ele suga e deglute, suga e deglute. Este ritmo varia de bebé para bebé;</li><li>– Mãe e bebé deverão manter contacto olho-no-olho para favorecer a comunicação;</li><li>– A mãe deverá ouvir o bebé a deglutir e poderá observar os movimentos vigorosos das mandíbulas, sendo este um dos sinais de amamentação eficiente;</li><li>– O bebé deve mamar nessa mama durante o tempo que quiser, devendo largar a mama sozinho, indicando que não quer mais dessa mama;</li><li>– A mãe deve oferecer a outra mama.</li></ul>
No final da mamada	<ul style="list-style-type: none"><li>– No final da mamada as mamas devem ficar vazias e macias;</li><li>– A mãe deve espremer umas gotas de leite e envolver o mamilo e zona envolvente, deixar secar e só depois guardar a mama;</li><li>– Manter as mamas secas no intervalo das mamadas;</li><li>– A mãe deve recomençar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior (caso o bebé só tenha mamado numa deve começar pela que não mamou).</li></ul>

### **1.7. Vantagens da amamentação**

Muito se tem dito e escrito sobre a amamentação. As vantagens desta prática são indiscutíveis. A promoção da saúde do bebé que recebe esta dádiva é visível. As vantagens do AM são múltiplas e já bastantes conhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentar as crianças até aos seis meses de vida (OMS/UNICEF, 2001)

Uma das organizações dedicadas ao aleitamento, a IFBAN (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentação, 2002), documenta que o LM proporciona uma nutrição óptima, incomparável e perfeitamente equilibrada para a criança; oferece muitos benefícios insubstituíveis tanto para a saúde da mãe quanto da criança e proporciona factores imunológicos que podem reduzir o risco de malefícios das toxinas.

Os benefícios do AM para a mãe, para o bebé, para a família, sociedade e meio ambiente, são universalmente conhecidos e, à medida que aumentam os conhecimentos nesta área, maior é o número de razões que levam a implementar a prática do AM (Pereira, 2004). Todas se relacionam entre si e para facilitar a interpretação seguidamente abordaremos as inúmeras vantagens que advém da amamentação.

Segundo Santos e Sapage (2004), o leite materno é a forma mais natural e recomendável de alimentar um recém-nascido. Contém tudo o que o bebé necessita, ou seja um aporte nutricional adequado quer em qualidade quer em quantidade até aos seis meses de vida. É o único alimento que para além de satisfazer todas as necessidades nutritivas, proporciona protecção imunitária e previne das alergias. É um alimento de fácil digestão, poupa tempo, dinheiro, está sempre disponível e à temperatura ideal.

Carvalho e Ramos (2005), partilhando o pensamento das autoras supra-citadas, acrescentam ainda que para além de oferecer uma recuperação mais rápida no pós-parto devido ao reflexo da ocitocina que promove a involução uterina, permite à mãe recuperar mais cedo o peso que tinha antes de engravidar e que o acto de amamentar reduz para cerca de 50% a probabilidade de ter cancro da mama.

No que diz respeito as vantagens para a mãe, o AM favorece a criação de um momento único e mágico da proximidade entre mãe e filho, transmitindo sensações de conforto, amor e segurança ao recém-nascido, proporcionando o prazer único de amamentar e um

elevado grau de satisfação à mãe quando se apercebe que é capaz de satisfazer as necessidades do bebé. (Levy e Bértolo, 2002; Pereira, 2002)

A amamentação promove contacto visual, olfactivo, pele a pele, entre outros, estimula-se a comunicação entre mãe e o bebé, favorecendo o desenvolvimento emocional e social do bebé e dando a ambos uma sensação gratificante, desencadeando na mãe um sentimento de sucesso, auto-estima e autoconfiança. (Levy e Bértolo, 2002)

Refere Galvão (2006) que o colostro possui um menor teor de gordura e hidratos de carbono, o que o torna, o alimento de fácil digestão para um ser cujo aparelho digestivo é ainda imaturo, actuando o seu baixo valor calórico, como estimulante do apetite do bebé e tendo um efeito laxante favorecendo a eliminação do mecónio.

Após uma vasta pesquisa elaborada por Galvão (2006), conseguiu elaborar as vantagens físicas e psicológicas do aleitamento materno:

- Adaptação à espécie humana;
- Adequação de todos os nutrientes com composição tissular e metabólica correcta e ganho de peso ponderal equilibrado;
- Adaptação digestiva e metabólica com melhor aproveitamento de nutrientes;
- Melhor absorção e digestão;
- Menor sobrecarga proteica e renal;
- Protecção anti-infecciosa;
- Protecção anti-alérgica;
- Estimulação do sistema imunológico;
- Menor incidência de doença de sobrecarga no adulto (obesidade, HTA e aterosclerose);
- Menor incidência de anemia ferropénica;
- Menor incidência de regurgitação e de cólicas;
- Menor incidência de vómitos e de diarreia;
- Menor incidência de gastroenterites e de infecções respiratórias e do ouvido;
- Menor incidência de asma, polinose, sinusite, eczema;
- Menor incidência de doença celíaca, doença de Crohn, colite ulcerosa, enterocolite necrosante;
- Menor incidência de certos tumores (leucemias, linfomas);

- Favorecedor do desenvolvimento de adaptação da mãe ao bebé real;
- Gratificação psico-afectiva;
- Reforço do sentimento de auto-estima e de sucesso materno;
- Menor incidência de cancro da mama e do ovário e de fracturas da coluna e dos ossos da bacia;
- Favorecedor da involução uterina e do espaçamento das gravidezes;
- Segurança, comodidade e economia;
- Fresco, não contaminado, não origina erros de cálculo;
- À temperatura adequada, pronto em qualquer lugar, não custa dinheiro.

### **1.8. Dificuldades no início da amamentação**

Sanches (2005) atribui as dificuldades iniciais da amamentação a vários factores dividindo-os ainda na possível causa: nos problemas que dizem respeito à mãe, à mama, à díade mãe-RN, e ao bebé.

Quanto à mãe, alguns estudos apontam para factores relacionados com as dificuldades na amamentação e desmame precoce, tais como:

*“ (...) idade da mãe, escolaridade (inclusive do pai), presença de companheiro, aceitação da gravidez, paridade, prática em amamentação, problemas com a mama e mamilo, introdução precoce da mamadeira, acesso ao leite artificial e exposição à promoção comercial de substitutos do leite materno, orientação dos profissionais de saúde, tabus alimentares e falta de conhecimento do valor nutricional do leite materno.” Sanches, 2005 p. 111*

No que se refere à mama, o ingurgitamento mamário e fissuras dos mamilos ao trazerem dor dificultam a amamentação e a continuidade do aleitamento materno; as malformações da mama ou do mamilo (invertidos, planos, pseudo-invertidos), mamilo pouco retráctil ou inelástico, e a cirurgia de redução mamária também dificultam o AM.

Quanto ao binómio mãe-RN, Sanches (2005) aponta como factores importantes que interferem na prática da amamentação: o tipo de parto; amamentação na primeira meia hora de vida; alojamento conjunto e orientação e auxílio dos profissionais de saúde na prática da amamentação.

Outra dificuldade muitas vezes atribuída ao binómio, diz respeito ao posicionamento e pega incorrecta. Carvalhaes e Corrêa (2003) no seu estudo intitulado “*Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo*” numa maternidade de Botucatu, SP, aplicou o protocolo a 50 mães e seus RN com o objectivo de identificar as dificuldades. Observaram que 2 a 22% das díades mães-RN apresentaram sérias dificuldades no início da amamentação, na má posição corporal mãe-RN e inadequação da interacção mãe-RN. Estas dificuldades foram mais frequentes, quando o parto foi por cesariana e quando foi oferecido leite artificial ou soro glicosado ao bebé.

Para Sanches (2005) as consequências de uma pega incorrecta são: uma mamada ineficiente em que o bebé não retira o leite posterior mais rico em calorias; o bebé cansa-se e adormece ou permanece agitado e com fome, “querendo mamar a toda a hora”, mostrando-se irritado e chorão; recusa posterior da mama resultando numa perda de peso e consequentemente no mito do leite insuficiente ou fraco.

Relativamente ao bebé, há situações que podem dificultar a adaptação à mama como a prematuridade ou malformações tal como a fenda palatina ou lábio leporino.

Na opinião de Freitas (1993), as complicações com as mamas e os mamilos durante a amamentação parecem estar a diminuir. Este facto pode associar-se à actuação dos Enfermeiros e Médicos na promoção do aleitamento materno.

Levy e Bértolo (2002) e Pereira (2004), partilham a mesma opinião, quando apontam para a prevenção e tratamento das principais dificuldades que se seguem:

#### **a) Mamilos planos ou invertidos**

Algumas mães pensam que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar, mas o tamanho dos mamilos em “repouso” não é importante dado que o mamilo é só um terço da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar plenamente. O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo a seguir ao parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez.

Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o começo da amamentação mas não necessariamente a impedirem.

A OMS (citado por Pereira, 2004) recomenda o método da seringa no tratamento de mamilos invertidos, no período pós-natal. Esta técnica consiste em cortar a extremidade de uma seringa de 20cc, colocar o êmbolo ao contrário, e antes de amamentar fazer os exercícios de exteriorização várias vezes ao dia durante 30-60 segundos. Se a mãe continua com dificuldades após utilização desta técnica então deve pedir ajuda a um profissional de saúde.

### **b) Ingurgitamento mamário**

O ingurgitamento mamário ocorre pelo aumento de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama e por certa quantidade de leite que fica retido na glândula mamária.

Quando isto acontece, as mamas ficam brilhantes, quentes, edemaciadas, dolorosas, vermelhas e tensas devido ao líquido acumulado nos tecidos. A mãe queixa-se de dor sobretudo na axila e pode ter febre. O ingurgitamento geralmente ocorre alguns dias (2 a 5) após o nascimento ou em qualquer época durante a amamentação.

#### *Para prevenir o ingurgitamento*

- As mães logo após o parto devem amamentar em horário livre;
- Colocar o bebé a mamar em posição correcta e verificar os sinais de boa pega.

#### *Para tratar o ingurgitamento*

- Retirar o leite da mama, colocando o bebé a mamar, se possível, ou por expressão manual ou bomba;
- Após a extracção de algum leite a mama fica mais macia e o bebé pode mamar mais eficazmente;
- Se o bebé não consegue mamar a mãe deve retirar o leite (manualmente ou com bomba) e oferece-lo ao bebé com copo ou colher;
- Deve continuar a retirar o leite com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e o ingurgitamento desapareça.

### **c) Fissuras do mamilo**

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorrecta), tornando a amamentação dolorosa, levando a mãe a amamentar

### *As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

durante menos tempo e/ou com menor frequência. A criança que suga só o mamilo não consegue retirar leite suficiente, ficando frustrada, por outro lado, o leite não é retirado com eficácia, o que poderá levar a diminuição da produção de leite.

#### *Para prevenir as fissuras*

- Orientar a mãe durante a gravidez e no puerpério sobre os cuidados a ter com as mamas e a técnica de amamentação;
- Colocar o bebé numa posição correcta (cabeça em linha recta com o corpo, face de frente para o mamilo) e verificar os sinais de boa pega;
- Lavar os mamilos apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e no fim da mamada;
- Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente, se a mãe tiver de interromper, deve colocar um dedo, suavemente, na boca do bebé de modo a interromper a sucção.

#### *Para tratar os mamilos dolorosos e/ou com fissuras*

- Corrigir a pega e orientar a mãe para continuar a amamentar;
- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após o banho e após cada mamada, uma vez que facilita a cicatrização;
- A mãe deve expor os mamilos ao ar e ao sol, sempre que possível, no intervalo das mamadas.

Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega do bebé não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé com copo ou colher, até que o mamilo melhore ou cicatrize.

#### **d) Bloqueio dos ductos**

No mamilo abrem-se cerca de 10 a 20 canais que drenam o leite. Quando ocorre a obstrução de um desses canais, possivelmente por leite espesso, a mulher que amamenta pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, e o local ficar avermelhado, não tem febre e sente-se bem.

Esta situação tem como causas prováveis o uso de roupas apertadas (*soutien*), uma pancada na mama, ou porque a criança não suga daquela parte da mama.

*Para tratar o ducto bloqueado*

- Para resolver esta situação, a mãe deve amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama (por exemplo, colocando o corpo do bebé debaixo do braço).
- Pode ainda fazer uma leve pressão, com os dedos, no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar aquela parte da mama.
- A mãe deve usar roupas largas e um *soutien* que apoie, mas não comprima.

#### **e) Mastite**

Se o ducto bloqueado não drenar o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infectar. Neste caso, parte da mama fica avermelhada, quente, com tumefacção e dolorosa. A mulher tem febre, normalmente elevada, e sente grande mal-estar, nesta situação estamos em presença de mastite e são necessários cuidados médicos.

*Para tratar a mastite*

O médico indicará a terapêutica e é fundamental que:

- A mãe repouse;
- Retire o leite manualmente, ou com bomba;
- Aplique compressas húmidas e frias sobre a área afectada antes de cada mamada. A situação melhora, habitualmente em um ou dois dias.

### **1.9. O papel do Enfermeiro na promoção do aleitamento materno**

Ventura (2001) considera que é no início da gravidez que os profissionais têm uma maior proximidade com as mães e família, sendo o momento mais adequado ao incentivo do AM. Assim no âmbito da promoção do AM, cabe aos Enfermeiros este importante papel, no sentido de ir ao encontro dos objectivos estabelecidos pela OMS/UNICEF, ou seja, diminuir as taxas de abandono precoce da prática da amamentação (Pereira, 2003).

O Enfermeiro desempenha um papel fundamental na adesão e manutenção do AM por parte da mulher, e como tal, é fundamental esclarecer as dúvidas à mulher, realizando ensinamentos sobre: manutenção da dieta materna equilibrada de forma a não alterar a qualidade e quantidade do leite; recomendar à mulher sempre que possível momentos de relaxamento e de descanso, pois o stress é inimigo na produção de leite; deve privilegiar a mamada durante o dia e a noite, dispensando todo o tempo necessário. Se não conseguir amamentar durante o dia, pode congelar ou conservar o LM no frigorífico para oferecer ao seu bebé quando estiver ausente. O Enfermeiro deve proporcionar apoio e orientação permanente (tanto à mãe como ao pai), priorizar os cuidados de enfermagem que tornem a amamentação possível e estar atento às razões para a possível preferência do aleitamento artificial (Alden 2002; Pereira, 2006)

O Enfermeiro deve orientar e informar a mãe e o pai sobre as vantagens da amamentação (Bobak e tal., 1999). Apesar do pai não ter nenhum papel directo na amamentação, a sua presença é necessária e fundamental, associando-se a sua opinião favorável ao aleitamento e ao seu sucesso.

Os Enfermeiros devem preocupar-se em promover acções de educação sobre esta temática, no sentido de proteger a criança. Bobak e al (1999), defendem que os Enfermeiros devem conhecer os métodos de alimentação e orientar os pais sobre os benefícios e a técnica correcta do AM na fase pré-natal, não só para bem dos filhos, como para a mãe, família e sociedade.

Para Carvalho e Tamez (2005), o profissional de saúde tem que estar preparado, não só para orientar a mãe na amamentação do seu filho, como também, para avaliar as dificuldades que possam surgir e como as prevenir ou resolver com o menor prejuízo para a criança.

A promoção do AM é, essencialmente, conseguida através da comunicação entre profissionais de saúde e mãe/família. Rezende (2002) considera que os profissionais de saúde são designados por pessoas significativas – aquelas que exercem influência marcante sobre a vida dos outros. Estes profissionais de saúde devem possuir conhecimentos científicos sobre esta temática actualizados e certas características que lhe permitam uma maior habilidade para conversar com a futura mãe – autenticidade, aceitação incondicional e compreensão empática.

Neifert (cit in Pereira, 2004) descreve que uma intervenção eficaz pode corrigir pequenos problemas ligados a amamentação, como tal é necessário que a educação para a saúde sobre o AM se adapte as necessidades de cada díade mãe-filho de forma a favorecer o seu sucesso.

Todos os serviços de saúde materno-infantil, deveriam ter como objectivo a promoção do AM: é importante que o Enfermeiro identifique os conhecimentos da mãe sobre a amamentação e a incentive a questionar as suas dúvidas, e deve auxiliar e orientar na tomada de decisão, de modo a diminuir a ansiedade, pois esta poderá interferir na capacidade de aprender novos conhecimentos. A promoção do AM deve ser consistente e adaptada às diferentes realidades e necessidades de diferentes mães, sendo que as várias acções de formação sobre AM devem seguir uma linha orientadora uniforme. Bobak et al (1999).

Carvalho e Tamez (2005) reforçam que amamentar é um direito que a sociedade deve garantir à mãe (trabalhadora ou não) e à criança e como tal cabe aos profissionais de saúde conhecer e informar as mães sobre os seus direitos para que possam amamentar sem correrem riscos.

Os Enfermeiros poderão ajudar as mães que pretendem amamentar, a possibilidade de o continuar a fazer mesmo depois de reiniciarem o trabalho. Fornecendo informação sobre a legislação já existente referente às mães trabalhadoras que pode proteger e favorecer a amamentação e ensinar a forma como deve retirar e conservar o leite. (Maia 2005)

## **2. Tema**

Neste Projecto de Investigação o tema abordado é as “dificuldades sentidas pelas mães no momento da alta em relação à amamentação”.

## **3. Questão de Investigação**

O ponto de partida de qualquer estudo é a questão de investigação, uma vez que é ela que determina todo o percurso tomado no referido estudo.

“ (...) A questão de investigação é enunciado interrogativo claro e não equívoco, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população estudada.” (Fortin, 1999, p. 101).

A problemática desta investigação é as dificuldades sentidas pelas puérperas no momento da alta em relação à amamentação.

Uma vez delineado o problema de investigação, torna-se categórico formular questões de investigação de forma a abordar a problemática referida. Sendo assim as questões de investigação que impulsionam o ponto de partida deste estudo serão:

- Quais as dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta?
- Quais as causas que levam as mães a terem as dificuldades sentidas em relação à amamentação no momento da alta?

## **4. Objectivos**

Uma vez definido o problema e as questões de investigação, foram definidos os objectivos tendo em atenção essas questões, procurando responder ao que se quer saber sobre o assunto escolhido.

Perante esta temática pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Conhecer as dificuldades sentidas pelas puérperas no momento da alta em relação à amamentação;

- Determinar as causas que levam as dificuldades sentidas pelas puérperas em relação à amamentação;

## **5. Justificação do tema**

Este tema surgiu de vivências por parte da aluna aquando o seu estágio de obstetrícia, e após ter constatado que a maior dificuldade que as puérperas sentiam ao longo do internamento era referente à amamentação, questionando-se se as mães perante um leque tão grande de dúvidas seriam capazes de amamentar sozinhas em casa, e constatando que muitas não tiveram informação sobre a prática da amamentação na gravidez.

A aluna quer ainda com este estudo que as recomendações da OMS/UNICEF quanto à prática exclusiva do aleitamento materno até aos 6 meses de idade sem adição de qualquer outro alimento se torne possível uma vez que a razão de abandono precoce do aleitamento materno são referentes as dificuldades que podem ocorrer durante a amamentação.

## II – FASE METODOLÓGICA

### 1. Aspectos éticos

Considerando a ética, no seu sentido mais amplo, como ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, importa referir que esta está sempre presente nos estudos de investigação.

Na expressão de Fortin (1999, p.113) “Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais”. Perante este pressuposto, ter-se-á de contemplar os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, que deverão sempre ser respeitados. Neste contexto, devemos ainda nos reger por cinco princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética e que são os seguintes:

- Direito à autodeterminação, baseia-se no direito da pessoa decidir livremente sobre a sua participação no processo de investigação e defende que a pessoa deve ser capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Ou seja isto implica que as pessoas devem ser informadas sobre o seu direito à participação ou o direito de se retirar a qualquer momento sem prejuízo para o próprio;
- Direito à intimidade, fundamenta-se no direito das pessoas à sua intimidade global – física, psicológica, social e cultural; é referente à liberdade das pessoas decidirem sobre a extensão da informação que é dada aquando da sua participação na investigação; tem implicações na dimensão da partilha de atitudes, valores ou comportamentos privados. Implica haver a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados referentes as pessoas;
- Direito ao anonimato e confidencialidade: refere-se ao respeito pela identidade das pessoas e a sua não associação às informações individuais da investigação. Os resultados devem ser tratados de modo a possibilitar que não haja reconhecimento das informações individuais nem pelo investigador, nem pelo leitor. Implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação não podendo ser divulgados sem autorização expressa pelos participantes;
- Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo, baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou de as prejudicarem; fundamenta-se no princípio do “benefício” segundo o qual, os

membros de uma sociedade desempenham, um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam;

- Direito a um tratamento justo e equitativo, baseia-se no direito que as pessoas têm em receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num processo de investigação; refere-se ao direito à informação sobre todos os procedimentos que envolvem a investigação, assim como: os objectivos, os métodos, o âmbito do estudo, a duração e as implicações para os participantes; implica que a escolha dos participantes seja ligada directamente com o problema em estudo e não por conveniência ou disponibilidade.

## **2. Tipo de estudo**

No âmbito da elaboração deste estudo e tendo em conta as questões de investigação formuladas e os objectivos definidos, optou-se pelo método descritivo, transversal de abordagem quantitativa, que segundo Fortin (1999) fornecem uma descrição dos dados quer seja sob forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis, tendo como base uma revisão bibliográfica sobre o tema e pela aplicação de um instrumento de colheita de dados.

## **3. População**

“ (...) Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, e é delimitada por critérios de selecção” (Fortin, 1999, p.213)

Nesta perspectiva, a população seleccionada para a realização deste estudo foi constituída por mães que se encontravam no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, entre Maio e Junho de 2008, e contactadas no dia da alta clínica.

## **4. Processo de amostragem**

Após delimitada a população do estudo, torna-se fundamental precisar os critérios de selecção dos seus elementos, de modo a formar a amostra. Para tal, recorre-se a um método de amostragem. Este é definido por Fortin (1999, p.363) como o “ (...) conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”.

De acordo com o tipo de estudo e tendo como condicionante o factor tempo, o método de amostragem seleccionado foi a amostragem não probabilística, por conveniência ou acidental, que favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeito de um estudo.

## **5. Amostra**

A amostra para este estudo é constituída por 30 mães que se encontravam no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e contactadas no momento da alta.

## **6. Variáveis**

Existem vários tipos de variáveis, no entanto neste estudo estarão presentes variáveis dependentes e as variáveis independentes.

“(…) A variável dependente, é a que sofre o efeito esperado pela variável independente é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 1999, p.37). Como variáveis dependentes temos: as dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta e as causas que levam as mães a terem as dificuldades sentidas em relação à amamentação no momento da alta.

“(…) As variáveis independentes são as que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999, p. 37). Designamos para este estudo as seguintes variáveis: idade, estado civil, conhecimentos anteriores sobre a amamentação, recursos económicos, tempo de internamento, acompanhamento dos enfermeiros ao longo do internamento, vontade de amamentar e a capacidade de amamentar, características do recém-nascido, tipo de parto e número de filhos.

## **7. Método e Instrumento de Colheita de Dados**

O instrumento utilizado para a colheita de dados é o questionário, uma vez que:

- Facilita o tratamento dos dados;

- O inquirido tem tempo suficiente para reflectir sobre as questões e fornecer respostas mais adequadas;
- Pode garantir o anonimato, conseqüentemente dá maior liberdade nas respostas com menor risco de influência do pesquisador sobre as mesmas;
- Permite economizar tempo e recursos tanto financeiros como humanos.

Esta técnica segundo Fortin (1999) é:

*“ (...) Um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos. [...] limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. 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.” (p. 249)*

O questionário foi aplicado depois de autorizado, a 30 mães que se encontravam no último dia de internamento do serviço de Obstetrícia Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. É constituído de 6 partes utilizando perguntas que foram de autoria da aluna e utilizando partes dos instrumentos de colheita de dados da tese de doutoramento da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Pereira com a sua prévia autorização.

Uma vez que contem perguntas abertas e fechadas este questionário é do tipo misto e é assim constituído:

- Parte I – Caracterização sócio-demográfica, consta de 6 perguntas de respostas fechadas e 1 de respostas abertas;
- Parte II – Características do bebé, consta de 3 perguntas de respostas fechadas e 3 de respostas abertas;
- Parte III – Caracterização da gravidez, consta de 9 perguntas de respostas fechadas e 1 pergunta de resposta aberta;
- Parte IV – Aleitamento materno, consta de 7 perguntas de respostas fechadas;
- Parte V – Opinião da mãe acerca do aleitamento materno, consta de 5 perguntas de respostas fechadas

- Parte VI – Dificuldades em relação ao aleitamento materno, consta de 12 perguntas de respostas fechadas.

## **8. Pré-teste**

O Pré-teste tem como fim verificar se as questões presentes no questionário seriam bem compreendidas pelos inquiridos e de avaliar a eficácia do questionário. Este foi aplicado a cinco puérperas do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, em Maio de 2008, que possuíam características semelhantes aos elementos da população em estudo, não foram incluídos na amostra e também não foi necessário alterar.

## **9. Tratamento e análise de Dados**

Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 15.0. A apresentação dos resultados será feita através de gráficos e tabelas com a sua respectiva descrição.

A análise dos dados será feita através da estatística descritiva em que se pretende descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos através da medição das variáveis. A estatística descritiva serve também para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis.

Deste modo, irão ser apresentadas através de distribuição de frequências. Não foi possível tratar de médias modas e medianas uma vez que os resultados foram organizados.

### III – FASE EMPÍRICA

#### 1. Análise dos dados

A apresentação dos resultados será feita através de tabelas e gráficos com a sua respectiva narração descritiva. A utilização de tabelas permite assim colocar em evidência as várias espécies de comparações e de relações entre os dados. Os gráficos fornecem uma imagem global do conjunto de resultados encontrados (Fortin 1999).

Serão apresentados em primeiro lugar os resultados referentes às estatísticas descritivas de caracterização da amostra, seguidas das estatísticas descritivas referentes as variáveis que respondem às questões de investigação do nosso estudo.

#### 1.1. Caracterização sócio demográfica

**Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a idade**

	<b>n</b>	<b>%</b>
15 a 19 anos	3	10,0
20 a 24 anos	6	20,0
25 a 29 anos	10	<b>33,3</b>
30 a 34 anos	7	<b>23,3</b>
35 a 39 anos	2	6,7
40 a 44 anos	2	6,7
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

Através da observação da tabela 1 verifica-se que 33,3% das mães que fazem parte da amostra da nossa investigação têm idades compreendidas entre os 25 a 29 anos, 23,3%

têm entre 30 e 34 anos, 20% entre os 20 e 24 anos, 10% têm idades compreendidas entre 15 e 19 anos (adolescentes), e 6,7% têm idades compreendidas entre 35 e 39 anos e com a mesma percentagem têm idades compreendidas entre 40 e 44 anos.

**Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a Nacionalidade**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	29	<b>96,7</b>
Não	1	3,3
<i>Total</i>	30	<i>100,0</i>

Relativamente à nacionalidade, verifica-se que 96,7% das mães têm nacionalidade Portuguesa e 3,3% referem ter outra nacionalidade.

**Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o estado civil**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteira	4	13,3
Casada	17	<b>56,7</b>
União de facto	7	23,3
Divorciada	2	6,7
<i>Total</i>	30	<i>100,0</i>

Analisando a tabela 3, pode-se constatar que 56,7% dos sujeitos referem ser casadas, 23,3% referem viver em união de facto, 13,3% referem ser solteiras e 6,7% referem ser divorciadas.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o Grau académico, Situação de emprego e remuneração

	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	1	3,3
1º Ciclo	4	13,3
2º Ciclo	3	10,0
3º Ciclo	5	16,7
Secundário	12	<b>40,0</b>
Bacharelato	1	3,3
Licenciatura	4	13,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Situação de emprego</b>		
Empregada	18	<b>60,0</b>
Desempregada	11	36,7
Estudante	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Remuneração</b>		
< a 403 €	9	30,0
403 a 720 €	14	<b>46,7</b>
721 a 1081 €	4	13,3
1082 a 1442 €	3	10,0
<i>Total</i>	30	100,0

Analisando a tabela 4, é possível concluir que a maioria das mães, 40,0 % têm o ensino secundário, 16,7% têm o 3º ciclo, 13,3% têm o 1º ciclo, 13,3% têm uma licenciatura, 10% têm o 2º ciclo, 3,3% refere ter o bacharelato e 3,3% da amostra refere não ter escolaridade.

Relativamente à situação de emprego pode-se verificar que 60,0% se encontram empregadas, 36,7% estão desempregadas e 3,3% é estudante

No que concerne a remuneração, 46,7% das mães recebem entre 403 a 720 € mensais, 30,0% recebem menos de 403€ mensais, 13,3% ente 721 a 1081€ mensais e 10% recebem entre 1082 a 1442€ mensais.

**Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o número de filhos**

	N	%
1 Filho	17	56,7
2 Filhos	10	33,3
3 Filhos	3	10,0
<i>Total</i>	30	100,0

Analisando a tabela 5, verifica-se que para a maioria das mães, este é o primeiro filho, mais precisamente para 56,7%, 33,3%, ou seja, para 10 das mães é o segundo filho; e 10,0%, ou seja 3 das mães é o terceiro filho.

## 1.2. Características do bebé

**Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a idade gestacional, peso e estatura do bebé à nascença**

	n	%
<b>Idade gestacional</b>		
36 semanas	1	3,3
37 semanas	4	13,3
38 semanas	6	20,0
39 semanas	9	30,0
40 semanas	4	13,3
41 semanas	6	20,0
<i>Total</i>	30	100,0

<b>Peso do bebê à nascença</b>		
2401 – 2600	4	13,3
2601 – 2800	2	6,7
2801 – 3000	5	16,7
3001 – 3200	6	20,0
3201 – 3400	4	13,3
3401 – 3600	4	13,3
3601 – 3800	2	6,7
3801 – 4000	2	6,7
4001 – 4550	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Estatura do bebê à nascença</b>		
43,1 – 44	1	3,3
44,1 – 45	2	6,7
45,1 – 46	4	13,3
47,1 – 48	11	36,7
48,1 – 49	3	10,0
49,1 – 50	6	20,0
50,1 – 51	2	6,7
51,1 – 52	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0

Ao analisar esta tabela, verifica-se que 30,0% nasceram com 39 semanas de gestação, 20,0% nasceram com 41 semanas, 20,0% com 38 semanas, 13,3% nasceram com 37 semanas, 13,3% com 40 semanas e 3,3%, ou seja 1 bebê nasceu com 36 semanas de gestação.

Quanto ao peso do bebê à nascença, pode observar-se que, 20,0% nasceram com pesos compreendidos entre 3001 e 3200gr, 16,7% nasceram com pesos compreendidos entre as 2801 a 3000gr., 13,3%, nasceram com os pesos mais baixos compreendidos entre 2401 a 2600gr e 3,3%, ou seja um bebê com o peso mais alto compreendido entre 4000gr e 4500gr.

Quanto a estatura pode-se verificar-se que 36,7% nasceram com comprimento compreendido entre 47,1 e 48cm, 20,0% nasceram com comprimento compreendido entre 49,1 a 50cm, 13,3% nasceram com comprimento entre 45,1 a 46cm, 3,3% nasceram com comprimento compreendido entre 43,1 a 44cm e 3,3% nasceram com comprimento compreendido entre 51,1 a 52cm.

Relativamente à questão “se o bebé nasceu com patologia”, a totalidade da amostra 100% respondeu que não.

**Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a vitalidade e reflexos do bebé**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>O bebé tem um choro vigoroso</b>		
Sim	22	<b>73,3</b>
Não	8	26,7
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>
<b>O bebé quando tem fome procura a mama com facilidade</b>		
Sim	24	<b>80,0</b>
Não	6	20,0
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

Observando a tabela 7 é-nos possível verificar que mais de metade, 73,3% das mães referem que os bebés têm um choro vigoroso e 26,7% referem que não.

Quanto ao reflexo de procura da mama quando o bebé tem fome, verifica-se que 80,0% das mães referem que os bebés procuram a mama com facilidade, 20,0% referem que não.

### 1.3. Caracterização da gravidez

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o planeamento e vigilância da gravidez

	n	%
<b>A gravidez foi planeada</b>		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Fez vigilância da gravidez</b>		
Sim	30	100,0
<b>Em que mês da gravidez iniciou a vigilância</b>		
1º Mês	14	46,7
2º Mês	14	46,7
3º Mês	1	3,3
4º Mês	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Quantas vezes foi à consulta</b>		
5 vezes	1	3,3
6 vezes	7	23,3
> a 6 vezes	22	73,3
<i>Total</i>	30	100,0

Observando esta tabela permite-nos concluir que 66,7% planearam esta gravidez e que 33,3% não planearam esta gravidez.

Pode ainda verificar-se que a totalidade da amostra fez vigilância da gravidez.

Quanto ao início da vigilância, 46,7% referem ter iniciado a vigilância da gravidez no 1º mês, 46,7% referem ter iniciado no 2º mês de gravidez, 3,3% refere o início da vigilância no 3º mês e 3,3% iniciou a vigilância no 4º mês de gravidez.

Quanto ao número de vezes que foram à consulta de vigilância pré-natal, verifica-se que a grande maioria, 73,3% foram mais de seis vezes à consulta, 23,3% foram 6 vezes à consulta e 3,3% foi 5 vezes à consulta de vigilância.

**Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo onde foi feita a vigilância da gravidez**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Centro de saúde	13	<b>43,3</b>
Médico particular	5	16,7
Ambos	4	13,3
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	8	26,7
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

No que se refere ao local onde foi efectuada a vigilância pode observar-se que 43,3% das mães efectuou a vigilância da gravidez no Centro de Saúde; 26, 7% no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; 16,7% em Médico particular e 13,3% efectuaram-na simultaneamente no Centro de Saúde e em Médico particular.

**Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo a Frequência das aulas de preparação para o parto**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	6	20,0
Não	24	<b>80,0</b>
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

Observando a tabela 10, pode concluir-se que a maioria da amostra 80%, não frequentou as aulas de preparação para o parto.

**Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo os conhecimentos sobre aleitamento materno**

	n	%
<b>Obteve conhecimentos sobre aleitamento materno</b>		
Sim	27	<b>90,0</b>
Não	3	10,0
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>
<b>Se sim, como os adquiriu</b>		
Contacto directo/leitura	10	<b>33,3</b>
Enfermeiros	2	6,7
Familiares e amigos	1	3,3
Contacto directo/leitura, Enfermeiros, Familiares e amigos	2	6,7
Contacto directo/leitura e Médicos	1	3,3
Enfermeiros e Médicos	3	<b>10,0</b>
Contacto directo/leitura e Enfermeiros	3	<b>10,0</b>
Contacto directo/leitura, Enfermeiros, Médicos e Familiares e amigos	2	6,7
Contacto directo/leitura, Enfermeiros e Médicos	4	<b>13,3</b>
Contacto directo/leitura, Médicos e Familiares e amigos	2	6,7
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

A tabela 11 mostra-nos se a mãe obteve conhecimentos sobre aleitamento materno durante a gravidez, e se sim como os adquiriu. Observa-se que a grande maioria 90,0% das mães referem ter obtido conhecimentos sobre aleitamento materno durante a gravidez e 10,0% referem que não.

Das 90% das mães que adquiriam conhecimentos sobre aleitamento materno durante a gravidez, 33,3% das mães referem que obtiveram através de contacto directo/leitura, 13,3% referem que obtiveram através de contacto directo/leitura, Enfermeiros e Médicos, 10,0% referem que os obtiveram através de Enfermeiros e Médicos e 10,0% das mães referem ter obtido através de contacto directo/leitura e Enfermeiros.

**Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo problemas que surgiram durante a gravidez**

	N	%
<b>A gravidez decorren com problemas</b>		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
Total	30	100,0
<b>Se sim, quais</b>		
Ameaça de parto pré-termo	1	3,3
Diabetes gestacional	1	3,3
Anemia	1	3,3
Hipertensão arterial	1	3,3
Droga	1	3,3
Total	5	16,7
<i>Não apresentaram problemas</i>	25	83,3
Total	30	100,0

A tabela 12 mostra-nos que 83,3% ou seja, 25 das mães referem ter tido uma gravidez sem problemas e 16,7%, ou seja 5 das mães referem ter tido problemas durante a gravidez. Destas 16,7% que referem ter tido problemas durante a gravidez, os problemas mencionados foram: ameaça de parto pré-termo, diabetes gestacional, anemia, hipertensão arterial e droga, todos com a mesma proporção 3,3%.

**Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tipo de gravidez e parto**

	n	%
<b>Tipo de gravidez</b>		
Única	30	100,0
<b>Tipo de parto</b>		
Eutócico	15	50,0
Cesariana	15	50,0
Total	30	100,0

Analisando a tabela 13 verifica-se que 100,0%, ou seja a totalidade da amostra teve uma gravidez única.

Quanto ao tipo de parto, verifica-se que estão igualmente distribuídos, 50,0% tiveram um parto eutócico e 50,0% tiveram parto por cesariana.

**Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tempo de internamento**

	<b>n</b>	<b>%</b>
2 dias	7	23,3
3 dias	16	53,3
5 dias	4	13,3
> a 5 dias	3	10,0
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>100,0</i>

Relativamente ao tempo de internamento, verifica-se que 53,3% das mães estiveram internadas no serviço de obstetrícia durante 3 dias, 23,3% mães estiveram internadas durante 2 dias, 13,3% das mães estiveram internadas 5 dias e 10,0% estiveram internadas mais de 5 dias.

#### 1.4. Aleitamento materno

**Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o tipo de leite que faz o bebé**

	n	%
<b>Que tipo de leite faz o bebé</b>		
Leite materno	28	93,3
Ambos	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0
<b>O bebé mamou na 1ª hora a seguir ao parto</b>		
Sim	19	63,3
Não	6	20,0
Não sabe	5	16,7
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Foi oferecido leite em biberão ao seu bebé</b>		
Sim	15	50,0
Não	13	43,3
Não sabe	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0

Ao analisar a tabela 15 verifica-se que a grande maioria dos bebés, mais precisamente 93,3% fazem leite materno e 6,7% ou seja 2 dos bebés fazem simultaneamente leite materno e leite artificial. Nenhum dos bebés faz apenas leite artificial.

Quando questionadas se o bebé mamou na 1ª hora a seguir ao parto, 63,3%, ou seja 19 das mães respondem de forma afirmativa, 20,0%, ou seja 6 das mães respondem negativamente e 16,7%, ou seja 5 das mães não sabem.

Relativamente à questão, se foi oferecido leite em biberão ao bebé, 50,0%, ou seja 15 das mães afirmam ter sido oferecido leite em biberão, 43,3%, referem que não e 6,7%, respondem não saber.

**Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto à decisão de amamentar e tempo que tenciona amamentar**

	n	%
<b>A decisão de amamentar foi tomada:</b>		
Por iniciativa própria	24	80,0
A conselho do Médico/Enfermeiro	5	16,7
A conselho de outros	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Quanto tempo tenciona amamentar</b>		
Até aos 3 meses	2	6,7
Enquanto tiver leite	28	93,3
<i>Total</i>	30	100,0

Observando a tabela 16, verifica-se que a grande maioria das mães, 80% tomaram a decisão de amamentar por iniciativa própria, 16,7% tomaram a decisão de amamentar a conselho do Médico/Enfermeiro e 3,3% tomou a iniciativa de amamentar a conselho de outro.

Quando questionadas sobre o tempo que tencionam amamentar, 93,3%, ou seja 28 das mães tencionam fazê-lo até deixarem de ter leite, e 6,7% das mães tencionam fazê-lo até aos 3 meses de idade.

**Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao apoio do pai e da família na decisão de amamentar**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>O pai do bebé apoia a sua decisão de amamentar</b>		
Sim	30	100,0
<b>A sua família apoia a sua decisão de amamentar</b>		
Sim	28	93,3
Não sabe	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0

Ao analisar esta tabela, verifica-se que a totalidade da amostra afirmam que o pai do bebé apoia a decisão de amamentar.

Quanto à família, 93,3% das mães referem ter apoio da família na sua decisão de amamentar, e 6,7% não sabem se a família apoia ou não a sua decisão de amamentar.

### 1.5. Opinião da mãe sobre aleitamento materno

**Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos segundo o conhecimento das mães sobre aleitamento materno**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Qual o período ideal para fazer aleitamento materno exclusivo</b>		
Até aos 4 meses	6	20,0
Até aos 5 meses	10	33,3
Até aos 6 meses	2	6,7
Enquanto o bebé engordar adequadamente	3	10,0
Não sabe	9	30,0
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Quando deve ser interrompido o aleitamento materno</b>		
Aos 4 meses	1	3,3
Quando deixar de ter leite	23	76,7
Não sabe	6	20,0
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Quem beneficia quando se faz aleitamento materno</b>		
A criança	12	40,0
A mãe e a criança	3	10,0
A família e a sociedade	2	6,7
Todos	13	43,3
<i>Total</i>	30	100,0

A tabela 18 pretende mostrar os conhecimentos das mães sobre o período ideal para se fazer aleitamento materno exclusivo, quando deve ser interrompido o aleitamento materno e quem beneficia quando se faz aleitamento materno

*As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

Quanto ao período ideal para se fazer aleitamento materno exclusivo, 33,3% responderam até aos 5 meses, 20,0% responderam até aos 4 meses, 6,7% até aos 6 meses, 10,0% responderam enquanto o bebé engordar adequadamente e 30,0% das mães não sabem.

Relativamente à questão quando deve ser interrompido o aleitamento materno, 76,7% das mães responderam quando deixarem de ter leite, 3,3% respondeu aos 4 meses e 20,0% das mães não sabem.

No que diz respeito a quem beneficia quando se faz aleitamento materno, 43,3% das mães responderam que todos beneficiam quando se faz aleitamento materno, 40,0% das mães responderam que quem beneficia é a criança, 10,0% responderam a mãe e a criança e 6,7% responderam a família e a sociedade.

**Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao prazer que a mãe sente quando amamenta o bebé**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito prazer	26	86,7
Prazer	4	13,3
<i>Total</i>	30	100,0

Ao observar a tabela 19, verifica-se que 86,7% das mães sente muito prazer ao amamentar o bebé e 13,3% das mães referem sentir prazer ao amamentar o bebé.

### 1.6. Dificuldades em relação ao aleitamento materno

**Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto às dificuldades encontradas durante o internamento**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldades encontradas</b>		
<b>Posicionar o bebé para mamar</b>	13	<b>43,3</b>
<b>O bebé não pega correctamente à mama</b>	15	<b>50,0</b>
Não consegue sentir a sucção do bebé	2	6,7
<b>Dor durante a mamada</b>	18	<b>60,0</b>
<b>Calor e rubor na mama</b>	6	<b>20,0</b>
<b>Ferida no mamilo</b>	11	<b>36,7</b>
<b>Mamas duras e dolorosas</b>	9	<b>30,0</b>
O bebé não fica satisfeito	1	3,3
<b>Tem mamilos rasos ou invertidos</b>	10	<b>33,3</b>
O leite não é suficientemente forte	1	3,3
Tem pouco leite	2	6,7
<b>Não sabe quando é que o bebé fica satisfeito</b>	8	<b>26,6</b>
<b>Não sabe quanto tempo deve mamar o bebé</b>	7	<b>23,3</b>
<b>O bebé fica sonolento e não quer mamar</b>	16	<b>53,3</b>
Não teve apoio suficiente	1	3,3

Relativamente às dificuldades encontradas os sujeitos podiam assinalar mais do que uma dificuldade. Analisando a tabela 20, pode concluir-se que as principais dificuldades encontradas foram: dor durante a mamada; o bebé fica sonolento e não quer mamar; o bebé não pega correctamente na mama; dificuldade em posicionar o bebé para mamar; ferida no mamilo; mamilos rasos ou invertidos; mamas duras e dolorosas; não saber se o bebé fica satisfeito e calor e rubor entre outras.

**Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto ao pedido de ajuda relativamente às dificuldades encontradas.**

	n	%
<b>Pediu ajuda quando encontrou essas dificuldades</b>		
Sempre	14	46,7
Muitas vezes	4	13,3
Algumas vezes	6	20,0
Poucas vezes	4	13,3
Nunca	1	3,3
Total	29	96,7
<b>Não encontrou dificuldades</b>	1	3,3
Total	30	100,0
<b>Essa ajuda foi-lhe dada pelo enfermeiro</b>		
Sim	28	93,3
<i>Respostas em falta</i>	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Se respondeu sim o Enfermeiro deu resposta as suas necessidades</b>		
Sempre	20	66,7
Muitas vezes	4	13,3
Algumas vezes	3	10,0
Poucas vezes	1	3,3
<i>Total</i>	28	93,3
<i>Respostas em falta</i>	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Os Enfermeiros mostraram-se disponíveis na iniciação da amamentação</b>		
Sim	30	100,0

Relativamente à questão se os sujeitos pediram ajuda quando sentiram as dificuldades referidas na tabela 20 e observando a tabela 21 verifica-se que 46,7% responderam sempre, 20,0% responderam algumas vezes, 13,3 responderam muitas vezes, 13,3%

responderam poucas vezes e 3,3% respondeu não ter pedido ajuda não sentiu dificuldades.

A totalidade da amostra refere que foi o Enfermeiro que ajudou quando os sujeitos sentiram dificuldades.

Quando questionadas se o Enfermeiro deu resposta as suas necessidades, 66,7% das mães referem que os Enfermeiros deram sempre resposta as suas necessidades, 13,3% referem que os Enfermeiros responderam muitas vezes às suas necessidades, 10,0% das mães referem que os Enfermeiros responderam algumas vezes as suas dificuldades.

Quando questionadas se os Enfermeiros se mostraram disponíveis para as ajudar no início da amamentação, 100,0% ou seja a totalidade da amostra respondeu afirmativamente. As duas respostas em falta dizem respeito às duas mães que não pediram ajuda.

**Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto à informação recebida durante o internamento**

	n	%
<b>Durante o internamento foi-lhe dada alguma informação sobre a técnica correcta para amamentar</b>		
Sim	28	93,3
Não	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Durante o internamento foi-lhe dada alguma informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação</b>		
Sim	24	80,0
Não	6	20,0
<i>Total</i>	30	100,0
<b>Se sim essa informação foi referente a</b>		
Dor nos mamilos	7	23,3
Fissuras nos mamilos	3	10,0
Dor nos mamilos, fissura nos mamilos,	1	3,3

*As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta*

ingurgitamento mamário e bloqueio dos ductos		
Dor nos mamilos, fissura nos mamilos e ingurgitamento mamário	2	6,7
Dor nos mamilos e ingurgitamento mamário	1	3,3
Dor nos mamilos e fissura nos mamilos	6	20,0
Fissura nos mamilos e mastite	1	3,3
Dor nos mamilos, fissuras nos mamilos, Ingurgitamento mamário, mastite e bloqueio dos ductos	3	10,0
	<i>Total</i>	<i>24</i>
	<i>Não responderam</i>	<i>6</i>
	<i>Total</i>	<i>30</i>
		<i>80,0</i>
		<i>20,0</i>
		<i>100,</i>
<b>Durante o internamento foi-lhe dada alguma informação a quem recorrer no caso de encontrar essas dificuldades</b>		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
	<i>Total</i>	<i>30</i>
		<i>100,0</i>

Relativamente à informação que as mães receberam durante o internamento sobre a técnica correcta para amamentar, sobre as dificuldades que possam surgir e a quem recorrer depois da alta quando encontrar essas dificuldades e observando a tabela 22, podemos concluir.

Quanto à questão se lhes foi dada alguma informação sobre a técnica correcta para amamentar, 93,3% das mães responderam afirmativamente e 6,7% das mães responderam negativamente.

Quanto à questão se lhes foi dada alguma informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação, 80,0% das mães responderam afirmativamente e 20,0% responderam negativamente.

Das mães a quem foi dada informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação, 23,3% referem que essa informação foi relativa à dor nos mamilos, 20,0% foi relativa à dor e fissura nos mamilos, 10,0% foi relativa à fissura nos mamilos, 10,0% foi relativa à dor nos mamilos, fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, mastite e bloqueio dos ductos.

As seis respostas em falta referem-se às mães que referem não terem tido nenhuma informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação na pergunta anterior.

Quando questionadas se lhes foi dada alguma informação sobre a quem recorrer no caso de encontrar essas dificuldades, 66,7% responderam afirmativamente e 33,3% responderam negativamente.

**Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual dos sujeitos quanto a sentir-se preparada para amamentar o bebé em casa**

	n	%
<b>Na sua opinião o tempo de internamento foi suficiente</b>		
Sim	30	100,0
<b>Sente-se preparada para amamentar o seu bebé em casa</b>		
Sim	30	100,0

Ao analisarmos a tabela 23 verifica-se que 100,0% ou seja a totalidade da nossa amostra refere que o tempo de internamento foi suficiente e que se sentem preparadas para amamentar os seus bebés em casa.

**Tabela 24 – Relação entre peso do bebé à nascença com a dificuldade deste em pegar correctamente na mama**

Peso do bebé à nascença	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
2401 – 2600	4	0	4
2601 – 2800	1	1	2
2801 – 3000	2	3	5
3001 – 3200	2	4	6
3201 – 3400	2	2	4
3401 – 3600	2	2	4
3601 – 3800	0	2	2
3801 – 4000	1	1	2
4001 – 4550	1	0	1
Total	15	15	30

A tabela 24, mostrar-nos a relação entre o peso dos bebés e o facto de estes não pegarem correctamente na mama. Desta forma, pode-se concluir que dos quatro bebés que nasceram com mais baixo peso, entre 2401 e 2600gr são os que mais dificuldades têm em pegar correctamente a mama.

**Tabela 25 – Relação entre o tipo de parto com a dificuldade do bebé em pegar correctamente na mama**

Tipo de parto	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
Eutócico	5	10	15
Cesariana	<b>10</b>	5	15
<i>Total</i>	15	15	30

A tabela 25, mostrar-nos a relação entre o tipo de parto com a dificuldade do bebé em pegar correctamente a mama. Podemos concluir que dizer que das 15 mães que foram submetidas a cesariana, 10 dos bebés não pegam correctamente na mama.

**Tabela 26 – Relação entre o facto de ter sido oferecido leite em biberão ao bebé com a dificuldade do bebé em pegar correctamente na mama**

Foi oferecido leite em biberão ao bebé	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
Sim	<b>10</b>	5	15
Não	3	10	13
Não sabe	2	0	2
<i>Total</i>	15	15	30

Ao analisar a tabela 26, pode-se concluir que dos 15 bebés a quem foi oferecido leite em biberão, 10 desses bebés têm dificuldade em pegar na mama, enquanto que dos 13 bebés a quem não foi oferecido leite em biberão, apenas três desses bebés não pegam correctamente na mama.

**Tabela 27 – Relação entre a forma como adquiriu os conhecimentos sobre aleitamento materno e a dificuldade do bebé não pegar correctamente na mama**

Como adquiriu os conhecimentos	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
Contacto directo/leitura	7	3	10
Enfermeiros	0	2	2
Familiares e amigos	1	0	1
Contacto directo/leitura, Enfermeiros, Familiares e amigos	2	0	2
Contacto directo/leitura e Médicos	1	0	1
Enfermeiros e Médicos	2	1	3
Contacto directo/leitura e Enfermeiros	0	3	3
Contacto directo/leitura, Enfermeiros, Médicos e Familiares e amigos	1	1	2
Contacto directo/leitura, Enfermeiros e Médicos	0	4	4
Contacto directo/leitura, Médicos e Familiares e amigos	1	1	2
<i>Total</i>	15	15	30

Analisando a tabela 27, pode-se constatar que das 10 mães que adquiram conhecimentos sobre aleitamento materno unicamente através de contacto directo/leitura, 7 dos bebés não pegam correctamente na mama.

**Tabela 28 – Relação entre o facto de ter mamilos rasos ou invertidos e o bebé não pegar correctamente na mama**

Tem mamilos rasos ou invertidos	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
Sim	7	3	10
Não	8	12	20
<i>Total</i>	15	15	30

Ao analisar a tabela 28, verifica-se que das 10 mães que têm mamilos rasos ou invertidos 7 dos bebés não pegam correctamente na mama.

**Tabela 29 – Relação entre o bebé fica sonolento e não quer mamar e o bebé não pega correctamente na mama**

O bebé fica sonolento e não quer mamar	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
Sim	10	6	16
Não	5	9	14
Total	15	15	30

A tabela 29, permite concluir que dos 16 dos bebés que ficam sonolentos e não querem mamar, 10 não pegam correctamente na mama.

**Tabela 30 – Relação entre o número de filhos e o bebé não pegar correctamente na mama**

Número de filhos	O bebé pega correctamente na mama		
	Não	Sim	Total
1 Filho	11	6	17
2 Filhos	2	8	10
3 Filhos	2	1	3
Total	15	15	30

Ao observar a tabela 30, permite-nos concluir que dos 17 bebés que são primeiros filhos, 11 não pegam correctamente na mama.

**Tabela 31 – Relação entre o número de filhos e o número de dificuldades encontradas**

Número de dificuldades encontradas	Número de filhos			Total
	1 Filho	2 Filhos	3 Filhos	
1	0	2	0	2
2	2	2	1	5
3	4	0	0	4
4	8	2	0	10
5	1	2	0	3
6	1	1	1	3
7	0	0	1	1
15	1	0	0	1
0	0	1	0	1
<i>Total</i>	17	10	3	30

Ao analisar a tabela 31, pode-se constatar que as mulheres que foram mães pela primeira vez são as que apresentam mais dificuldades, num total de 17. As mães pela segunda vez referem 10 dificuldades e as que são pela terceira vez referiram 3 dificuldades.

#### **IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo pretende-se comentar os resultados obtidos, confrontando-os sempre que possível com autores consultados.

A amostra em estudo é constituída por 30 díades mãe-filho, contactadas no momento da alta no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

O objectivo principal do presente estudo foi identificar as principais dificuldades sentidas pelas mães na iniciação da amamentação.

Não foram encontrados nenhuns estudos nacionais que se assemelham ao desenho desta investigação, no entanto foi encontrado um estudo brasileiro realizado por Oliveira et al (2004), a amostra do seu estudo foi constituída por 100 puérperas com idades compreendidas entre os 11 e os 50 anos. Os resultados demonstraram que a dificuldade mais experimentada pelas mulheres foi a dor em 55,4% dos casos, seguida pelo ingurgitamento mamário.

Relativamente à idade das mães, verificou-se que a maioria, 33,3% apresentam idades compreendidas entre os 25 a 29 anos, com 23,3% têm idades compreendidas entre 30 e 34 anos, com 20% têm idades compreendidas entre 20 e 24 anos. Com 10,0% está a faixa etária adolescente, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é o período da vida correspondente a faixa etária de 10 a 19 anos. Estes resultados diferem do estudo realizado por Oliveira et al (2004) em que 24% das puérperas que constituem a sua amostra são adolescentes. Também de referir que com 13,4% se encontra na faixa etária dos 35 aos 44 anos.

Quanto ao estado civil verifica-se que 56,7% das mães estão casadas, 23,3% vivem em união de facto e 13,3% são solteiras. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Pereira (2004) e de Perry (cit in Bobak et al, 1999). Para estes mesmos autores o casamento é um factor de extrema importância para a promoção do AM, devido ao apoio e incentivo do pai. Carvalho e Tamez (2005) também são da opinião de que a participação do pai e dos familiares no processo da amamentação promove o AM.

Uma grande parte das mães apresentam uma escolaridade igual à mínima obrigatória em Portugal, 40,0 % das mães que fazem parte da amostra deste estudo têm o ensino secundário. No entanto, 16,7% têm o 3º ciclo, 13,3% têm o 1º ciclo, 13,3% têm uma licenciatura e 3,3% da amostra não tem grau de escolaridade nenhum. Estes resultados vão de encontro à média nacional, na qual se verifica que Portugal apresenta as taxas de escolaridade mais baixas a nível a União Europeia (Relatório da Comissão Europeia cit in Pereira 2006). Branco et al (2004), considera que a classe social pode ser importante na predição da amamentação, pois mães com nível de escolaridade superior reconhecem e adoptam mais facilmente o aleitamento. Evidências científicas mostram que as mulheres com nível de escolaridade mais elevado iniciam em maior número a amamentação e amamentam durante mais tempo, sendo um factor favorecedor da amamentação. Levy e Bértolo (2002) referem também, que a prática do AM é maior nas mulheres mais escolarizadas, ideia também partilhada por Carvalho e Tamez (2005).

Relativamente à situação de emprego pode verificar-se que 60,0% das mães encontram-se empregadas, 36,7% das mães estão desempregadas e 3,3% das mães é estudante.

No que concerne a remuneração, quase metade das mães recebem entre 403 a 720 € mensais, mais precisamente 46,7% das mães. 30,0% recebem menos de 403€ mensalmente, 13,3% recebem ente 721 a 1081€ mensalmente e 10% das mães recebem entre 1082 a 1442€ mensais.

Para a maioria das mães, 56,7%, este é o primeiro filho. Para 33,3% das mães é o segundo filho e para 10,0% das mães este é o terceiro filho. Segundo os censos de 2000, efectuados pelo INE, na região norte do país existiam 100.003 casais com 1 filho, com 2 filhos 78.206 e com 3 filhos 18.128. o que vem de encontro com aos resultados do nosso estudo que apesar de ser uma amostra pequena a tendência também se verifica. (INE, 2001)

Pela análise dos resultados pode-se dizer que a grande maioria dos RN nasceu duma gravidez de termo, excepto 3,3%, ou seja, um RN, nasceu com 36 semanas de gestação. O peso dos RN variou entre 2401gr a 4500gr, 20% tinha peso entre 3001 e 3200gr. De salientar que 36,7%, tinha peso abaixo de 3000gr. Todos os bebés nasceram saudáveis sem nenhuma patologia.

Mediante os resultados obtidos pode verificar-se que a grande maioria das mães, 66,7% planearam esta gravidez e que 33,3% das mães não planearam esta gravidez.

Pode-se ainda verificar que todas as mães, fizeram vigilância da gravidez, ao contrário do estudo realizado por Oliveira et al (2004) em que 15,0% não fizeram vigilância da gravidez e das que efectuaram vigilância 29,4%, foram menos de seis vezes à consulta. Enquanto que apenas 3,3% das mães do nosso estudo é que foram menos de seis vezes à consulta. Estes resultados são indicativos que as mães valorizam os cuidados de vigilância materno-fetal.

Relativamente ao início da vigilância, 96,7% das mães iniciaram a vigilância da gravidez no 1º trimestre e 3,3% das mães iniciaram no 2º trimestre de gravidez.

No que se refere ao local onde foi efectuada a vigilância, 43,3% das mães vigiaram a gravidez no centro de saúde; 26,7% das mães no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; 16,7% das mães em médicos particulares e 13,3% das mães simultaneamente no centro de saúde e em médico particular. Segundo a DGS (2004) todos os locais onde se realizam consultas de vigilância pré-natal são válidos desde que a informação dada nesses locais seja correcta, actual e aplicável.

Relativamente às aulas de preparação para o parto, verificou-se que apenas uma pequena minoria, 20,0% das mães frequentaram estas aulas.

Relativamente à aquisição de conhecimentos sobre aleitamento materno, em 90% das mães que os adquiriam, 33,3% obtiveram-nos através de contacto directo/leitura, 13,3% através de contacto directo/leitura, Enfermeiros e Médicos, 10,0% através de Enfermeiros e Médicos e outras 10,0% através de contacto directo/leitura e Enfermeiros.

Mediante estes resultados faz-nos reflectir sobre os cuidados que são prestados durante a vigilância da gravidez, uma vez que mais de um terço das mães adquiriu conhecimentos sobre AM, através do contacto directo/leitura. Como o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, durante o pré-natal, ele deve preparar a grávida para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (Almeida et al 2004)

Relativamente ao tipo de gravidez pode-se verificar que todas as mães tiveram uma gravidez única.

Quanto ao tipo de parto, verificou-se que estão igualmente distribuídos, pois 50,0% das mães tiveram um parto eutócico e as outras 50,0% tiveram parto cirúrgico. Já no estudo de Oliveira et al (2004) 74% das puérperas tiveram parto normal e 26% parto por cesariana. Também se verifica que a média de internamento é de 3 dias.

Quanto ao tipo de leite que faz o RN, verifica-se que 93,3% fazem leite materno e apenas 6,7%, ou seja 2 dos bebés fazem simultaneamente leite materno e leite artificial. Nenhum dos bebés faz exclusivamente leite artificial. Estes resultados vão de encontro ao referido pela DGS (1995) cit in Sardo et al (2005), quando dizem que actualmente em Portugal, a amamentação é uma prática corrente à nascença, cerca de 95%, mas diminui nos restantes meses de vida. Almeida (1992) corrobora desta ideia quando refere que a prevalência do aleitamento materno tem vindo lentamente a aumentar e actualmente é bastante elevada à nascença, embora se verifique uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida, principalmente a partir do 1º mês.

Das 16,7% mães que tiveram problemas durante a gravidez, verifica-se que cada uma delas teve um problema diferente: ameaça de parto pré-termo, diabetes gestacional, anemia, hipertensão arterial e toxicodependência.

Quando questionadas se o RN mamou na 1ª hora a seguir ao parto, 63,3% das mães respondem de forma afirmativa, 20,0% respondem negativamente e 16,7% não sabem. Estes resultados ficam aquém do que nos diz a quarta medida da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés “ *Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora a seguir ao parto*”. Washinton e Vermeersch cit in Rego (2006) relatam que quando o bebé não é exposto à sucção nutritiva após o nascimento, o impulso neural da sucção diminui e só reaparece ao segundo dia de vida. Também Cordeiro cit in Rego (2006) corrobora da mesma opinião, afirmando que bebés de termo saudáveis que não sugaram por algum motivo nas primeiras horas de vida, necessitam muitas vezes de intervenção sensório-motora oral para restabelecer a função na mama das mães.

Também 50,0%, ou seja 15 das mães afirmam ter sido oferecido leite em biberão, o que não apoia a sexta medida da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés “ *Não dar ao RN*

*nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que seja por indicação médica”.*

Relativamente à decisão de amamentar, 80,0% das mães tomaram-na por iniciativa própria, 16,7% a conselho do Médico/Enfermeiro e 3,3% tomaram a iniciativa de amamentar a conselho de outro.

Quando questionadas sobre o tempo que tencionam amamentar, 93,3% das mães tencionam fazê-lo até deixarem de ter leite, e 6,7% das mães tencionam fazê-lo até aos 3 meses de idade. Estes resultados vêm corroborar os estudos realizados por Levy e Bértolo (2002) que referem que 90% das mães portuguesas iniciam o AM, no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação.

Segundo Lana (2001) cit in Galvão (2005), o êxito do AM é altamente provável quando o pai é favorável a esta prática. Neste estudo, 100,0% das mães afirmam que o pai do bebé apoia a decisão de amamentar.

Quanto à família 93,3% das mães referem ter apoio da família na sua decisão de amamentar, e 6,7 não sabem se a família apoia ou não a sua decisão de amamentar. É muito importante o apoio do marido, familiares e amigos, pois poderão ser elementos essenciais na promoção do AM (Whaley e Wong, 1995).

Quanto ao período ideal para se fazer aleitamento materno exclusivo, verifica-se que 33,3% das mães responderam até aos 5 meses, 20,0% até aos 4 meses, 6,7% até aos 6 meses, 10,0% responderam enquanto o bebé engordar adequadamente e 30,0% não sabem.

Quando deve ser interrompido o aleitamento materno, 76,7%, ou seja 23 das mães responderam quando deixarem de ter leite, 3,3%, ou seja uma das mães respondeu aos 4 meses e 20,0%, ou seja 6 das mães não sabem. Estes resultados não estão de acordo com o que refere Batalha (2004), em que a maioria das mães da sua amostra referiram que deveriam amamentar os seus filhos até aos 12 meses e Pereira (2004) observa que somente 5% da amostra respondeu à questão e referiram “até o bebé querer”. Referem

Oliveira e Valente (1999) que há muita falta de conhecimento do período ideal de aleitamento exclusivo e da interrupção do mesmo, devendo-se ao facto da pouca informação transmitida pelos profissionais de saúde. A falta de informação demonstrada neste estudo, talvez poderá ser explicada pelo facto de 80% das mães terem referido que não teve aulas de preparação para o parto. No entanto quando perguntamos se têm conhecimentos sobre AM 90% das mães referiram que sim.

A OMS/UNICEF (2001), recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais.

No que diz respeito a quem beneficia quando se faz aleitamento materno, 43,3% responderam que todos beneficiam quando se faz aleitamento materno, 40,0% responderam que quem beneficia é a criança, 10,0%, ou seja 3 das mães responderam a mãe e a criança e 6,7%, ou seja duas das mães responderam a família e a sociedade.

Verifica-se também que 86,7%, ou seja 26 das mães sente muito prazer ao amamentar o bebé e 13,3%, ou seja quatro das mães referem sentir prazer ao amamentar o bebé.

As principais dificuldades referidas pelas mães foram: dor durante a mamada; o bebé fica sonolento e não querer mamar; o bebé não pega correctamente na mama; dificuldade em posicionar o bebé para mamar; ferida no mamilo; mamilos rasos ou invertidos; mamas duras e dolorosas; não saber se o bebé fica satisfeito e calor e rubor entre outras.

Os resultados estão de acordo com o estudo de Oliveira et al (2004) que refere que a dificuldade que mais atrapalha o processo de amamentação no período pós-parto é a dor e também o ingurgitamento mamário, o posicionamento do RN ao seio materno e acreditarem ter leite fraco.

Deve-se referir que a dor assinalada pelas mães que amamentam pode ser proveniente da incisão cirúrgica das cesarianas, uma vez que 50% das mães que constituem a nossa amostra foram submetidas a cesariana, como também das episiotomias dos partos normais, fissuras mamilares entre outros. Este resultado vai de encontro com o referido por Carvalhaes e Corrêa (2003), que aponta para maior dificuldade nas mulheres com

parto cirúrgico. Este resultado é contrário ao referido por Sardo et al (2005) em que são as mulheres que tiveram um parto normal que apresentaram mais dificuldades.

Relativamente à questão se os sujeitos pediram ajuda quando sentiram as dificuldades referidas verifica-se que 46,7% responderam sempre, 20,0% responderam algumas vezes, 13,3 responderam muitas vezes, 13,3% responderam poucas vezes e 3,3% respondeu que não pediu ajuda e não sentiu dificuldades.

A totalidade da amostra refere que foi o Enfermeiro que ajudou quando os sujeitos sentiram dificuldades.

Quando questionadas se o Enfermeiro deu resposta as suas necessidades, 66,7% das mães referem que os Enfermeiros deram sempre resposta as suas necessidades, 13,3% referem que os Enfermeiros deram muitas vezes resposta às suas necessidades, 10,0% das mães referem que os Enfermeiros deram algumas vezes resposta as suas necessidades. Enfermeiros competentes, devem estar ao lado da mãe, orientando-a no início do aleitamento materno e ajudando-a na busca de soluções para suas dúvidas quanto ao aleitamento materno (UNICEF, IBFAN, 2002 cit in Almeida et al 2004).

Quando questionadas se os Enfermeiros se mostraram disponíveis para as ajudar no início da amamentação, 100,0% ou seja a totalidade da amostra respondeu afirmativamente. As duas respostas em falta dizem respeito às duas mães que não pediram ajuda.

Quanto à questão se lhes foi dada alguma informação sobre a técnica correcta para amamentar, 93,3% das mães responderam afirmativamente e 6,7% das mães responderam negativamente.

Quanto à questão se lhes foi dada alguma informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação, 80,0% das mães responderam afirmativamente e 20,0% responderam negativamente.

Das mães a quem foi dada informação sobre as dificuldades que possam surgir durante a amamentação, 23,3% referem que essa informação foi relativa à dor nos mamilos, 20,0% foi relativa à dor e fissura nos mamilos, 10,0% foi relativa à fissura nos mamilos,

10,0% foi relativa à dor nos mamilos, fissuras nos mamilos, ingurgitamento mamário, mastite e bloqueio dos ductos.

Quando questionadas se lhes foi dada alguma informação sobre a quem recorrer no caso de encontrar essas dificuldades, 66,7% responderam afirmativamente e 33,3% responderam negativamente. O Enfermeiro deverá intervir no pós-parto reforçando as orientações, buscando solucionar os problemas, prevenindo e ajudando a superar as dificuldades da puérpera, evitando, assim, o abandono precoce do AM (Almeida et al, 2004).

A totalidade da nossa amostra refere que o tempo de internamento foi suficiente e que se sentem preparadas para amamentar os seus bebés em casa.

Os quatro bebés que nasceram com mais baixo peso, entre 2401 e 2600gr são os que mais dificuldades têm em pegar correctamente a mama. Moreno-Manzanare et al cit in Pereira (2004) encontraram associação entre o peso do RN ao nascimento inferior a 2500gr e a menor incidência da amamentação, sugerindo que as mães têm maior apetência para amamentar bebés com peso mais elevado, sendo também de desvalorizar a diminuição do reflexos presente no bebé pré-termo, bem como possíveis problemas no bebé leve para a idade gestacional.

Relacionando o tipo de parto com a dificuldade do bebé em pegar correctamente a mama. Podemos concluir que das 15 mães que foram submetidas a cesariana, 10 dos bebés não pegam correctamente na mama. Carvalhaes e Corrêa (2003) no seu estudo chegaram a conclusão que as mães submetidas a parto cirúrgico apresentavam mais dificuldades em posicionar o recém-nascido ao peito devido a incisão cirúrgica, dificultando também a pega ao recém-nascido.

Dos 15 RN a quem foi oferecido leite em biberão, 10 desses RN têm dificuldade em pegar na mama, enquanto que dos 13 RN a quem não foi oferecido leite em biberão, apenas três desses RN não pegam correctamente na mama. A pega pode estar dificultada por já ter ocorrido contacto com bicos artificiais (Rego 2006).

Das 10 mães que adquiriram conhecimentos sobre aleitamento materno unicamente através de contacto directo/leitura, 7 dos bebés não pegam correctamente na mama. Estes resultados podem indicar que estas mães podem não ter sido devidamente

preparadas e orientadas durante a gravidez para amamentar seus filhos. Por desconhecimento da importância da amamentação desde o pré-natal; além dos factores de ordem biológica, psicológica e sócio-culturais; o bebé pode fazer uma pega incorrecta no peito, ocorrendo uma ordenha ineficiente (Marques e Melo 2008).

Das 10 mães que têm mamilos rasos ou invertidos 7 dos RN não pegam correctamente na mama. Mamilos planos ou invertidos podem atrapalhar o início da amamentação mas não impedi-la, pois na técnica correcta os RN pegam na auréola e não no mamilo. (Rego 2006)

Dos 16 RN que ficam sonolentos e não querem mamar, 10 não pegam correctamente na mama. Segundo Rego (2006), alguns bebés são mais sonolentos que outros, possuem ritmos diferentes no apetite e com isso podem piorar o seu estado de letargia, pois se não mamam ficam mais fracos, perdem peso e portanto têm menos “força” para mamar. Podem também estar sonolentos devido a algum tipo de medicamento ingerido pela mãe, que passado pelo leite pode gerar este efeito. Outra situação está relacionada com o bebé de baixo peso que podem não conseguir sugar por imaturidade ou fraqueza muscular.

Dos 17 RN que são primeiros filhos, 11 não pegam correctamente na mama. As mães primíparas requerem uma maior atenção da equipe de saúde pela falta de experiência anterior para lidar com a nova situação (Martins 2006). O facto dos bebés não pegarem correctamente na mama pode ser explicado pela falta de experiência da mãe em colocar o recém-nascido ao seio.

As mulheres que foram mães pela primeira vez são as que apresentam mais dificuldades, num total de 17. As mães pela segunda vez referem 10 dificuldades e as que são pela terceira vez referiram 3 dificuldades. As dificuldades são mais acentuadas com o nascimento do primeiro filho (Eduardo et al, s.d.). Para Carvalho et al, a experiência da mulher na amamentação é um dos factores que interferem no sucesso da amamentação. A mãe inexperiente tem mais dificuldade para compreender o processo como um todo, mesmo quando informada no pré-natal

## V – CONCLUSÃO

A realização deste estudo foi muito gratificante e veio contribuir para um enriquecimento de conhecimentos da aluna, permitindo dar resposta aos objectivos deste estudo, que de uma forma geral, foram atingidos.

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que, 90% das mães que adquiriam conhecimentos sobre AM. 33,3% obtiveram-nos através de contacto directo/leitura.

Também se concluiu que 93,3% dos RN fazem leite materno e nenhum faz exclusivamente leite artificial. A maioria dos RN (63,3%) mamou na 1ª hora a seguir ao parto. 50,0%, das mães afirmam ter sido oferecido leite em biberão aos seus bebés

As principais dificuldades encontradas foram: dor durante a mamada; o bebé fica sonolento e não querer mamar; o bebé não pega correctamente na mama; dificuldade em posicionar o bebé para mamar; ferida no mamilo; mamilos rasos ou invertidos; mamas duras e dolorosas; não saber se o bebé fica satisfeito e calor e rubor entre outras.

Mediante os resultados deste estudo podemos dizer que o baixo peso à nascença, o tipo de parto, o uso de biberões, o tipo de mamilo, as características do RN e a primiparidade influenciam na dificuldade da pega dificultando o processo de amamentação e podendo levar ao desmame precoce.

Este estudo demonstra claramente a falta de conhecimentos das mães sobre aleitamento materno. É importante que todos os casais tenham acesso à preparação para a maternidade de forma gratuita para favorecer o sucesso do AM.

É importante que os profissionais de saúde façam formação sobre AM conforme as indicações emanadas pela OMS/UNICEF.

É imperioso que os enfermeiros utilizem uma linguagem compreensível e preparem as grávidas para amamentar durante a gravidez.

O enfermeiro desempenha um papel fulcral pois encontra-se numa posição excepcional para ajudar a mulher, e sempre que haja condições deve-se assegurar que o RN tenha contacto precoce com a mãe e seja amamentado na primeira hora de vida.

É urgente a implementação das Dez Medidas da IHAB (OMS/UNICEF 1989).

Sugerem-se que sejam feitas outras investigações com o mesmo desenho desta, utilizando uma amostra mais alargada e que estas díades mãe-RN sejam acompanhadas até aos dois anos pós-parto para se poder concluir se as dificuldades iniciais influenciam ou não a duração de amamentação nestas mães.

Apesar de este ser o nosso primeiro trabalho de investigação, podemos afirmar que dedicamos todo o nosso esforço e empenho e a sua realização foi muito gratificante na medida em que permitiu um enriquecimento pessoal e profissional

## VI – BIBLIOGRAFIA

- Alden, K. (2002). Nutrição e Alimentação do RN. In: Perry, S., Bobak, I. *O cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª Ed., Porto Alegre, Artmed pp.555-577.
- Almeida et al. (2004). Aleitamento materno. [Em linha]. Disponível em <[http://fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/pdf/06\\_Origind.pdf](http://fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/06_Origind.pdf)> [Consultado em 02/09/2008].
- Almeida, M., Alves, A. (1992). Aleitamento materno breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, vol. IV, 2, pp.8-33.
- Batalha, L.M.C. (2004). Aleitamento Materno na Região do Baixo Mondego. *Revista Sinais Vitais*, 56 (Setembro). Pp. 19-22.
- Barros, J. (1993). Lactação. In: Mendes, M. *Curso de obstetrícia*. 1ª Edição. Coimbra, Almedina.
- Bessa, M. (1994). Investigação em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, pp.7-14.
- Bobak, et al. (1999). *Enfermagem da maternidade*. Loures, Lusociência.
- Branco et al. (2004). Aleitamento Materno: a prática hospitalar e o sucesso das medidas de implementação do aleitamento materno até aos seis meses de vida. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (5/6) pp. 441-445.
- Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à enfermagem materna*. 6ª Ed. Porto Alegre Artes Médicas.
- Carvalho, M.A.B.L., Corrêa, C.R.H. (2003). Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. [Em linha] Disponível em <<http://scielo.br>>. [Consultado em 15/01/2008].
- Carvalho et al. (s.d.). Consultoria em aleitamento materno no hospital de clínicas de Porto Alegre. [Em linha]. Disponível em <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewfile/2032/1112>> [Consultado em 28/08/2008].

Carvalho, M.R. (2004). Manejo perinatal da lactação. In: Netto, H.C. *Obstetrícia Básica*. São Paulo, Editora Ateheneu, pp. 767-774.

Carvalho, M.G., Ramos, A. (2005). Nutrição do Lactente. In: Carvalho, M.G., Ramos, A. *Enfermagem e nutrição*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Lda.

Carvalho, M.R., Tamez, R.N. (2005). *Amamentação. Bases científicas*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

*Dicionário Universal de Língua Portuguesa*. (1999). 5ª Edição. Lisboa, Texto Editora.

Eduardo, K.G.T. Vivenciand o puerpério: depoimento de mulheres. [Em linha]. Disponível em <<http://200.222.60.171/PDF/vivenciando%20o%20puerperas.pdf>> [Consultado em 28/08/2008].

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Ed. Lusociência.

Freitas, F., Costa, S.H.M., Ramos, J.G.L., Magalhães, J.A. (1993). *Rotinas em obstetrícia*. 2ª Edição. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.

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

Galvão, P.G.D., et al. (2005). O papel do pai na amamentação. *Revista Sinais Vitais*. Setembro, 62, pp. 22-25.

Instituto Nacional de Estatística. (2003) [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>> [Consultado em 15/01/2008].

INE. (2004). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2004/d040405/d040405.pdf>> [Consultado em 15/01/2008].

Júnior, M.W., Romualdo, S.G. (2005). Anatomia e Psicofisiologia da lactação. In : Carvalho, M.C., Tamez, R.N. *Amamentação: bases científicas*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

Levy, L., Bértolo, H. (2002). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Maia, O. (2005). Promoção do aleitamento materno entre as mães adolescentes. *INFORMAR – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. Jan./Junho, 34, pp. 39-47.

Martins. (2006). Dificuldades iniciais da amamentação. [Em linha]. Disponível em <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/183/45>> [Consultado em 28/08/2008].

Martins, M. (2001). Aleitamento Materno: um dom a não perder. *Revista Sinais Vitais*, 35, pp.21-27.

Marques, M.C.S e Melo, A.M. (2008). Amamentação no alojamento conjunto. [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1516\\_18462008000200017&lng=&nr](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1516_18462008000200017&lng=&nr)> [Consultado em 28/08/2008].

Noronha, P. et al. (2002). Amamentação materna e artificial. [Em linha]. Disponível em <<http://www.eurotrials.com/publicacoes/bol110.pdf>> [Consultado em 15/01/2008].

Oliveira et al. (2004). Dificuldades na amamentação entre puérperas atendidas no Hospital Inácia Pinto dos Santos. [Em linha]. Disponível em <[http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/30/dificuldades\\_na\\_amamentação.pdf](http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/30/dificuldades_na_amamentação.pdf)> [Consultado em 28/08/2008]

OMS/UNICEF. (2001). Breastfeeding. [Em linha]. Disponível em <[http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/14\\_Breastfeeding\\_D7341Insert\\_English.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/14_Breastfeeding_D7341Insert_English.pdf)> [Consultado em 15/01/2008].

Pereira, M.A. (2004). *Aleitamento materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação: Intervenções para o seu sucesso*. Tese de dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Pereira, M.A. (2003). Aleitamento materno: Da antiguidade até aos nossos dias. *INFORMAR – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. Jan./Agosto, 30, pp. 46-51.

Rego, J. (2006). *Aleitamento Materno*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu.

Rezende, J. (2002). *Obstetrícia*. 9ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Sanches, M.T.C. (2005) Enfoque fonaudiológico In : Carvalho, M.C., Tamez, R.N. *Amamentação: bases científicas*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

Santos, P.L., Sapage, M.C. (2004). A amamentação materna. *Revista Sinais Vitais*. Setembro, 56, pp. 28-31.

Ventura, W. (2001). Promovendo o aleitamento materno no pré-natal, pré-parto e nascimento. In: Rego, J. *Aleitamento Materno*. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu.

Whaley e Wong. (1995). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

## **VI – ANEXOS**

**Anexo – Instrumento de colheita de dados – Questionário**

# QUESTIONÁRIO

## *Nota Introdutória*

Maryline Mamede Ferreira, aluna do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a elaborar um trabalho científico, que se intitula “As dificuldades sentidas pelas mães em relação à amamentação no momento da alta”, com o objectivo principal de identificar essas dificuldades. Para a elaboração do referido trabalho solicita a sua colaboração ao preenchimento do questionário que se segue.

É anónimo e garante-se a confidencialidade dos dados

A sua colaboração é valiosa para a concretização deste estudo

### **Indicações sobre o preenchimento do questionário**

Por favor assinale com uma cruz no(s) quadrado(s) correspondente(s)

Por favor escreva nos espaços indicados

O tempo gasto, em média, no preenchimento do questionário é de 10 minutos.

Antecipadamente agradeço a sua colaboração.

A aluna

Maryline Ferreira

(Maryline Ferreira)

## QUESTIONÁRIO

### Caracterização sócio-demográfica

1. Idade da mãe: < 20 anos  20 a 24 anos  25 a 29 anos  30 a 34 anos   
35 a 40 anos  > 40 anos
2. Nacionalidade portuguesa: Sim  Não
3. Escolaridade: Nenhum  1º ciclo  2º ciclo  3º ciclo  Secundário   
Bacharelato  Licenciatura
4. Situação de emprego: Empregada  Desempregada  Estudante  Outra
5. Estado civil: Solteira  Casada  União de facto  Divorciada  Separada   
Viúva
6. Número de filhos: \_\_\_\_\_
7. Remuneração:  
 Menos do que o salário mínimo   
 Entre 403 a 720€   
 Entre 721 a 1081€   
 Entre 1082 a 1442€   
 Entre 1443 a 1803€   
 Mais do que 1804€

### Características do bebé

1. Peso ao nascer \_\_\_\_\_ gr
2. Estatura \_\_\_\_\_ cm
3. Idade gestacional (o bebé nasceu com quantas semanas)? \_\_\_\_\_ semanas
4. O seu bebé nasceu com alguma patologia (doença, malformação)? Sim  Não   
4.1. Se sim qual? \_\_\_\_\_
5. O seu bebé tem um choro vigoroso? Sim  Não
6. O seu bebé quando tem fome procura a mama com facilidade? Sim  Não

## Caracterização da gravidez

1. A sua gravidez foi planeada? Sim  Não
2. Fez vigilância da gravidez? Sim  Não 
  - 2.1. Se sim:
    - 2.1.1. Em que mês da gravidez iniciou? Ao \_\_\_ mês
    - 2.1.2. Quantas vezes foi à consulta? \_\_\_ vezes
    - 2.1.3. Onde foi feita a vigilância? Centro de Saúde  Médico particular   
Ambos
3. Frequentou algum curso ou aulas de preparação para a maternidade? Sim  Não
4. Obteve conhecimentos sobre aleitamento materno? Sim  Não 
  - 4.1. Se sim. Como os adquiriu? Contacto directo/leitura  Enfermeiros   
Médicos  Familiares e amigos  Comunicação social
5. A gravidez decorreu: Com problemas  Sem Problemas 
  - 5.1. Se teve problemas: quais? \_\_\_\_\_
6. Gravidez: Única  Gemelar  Trigemelar
7. Tipo de parto: Vaginal  Cesariana  Fórceps  Ventosa
8. Tempo de internamento: 2 dias  3 dias  5 dias  mais de 5 dias

## Aleitamento materno

1. Que tipo de leite faz o seu bebé? Leite materno  Leite artificial  Ambos
2. O seu bebé mamou na 1ª hora a seguir ao parto? Sim  Não  Não sabe
3. Foi oferecido leite em biberão ao seu bebé? Sim  Não  Não sabe
4. A decisão de amamentar foi tomada: Por iniciativa própria  A conselho do Médico/Enfermeiro  A conselho de outros 
  - 4.1. Se respondeu outros. De quem? \_\_\_\_\_
5. Quanto tempo tenciona amamentar? Não tenciona  até aos 3 meses  até aos 6 meses  até 1 ano  enquanto tiver leite
6. O pai do bebé apoia a sua decisão de amamentar? Sim  Não  Não sabe
7. A sua família apoia a sua decisão de amamentar? Sim  Não  Não sabe

### Opinião da mãe acerca do aleitamento materno

1. Qual o período ideal para fazer aleitamento materno exclusivo? Até aos \_\_\_\_ meses  
Enquanto o meu bebé engordar adequadamente  Não sabe
2. Quando deve ser interrompido o aleitamento materno? Aos \_\_\_\_ meses  
Quando deixar de ter leite  Não sabe
3. Quem beneficia quando se faz aleitamento materno? A mãe  A criança   
A família/ sociedade  Todos
4. Quando amamenta o seu bebé sente:
5. Muito prazer  Prazer  Algum prazer  Pouco prazer  Nenhum prazer

### Dificuldades em relação ao aleitamento materno

1. Assinale todas as dificuldades que encontrou na iniciação da amamentação:
  - Posicionar o bebé para mamar
  - O bebé não pega correctamente na mama
  - Não consegue sentir a sucção do bebé
  - Dor durante a mamada
  - Calor e rubor na mama
  - Ferida no mamilo
  - Mamas duras e dolorosas
  - O seu bebé não fica satisfeito
  - Tem os mamilos rasos ou invertidos
  - O seu leite não é suficientemente forte
  - Tem pouco leite
  - Não sabe quando é que o bebé está satisfeito
  - Não sabe quanto tempo deve mamar o bebé
  - O seu bebé fica muito sonolento e não quer mamar
  - Não teve apoio suficiente

2. Pediu ajuda quando encontrou essas dificuldades?
- Sempre  Muitas vezes  Algumas vezes  Poucas vezes  Nunca
- 2.1. Se respondeu sim, essa ajuda foi-lhe dada pelo Enfermeiro? Sim  Não
- 2.2. Se respondeu sim, o Enfermeiro deu resposta às suas necessidades?
- Sempre  Muitas vezes  Algumas vezes  Poucas vezes  Nunca
3. Os Enfermeiros mostraram-se disponíveis para a ajudar na iniciação da amamentação? Sim  Não
4. Durante o internamento foi-lhe fornecida alguma informação sobre :
- ☒ A técnica correcta para amamentar? Sim  Não
- ☒ As dificuldades que possam surgirem durante a amamentação? Sim  Não
- ❖ Se sim a informação foi referente a:
- ◆ Dor nos mamilos
  - ◆ Fissuras nos mamilos
  - ◆ Ingurgitamento mamário
  - ◆ Mastite
  - ◆ Bloqueio dos ductos
- ☒ A quem recorrer no caso de encontrar essas dificuldades? Sim  Não
5. Na sua opinião o tempo de internamento foi suficiente? Sim  Não
6. Sente-se preparada para amamentar o seu bebé em casa? Sim  Não  Não sabe

**Obrigada pela sua colaboração !**